

**T.C.  
YALOVA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**ÖRGÜTSEL VATANDAŞLIK DAVRANIŞININ AİLE  
HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI AÇISINDAN ÖNEMİ:  
UŞAK İLİNDE BİR ARAŞTIRMA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Yasemin ÇÖLGEÇEN**

**Enstitü Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet  
Enstitü Bilim Dalı: Sosyal Hizmet**

**Tez Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. Muammer SARIKAYA**

**AĞUSTOS - 2012**

T.C.  
YALOVA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ


ÖRGÜTSEL VATANDAŞLIK DAVRANIŞININ AİLE  
HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI AÇISINDAN ÖNEMİ:  
UŞAK İLİNDE BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Yasemin ÇÖLGEÇEN (107203005)

Enstitü Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet  
Enstitü Bilim Dalı: Sosyal Hizmet


Bu tez 14.08.2012 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.

  
Prof. Dr. Mesut BAŞAK

**Jüri Başkanı**  
 Kabul  
 Red  
 Düzeltme

  
Yrd. Doç. Dr. Orhan KOÇAK

**Jüri Üyesi**  
 Kabul  
 Red  
 Düzeltme

  
Yrd. Doç. Dr. Muhammed SARIKAYA

**Jüri Üyesi**  
 Kabul  
 Red  
 Düzeltme

## **BEYAN**

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

**Yasemin ÇÖLGEÇEN**

**01.08.2012**

## **ÖNSÖZ**

Örgütsel vatandaşlık davranışlarını içselleştiren aile hekimlerinin birey, aile ve dolayısıyla toplumun yaşam kalitesini arttırma ve sağlığı geliştirme konusunda daha verimli olacağı ve böylelikle toplumun refah seviyesini geliştireceği düşüncesi üzerine bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

Araştırmam sırasında üstün yardım ve desteğini esirgemeyen danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Muammer SARIKAYA'ya, çalışmamın alan araştırması ve analiz sürecinde yardımını unutmayacağım Dr. Halil BARDAKÇI, Dr. İsmail ALKAN, Doç. Dr. İbrahim KISAÇ, Öğr. Gör. Kenan ÇÖLGEÇEN, Dr. Alim TUNÇ ve Arş. Gör. Ramazan Nacar' a, sabırlarından dolayı Uşak ili aile hekimlerine, ingilizce çeviri konusunda yardımlarını esirgemeyen Serap KÖK'e, çalışmalarım sırasında fedakâr tavır ve tutumlarıyla beni güdüleyen değerli eşim Hasan ÇÖLGEÇEN'e, beni büyüten ve bugünlere gelmemde en çok pay sahibi olan değerli babam M. Cihat AKARCA, annem Nursel AKARCA ve abilerim Nihat AKARCA, Mustafa AKARCA'ya teşekkür eder ve saygılarımı sunarım.

**Yasemin ÇÖLGEÇEN**

**01.08.2012**

## İÇİNDEKİLER

<b>KISALTMALAR LİSTESİ .....</b>	<b>iv</b>
<b>TABLO LİSTESİ .....</b>	<b>v</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ .....</b>	<b>vi</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>vii</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>viii</b>

<b>GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
--------------------	----------

<b>BÖLÜM 1: ÖRGÜTSEL VATANDAŞLIK KAVRAMI VE KAPSAMI .....</b>	<b>6</b>
---	----------

1.1.Örgütsel Vatandaşlık Davranışının Tanımı Ve Tarihçesi .....	7
1.2.Örgütsel Vatandaşlık Davranışına İle İlişkili Diğer Kavramlar .....	10
1.2.1.Prososyal Davranış.....	10
1.2.2.Spontan Davranış .....	12
1.3.Örgütsel Vatandaşlık Davranışının Boyutları.....	13
1.3.1. Diğergamlık .....	15
1.3.2. Vicdanlılık .....	16
1.3.3.Centilmenlik.....	17
1.3.4.Nezaket.....	18
1.3.5.Sivil Erdem .....	20
1.4.Örgütsel Vatandaşlık Davranışının Teorileri.....	21
1.4.1. Sosyal Mübadele Teorisi .....	21
1.4.2. Lider-Üye Değişimi Teorisi .....	22
1.4.3. Karşılıklılık Norm Teorisi .....	23
1.4.4. Eşitlik Teorisi.....	24
1.4.5. Beklenti Teorisi.....	24
1.5.Örgütsel Vatandaşlık Davranışını Ortaya Çıkaran Faktörler .....	25
1.5.1. Kişisel Faktörler.....	25
1.5.1.1. Örgüte Bağlılık .....	26
1.5.1.2. Kişilik Özellikleri .....	27
1.5.1.3. Ruhsal Durum.....	28
1.5.1.4. İşe Karşı Tutum ve İş Tatmini .....	28
1.5.1.5. İhtiyaçlar .....	30
1.5.1.6. Örgütsel Adalet.....	31
1.5.1.7. Demografik Değişkenler .....	33
1.5.2. Çevresel / Durumsal Faktörler .....	33
1.5.2.1. İşin Özellikleri.....	33
1.5.2.2. Liderin Özellikleri .....	35
1.5.2.3. Örgütün Özellikleri .....	36
1.6. Türkiye’de Gerçekleştirilen Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Çalışmaları	37

<b>BÖLÜM 2: AİLE HEKİMLİĞİ VE ÖRGÜTSEL VATANDAŞLIK DAVRANIŞI .....</b>	<b>43</b>
--	-----------

2.1.Aile Hekimliği Disiplini.....	46
2.2.Aile Hekimliğinde Kullanılan Kavramlara İlişkin Tanımlar .....	48
2.3.Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi .....	51
2.3.1.Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi .....	51
2.3.2.Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi .....	53
2.4.Aile Hekimliğine Geçiş Nedenleri .....	55
2.5.Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri ve ÖVD Açısından Değerlendirmesi .	57

2.5.1.Genel Olma Özelliği.....	58
2.5.2.Sürekliлик Özelliği .....	59
2.5.3.Kapsamlı Olma Özelliği .....	60
2.5.4.Entegre ve Koordineli Hizmet Sunma Özelliği .....	61
2.5.5.Birey Odaklı Olma Özelliği.....	62
2.5.6. Aile ve Toplumsal Yönelimli Olma Özelliği.....	64
2.6.Aile Hekimlerinin Görev ve Sorumlulukları .....	65
2.7. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Bazı Örnekler .....	66
2.7.1. Danimarka .....	66
2.7.2. İngiltere .....	67
2.7.3. Almanya .....	68
2.7.4. Portekiz.....	69
2.7.5. Avustralya .....	70
2.8.Türkiye Aile Hekimliği Uygulaması .....	70
2.8.1. Aile Hekimliği Sayılarının Tespiti ve Yerleştirilmesi.....	71
2.8.2. Eğitim ve Sertifikasyon.....	72
2.8.3. Çalışma Şekli ve Ücretlendirme .....	74
2.8.4.Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü.....	78
2.8.5.Hizmet Sürekliliğinin Devamı.....	78
2.8.6.Çalışma Saatleri ve İzin .....	79
2.8.7.Sevk Sistemi ve Geri Bildirim .....	79
2.8.8.Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmetler.....	80
2.8.9.Yerinde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi .....	81
2.8.10.Tetkik ve Tahlil İşlemleri .....	82

### **BÖLÜM 3: AİLE HEKİMLERİNİN ÖRGÜTSEL VATANDAŞLIK DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ: UŞAK İLİNDE BİR ARAŞTIRMA**

.....	<b>84</b>
3.1.Araőtirmanın Konusu .....	84
3.2.Araőtirmanın Amacı .....	84
3.3.Araőtirmanın Evreni ve Örneklem Grubu .....	85
3.4.Araőtirmanın Yöntemi .....	87
3.5.Araőtirmanın Hipotezleri.....	88
3.6.Araőtirmanın Bulguları ve Yorumları .....	90
3.6.1.Betimsel Bulgular .....	90
3.6.1.1.Demografik Bulgular.....	91
3.6.1.2.ÖVD Boyutları Bulguları .....	96
3.6.1.2.1. Diğer gamlık Boyutu .....	96
3.6.1.2.2. Vicdanlılık Boyutu .....	97
3.6.1.2.3. Centilmenlik Boyutu.....	98
3.6.1.2.4. Nezaket Boyutu .....	99
3.6.1.2.4. Sivil Erdem Boyutu .....	99
3.6.2.İstatistikî Bulgular .....	100
3.6.2.1.Cinsiyete İlişkin Bulgular .....	100
3.6.2.2.Medenî Duruma İlişkin Bulgular.....	102
3.6.2.3.Yaş Gruplarına İlişkin Bulgular .....	103
3.6.2.4.Toplam Çalışma Süresine İlişkin Bulgular .....	105
3.6.2.5.Sorumlu Olunan Hasta Sayısına İlişkin Bulgular.....	107
3.6.2.6.Aylık Gezici Hizmet Saatlerine İlişkin Bulgular .....	109
3.6.3.Araőtirma Sonuçları ve Hipotezlerin Değerlendirilmesi .....	111

<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>121</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>126</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>141</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>145</b>

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>AAFP</b>	: Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi
<b>AH</b>	: Aile Hekimliği
<b>AHUD</b>	: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>ÖVD</b>	: Örgütsel Vatandaşlık Davranışı
<b>TAHUD</b>	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
<b>UEMO</b>	: Union of European Medical Organization
<b>vd.</b>	: ve diğerleri
<b>WONCA</b>	: Dünya Aile Hekimleri Birliği
<b>YÖK</b>	: Yüksek Öğretim Kurumu
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>PYDB</b>	: Proje Yönetimi Destek Birimi
<b>N</b>	: Aile Hekimi Sayısı
<b>X</b>	: Aritmetik Ortalama
<b>SS.</b>	: Standart Sapma



## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Uşak İli Aile Hekimliği Dağılımı.....	86
<b>Tablo 2:</b> ÖVD Ölçeği Güvenilirlik Testi .....	88
<b>Tablo 3:</b> Cinsiyete İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı.....	91
<b>Tablo 4:</b> Medeni Duruma İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı .....	91
<b>Tablo 5:</b> Yaşa İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı.....	92
<b>Tablo 6:</b> Uzmanlık Durumuna İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı.....	92
<b>Tablo 7:</b> Toplam Çalışma Süresine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı .....	93
<b>Tablo 8:</b> Aile Hekimi Olarak Çalışma Süresine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı.....	93
<b>Tablo 9:</b> Aylık Gelire İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı .....	94
<b>Tablo 10:</b> Sorumlu Olunan Hasta Sayısına İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı .....	94
<b>Tablo 11:</b> Günlük Bakılan Hasta Sayısına İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı .....	95
<b>Tablo 12:</b> Gezici Hizmet Saatlerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı .....	95
<b>Tablo 13:</b> Diğergamlık Boyutuna İlişkin Genel Tanımlayıcı Değerler.....	96
<b>Tablo 14:</b> Vicdanlılık Boyutuna İlişkin Genel Tanımlayıcı Değerler .....	97
<b>Tablo 15:</b> Centilmenlik Boyutuna İlişkin Genel Tanımlayıcı Değerler .....	98
<b>Tablo 16:</b> Nezaket Boyutuna İlişkin Genel Tanımlayıcı Değerler .....	99
<b>Tablo 17:</b> Sivil Erdem Boyutuna İlişkin Genel Tanımlayıcı Değerler .....	100
<b>Tablo 18:</b> ÖVD Boyutlarının Cinsiyete Göre Farklılaşması .....	102
<b>Tablo 19:</b> ÖVD Boyutlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşması.....	103
<b>Tablo 20:</b> ÖVD Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Farklılaşması .....	104

<b>Tablo 21:</b> ÖVD Boyutlarının Toplam Çalışma Süresi Gruplarına Göre Farklılaşması.....	106
<b>Tablo 22:</b> ÖVD Boyutlarının Sorumlu Olunan Hasta Sayısı Gruplarına Göre Farklılaşması.....	108
<b>Tablo 23:</b> ÖVD Boyutlarının Aylık Gezici Hizmet Saati Gruplarına Göre Farklılaşması.....	110
<b>Tablo 24:</b> Araştırma Sonuçları.....	119

## ŞEKİL LİSTESİ

<b>Şekil 1:</b> Prososyal Örgütsel Davranış Kapsamında ÖVD .....	12
--	----

## Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti

<b>Tezin Başlığı:</b> Örgütsel Vatandaşlık Davranışının Aile Hekimliği Uygulamaları Açısından Önemi: Uşak İlinde Bir Araştırma	
<b>Tezin Yazarı:</b> Yasemin Çölgeçen <b>Danışman:</b> Yrd. Doç. Dr. Muammer SARIKAYA	
<b>Kabul Tarihi:</b> 14.08.2012	<b>Sayfa Sayısı:</b> IIIV(ön kısım) + 145(tez) + 1 (ekler)
<b>Anabilimdalı:</b> Sosyal Hizmet	<b>Bilimdalı:</b> Sosyal Hizmet
<p>İnsanoğlu yüzyıllardır bir arada yaşayarak çeşitli örgütsel yapıların çatısı altında beraberce hareket etmektedirler. Toplumsal yapının en temel kurumu olan aile de bu örgütlenmelerin en başında yer almaktadır. Bu en temel örgütün üyesi olan insan, kişisel, fiziksel ve ruhsal gelişimini sağlayarak toplumsal yapılanmaların içerisinde kendisini göstermektedir. Bu nedenle aile toplumların geleceği için oldukça önemlidir.</p> <p>Toplumların gelişmişlik göstergelerinden birisi olan sağlık, aynı zamanda çağlar ötesinden günümüze doğru gelindiğinde en temel insan hakkı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bakımdan toplumlar sosyal devletin bir gereği olarak sağlığı geliştirmek adına uğraş vermektedirler. Sağlığı geliştirerek refahı sağlamak için atılan en büyük adımlardan birisi ise aile hekimliğidir. Aile hekimliği birey ile aileyi bir bütün halinde değerlendirerek etkili bir yaklaşım geliştirmiştir.</p> <p>Bu çalışmada Aile hekimlerinin, toplumun sağlığı geliştirme konusunda daha yetkin olabilmesi için insan performansının en uç noktası sayılabilecek örgütsel vatandaşlık davranışları incelenmiştir. Bu analizle örgütsel vatandaşlık davranışlarını içselleştiren aile hekimlerinin birey, aile ve dolayısıyla toplum sağlığını daha üst seviyelere getireceği ve böylelikle toplumun refah seviyesini geliştireceği düşüncesine vurgu yapılmıştır.</p> <p>Araştırmada örgütsel vatandaşlık davranışı çerçevesinde aile hekimlerinin davranışları, diğergamlık, centilmenlik, vicdanlılık, nezaket ve sivil erdem boyutları bakımından değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Uşak ilinde 88 adet aile hekimine örgütsel vatandaşlık davranışı ölçeği uygulanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına araştırmanın bulguları kısmında yer verilmiştir.</p>	
<b>Anahtar kelimeler:</b> Aile, Aile Hekimliği, Örgütsel Vatandaşlık Davranışı	

## Yalova University Institute of Social Sciences Master Thesis Summary

<b>Thesis Title:</b> The Importance of Organizational Citizenship Behavior in Family Medicine Practices : Research in Uşak	
<b>Thesis Author:</b> Yasemin Çölgeçen <b>Advisor:</b> Yrd. Doç. Dr. Muammer Sarıkaya	
<b>Date of Acceptance:</b> 14.08.2012 <b>Total Number of Pages:</b> IIIV(pre text) + 145 (thesis) + 1 (additionally)	
<b>Department:</b> Social Work	<b>Field of Study:</b> Social Work
<p>Human beings have been living together for ages moving under different organizational patterns. Family which is the most basic institutes of the society is also the most vital concept of these organizations. A person who is the member of this basic organization shows himself in the construction of societies by completing his personal, physical and spiritual evaluation. That is why, family is an essential institute for the future of the societies.</p> <p>Health which is one of the aspects of prosperity of the societies is also the most basic civil right. Societies try to improve healthcare as a necessity of social state. Family medicine is one of the most important improvements in order to attain wealth by improving healthcare. Family medicine consider the individual and family together, so this attitude is so effective.</p> <p>In this study Organizational Citizenship Behavior has been examined so that family doctors can be more effective on the improvement of healthcare. By using this analyze it is believed that family doctors who deal with organizational citizenship behavior can improve the health of the individuals, families and societies.</p> <p>Family doctors' behaviors, altruism, sportsmanship, conscientious, courtesy and civil virtue have been evaluated by means of organizational citizenship in this research. Organizational Citizenship Behavior Scale was applied to 88 Family Medicine in Uşak. Findings are included in Results part.</p>	
<b>Keywords:</b> Family, Organizational Citizenship Behaviors, Family Medicine	

## **GİRİŞ**

İnsan yeryüzüne adım attığı ilk günden itibaren yaşamını sürdürebilmek için bir takım gereksinimlerini karşılamak zorundadır. Bu ihtiyaçların karşılanması ölçüsünde insanoğlu varoluşunu sürdürebilmiştir. Bu durumu çağlar ötesinden günümüze dek süregelen bir süreç olarak ele alırsak, insanoğlunun tarih boyunca birtakım ihtiyaçları olmuştur. Bu ihtiyaçları karşılamak için çeşitli yolları defalarca denemiş bu denemelerin sonucunda gereksinimlerini karşılayabilmiş lakin her geçen gün yeni bir ihtiyaç gün yüzüne çıkmıştır. Bu devinim sürdükçe insan birey olarak hareket etmek yerine topluluklar halinde bir arada yaşayarak ihtiyaçlarını karşılama yoluna gitmiş ve bunun sonucunda tarihte bilinen ilk medeniyetler kurulmuştur. Özetle; insanoğlu varoluşundan itibaren çeşitli ihtiyaçlarını karşılayabilmek ve hayatını idame ettirebilmek için bir takım topluluklar oluşturmuş veya var olanlara iştirak etmiştir.

İnsanlar önceleri belli bir kurumsallığı olmayan topluluklar içerisinde avcı toplayıcılık gibi bir takım geçimsel uğraşlarla ilgilenirken, tarım devrimi ile bambaşka bir düzene geçerek yerleşik yaşamı benimsemiştir. Bu değişim ise tarihteki ilk uygarlıkların doğuşuna zemin hazırlamıştır. Medeniyetin kurulmasıyla gereksinimlerin sürekli değişmesi, zamanla yeni ihtiyaçların doğması ile var olan düzen üzerinde köklü değişikliklere gidilmesine neden olmuştur. Bu süreci tekrar göz önünde bulundurursak insanlar bireysel hareketten daha çok belli toplulukların bünyesinde hareket ederek medeniyetler kurmuşlar ve geliştirmişlerdir. Bu ilerleyişin yanı sıra toplumsal hayatın gerektirdiği bir takım kurumlar oluşturulmaya başlanmıştır. Toplumsal kurumlar, bir alanda toplumların gereksinimleri arttığında ve işlerin ustalarınca yapılması gerektiğinde, bu işleri nitelikli ve yeterince yaptırmak için kendi içlerindeki ilişkileri örgütleyerek, toplumsal birimleri oluştururlar. Söz gelimi, evlilik kurumu ailenin, iş kurumu endüstriyel örgütlerin, din kurumu ibadethanelerin, eğitim kurumu okulların, sağlık kurumu hastanelerin, hukuk kurumu kamu örgütlerinin oluşumuna zemin hazırlamıştır. Özellikle aile kurumu yüzyıllar içerisinde dönüşüm yaşamıştır. Ancak en temel kurum olma özelliğini yitirmemiştir. Her türlü

haberleşmenin her geçen gün yeni olanaklarla geliştiği günümüzde bu gelişmeler paralelinde ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel olarak da hızlı bir dönüşüm yaşanmaktadır. Bu dönüşümle birlikte sosyal yaşam ve insan ilişkileri, dolayısıyla sosyal hayatın vazgeçilmez parçası olan aile de bu durumdan derin olarak etkilenmektedir.

Ailenin birey üzerinde oluşturduğu etki çok yönlü ve oldukça güçlüdür. Aile içinde ilişki kalıpları ailenin her bir ferdini olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir. Ailenin bir ferdinde meydana gelen herhangi bir problem bütün aile bireylerini tek tek etkileyecektir. Bu açıdan hem bireysel hem de bütüncül olarak ailenin ele alınması daha sağlıklı bir toplumun gelişmesinde temel oluşturacaktır. Birey, biyolojik, sosyal ve kültürel bir varlıktır. Bir bireyin sosyal ve kültürel açıdan gelişebilmesi için öncelikle temel yaşam ihtiyaçlarını karşılaması ve bedensel açıdan tam bir iyilik halinde olması gerekmektedir. Örneğin herhangi bir sağlık problemi olan bireyin sosyal ve kültürel açıdan gelişmesini bekleyemeyiz. Aynı zamanda bir ailenin ferdi olan bireyin sağlık probleminin ailenin diğer fertlerini de etkileyeceğini göz önünde bulundurursak dolaylı olarak ailenin diğer fertlerinin de sosyal ve kültürel açıdan gelişmesini bekleyemeyiz. İşte bu sebeplerden dolayı temel sağlık hizmetleri toplum açısından oldukça fazla bir önem teşkil etmektedir.

Günümüzde temel sağlık hizmetlerini gerçekleştiren aile hekimliği birimleri, toplumların sağlık gelişmelerinde birinci basamağı oluşturur. Bireyle ilk temasın sağlandığı bu kurum bireylerin sağlığını geliştirmek ve korumakla görevli olduğu gibi bireye bütüncül yaklaşım içerisinde, hakkaniyet doğrultusunda, sürekli ve kapsamlı olarak hizmet sunar. Toplumun yaşam kalitesinin artmasını sağlayan aile hekimliği bireye en yakın sağlık birimini oluşturmaktadır. Bu açıdan değerlendirdiğimizde aile hekimliği toplumların sağlığının gelişmesinde ve dolayısıyla sosyokültürel açıdan da gelişerek toplumsal refah sağlanmasında temel bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumsal refahın sağlanması sonucunda da sosyal refah devletinin bir gereği olan mutlu birey, mutlu aile ve mutlu toplumların oluşması gerçekleşecektir.

Bütün bu sebepler nedeniyle toplumun çekirdek yapısına hizmet eden aile hekimlerinin davranışlarını incelemek büyük önem taşımaktadır. Günümüzde örgütlerin verimliliğini ve etkinliğini artırmak için yapılan çalışmaları aile hekimliği birimleri açısından da değerlendirmemiz gerekmektedir. Bu çalışma da aile hekimlerinin insana hak ettiği önemi vermesini sağlayan örgütsel vatandaşlık davranışları irdelenecektir. Aile hekimlerinin örgütsel vatandaşlık davranışlarını benimsemesi ve buna göre hareket etmesi durumunda hem kendisine hem ait olduğu örgüte hem de sorumlu olduğu aile ve toplum açısından sağladığı katkılar değerlendirilecektir.

Bu çalışmanın birinci bölümünde artan rekabet ortamıyla birlikte insan faktörüne verilen değerin artması sonucu son yıllarda önemi oldukça artan örgütsel vatandaşlık davranışı; örgütsel vatandaşlık davranışının çıkış noktası, tarihsel süreci, örgüte aidiyet duygusunu aşıl原因 ve gönüllü ekstra davranışları kapsayan örgütsel vatandaşlık boyutları irdelenecektir.

Çalışmanın ikinci bölümünde dünyada ve Türkiye’ de de birinci basamak sağlık sisteminin öneminin anlaşılması ve eksikliklerinin kapatılması amacıyla yeni oluşturulan aile hekimliği programı, aile hekimlerinin bireyi aileyi ve toplumu geliştirmek amacıyla gerçekleştirdiği faaliyetleri, aile hekimlerinin gelişimi ve özellikleri incelenecektir. Örgütsel vatandaşlık davranışlarının, topluma en yakın örgütlerin başında gelen aile hekimliğine sağladığı ve dolayısıyla topluma sağladığı avantajlardan bahsedilecektir.

Üçüncü bölümde ise Uşak ilinde 107 aile hekimi üzerine gerçekleştirilen araştırmalar ve aile hekimlerinin uygulamaları esnasında sergiledikleri örgütsel vatandaşlık davranışlarının özelliklerini gözler önüne sererek araştırmada elde edilen bulgular incelenecektir.

### **Çalışmanın Konusu**

Günümüz koşullarında insana en birincil sağlık hizmetini veren aile hekimlerinin kaliteli bir hizmet sunumunu sağlamak için örgütsel vatandaşlık davranışı sergilemeleri gerekmektedir. Bu çalışmada aile hekimlerinin örgütsel vatandaşlık davranışı tutumları araştırmanın konusunu oluşturmaktadır.

## **Çalışmanın Önemi**

Birinci basamak hekimliğinin çağa göre düzenlenmesi ile yeni oluşturulan aile hekimliğinin bireyi, aileyi ve toplumu temelden etkileyeceği düşünüldüğünde bu hizmetlerin sunumunun en üst düzeyde olması oldukça önemlidir. Örgüt içerisinde yüksek performans sağlamak için ortaya atılan kavramlardan biri olan örgütsel vatandaşlık davranışı, aile hekimliği hizmetlerin sunumunda verimliliğin artmasını sağlaması açısından olmaz bir davranış şeklidir. Literatürde aile hekimlerinin davranış biçimleri açısından değerlendirilmesi konusundaki araştırmaların azlığı nedeniyle bundan sonraki yapılacak olan çalışmalara ışık tutması açısından bu çalışma büyük önem taşımaktadır.

## **Çalışmanın Amacı**

Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde aile hekimliği programına geçişle birlikte birinci basamak hizmet haline gelen aile hekimliği bireyi ailesiyle ve toplumla bütün içerisinde incelemektedir. Toplumun yaşam standartlarının artmasında etkin olan aile hekimlerinin, örgütsel olarak verimliliği ve etkinliği arttırdığı bilinen örgütsel vatandaşlık davranışları açısından incelenmesi araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır.

## **Çalışmanın Yöntemi**

Bu araştırma Podsakoff ve MacKenzie (1989) tarafından Organ'ın 5 boyutunun temel alınarak hazırlandığı ve Türkiye'de birçok araştırmada kullanılmış olan Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeğinden faydalanarak geliştirilmiştir (Moorman vd., 1993: 214).

Likert tipi sorulardan oluşan bu ankette, Örgütsel vatandaşlık davranışı anketinde yer alan boyutların toplandığı toplam 5 faktör içinde yer alan sorulara verilen yanıt değerleri toplamı her bir birey ve faktör için bir skor hesaplaması şeklinde elde edilmiştir. Elde edilen veriler nicel analiz yöntemi ile analiz edilmiştir. Bu çalışmada istatistiksel işlemlerin ve testlerin yapılmasında Statistical Package for Social Science (SPSS) 17 paket programı kullanılmıştır.



## **Çalışmanın Sınırlılıkları**

Araştırma Uşak ili aile hekimlerine yapılmıştır. Bu araştırmada gezici hizmetlerinden dolayı aile hekimlerinin her gün yerinde olmaması sorunu araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Yazında aile hekimlerinin davranış özellikleri açısından değerlendirilmesi konusunda çalışmanın azlığı araştırmanın bir diğer kısıtını oluşturmaktadır.

## **BÖLÜM 1: ÖRGÜTSEL VATANDAŞLIK KAVRAMI VE KAPSAMI**

Tarihsel süreç göz önüne alındığında tarım toplumundan sanayi toplumuna geçişle birlikte örgütsel yapılar gelişmeye başlamış ve bu gelişim sonucunda karmaşıklaşan örgütsel yapılarla birlikte örgütün içerisinde yer alan bireylerin görevlerini yerine getirirken belirli kurallar konulması gerektiği fark edilmiştir. Bu aşamada bürokrasi kavramı ortaya çıkmıştır. Klasik yönetim kuramının içerisinde yer alan bürokrasi, bireylere yapmaları gereken görevleri verip bunların dışına çıkılmasını yasaklamıştır. Zamanla bu kuramın yeterli olmadığı fark edilmiş ve çalışanlarında fikir üretmesinin ve yönetime katılarak, örgüt içerisinde aktif rol oynamasının örgüte katkı sağlayacağı düşünülmüştür. İşte bu süreçlerin ardından sadece işini yapan, düşünmeyen, üretkenliğini kullanmayan, verilen emirlerden ötesine geçmeyen bireylerden ziyade kendisini örgütün bir parçası gibi düşünüp, onun için çalışan, üretken, düşünen, ekstra rol davranışları gösteren bireylerin örgütün ilerlemesinde ve her alanda rekabetin olduğu günümüzde, ayakta kalmasında önemli rol oynadığı fark edilmiştir. Bu farkındalık öncelikle rekabetin fazla olduğu işletmelerde kendini göstermiştir. Fakat bugün kamu kurum ve kuruluşları da rekabetten payını almışlardır ve artık ayakta kalabilmeleri için farklılaşarak yeni bir yüz oluşturması gerektiğinin bilincine varmışlardır. İşte bu rekabet ortamında öne çıkmak ve devletin görevleri arasında olan toplumun refahını sağlamak ancak çalışanların buldukları kuruma aidiyetlik duygusu ile bağlanmasıyla, kendisini kurumun vatandaşı olarak hissedip ekstra çaba sarf etmesiyle ve içinde bulunduğu kurumu geliştirmek için çalışmasıyla gerçekleşecektir. Bu noktada ise örgütsel vatandaşlık davranışı kavramının önemi ortaya çıkmaktadır.

Örgütsel vatandaşlık kavramı literatürde yeni bir kavram olarak varlığını göstermesiyle birlikte, günümüzde bu tanımlamaların çok fazla çeşitlendiği ve yaygınlaştığı görülmektedir.

Örgütsel vatandaşlık kavramının asıl çıkış noktası; bireyin kendiliğinden, herhangi bir beklentisi olmadan, fazladan pozitif davranışlar göstermesinin örgütsel ortam içerisinde olumlu etkiler oluşturacağı, yoğun rekabet ortamında örgütün sürdürülebilirliği sağlayabileceği ve örgütün amaçlarına ulaşmasına önemli katkı sağlayacağı öngörüsü oluşturmaktadır. Örgütsel vatandaşlık davranışları ile ilgili çalışmalar, iş yerinde gönüllü ve isteğe bağlı şekilde gerçekleştirilen davranışların doğasını keşfetmeyi amaçlamaktadır. (Buluç, 2008: 579). İşte bu bölümde, bu çalışmalar doğrultusunda kavramın çeşitli tanımlamalarına yer vererek, konumuz açısından önemi vurgulanacaktır. Bunun yanında kavramın tarihsel süreç içerisindeki gelişimi ve kapsamının günümüze değin nasıl bir değişim gösterdiği incelenecektir.

### **1.1. Örgütsel Vatandaşlık Davranışının Tanımı ve Tarihçesi**

Örgütsel Vatandaşlık Davranışı (ÖVD) kavramı ilk olarak Chester Barnard tarafından ele alınmış ve Barnard (1938) "ekstra rol davranışları" kavramını ilk kez kullanmıştır (Podsakoff vd., 2000: 513). Ekstra rol davranışlarının olmadığı, örgütün mevcut kuralları çerçevesinde, hiyerarşinin gerektirdiği, olması gereken davranışlar biçimsel rol davranışı olarak ifade edilir. Mevcut kuralların olmaması durumunda örgüt yaşamını devam ettiremez ve bu davranışlar örgütün ayakta kalması için temel oluşturur. Biçimsel rol davranışı, örgütlerde biçimsel ödül sistemi olarak da nitelendirilmektedir. Çalışanlar, işin gerektirdiği davranışlarda bulunmazsa başarılı olamayacaklar ve örgütün vereceği ödülleri almaları da gerçekleşmeyecektir (Çetin, 2004: 3).

Sonrasında Katz ve Kuhn tarafından (1966) fazladan rol davranışı (supra-role) olarak nitelendirilen ÖVD, çalışanların tanımlanmış rollerinin dışında kendiliğinden gerçekleştirdikleri davranışlar olarak belirtilmiştir (Ortiz, 1999: 6).

Katz'a göre; örgütlerin başarılı olabilmeleri için çalışanların üç hususa dikkat etmeleri gerekmektedir (Bolon, 1997: 221). Bunlar:

- a) Çalışanların işlerine giriş, çıkış saatlerine özen göstermelidirler,

- b) Çalışanların sözleşmelerinde belirtilen görevleri eksiksiz, zamanında ve istenildiği şekilde yapmalarındırlar,
- c) Çalışanların örgüt lehine sözleşme dışı faaliyetler yapmalı ve bu konuda gönüllü olmalıdırlar.

Katz ve Kuhn tarafından oluşturulan fazladan rol davranışı kavramını temel olarak ilk kez Organ ve arkadaşları (1983) tarafından, örgütsel vatandaşlık davranışı kavramı kullanılmıştır. Birçok kaynakta Organ, örgütsel vatandaşlık davranışı kavramının temeli olarak kabul edilmiştir. Organ, ÖVD'yi, "bireyin gönüllülük esasına dayalı, biçimsel ödül sistemini dikkate almaksızın organizasyonun bir bütün olarak fonksiyonlarını verimli biçimde yerine getirmesine yardımcı olan davranışları" şeklinde tanımlamıştır (Smith vd., 1983: 8).

Konuyla ilgili yapılan ilk çalışmalar ise, örgütsel vatandaşlık davranışını ifade ederken, "iyi asker sendromu" tanımlamasını da kullanan Bateman ve Organ'ın (1983) çalışmalarıdır. İyi asker sendromu; örgüt içerisinde diğer bireylerin yanlısını bulma, onlarla tartışma, onları şikayet etme gibi istenmeyen eylemlerin varlığının yanında sosyal anlamdaki davranışları, işi zamanında bitirme, yenilikçi olma, diğerlerine yardım etme ve gönüllü olmayı da içermektedir (Organ, 1983, Aktaran: Acar, 2006: 2) .

1992 yılında George ve Brief tarafından, çalışanların rol tanımlarının dahilinde veya üzerinde olan ve biçimsel ödül sistemi dışında yer alan tutum ve davranışlar olduğu belirtilerek örgütsel vatandaşlık davranışı için örgütsel kendiliğindenlik ifadesi kullanılmıştır (Özler, 2010: 102, Farh vd., 2004: 241).

Van Dyne ve arkadaşları tarafından 1995 yılında Ekstra rol davranışları daha geniş ölçüde düşünülerek, rol beklentilerinin ötesinde kurum adına yarar sağlayacak davranışların, kendiliğinden yapılması olarak tanımlanmıştır (Niehoff, 2000: 4).

Bütün bu çalışmalar arasında farklı isimlerle ifadelendirilmiş olsa da örgütsel vatandaşlık davranışı için gelinen ortak nokta, örgütsel vatandaşlık

davranışının bir kişinin eğiliminden ya da zorunluluğundan değil diğerlerine veya örgüte yardım etme arzusundan geldiği düşüncesidir (Çetin, 2004: 6).

Greenberg ve Baron (2000), örgütsel vatandaşlık kavramını bir çalışanın örgütün biçimsel yolla belirlediği zorunlulukların ötesine geçerek, istenenden daha fazlasını yapması olarak tanımlamışlardır (Greenberg ve Baron, 2000, Aktaran: Özdevecioğlu, 2003: 118).

Sonuç olarak geçmişten günümüze yapılan bu tanımlar çerçevesinde örgütsel vatandaşlık davranışı, bir örgüt içindeki bireyin kendini örgüte ait hissetmesi ve örgütün gelişmesi adına; işe zamanında gelme, verilen görevleri zamanında ve eksiksiz olarak yapma, kurumu geliştirmek adına faaliyetlerde bulunma, iş arkadaşları ile ekip çalışması düşüncesi ile hareket etme, içeride ve dışarıda yapılan suçlamalar karşısında örgütü savunma, kaliteyi ve verimliliği sağlamak için değişimi ve yenilikleri destekleme ve huzurlu bir iş ortamı yaratma konusunda gayret etme olarak tanımlanabilir. Bir toplumda yasalara uyan, ülkesi ve milleti için her zaman özveride bulunan, canı ve malı pahasına ülkesini koruyan insanlar iyi vatandaş ise; örgütler için de durum bundan farklı değildir (Çelik, 2007: 82).

Örgütsel vatandaşlık davranışında ödüllendirme ya da cezalandırma yoktur. Birey karşılık beklemezsizin çalıştığı kurum için gönüllülük esasına dayalı olarak örgüte kazanç sağlayacak davranışlarda bulunur. Gönüllülük kavramının önem kazandığı günümüzde, öncelikle içinde bulunulan yer gönüllü davranışlarla güzelleştirilmelidir.

Bolat (2008), örgütsel vatandaşlık davranışı ile ilgili yaptığı çalışmada örgütsel vatandaşlık davranışını tanımlarken bazı özellikleri sınıflandırmıştır. Buna göre (Bolat, 2008: 119),

- Davranış gönüllülüğe dayalı ve isteğe bağlı olmalıdır,
- Davranış örgütün biçimsel ödül sisteminde yer almamalıdır,
- Davranış iş tanımlamalarının içerisinde bulunmamalıdır,
- Davranış örgütün belirlediği rol davranışlarının ötesine geçmeli ve istenilenden daha fazlasını yapma davranışını kapsamalıdır,

- Davranış örgütün etkili ve verimli çalışmasına yardımcı olurken, örgütü geliştirmelidir.

Williams ve Anderson (1991), örgütsel vatandaşlık davranışını hedefleri açısından iki kategori üzerine temellendirmiştir. Birincisi örgüte yönelik örgütsel vatandaşlık davranışını ifade etmektedir. Örgüt imajını ve performansını arttırmak ile ilgilendir; yani genel olarak örgütün işlevlerini iyileştirmek için fikirler ileri sürer ve buna göre hareket edilir. İkincisi ise, örgüt içerisinde yer alan bireylere yönelik örgütsel vatandaşlık davranışdır. Personelin örgüt içerisindeki çalışma arkadaşlarının iş yüklerini hafifletmeye yönelik davranışlar gibi fedakarlık gerektiren davranışları içerir (Yunus, 2010: 14-15).

## **1.2. Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İle İlişkili Diğer Kavramlar**

ÖVD kavramının gelişme sürecinde farklı kavramlar kullanılmıştır. Bu kavramları gözden geçirdiğimizde, 1986 yılında Brief ve Motowidlo tarafından pro-sosyal davranış, 1990 yılında Van Dyne ve Cummings tarafından ekstra-rol davranışı, 1991 yılında Graham tarafından sivil örgütsel davranış, 1992 yılında ise George ve Brief tarafından örgütsel kendiliğindenlik (spontanlık) ifadeleri kullanılmıştır. ÖVD bu ifadelerle benzer anlamda kullanılmaktadır (Podsakoff vd., 2000: 515).

### **1.2.1. Prososyal Davranış**

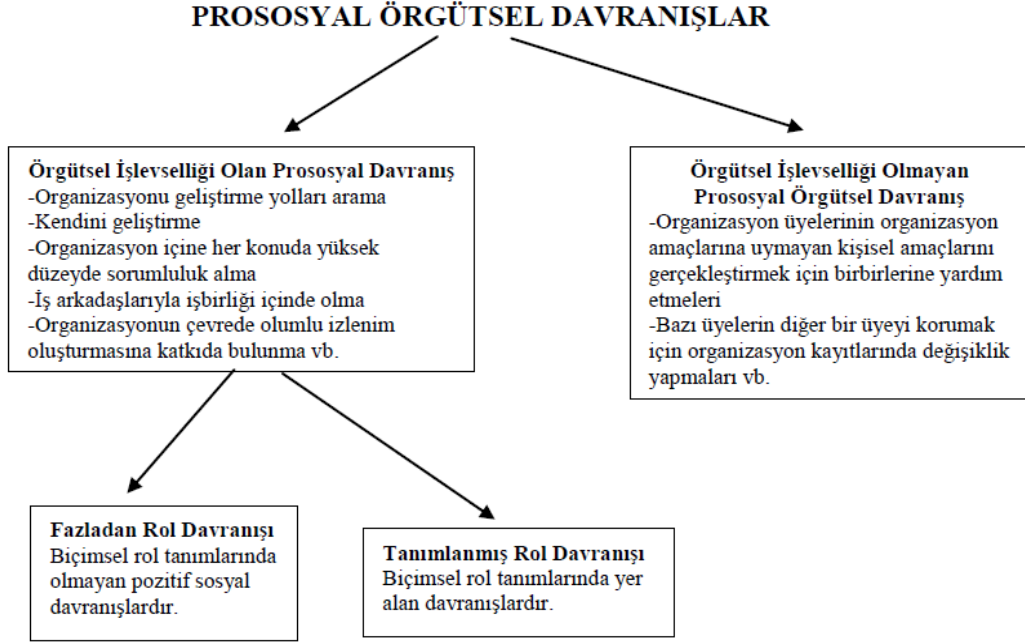
Prososyal davranışlar, bireysel veya örgütsel verimlilikte birçok davranışı içerir ve örgütsel açıdan çok önemli bir kavramdır. "Prososyal Davranış", örgüt üyelerinin, örgütsel rollerini yerine getirirken etkileşim içinde oldukları birey, grup ya da örgüt huzurunu sağlamaya yönelik davranışlardır (Altaş ve Çekmecelioğlu, 48: 2007). Diğer bir ifadeyle "Prososyal Davranışlar", rol tanımlarında yer almayan "Fazladan Rol Davranışı"ni ve rol tanımlarında yer alan "Biçimsel Rol Davranışı"ni kapsayan daha geniş bir kavramdır. Örgütsel vatandaşlık davranışlarına temel oluşturan kavramlardan biri olan prososyal örgütsel davranışlar, "rol fazlası" (extra role) ve "biçimsel rol" (in-role) olmak üzere iki bölümde incelenmektedir. Fazladan rol davranışları, biçimsel

rol tanımlarında yer almayan olumlu yöndeki davranışlardır. Biçimsel rol davranışları ise, fazladan rol davranışların tersine iş tanımında ayrıntılı bir biçimde belirtilen davranışlardır. Çalışanlar sözleşmeleri gereği bu davranışları sergilemekten sorumludurlar (Çelik, 2007: 108).

Brief ve Motowidlo (1986) tarafından, prososyal davranış örgütün, grubun veya bireyin etkinlik ve verimliliğini arttırmak amacıyla, örgütün bir üyesi tarafından gerçekleştirilen davranışlar olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlamaya göre, prososyal davranış rol tanımında yer almayan, gönüllü olarak yapılan davranışları tanımlamaktadır. Bu açıdan örgütsel vatandaşlık davranışına çok benzer bir kavramdır (Baruch vd., 2004: 401-402).

Prososyal davranış bazı özelliklerine göre çeşitlendirilmiştir. Buna göre, örgütsel hedeflerin gerçekleştirilmesine katkıda bulunan işlevsel prososyal davranışlar ve bunun aksine örgütsel işlevselliği olmayan prososyal davranışlar olarak Katz ve Kahn tarafından kategorilere ayrılmıştır ve şekil 1'de gösterilmiştir. Örgüt üyelerinin işbirliği içinde olmaları, beklenmedik tehlikelere karşı örgütü korumaya ve örgütün çevrede iyi bir izleniminin yaratılmasına yönelik davranışları, örgütün gelişiminde ve sürekliliğinin korunmasında etkili olacağından bu davranış şekilleri işlevsel prososyal davranış şekillerine örnek teşkil etmektedir. Buna karşılık olarak, örgüt üyelerinin kendi kişisel çıkarlarına ulaşmak için hareket etmeleri ya da diğer üyelere yardım etme yönündeki prososyal davranışları da mevcuttur. Bu tür davranışlar da prososyal davranış kategorisine girmektedir ancak örgütsel vatandaşlık davranışı değildir (Aykler, 2010: 24-25).

## Şekil 1. Prososyal Örgütsel Davranış Kapsamında ÖVD



**Kaynak:** İşbaşı, 2000: 20

Örgütsel vatandaşlık davranışları ile prososyal örgütsel davranışlar arasındaki en belirgin fark, prososyal örgütsel davranışın rol davranışlarını da kapsamayı ve bazen ilişkide bulunan diğer kişilerin çıkarlarını gözeterek örgüte zararlı uygulamalara sebep olabilmesidir. Örgütsel vatandaşlık davranışları ise rol davranışlarını kapsamayıp, her zaman örgüt yararına olan davranışlardır (Geçer, 2008: 5). Aynı zamanda prososyal davranışta çalışanların rol davranışlarının önemi çok büyük olduğu için, örgüt üyelerinin kendi kişisel çıkarlarını korumaları ya da iş arkadaşlarına yönelik bu tür faaliyetler örgüt zararına olabilir. İşte bu sebepten dolayı prososyal örgütsel davranış, örgütsel vatandaşlık davranışı ile aynı anlama gelmemektedir.

### 1.2.2. Spontan Davranış

George ve Brief (1992) tarafından örgütsel kendiliğindenlik olarak tanımlanan spontan davranış kavramı, örgütün parçası olan bireylerin içinden gelerek örgütün yararına, örgütsel verimliliğe katkı sağlayacak, görev tanımında yer almayan ve örgüt için çaba sarf etme üzerine kurulu davranışları oluşturmaktadır (Farh vd., 2004: 241). George ve Brief çalışmalarında örgütsel kendiliğindenlik yani spontanlık kapsamında beş



adet boyut önermişlerdir. Bunlar, çalışanlar arasında yardımlaşma, örgütü korumak, yapıcı önerilerde bulunmak, kendini sürekli geliştirmek ve iyi niyet göstermek olarak sıralamışlardır ([http://en.wikipedia.org/wiki/Civic\\_virtue\\_\(organizational\\_citizenship\\_behavior\\_dimension\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Civic_virtue_(organizational_citizenship_behavior_dimension))), 20.05.2012).

Katz (1964) örgütsel spontanlık davranışlarının temelini oluşturan çalışmada, örgütün var olabilmesi ve etkin bir işleyişe sahip olabilmesi için üç tip davranıştan söz etmiştir. Bunlar;

- Nitelikli personelin elde edilmesi ve elde tutulması,
- Güvenilir rol performansı
- Yenilikçi ve spontan davranışlardır.

“Spontan Davranış” yani farkında olunmadan yapılan olumlu davranışlar örgütteki işbirliğini artıran, sistemin faaliyetlerini koruyan ve örgütün imajını yükselten davranışlar olarak nitelenebilir. Örgütsel spontanlık ve örgütsel vatandaşlık davranışı örgütün fonksiyonel işleyişine katkıda bulunur (Organ, 2005: 52).

Özetleyecek olursak örgütsel spontanlık önceden düşünülerek özellikle yapılan davranışlar olmaktan ziyade farkında olmadan yapılan davranışlardır. Farkında olmadan yapılan olumlu davranışlar kişinin büyüdüğü çevreden, kültüründen ileri gelmektedir. Olumlu olarak yapılan davranış bireyde alışkanlık halini almıştır. Ancak örgütsel vatandaşlık davranışında örgütsel spontanlığın aksine örgüt için yapılan olumlu davranış bilinçli olarak gerçekleşmektedir.

### **1.3. Örgütsel Vatandaşlık Davranışının Boyutları**

Örgütsel vatandaşlık davranışı kavramının ortaya çıktığı tarihten bu yana yapılan çalışmalar incelendiğinde örgütsel vatandaşlık davranışları birçok farklı boyutta ele alınmıştır. İlk olarak Organ tarafından (1988), örgütsel vatandaşlık davranışı; diğergamlık, vicdanlılık, centilmenlik, nezaket tabanlı bilgilendirme ve sivil erdem olmak üzere beş temel boyutta tanımlanmıştır (Organ, 1997: 90).

Williams ve Anderson (1991), örgütsel vatandaşlık davranışı boyutlarını daha önce de bahsettiğimiz gibi, bireylere yönelik örgütsel vatandaşlık davranışları ile örgüte yönelik örgütsel vatandaşlık davranışları olarak iki kategoride incelemişlerdir (Yunus, 2010: 14-15).

Van Dyne, Graham ve Dienesch (1994) sadakat, itaat ve katılım olmak üzere üç boyuta dayanan daha karmaşık bir model sunmuşlardır. Sadakat boyutu, örgüte ve yöneticilere ve çalışma grubuna olan bağlılığı ifade etmektedir. İtaat boyutu, örgütün idaresi için gerekli olan kurallara ve düzenlemelere uyumu açıklamaktadır. Katılım boyutu, çalışanlar tarafından kabul görmüş kurallarla yönlendirilen örgütün idaresinde tam anlamıyla sorumlu olmayı ve örgüt adına alınan kararlara aktif olarak katılımı ifade eder (Arslantaş ve Pakdemir, 2007: 265).

Moorman ve Blakely (1995) ise, örgütsel vatandaşlık davranışının boyutlarını çalışanlar arasındaki yardımlaşma, bireysel girişkenlik, kişisel marifetlilik ve samimi destekleyicilik olmak üzere dört boyutta ele almışlardır (Özler, 2010: 106).

Daha sonra Podsakoff ve meslektaşları (2000), yaptıkları çalışma ile otuz farklı potansiyel örgütsel vatandaşlık davranışını yedi ana başlık altında toplamışlardır (Podsakoff vd., 2000: 516). Bu başlıklar şunlardır:

- **Yardım etme davranışı**, iş arkadaşlarına yardım etmek ve iş ile ilgili olarak ortaya çıkabilecek problemleri önlemektir.
- **Sportmenlik**, iş ile ilgili rahatsızlıklar ve olanaksızlıklardan şikayet etmemek, iyimser olmak, örgütün iyiliği için kendi çıkarlarını aşmak ve kişisel düşüncelerini gerektiğinde bir kenara bırakabilmektir.
- **Örgütsel sadakat**, iyiliğin yaygınlaştırılması, örgütün korunması, örgütsel amaç ile hedeflerin savunulması desteklenerek aktarılması ve örgütün savunulmasıdır.
- **Örgütsel itaat**, örgütsel kurallara uymaktır, uyumlu olmayı ifade eder.

- **Bireysel inisiyatif**, örgütsel performansı arttırmak adına bireysel olarak fazladan azim göstermekle birlikte örgüt adına yaratıcı ve yenilikçi olmaktır.
- **Sivil erdem**, örgüte bağlılık ve örgütün karar alma aşamalarında etkinlik göstermektir. Örgütü geliştirmek adına fırsat kollamak ve örgütü korumaktır.
- **Öz gelişim**, kurumun gelişmesi açısından bilgi, beceri ve yetenekleri arttırmak adına sürekli olarak kendini geliştirmektir.

Örgütsel vatandaşlık davranışının boyutları gördüğümüz gibi birbirinden farklı şekillerde, farklı isimlerde ele alınmıştır. Ancak literatürde en çok kabul gören çalışma, Organ (1988)'in örgütsel vatandaşlık boyutlarıdır. Bu çalışma da Organ'ın beş boyutuna göre yapılacaktır (Organ, 1988).

### **1.3.1. Diğergamlık**

Diğergamlık boyutu literatürde, fedakarlık, özgecilik, diğergamlık, diğerlerini düşünme olarak farklı isimlerle ele alınmıştır. Diğergamlık kavramını ilk kez, Fransız felsefesinin ve sosyolojinin kurucularından biri olan Auguste Comte (1875) ortaya atmış ve diğergamlığı başkaları için yaşama eğilimi veya arzusu olarak tanımlamıştır. Mateer ve Willover literatürü etraflıca gözden geçirdikten sonra, diğergamlığı; birinin diğerine iyilikle gerçekleştirdiği, diğerlerine yarar sağlayan ve kişinin dışarıdan herhangi bir ödül beklemezsin yaptığı davranış olarak tanımlamışlardır. Bu açıklamalarda diğergamlık, bireysel olarak gerçekleştirilen ya da sahip olunan bir davranıştır. Ancak bu davranışa sahip birey, içinde bulunduğu örgütü de etkileyecektir. Örgütsel vatandaşlık davranışı, diğergamlığı örgüt içerisinde ele alarak açıklamaktadır (Karadağ ve Mutafçılar, 2009: 41-42).

Organ tarafından (1988), örgüt içerisinde birlikte çalışan bireylerin örgüt ile ilgili görevlerinde ya da problemlerinde gönüllü olarak birbirlerine yardım etmek amacıyla yaptıkları davranışlar şeklinde tanımlanmaktadır. Diğergamlık boyutu aynı zamanda örgüt ile ilişkisi olan tüm bireyleri de kapsamaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken konu yardım etme

sebebinin örgüt ile ilgili olması gerektiğidir. Yeni işe başlamış bireyin işe oryantasyonunun sağlanmasına, diğer çalışma arkadaşlarının yardım talep etmeseler bile ağır iş yükünü hafifletmesine, örgüt ile ilgili meydana gelen herhangi bir problemin çözülmesine yardım etme, örgüt ile etkileşimde olan herkese fedakarca yaklaşarak ihtiyaçları halinde bireyin tamamen kendi isteği doğrultusunda yanlarında bulunması, diğergamlık boyutuna verilecek örnekler arasında olabilir (Chahal ve Mehta, 2010: 26).

Diğergamlık boyutu örgüt içerisinde bulunan veya örgütle etkileşim halinde olan tüm bireyler için avantaj sağlayacak bir boyuttur. Bu özellik örgüt içerisinde işbirliğini sağlamakta, birlik ve beraberlik duygusunu artırmaktadır. Diğergamlık uyumlu çalışma ortamı sağlamakta, çalışanların motivasyonunu arttırmakta ve böylelikle iş performansını yükseltebilmektedir. Dolayısıyla örgütle etkileşim halinde olan bütün birey ve gruplarda bu olumlu yöndeki gelişmeden etkileneceklerdir.

### **1.3.2. Vicdanlılık**

Üstün görev bilinci olarak da tanımlanan vicdanlılık, Organ (1988) tarafından örgüt bireylerinin kendilerinden beklenenin dışında, fazladan çaba harcamaya gönüllü olmaları, zamanın etkili kullanımı ve asgari beklentilerin ötesine giderek, beklenenden daha iyi performans gösterme ve kurallara uyma gibi minimum standartlardaki davranışlar olarak tanımlanmıştır (Organ, 1988: 9, Keldbari and Alipour, 2011: 1187).

Vicdanlılık, çalışanların kimsenin kendini izlemediği durumlarda dahi ortaya koyduğu, gönüllü olarak gerçekleşen, görev alanında hazır bulunma, işe devam sağlama, dakiklik, mola sürelerine riayet ederek suistimal etmekten kaçınma, kurallara uyma ve minimum rol gereklerinden daha ötede gerçekleştirilen davranışları ifade etmektedir (Yeşiltaş ve Keleş, 2009: 21).

Diğergamlık boyutu ile vicdanlık boyutu arasındaki en belirgin fark, diğergamlıkta bireyler, davranışlarını özel olarak belirli bir kişiye yardım etmek üzere oluştururlar. Vicdanlılıkta ise diğergamlığın tersine, bireyler belirli bir kişiyi doğrudan etkileyecek davranışlar sergilememektedirler.

Vicdanlılık örgüte karşı yapılan davranışlardır. Dolayısıyla makrodan mikroya doğru bir etkilenme olacaktır ve bireyleri de olumlu açıdan etkileyecektir. Diğer yandan vicdanlılık davranışı sergileyen kişilerin aynı zamanda diğergam davranışlar sergilemeleri de beklenmemelidir. Çünkü örgüt içerisinde diğergam davranışların ortaya çıkmasına neden olan durumların, her zaman vicdanlılık davranışlarını da açığa çıkarması söz konusu değildir. Diğergamlık ve vicdanlılık davranışları, kimi hedef alırsa alsın (bireyler, gruplar, departmanlar, örgütün kendisi vb.), "yardım etme" özüne dayandıkları için bir dereceye kadar birbirlerine benzemektedirler (İşbaşı, 2000: 27).

Vicdanlılık boyutu, bu davranışı yerine getiren bireyler açısından gönül rahatlığı oluşturacaktır. Böylelikle iş yaşamında bireylerin daha huzurlu çalışmasını sağlayacaktır; aynı zamanda çalışma arkadaşlarını ve etkileşimde bulunulan diğer bireyleri de olumlu anlamda etkileyecektir. Örneğin bir hekim açısından düşündüğümüzde, iş yerine vaktinde gelen hekim, hastaların fazla sürede beklemesini önleyecektir. Böylelikle sıra beklemeyen hasta memnun olarak kurumdan ayrılacaktır. Fakat tam aksi durumda hekimin gecikmesinden dolayı gerginlik oluşacak ve bu durum hastalar tarafından hekimin çalışma arkadaşlarına da yansıtılacaktır; dolayısıyla hekimle etkileşime giren bütün bireyler bu durumdan olumsuz anlamda etkileneceklerdir.

### **1.3.3. Centilmenlik**

Literatürde sportmenlik olarak da ifade edilen centilmenlik, Organ (1988) tarafından kişinin kaçınılmaz bir rahatsızlıkla bir faaliyeti icra ederken suistimalle ve dayatmalarla karşılaştığında şikayetten kaçınma isteği olarak açıklanmıştır (Organ, 1988: 13). Podsakoff ve meslektaşları (2000) centilmenliğin, çalışanların özellikle örgütsel ihtiyaçlar lehinde kişisel çıkarlarının ertelenmesi ve etkileşim halinde olduğu herkese karşı hoşgörü ile yaklaşarak, özveri göstermeleri gerektiği durumlarda bile örgütlerine karşı pozitif bir tutumu devam ettirmeleri gerektiğini ifade etmektedir (Podsakoff vd., 2000: 517).

İşyerlerinde ekip çalışmasının desteklenmesi yerine bazı yanlış yönetim anlayışlarından dolayı çalışanların rekabete itilmesi, kurum içerisinde iletişimsizlik ve çalışanlar arasında çatışmaya neden olabilir. İşte bu durum karşısında centilmenlik boyutu çok fazla önem ifade etmektedir. Çünkü centilmenlik boyutu, bireylerin, şartlar istedikleri gibi gitmediğinde şikayet ve sızlanmalardan kaçınma, zamanı etkili kullanma, örgüt için yapıcı çalışmalarda bulunma, insanların diğerleri tarafından rahatsız edildiğinde olgunlukla karşılama, alınganlık göstermemeleri ve çalışma grubunun isteğini kırmamaya özen göstermeleridir. Centilmenlik davranışları, çalışanların problemlerle, gerginliğe yol açmadan yapıcı görüşleriyle mücadele etme yeteneğini ve meydana gelen olumsuz durumlarda kişilerin direncini artırdığı için örgütün etkinliğine katkı sağlayan davranışlardır (Altaş ve Çekmecelioğlu, 2007: 48).

Organizasyonlar ne kadar profesyonelce yönetilirse yönetilsinler, beklenmedik gerginliklerin ve sorunların çıkması kaçınılmazdır. Bu sorunlar, örgüt içerisinde huzurun bozulmasına ve örgütün en etkin olmayan paydaşının bile bundan etkilenmesine sebep olabilir. Böylelikle örgüte olan güven eksilir ve örgüte bağlılık bilinci bozular. Bu gergin ortamın önlenmesi için, örgüt üyelerinin karamsar bir tutum sergilemesi yerine hoşgörü, anlayış ve yapıcı odaklı olmaları kurum içerisindeki uyumun yakalanmasını sağlayacaktır. Olumsuzlukları çok büyütmemek ve görmezden gelmek centilmenlik boyutunun en önemli özelliklerindedir. Centilmenlik davranışı gösteren üyelerin olduğu bir örgüt birlik ve beraberlik içerisinde olacak ve örgütü geliştirmeye odaklanacaktır.

#### **1.3.4. Nezaket**

Örgütsel vatandaşlık davranışının bir diğer boyutu nezaket boyutudur. Nezaket boyutu, örgüt içerisinde bireysel olarak hareket etmekten ziyade, örgüt içerisindeki birlikteliğe vurgu yapan bir boyuttur. Nezaket, bir problemin oluşmasını önlemek için örgüt içerisinde bir diğer kişiye yardım etmek veya çıkan herhangi bir problemin azaltılmasına yönelik adımlar atmak gibi davranış biçimlerinden oluşmaktadır. Nezaket örgütlerde karar alma süreçlerinde, bu kararlardan etkilenecek bütün örgüt üyelerinin

bilgilendirilmesini ve karar alma aşamasında ekip olarak birlikte hareket etmeyi ifade etmektedir. Örgütle ilgili herhangi bir sorun oluştuğunda da diğer örgüt üyelerinin uyarılması gerekmektedir (Çetin ve Fıkrkoca, 2010: 47).

Podsakoff ve meslektaşları, "nezaket" kavramını farklı açıdan değerlendirmişlerdir. Onlara göre nezaket kavramı, çalışanların örgüt içerisinde gelecekte ortaya çıkacağını öngördükleri problemleri, iş arkadaşları ve yöneticileri ile paylaşımları ve bu problemin çözümünde birlikte hareket ederek yardımlaşma içerisinde problemin çözümüne ulaşmayı sağlayan davranışları ifade etmektedir (Podsakoff vd., 2000 : 517).

Diğergamlık ve nezaket boyutlarına baktığımızda, her ikisinde de bireylerin örgüt ile ilgili görevlerinde ya da problemlerinde, örgüt içerisindeki bireylerin gönüllü olarak birbirlerine yardım etmek amacıyla yaptıkları davranışlar olduğunu görmekteyiz. Bu iki boyutu birbirinden ayırt etmek oldukça zordur. Ancak şu açıdan değerlendirme yapabiliriz; diğergamlık, kişilerin birbirlerine, bir sorun oluştuğu zaman, bu sorunu çözmeye yönelik olarak yardımcı olma davranışını ifade ederken, nezaket boyutunda, önceden fark edilen ve olası olan bir sorunun ortaya çıkmasını engellemek veya o sorunun yaratacağı olumsuz etkileri azaltmak amacıyla önceden somut adımlar atma davranışları söz konusu olmaktadır (Özler, 2010: 111).

Nezaket boyutu örgüt içerisinde etkileşimin artmasını sağlayarak alınan kararlar çerçevesinde ekip çalışması içerisinde uyumlu olarak hareket etmeyi, örgütün üyeleri ve örgütle teması olan bütün bireyler arasında güvenin oluşmasını ve iş bölümünün artmasını sağlamaktadır. Böylelikle iş performansının da artmasını sağlamakta ve örgüte olan aidiyet duygusunun gelişmesine öncülük etmektedir.

### 1.3.5. Sivil Erdem

Organ'ın çalışmasında yer verdiği son vatandaşlık davranışı boyutu olan "sivil erdem", Graham (1994) tarafından "örgütsel katılım" adıyla tanımlanmıştır. Graham, sivil erdemi örgütle ilgili bütün konularda aktif ve sorumlu biçimde katılma şeklinde ifade etmiştir. Ona göre, iyi bir örgüt vatandaşı, örgütle ilgili tüm konularda fikir geliştirmeye çalışmalı ve geliştirdiği fikirleri ifade etmekten kaçınmamalıdır (Organ, 1990: 48).

Sivil erdem, örgütün günlük yaşamına sorgusuzca uyum sağlamaya çalışan bir kişi olmaktan çok organizasyonla ilgili tüm konularda fikir geliştirmeye çalışan ve geliştirdiği fikirleri ifade edebilmedir (Yücel ve Kaynak, 2008: 686).

Örgütün gelişmesi adına karar almak, alınan kararları örgüt üyeleri ile paylaşmak, örgüt içerisindeki gelişmeleri yakından takip etmek, bu gelişmeleri örgütün üyelerine de bildirerek onların kabul etmesini ve uygulamasını sağlamak, örgüt için yapılan toplantılara düzenli olarak katılmak, örgütün karar alma süreçlerinde yer almak sivil erdem boyutunun özellikleri arasındadır. Sivil erdem boyutu bireyin örgüt içinde pasif rol oynamasını istemez; örgüt adına örgütün verimliliğini arttıracak girişimlerde bulunmasını yani aktif olmasını ister.

Sivil erdem boyutunda yer alan organizasyonun vatandaşı olma bilinciyle sergilenen davranışlar birçok yönetici tarafından olumsuz karşılanacaktır; çünkü sivil erdem yönetime aktif olarak katılma sürecini içerir. Bunlar, çalışanların kısa vadede karşılaşacakları engellerdir. Ancak, bu davranışlar uzun vadede çalışanların örgüt içindeki politik süreçlerle ilgili daha fazla bilgi sahibi olmaları ve örgüt içi politikaların biçimlendirilmesinde yönlendirici güç olmalarını kolaylaştıracak bir bakış açısı geliştirmeleri sonucunu doğuracaktır. Yöneticilerin sivil erdem boyutunun uygulanmasını desteklememesi, bu boyutun uygulanması ihtimalini oldukça düşürür. Aynı zamanda çalışanlara dikkate değer maliyetler yüklediği ve oldukça fazla



zaman ayırmak gerektirdiği için sivil erdem davranışları, en zor sergilenen vatandaşlık davranışı türü olarak kabul edilmektedir (İşbaşı, 2000: 30).

#### **1.4. Örgütsel Vatandaşlık Davranışının Teorileri**

Örgütsel vatandaşlık davranışı ile ilgili literatürde 1980'li yıllardan beri çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Literatür incelendiğinde direk örgütsel vatandaşlık davranışı üzerine olmasa da örgütlerde bu davranışın ortaya çıkışı ile ilgili bazı teoriler mevcuttur. Bunları; Sosyal Değişim Teorisi, Eşitlik Teorisi, Lider-Üye Değişim Teorisi, Karşılıklılık Norm Teorisi ve Beklenti Teorisi olarak sıralanabilir.

##### **1.4.1. Sosyal Mübadele Teorisi**

Örgütsel vatandaşlık davranışı ile ilgili teorileri incelediğimizde bu teorilerin başında Sosyal Mübadele Teorisi gelmektedir. İlk kez 1964 yılında Blau tarafından geliştirilen Sosyal Mübadele Teorisi, sonunda ekonomik kazanç yerine sosyal anlamda bir kazanç elde etmeyi umarak güdülenen bireylerin yaptıkları, gönüllülük esasına dayalı davranışları kapsamaktadır (Singh ve Singh, 2008: 54).

Sosyal mübadele teorisinde ekonomik alışverişten farklı olarak elde edilecek kazanç, güvene ve değerler üzerine kuruludur. Ekonomik anlamdaki alışverişte maddi kazanç sağlanırken, sosyal değişimde yani sosyal alışverişte karşılıklı güven temellerine dayalı bir sevgi ve saygı sağlanacaktır. Bu teorinin temelini oluşturan insan ilişkileri, bireyler için karşılıklı kazanç oluşturacaktır. İnsan ilişkilerinde güven oldukça önem taşımaktadır. Bir örgüt içerisindeki bireylerin birbirlerine duydukları güven onların işlerini daha inanarak ve daha istekli yapmalarını sağlamaktadır. Örgüt açısından güvenin sağladığı kazanç, karşılıklı dayanışma içerisinde olan çalışanları ya da örgüt üyelerini ve bu üyelerin örgüte olan bağlılık bilincini geliştirmekte ve bu durum örgütün bütün paydaşlarını etkilemektedir (Huang ve Liu, 2005: 2).

Organ'a göre (1990), çalışanlar işveren ile olan çalışma ilişkilerinin hakkaniyetli bir sosyal değişim temeline dayandığını anladıklarında, motive

olmakta ve ekstra rol davranışları sergilemektedirler (Organ, 1990: 52). Sosyal mübadele teorisi ile ilgili yazın incelendiğinde, bazı yazarların sosyal mübadele teorisiyle örgütsel vatandaşlık davranışı arasında çeşitli açılardan bağlantı kurdukları görülmektedir. Cropanzano vd. (2003)'e göre sosyal mübadele ilişkilerinin örgütteki üyelerinin yöneticilerine yönelik yükümlülükleri, bağlılıkları ve içselleştirme eğilimini arttırdıkları görülmektedir (Cropanzano, vd., 2003, Aktaran: Bolat, 2008: 123). Konovsky ve Pugh (1994)' da yöneticilerle çalışanlar arasındaki sosyal mübadele ilişkisinin iş görenlere görevlerine ilişkin daha fazla zaman ve enerji harcamaya, daha yaratıcı olmaya ve iş sözleşmelerinde belirtilenlerin dışında fazladan sorumlulukları üstlenmeye yönlendirdiğini belirtmişlerdir (Konovsky ve Pugh, 1994, Aktaran: Bolat, 2008: 123)

Özetle sosyal mübadele teorisi örgütsel vatandaşlık davranışının ortaya çıkmasında temel teşkil eden teorilerden biridir ve örgüt içerisinde sosyal açıdan yapılan alışverişin örgüt içerisinde bağlılığı arttırdığını savunmaktadır.

#### **1.4.2. Lider-Üye Değişimi Teorisi**

Lider üye değişim teorisi, lider ile çalışanların, organizasyonu ve birbirlerini nasıl etkileyeceği ve birbirlerine olan bağlılıkları ile ilgilenir. Bu teori, sosyal mübadele teorisi kapsamında incelenen ve Fred Fiedler (1964) tarafından geliştirilen Durumsal Lider Etkinliği (Contingency Theory of Leader Effectiveness) teorisinin bir parçası olan yaklaşımdır. Sosyal değişim teorisine göre, çalışanlar ile yöneticiler arasında mübadeleye dayalı bir ilişki bulunmaktadır. Lider-üye değişim teorisi, yönetici ve çalışan arasında gelişen ve birbirleri ile etkileşim halinde olması sürecinde lider ile çalışan arasında gerçekleşen bir tür değişimdir (Yunus, 2010: 15, Çelik, 2007: 93).

Çalışanların yöneticileri ile ilişkilerine yönelik değerlendirmeleri ve memnuniyet seviyesini belirleyen üç faktör tespit edilmiştir. Bunlar; ilişkinin niceliği (quantity of contact), yöneticinin astlarını kontrole yönelik davranışları (monitoring behavior) ve lider-üye değişimidir (leader-member exchange). İlişkinin niceliği, yöneticiler ile çalışanlar arasındaki iletişimin yoğunluğunu, yöneticinin astlarını kontrole yönelik davranışları ise;

yöneticilerin çalışanlarına duydukları güven ve yakınlığı, lider üye değişimi, yöneticilerin çalışanlarla olan ilişkilerinin niteliğini göstermektedir (Çelik, 2007: 94).

Lider ile çalışanların arasında çalışma esnasında gelişen ilişkiler, çalışanların motivasyonunu geliştirmekte ve örgüte olan bağlılığını arttırmaktadır. Bu açıdan çalışan ile yönetici arasındaki ilişki, örgütsel vatandaşlık davranışını geliştirmesi bakımından oldukça önemlidir. Lider ile çalışan arasındaki ilişki çift taraflıdır ve karşılıklı olarak, performansın artmasına sebep olabilmektedir. Aynı zamanda çalışanları bütün olarak düşünmek yerine bireysel olarak etkileşim sağlar. Bu durum ise çalışan bireyde memnuniyetin artmasına sebep olur. Bireysel olarak değer verilen çalışanlar, örgüt içerisinde kararlara katılma, örgütü geliştirme açısından daha aktif hale gelir. Yani yönetici, örgüt içerisindeki ilişkileri geliştirme açısından oldukça fazla önem teşkil etmektedir. Yönetici ile ilişkileri iyi durumda olan çalışanlar örgüte bağlı, örgütün gelişmesi için çaba sarf eden ve görevi olmadığı halde gönüllülük esasına dayalı olarak ekstra davranış sergilerler. Bu da örgütsel vatandaşlık davranışına işaret etmektedir (Farahbod, 2012: 4).

### **1.4.3. Karşılıklılık Norm Teorisi**

Örgütsel vatandaşlık davranışının temelini oluşturan kuramlardan bir diğeri ise karşılıklılık norm teorisidir. Karşılıklılık norm teorisi, Gouldner (1960) "The Norm Of Reciprocity" başlıklı çalışmasında, "bireyler kendilerine yararı olan kişilere aynı şekilde karşılık vermeye çalışacaktır" şeklinde ifade etmiştir. Gouldner'a göre karşılıklılık norm teorisinin gerçekleşmesi için ya bireyin kendisine yardım eden kişiye yardım etmesi ya da kendisine yardım eden kişiye zarar vermemesi gerekmektedir. Bu durumda kurum içerisinde örgütsel vatandaşlık davranışının gerçekleşmesi için yönetici ve çalışanlar arasında, çalışanların birbiri arasında birbirlerine duydukları minnet duygusu etkindir (Chiaburu ve Lim, 2008: 453-454; Poyraz vd., 2009: 80).

Gouldner'a göre kültürler arasında birçok farklılıklar bulunsa da karşılıklılık normu evrensel bir özellik taşımaktadır. Karşılıklılık norm teorisine göre, işinden memnun olan bir çalışan, ona bu memnuniyeti sağlayanlara karşı

örgütsel vatandaşlık davranışı sergileyecektir; yani birey kendisine yardımda bulunanlar üzerinde yükümlülük hissederek, yardım eden kişinin iyiliğini isteyecektir. Karşılıklı yardım etme durumunun olduğu, karşılıklı iyi niyetin olduğu örgütlerde örgütsel vatandaşlık davranışı sergilenerek örgüt daha verimli olacak ve örgüte bağlılık artacaktır (Köse, 2003: 7; Bolat, 2008: 124).

#### **1.4.4. Eşitlik Teorisi**

John S. Adams 1965 yılında Eşitlik Teorisini geliştirmiştir. Bu teorinin temeli, çalışanların örgüt içerisinde eşit bir şekilde muamele görme arzusunda olması ve bu arzunun motivasyonu etkilemesidir. Bireyin sarf ettiği çaba ve karşılığında gördüğü muamele iş arkadaşları ile eşit düzeyde ise kişi motive olacak ve örgüte güven duygusu artacaktır. Fakat aksi durumda birey olumsuz etkilenecek bu durumu işine yansıtacaktır. Bu durum örgüt açısından da negatif sonuçlar doğuracaktır (Adams, 1965, Aktaran: Huseman vd., 1987: 222).

Eşitlik teorisine göre, kişi, kendisinin sarf ettiği gayret ve karşılığında elde ettiği sonucu aynı iş ortamında başkalarının sarf ettiği gayret ve elde ettikleri sonuç ile karşılaştırır. Kişi bu karşılaştırma sonucu algılayacağı her eşitsiz durumu gidermek için çaba sarf edecektir. Eğer bu durumun üstesinden gelemezse çalışanlar arasında dayanışmanın ve yardımlaşmanın sağladığı örgütsel vatandaşlık davranışı sağlanamayacaktır (Spektor ve Fox, 2002: 279).

Özetle, örgüt içerisindeki adalet çalışanlara yansiyarak çalışanların daha verimli ve örgüte bağlı olarak çalışmasını sağlayacaktır. Bu durum örgütsel vatandaşlık davranışının oluşmasında temel teşkil edecektir.

#### **1.4.5. Beklenti Teorisi**

Victor H. Vroom (1964) tarafından ortaya atılan bu kuram beklenti ve sonuç arasındaki ilişki üzerine kuruludur. Bu kurama göre bir bireyin örgüt için fazladan olumlu davranış göstermesinin derecesi, bu davranışın sonunda

beklediği ödüle ya da potansiyel çıktıya bağlıdır. Beklenti kuramı üç değişkende incelenebilir (Robbins, 1994: 58, Aktaran: Güler, 2009: 18-19).

1. Çalışanların olumlu davranışlarının karşılığında hissettikleri bir ödül kazanma ihtimali.
2. Sergilenen performans düzeyinin kendisini arzuladığı sonuca ulaştırıp ulaştırmaya hakkında kişinin inancının derecesi.
3. Belirli bir miktarda gayret sarf etme sonucunda elde edilen potansiyel bir ödülün daha büyük başarı elde etmeye yol açıp açmayacağı hakkında kişinin algıladığı olasılık.

Çalışanlar bu beklentilere, deneyimleri, gözlemleri ve algıları, gayretleri ve daha önce çalışmalarının karşılığında almış oldukları ödüller nedeniyle yeni beklentilere girmekte ve bu duyguyla motivasyonları sürekli kılınmaktadır. Özet olarak örgüt içerisinde çalışanlar bu teoriye göre olumlu bir davranış sergilerken karşılığında takdir edilme arzusu hissetmekte ve ödül beklentisine girmektedir. Sergilenen bu davranış dolaylı olarak örgütsel vatandaşlık davranışının ortaya çıkmasında etken oluşturmaktadır.

## **1.5. Örgütsel Vatandaşlık Davranışını Ortaya Çıkaran Faktörler**

Örgütsel vatandaşlık davranışının ortaya çıkmasında etkili olabilecek birçok faktör vardır. Bu faktörler, kişisel ve çevresel/durumsal faktörler olmak üzere iki boyut altında ele alınacaktır.

### **1.5.1. Kişisel Faktörler**

Örgütsel vatandaşlık davranışında etkili olan kişisel faktörler; örgüte bağlılık, kişilik özellikleri, ruhsal durum, işe karşı tutum ve iş tatmini, ihtiyaçlar, örgütsel adalet ve demografik değişkenler başlıkları altında sıralanarak incelenebilir.

### **1.5.1.1. Örgüte Bağlılık**

Örgütsel bağlılık işe karşı olan psikolojik bağlılıktır; bu da işe duyulan ilgi, sadakat ve örgütün değerlerine karşı duyulan güçlü inançtan ileri gelmektedir. Örgütsel bağlılığı tanımlarken günümüze kadar farklı sınıflandırmalar yapılmış, farklı bakış açıları geliştirilmiştir. O'Reilly ve Chatman (1986) tarafından geliştirilen sınıflandırma da örgütsel bağlılık; uyum bağlılığı, özdeşleşme bağlılığı ve içselleştirme bağlılığı olarak sınıflandırılmış ve bu oluşumların örgütsel vatandaşlık davranışının ortaya çıkmasında etken oluşturduğu belirtilmiştir (O'Reilly, 1989: 17).

Örgüte bağlılık üzerine yapılan bir diğer sınıflandırma, Allen ve Meyer tarafından yapılmıştır. Allen ve Meyer 1984 yılında örgütsel bağlılığı iki ana başlık altında değerlendirmişlerdir. Bunlar duygusal bağlılık ve devam bağlılığıdır. Daha sonra 1990 yılında normatif bağlılığı da bu sınıflandırmaya ekleyerek üç ana başlık oluşturmuşlardır. Allen ve Meyer 'in duygusal, normatif ve devam bağlılığından oluşan üç unsurlu örgütsel bağlılık modelinde, duygusal bağlılık, örgüte duyulan ilgi, kendini örgütle özdeşleştirme ile örgüt amaç ve değerlerini benimseme olarak tanımlanmaktadır. Devamlı bağlılık ise kişinin örgütten ayrılması ile birlikte işsiz kalması durumunda, katlanması gereken maliyete ilişkin algısından kaynaklanan örgüte devam bağlılığıdır. Burada çalışan bireyin işten ayrılması durumunu göze alamaması faktörü vardır. Normatif bağlılık ise, ahlaki değerleri, inançları içermekte ve bireylerin örgütün hedef ve çıkarılara uygun davranmada, yalnızca doğru ve ahlaklı olduklarına inandıkları davranışları göstermeleridir (Meyer, 2002: 21-23).

Örgütsel vatandaşlık davranışı ile örgütsel bağlılık ilişkisini inceleyen pek çok araştırma örgütsel bağlılık ve ÖVD arasındaki pozitif bir ilişkinin varlığını desteklemektedir (Aslan, 2008: 164).

Sonuç olarak örgütsel bağlılık, içinde bulunulan örgütün bir parçası olmaya devam etme, örgütü benimseme, örgüt için çaba gösterme isteği ile örgütün amaç ve değerlerini içselleştirme ve örgütün gelişmesi için ekstradan gayret sarf etme olarak tanımlanabilir. Bu da doğrudan örgütsel vatandaşlık

davranışını kapsayan bir tanım olmamakla birlikte örgütsel vatandaşlık davranışını destekleyici niteliktedir.

### **1.5.1.2. Kişilik Özellikleri**

Kişilikle ilgili farklı tanımlamalar mevcuttur. Genel olarak, bireyin karakteri ile çocukluk döneminin bileşiminden oluşan ve yaşadığı sosyal çevre içerisinde yaşam boyu geliştirilebilen bir özelliktir. Kişilik, bireylerin ilgileri, tutumları, yetenekleri, konuşma tarzı, dış görünüşü ve çevresine uyumu gibi belirli özelliklerini içeren bir bütündür. Birey bütün bu kişisel özelliklerine göre toplum içerisinde ayırt edilmektedir (Çarıkçı vd., 2010: 43). Bir diğer ifadeye göre kişilik, bireyin kendisi açısından fizyolojik, zihinsel ve ruhsal özellikleri hakkındaki bilgi; başkaları açısından ise, toplum içinde belirli özelliklere ve rollere sahip olmasıdır (Eren, 2006: 83).

Farklı kuramcılar kişiliği farklı açıdan ele almışlardır. Eysenck (2000) kişilik farklılıklarını; içedönüklük-dışadönüklük, duygusal dengesizlik ve uyum, dik başlılık-yumuşak başlılık, espri anlayışı, cinsellik ve ortalama cinsiyet ile sosyal ve siyasal tutumlar olmak üzere altı faktörde incelemiştir (Eysenck ve Wilson, 2000, Aktaran: Yücel ve Kaynak, 2009: 687). Jullian B. Rotter (2000); kişiliğin oluşumunu, görünümünü, bazı psikolojik esaslara, özellikle inanç sistemine bağlamıştır. Rotter, inançlar sistemini kişiliğin oluşturucusu aynı zamanda kişilik ölçümünde özel bir dilim olarak görmüştür. Atkinson ve Mc. Clelland (1960) ise kişilik kuramında insanın bazı temel gereksinimlerinin yanında bireyden bireye farklılık gösteren psikolojik ihtiyaçlarının olduğunu ortaya koymuştur (Yücel ve Kaynak, 2008: 688). Norman, 1963 yılında yaptığı çalışmada kişilik ile ilgili beş faktör elde etmiştir. Bu faktörler; dışadönüklük, geçimlilik, sorumluluk, duygusal denge/dengesizlik ve yeniliklere açık olmadır (Norman, 1963, Aktaran: Çarıkçı vd., 2010: 43).

Çağımızda artan rekabet ortamı ile birlikte örgütlerin sürdürülebilirliğini sağlayabilmesi için en fazla önem verdiği faktör, insandır. Bu yüzden çağdaş yönetim anlayışında örgütsel yapıyı şekillendiren insanı tanımak ve bu örgütü oluşturan bireylerin sosyo-kültürel özelliklerini bilmek örgütün

gelişimi açısından oldukça önemlidir. Bireylerin hayat karşısındaki zorluklara bakış açısı, onların örgüt içerisinde bir iş yapmaya veya sürdürmeye yönelik çabalarını belirlemektedir. Çalışanın yaşı, eğitim düzeyi, cinsiyeti, ırkı, geliri, çalışma yılı gibi kişisel özellikleri bireyin işe karşı tutumlarını, işe bağlılık düzeylerini doğrudan etkilemektedir (Karaman vd., 2008: 51). Örgütsel vatandaşlık davranışında ele alınan boyutlar bireyin kişiliği ile çok yakından ilgilidir. Örneğin sorumluluk sahibi olan, geçimli olan, diğer bireylerin çıkarını da kendi çıkarı kadar düşünen bireyler örgütsel vatandaşlık davranışlarını sergileme konusunda daha yatkın olacaklardır. Özetle bireylerin kişisel farklılıkları örgütsel vatandaşlık davranışlarının oluşumunda etkili olmaktadır.

### **1.5.1.3. Ruhsal Durum**

İnsanlar duygusal olarak rahat oldukları durumlarda daha çok örgütsel vatandaşlık davranışları sergilemektedirler. Sosyal psikoloji alanında yapılan çalışmalarda ise olumlu ruhsal özelliklere sahip bireyleri daha çok örgütsel vatandaşlık davranışları gösterdikleri ve çalışanların olumlu ruh hallerinin sağlandığı durumlarda, bireylerin diğergamlık davranışlarında artma olduğu belirlenmiştir (Geçer, 2008: 24). Bu çalışmalardan yola çıkarak örgüt içerisinde iyi bir ruh haline sahip olan bireyin örgüte, çalışma arkadaşlarına ve örgütün bütün paydaşlarına olumlu ruh halini yansıttığını söylenebilir. Böylelikle olaylara pozitif bakan bir birey çalışma ortamında ki eksikleri görmezden gelerek kurumunu her şekilde savunabilecek ve kurumun gelişmesi için çaba sarf edebilecektir. Çalışma arkadaşları açısından ise daha anlayışlı daha yardımsever bir tutum sergileyebilecektir. Bu durum yalnızca bireyi değil olumlu ruh haline sahip olan bireyin örgüt içerisinde daha mutlu olduğunu gören bütün çalışma arkadaşlarını da etkileyecektir.

### **1.5.1.4. İşe Karşı Tutum ve İş Tatmini**

İşe karşı tutum örgütteki bireyin çalışma esnasında işe karşı geliştirdiği tutumdur. Bireyin örgüt içerisinde faaliyetlerini gerçekleştirirken beklentilerinin karşılanmış olması onun işinden memnun olmasını sağlar,



işinden memnuniyet duyan birey ise işine karşı olumlu tutum sergiler; işte bu durumu iş tatmini olarak tanımlayabiliriz.

İş tatmini örgütsel vatandaşlık davranışı açısından en çok incelenen faktörler arasındadır. İş tatmini ile örgütsel vatandaşlık davranışı ilişkisini inceleyen Organ(1977), iş tatmininin, örgütsel vatandaşlık davranışının belirleyicisi olduğunu ikisinin arasında önemli bir bağlantı bulunduğunu vurgulamıştır. Örgütlerde iş tatmini sağlamada, iş görenlerin güdülenme durumları en önemli faktörlerden biridir. İnsanları örgütte etkili ve verimli olarak çalıştırabilmek ve başarılı bir sonuç elde edebilmek için, önce insanları yaptığı işe ikna etmek, işi benimsemesini sağlamak ve onları motive etmek gerekmektedir. Bu da yöneticilerin ya da liderlerin yönlendirmeleri ile mümkün olabilir (Spitzmuller, 2008: 107; Organ, 2005: 99).

Çalışanların işlerini sevmeleri ve iş becerilerinin yüksek olması durumunda, örgüt içerisinde iş tatmini yaşanmaktadır. Bunun sonucunda ise örgütsel açıdan verimlilik artmaktadır. Pozitif olarak bakılacak olursa iş tatmini duyan kişiler, çalışma arkadaşlarına, hizmet verdiği kişilere yani bütün paydaşlarına yardımcı olma, işbirliğine açık olma gibi daha fazla prososyal davranış sergilerler. Dolayısıyla iş tatmininin örgüt etkinliği açısından önemli olması sebebiyle yöneticilerin iş tatminine önem vermeleri gerekmektedir. Diğer taraftan iş tatmininin düşük olmasının örgüt açısından pek çok negatif etkileri olacaktır (Altaş ve Çekmecelioğlu, 2007: 51).

Bir tanımlamaya göre, iş tatmini, işten elde edilen maddi çıkarlar ile çalışanın, örgüt bireyleri ile çalışmaktan mutluluk duyması ve birlikte ortaya koydukları işten veya eserden haz almalarıdır (Demirel ve Özçınar, 2009: 132). Yani iş tatmini sadece iş arkadaşları ile iyi geçinme, yaptığı işi sevme, iş ortamında bulunmaktan zevk alma, işine istekli olarak gitme, yaptığı işten olumlu çıktılar alma gibi davranışları içermez, aynı zamanda bireyin maddi açıdan da tatmin olması gerekmektedir. Bunun yanında iş tatmini göreceli bir kavramdır. Her birey aynı şekilde aynı koşullar altında işinden tatmin olma duygusunu yaşamaz. Bu yüzden yöneticilerin çalışanları gözlemlemesi ve bireysel olarak da tutum sergilemesi, çalışanların iş tatmininin artmasını sağlayacaktır. İşinden tatmin olan, doyum yaşayan bireyin örgütsel

vatandaşlık sergilemesi daha kolay olacaktır. Bu durum ise hem örgüte hem de bireye kazanç sağlayacaktır.

#### **1.5.1.5. İhtiyaçlar**

Maslow'un ihtiyaçlar teorisine göre (1943); kişinin gösterdiği her davranış kişinin belirli ihtiyaçlarını gidermeye yöneliktir, kişi ihtiyaçlarını gidermek için belirli şekillerde davranır, dolayısıyla ihtiyaçlar davranışı belirleyen önemli bir etmendir. Maslow' un ihtiyaçlar hiyerarşisine göre bireyin öncelikli ihtiyaçları temel ihtiyaçlar olarak tanımlanmış, temel ihtiyaçlarını karşılayamayan bireylerin daha üst basamaktaki ihtiyaçlarını gerçekleştirmesi yani barınma ihtiyacı, sevilme, sevme, saygı görme gibi ihtiyaçlarını karşılaması mümkün olmamaktadır. Hiyerarşinin en üst basamağı olan kendini gerçekleştirme basamağını gerçekleştirmek için yine sevilme, sevme, saygı görme gibi bütün basamakların gerçekleşmesi gerekmektedir. Bireyin gün içerisinde en çok zamanını geçirdiği yer iş yeridir. Kişinin yaşamının en uzun dönemini harcadığı bu yerde mutlu, huzurlu olması ihtiyaçlarının karşılanmasında büyük etken olacaktır. Maslow' a göre kendini gerçekleştiren birey kendinden başkasını da düşünen, hoşgörülü, alçak gönüllü, olgun bireylerdir. Yani belirtildiği gibi ihtiyaçlar bireyin davranışlarına yansır. İhtiyaçları karşılanan birey örgüt içerisinde olumlu davranışlar sergiler (Ertürk, 2009: 144-145).

Örgüt içerisinde bireyin ait olma duygusu, sosyal kabul görme, statü, örgütün paydaşları tarafından saygı ve sevgi görme, örgütün kararlarına katılma, örgüt içerisinde aktif ve etkin olma gibi durumlar bireylerin iş tatmini yaşamasına ve örgüte bağlılık bilinci geliştirmesine neden olur. İhtiyaçları karşılanmış bu bireylerin örgütsel vatandaşlık davranışı sergilemeleri çok daha kolay olacaktır. Bu açıdan örgüt yöneticilerinin, örgütün daha verimli ve daha etkin olabilmesi için, çalışanlarının ve bütün paydaşlarının ihtiyaçlarını karşılama konusunda oldukça hassas olmaları gerekmektedir (Basım ve Şeşen, 2006: 84).

### **1.5.1.6. Örgütsel Adalet**

İnsanlar yüzyıllardır bir arada yaşamaktadır, adalet kavramının ortaya çıkışı da insanların bir arada huzursuzluk çıkmadan yaşamaları ve birbirleriyle iyi anlaşma gerekleri ile ortaya çıkmış bir kavramdır. Adalet hakkın gözetilmesi ve yerine getirilmesi anlamına gelir. Adalet bir toplumda herkese eşit hak sunma olarak ifade edilebilir. Örgütleri de birer küçük topluluk olarak düşündüğümüzde örgüt içerisinde eşitliği, hakkaniyeti sağlamak için örgütsel adalet kavramı gündeme gelmiştir. İnsan unsuru sürekli bahsettiğimiz gibi günümüz rekabet koşullarında oldukça önem kazanmıştır. Örgütler insana yakışır şekilde hareket ettiği müddetçe sürdürülebilirliği sağlayacaktır. İnsanın hak ettiği değeri kazanması, örgüt içerisinde eşit dağılımın sağlanması örgütsel adalet yoluyla gerçekleşebilir. Örgütsel adalet bireylerin örgüt içerisinde çalışma sürecinde oldukça önemli bir motivasyon etkenidir. Bireylerin adaletsiz davranışlar karşısında organizasyona olan güveni ve bağlılığı azalacaktır (Folger ve Cropanzano, 1998: 12).

Örgütsel adalet kavramı ilk olarak Adams'ın (1965) eşitlik teorisinden yola çıkılarak geliştirilmiştir. Eşitlik teorisi, daha öncede bahsettiğimiz gibi, örgüt içerisinde çalışanların diğer örgüt üyeleri ile eşit bir şekilde muamele görme arzusunda olması olarak tanımlanmıştır. Çalışanların bu arzusu onların motivasyonunu etkilemekte ve örgüte bağlılık düzeyinde değişikliğe yol açmaktadır (Adams, 1965, Aktaran: Huseman vd., 1987: 222). Bu teoriden yola çıkarak geliştirilen örgütsel adalet kavramı üç süreçte açıklanmıştır. Bunlar, dağıtım adaleti (distributive justice), prosedür adaleti (procedural justice) ve etkileşim adaleti (interactional justice)' dir. Dağıtım adaleti bireylerin örgüt içerisindeki örgütsel kaynaklarının, iş yükümlülüklerinin, ücretlerin, ödüllerin ve bunun gibi birçok etkenin adaletli bir şekilde dağıtılıp dağıtılmadığına ilişkin algılamalarını ifade etmektedir. Dağıtımın adaletsiz olduğunu hisseden örgüt üyelerinin bu algılamaya karşı verdiği tepki kötü bir performans sergilemek olacaktır (Cropanzano ve Greenberg, 1997: 5-7).

Thibaut ve Walker'ın (1975) geliştirdikleri prosedür adaleti kavramı ise, karar alma sürecinde ve bu sürecin uygulanma şeklinde çalışanlara söz hakkı verilmesini ifade eder. Prosedür adaleti kavramına göre, bireylerin

süreç üzerindeki aktif katılımları, prosedürleri adil olarak algılamalarını sağlamaktadır (Thibaut ve Walker, 1975, Aktaran: Bakhshi vd., 2009: 146). Leventhal (1977) prosedür adaletini tanımlarken belirlediği altı kural üzerinde durmuştur. Prosedür adaletinin tanımlanmasında kullanılacak kurallar; tutarlılık, önyargıları engelleme, doğruluk, düzeltme, etik ve temsil etmedir. Tutarlılık kuralı, sürecin örgüt üyelerine karşı tutarlı olması gerektiğini savunur. Tutarlılığın eksik olması prosedür adaleti kavramına olan güveni yıkacaktır. Önyargı engelleme kuralı bireylerin karar alma süreçlerine aktif katılım gerçekleştirirken önyargılardan uzak olmasını tanımlar. Aynı zamanda körü körüne bağlılığında bu süreçte engellenmesi gerektiğine vurgu yapar. Doğruluk kuralı, karar alma süreçlerinde bireylerin bilgi ve düşüncelerinin en az hata ile toplanması ve kullanılması gerektiğini ifade eder. Düzeltme kuralı, örgüt içerisinde eksik ya da doğru olmayan kuralların sistemli bir mekanizma ile düzeltilmesi gerektiğini savunur. Etik kuralı, prosedürlerin ahlaki değerlere uygun olarak düzenlenmesi gerektiğini savunur. Temsil etme kuralı ise, karar alma esnasında örgütün bütün paydaşlarının fikirlerinin alınması gerektiğini tanımlamaktadır (Leventhal, 1977: 22-33).

Bies ve Moag (1986) tarafından yazına katılan etkileşimsel adalet kavramı, kişiler arası ilişkilerde kalitenin önemine vurgu yapmaktadır. Karar alma süreçlerinde çatışma durumlarının ortaya çıkması durumuna ilişkin tavırlardan kaynaklanan adalet türüdür. Etkileşimsel adalet, organizasyonlarda bireyler arası ilişkiler üzerine odaklanmış ve kişilerarası davranış ve iletişimin adilliğini incelemiştir (Bies ve Moag, 1986, Aktaran: Yazıcıoğlu ve Topaloğlu, 2009: 5).

Sonuç olarak adalet kavramı hayatımızın her alanında adilce ve insana yakışır şekilde yaşamak için gerekli olan bir kavramdır. Ömrümüzün büyük bir miktarını iş yaşamı içerisinde geçirdiğimizi düşündüğümüzde adalet kavramının iş hayatı içerisine de girmesi gerekmektedir. Bu açıdan örgütsel adalet örgüt üyelerinin örgüt içerisindeki diğer bireylerle eşit olma arzusundan geliştirilmiştir. Uygulanabildiği müddetçe de hem örgüte karşı

hem de örgütün paydaşları arasında güven duygusu gelişecektir ve bireyler çalışma ortamında huzurlu olarak çalışacaklardır.

### **1.5.1.7. Demografik Değişkenler**

Örgütsel vatandaşlık davranışları üzerine daha önce yapılan araştırmalarda, örgüt üyelerinin bazı demografik özelliklerinin örgütsel vatandaşlık davranışlarının sergilenmesine etki ettiği görülmüştür. Bunlar, yaş, cinsiyet ve eğitim olarak sıralanabilir.

Örgütsel vatandaşlık davranışı ve yaş ilişkisi değerlendirildiğinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Fakat genel olarak varılan sonuç kesin olarak belirlenememesine rağmen, yaş ile örgütsel vatandaşlık davranışı arasında olumlu bir ilişki bulunmuştur. Yaşı ilerledikçe örgüt çalışanlarının kuruma olan bağlılıklarında ve kurum için fazladan çaba gösterme özelliklerinde artış meydana gelmiştir (Özler, 2010: 117).

Cinsiyet değişkeni ile örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişkiye baktığımızda aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Köse ve meslektaşlarının (2003) gerçekleştirdiği araştırmada bayan çalışanlar erkeklere göre kurumlarıyla biraz daha fazla ilgilenmekte, kurumlarındaki değişiklikleri daha yakın takip etmekte ve kurumun lehine olduğunu düşündükleri fikirlerini açıklamaktan çekinmemektedirler. Aynı zamanda nezaket açısından erkeklere göre daha öndedirler (Köse vd., 2003: 16).

Literatürde daha önce yapılan araştırmalarda, eğitim düzeyinin sosyal sorumluluk ile doğrusal bir ilişkisi ve diğergamlık boyutunun üzerine etkisi olan bir değişken olduğu saptanmıştır (Güler, 2009: 26).

### **1.5.2. Çevresel / Durumsal Faktörler**

Çevresel ve durumsal faktörleri üç alt başlık altında inceleyebiliriz. Bunlar, işin özellikleri, liderin özellikleri ve son olarak örgütün özellikleridir.

#### **1.5.2.1. İşin Özellikleri**

Podsakoff ve meslektaşlarına (2000) göre, işin özellikleri örgüt üyelerinin örgütsel vatandaşlık davranışlarını etkilemektedir (Podsakoff vd., 2000:

551). Herzberg (2003)'e göre çalışanın motivasyonu ve işe karşı tatmini, iş zenginleştirmenin temelini oluşturan işin özelliklerindeki temel değişiklikler ile arttırılabilir. İşin sahip olduğu bazı özellikler yalnızca iş görenin doyumsuzluk duymamasını sağlamakta, bazı özellikleri ise bireyin işe karşı istekli olmasını sağlamaktadır (Herzberg, 2003: 87).

Hackman ve Oldham 1976 yılında iş özellikleri kuramını geliştirmiştir. Bu kuram çalışanın motivasyonu, iş tatmini ve kaliteli performans üzerine odaklanmaktadır. Bu kuramda işin motivasyonel potansiyelini arttıran beş kavram belirlenmiştir. Bunlar, yeteneklerin çeşitliliği, görev kimliği, görevin önemi, otonomi ve iş ile ilgili geri bildirim olarak belirtilmektedir. Bu beş kavram psikolojik durumlar açısından üç başlık altında bölünerek değerlendirilmiştir. Bunlar, işin anlamlılığı, işin çıktıları ve işin sorumluluğudur. Yeteneklerin çeşitliliği, görev kimliği ve görevin önemi, işin anlamlılığını oluşturmaktadır. Yani işin anlamlı hale gelmesi için iş zenginleştirme yapılarak çalışanlar için görev kimliği oluşturulmalı, görevin öneminin ve çeşitliliğinin arttırılması sağlanmalıdır. Otonomi, işin sorumluluğuna karşılık gelmektedir. Yani bireyin işi ile ilgili kararlarda etkin olması ve işini yaparken en uygun şekilde yönetim sağlaması anlamına gelir. İş ile ilgili geri bildirim ise işin çıktısını oluşturmaktadır; yani işten elde edilen sonuçların, kazançların bilinmesidir. Bir işin düzenli geri bildirim ve otonomi sağlayacak nitelikte olması, çalışanların kendi davranışlarını takip etmelerini ve kişisel kontrol duygusu geliştirmelerini sağlar. Bütün bu öğeler birleştiğinde iş ile ilgili yüksek motivasyon, kaliteli iş performansı, iş tatmini ve işe devamlılık kazançları elde edilmektedir (Hackman ve Oldham, 1976: 255-257).

İşin özellikleri kuramına göre elde edilen sonuçları örgütsel vatandaşlık davranışları açısından değerlendirdiğimizde, birbirleri ile yakın ilişkili olduğunu görmekteyiz. İş ile ilgili geri bildirim örgütsel vatandaşlık davranışının boyutları ile doğru ve dolaylı olarak ilişkilidir. Örneğin iş ile ilgili geri bildirim ve otonomi bireyin işinin sorumluluğunda olması ve elde edilen çıktılarını takip etmesini gerektirir. Bu durum bireyin işi üzerinde söz sahibi olması anlamına gelir. Bu açıdan değerlendirdiğimizde iş ile ilgili geri

bildirim, örgütsel vatandaşlık davranışının sivil erdem boyutuyla yakından ilişkilidir. Çünkü sivil erdem boyutu yapılan işle ilgili alınan kararlarda söz sahibi olmayı gerektirir. Bu kavramların aynı zamanda iş tatmini sağladığı için örgütsel vatandaşlık davranışı ile ilişkili olduğu düşünülebilir (Özler, 2010: 118).

Sonuç olarak; yaptığı işten tatmin olan, motivasyonu yüksek olan çalışanların diğergamlık, nezaket, centilmenlik gibi ÖVD boyutlarını göstermeleri çok daha yüksek seviyede olabilmektedir. Çalışanların işi üzerinde söz sahibi olması sivil erdem davranışlarını göstermeleri üzerinde etkili olabilmektedir. İşin özellikleri bireyi memnun ederse eğer bireyin örgüte olan aidiyeti artacak ve örgüt için örgütsel vatandaşlık davranışları sergileyerek örgütün gelişmesi için çaba harcayabilecektir.

### **1.5.2.2. Liderin Özellikleri**

Liderlik ile ilgili oldukça fazla araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların büyük çoğunluğu yönetim alanındaki araştırmacılar tarafından gerçekleştirilmiştir. Özel, kamu ya da gönüllü bir kurum ya da kuruluşun yönetilmesinde liderlik vasfının önemi büyüktür. Örgütlerin en büyük aktörlerinden biri olan liderler örgütün bütün paydaşlarını direk ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Bu açıdan ele alındığında bir örgüt üyesinin örgütsel vatandaşlık davranışı sergilemesi liderinin tutumuyla da alakalıdır.

Bir örgüt içinde liderlik, gücünü ast-üst ilişkisi konumundan alan yöneticilikten farklıdır. Liderlik, örgütsel amaçları gerçekleştirme doğrultusunda çalışanları yönlendiren ve harekete geçiren bir süreçtir. Bir grup insanı belirli amaçlar etrafında toplayabilme ve bu amaçları gerçekleştirmek için onları güdülemek, yetenek ve bilgilerin toplamıdır diye tanımlanabilir (Tengilimoğlu ve Yiğit, 2005: 378). Fındıkçı (2009) tarafından "liderlik, lider tarafından yönetilenlerin kendi hayatlarından memnun olmalarını, mutlu ve uyumlu hissetmelerini sağlayan bir sanattır" şeklinde tanımlanmıştır (Fındıkçı, 2009: 56).

Bir yönetici eğer iyi bir liderlik vasfına sahipse bütün bu tanımlamalarda yola çıkarak çalışanların örgütsel vatandaşlık davranışları göstermelerini

kolaylaştıracaktır. Örgüt üyeleri ile lider arasındaki ilişki çift taraflıdır. Lider çalışanlar tarafından güvenilir görüldüğü takdirde, çalışanlar liderin memnuniyetini sağlamak için olumlu davranışlar sergileyeceklerdir. Lider ile çalışanların arasında çalışma esnasında gelişen ilişkiler, çalışanların motivasyonunu geliştirmekte ve örgüte olan aidiyet duygusunu arttırmaktadır. Sonuç olarak, çalışanlarının örgütsel vatandaşlık davranışını göstermesinin sağlanması; liderin tutumlarına bağlıdır. İyi bir lider, bireyin örgüte bağlılık hissetmesini, iş tatmini sağlamasını ve böylelikle bulunduğu kurumu daha ileriye götürmek adına görevi olmadığı halde gönüllü olarak fazladan çaba sarf etmesini sağlayabilecektir.

### **1.5.2.3. Örgütün Özellikleri**

Örgütsel vatandaşlık davranışının ortaya çıkışında etkili olan son çevresel/durumsal faktör örgütün özellikleridir. Çalışanların örgüte bağlılığını, heyecanını ve moralini yükseltmek için ve örgütsel vatandaşlık davranışını sergilemelerini sağlamak için sadece güdüleyici unsurları çalışanlara sunmak yetmemektedir. Aynı zamanda, yönetim sisteminde var olan olumsuz unsurları ortadan kaldırmak gerekmektedir (Bilir ve Ay, 2007: 45). Ancak karşılıklı çaba ile örgütsel vatandaşlık davranışı sergilenebilecektir.

Örgütsel özellikler içerisinde yer alan değişkenleri Podsakoff ve meslektaşları (2000); kurumsallaşma, örgütsel kararlılık, personel desteği, grup dayanışması, liderin kontrolü dışındaki ödüller, liderden mekansal uzaklık ve algılanan örgütsel destek olarak ifade edilmektedir. Podsakoff ve meslektaşlarının yaptığı araştırmaya göre, grup dayanışması değişkeninin örgütsel vatandaşlık davranışının diğergamlık, vicdanlılık, centilmenlik, nezaket ve sivil erdem boyutlarının hepsiyle tutarlı ve pozitif bir ilişkisi olduğu bulunmuştur. Bu durumu iş paylaşımının, karşılıklı dayanışmanın olduğu örgütlerde örgüte aidiyet duygusunun arttığı ve kişilerinin birbirlerine yardım etme davranışlarının artmasını sağladığı şeklinde açıklayabiliriz. Böylelikle örgütsel vatandaşlık davranışları ortaya çıkacaktır. Algılanan örgütsel destek değişkeni ile sadece diğergamlık boyutu arasında tutarlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Örgütsel destek, bireyin örgüte olan güvenini



artırır ve örgüt için gönüllü olarak fazladan çaba harcama isteğini geliştirir. Bu durum da diğergamlık boyutunu tanımlar. Diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Podsakoff vd, 2000: 528-531).

Kurumsallaşma bir örgütün standartlara, prosedürlere sahip olması; gelişmelere uygun olarak organizasyonel yapısını oluşturması; kendisine özgü iş yapma usul ve yöntemlerini kültürü haline getirmesi ve bu sayede diğer örgütlerden ayırt edici bir kimliğe bürünmesi sürecidir (Ulukan, 2005: 31). Örgütsel kararlılık ise, bu iş yapma usul ve yöntemlerinin kesin olarak uygulanmasıdır. Kurumsallaşma ve örgütsel kararlılık, çalışanların kuralları ve talimatları algılayış biçimlerine göre örgütsel vatandaşlık davranışı üzerinde farklı etkiler oluşturabilmektedir. Bu iki değişken örgütteki belirsizliklerin azalmasını ve rollerin kesinleşmesini sağlaması nedeniyle çalışanların eşitlik ve tarafsızlık algısını artırmaktadır. Böylece örgütlerde, çalışanlardaki tatminin, bağlılığının ve güven duygusunun yükseleceği, bunun sağlanmasının ise örgütsel vatandaşlık davranışı düzeyini artıracığı düşünülmektedir (Özler, 2010: 120).

Özetle örgütün özellikleri de örgütsel vatandaşlık davranışını etkileyen faktörler arasındadır. Bu yüzden örgütsel vatandaşlık davranışının gelişmesini sağlamak için sadece bireylere odaklanmak yerine örgütün de yapısını geliştirmek, misyon ve vizyon belirlemek, görev tanımlamalarını tam olarak gerçekleştirmek, özellikle profesyonel bir örgüt yapısı oluşturmak gerekmektedir.

## **1.6. Türkiye’de Gerçekleştirilen Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Çalışmaları**

Türkiye’de örgütsel vatandaşlık davranışı üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde daha çok yönetim alanındaki araştırmacılar tarafından yapıldığı gözlemlenmektedir. Örgütsel vatandaşlık davranışı literatüre yeni giren kavramlardan biridir. Yazın incelendiğinde Türkiye’de örgütsel vatandaşlık davranışı üzerine yapılan çalışmalarda son 10 yıl içerisinde artış meydana gelmiştir. Yapılan çalışmalar en çok eğitim kurumlarında öğretmenler üzerine gerçekleştirilmiştir. Literatürde örgütsel vatandaşlık

davranışı üzerine yapılan çalışmalarda ikinci sırayı farklı sektörlerdeki çalışanlar üzerine yapılan araştırmalar almaktadır. Bunun dışında kamu kurumları, sağlık kurumları, turizm sektörü gibi kurumlarda da çalışmalar gerçekleştirilmiştir.

Eğitim kurumlarında gerçekleştirilen çalışmalar gözden geçirildiğinde, Buluç (2008) tarafından gerçekleştirilen "Ortaöğretim Okullarında Örgütsel Sağlık İle Örgütsel Vatandaşlık Davranışları Arasındaki İlişki" isimli çalışma, Ankara'da bulunan 12 ortaöğretim okulunda çalışan toplam 215 öğretmen üzerine yapılmıştır. Bu çalışmada öğretmenlerin örgütsel vatandaşlık davranışlarının oldukça yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Örgütsel vatandaşlık davranışı ile örgütsel sağlık arasında ise pozitif yönde bir ilişki gözlenmiştir (Buluç, 2008: 592).

Çarıkçı ve meslektaşları (2010) ise, akademisyenler üzerine bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Kişilik, duygusal zeka ve örgütsel vatandaşlık davranışları arasındaki ilişkileri belirlemeye yönelik yapılan bu çalışma sonucunda, araştırma kapsamındaki akademisyenlerin kişilik özellikleri ile duygusal zeka düzeylerinin örgütsel vatandaşlık davranışlarını önemli ölçüde etkilediği görülmüştür. Bununla birlikte, duygusal zeka skoru yüksek olan bireylerin, düşük skora sahip bireylere göre örgütsel vatandaşlık davranışlarını daha çok sergilemelerinin mümkün olabileceği görülmüştür (Çarıkçı vd., 2010: 60). Akademisyenler üzerine yapılan bir diğer çalışma ise Köse ve meslektaşlarının (2003) gerçekleştirdiği, "Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ve Tutuma İlişkin Faktörlerle İlişkisi Üzerine Bir Araştırma" çalışmasıdır. Araştırma sonucuna göre demografik özelliklerin ilki olan çalışanların cinsiyeti ile nezaket ve sivil erdem boyutu arasında zayıf da olsa olumlu ilişki olduğu söylenebilir. Kurumda çalışılan süre ile sadece vicdanlılık arasında aynı yönde, kuvvetli bir ilişki vardır. Çalışanların görevleri ile sportmenlik dışındaki dört ÖVD boyutu arasında kuvvetli ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Köse vd., 2003: 14-15). Akademisyenler üzerine yapılan son çalışma Taşçı ve Koç'un (2007) örgütsel vatandaşlık davranışı ve örgütsel öğrenme değerleri ilişkisidir. Çalışmanın sonucunda bireylerin vatandaşlık davranışlarının örgüt içerisinde yardımlaşma (bilgi paylaşımı

gibi) eğilimini artırdığı ve çalışanların sorumluluk duygularını geliştirdiği bulunmuştur (Taşçı ve Koç, 2007: 380).

Eğitim kurumları içerisinde gerçekleştirilen bir diğer çalışma Karaman ve meslektaşlarının (2008) gerçekleştirdiği, öğretmen görüşlerine göre okullardaki bürokrasi ile örgütsel vatandaşlık arasındaki ilişkinin ölçüldüğü çalışmadır. Öğretmenler üzerine gerçekleştirilen bu çalışmada örgütsel vatandaşlık davranışları üzerinde bürokrasinin etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bürokrasi, okul örgütsel vatandaşlık davranışının bütün boyutlarını etkilemektedir. Okulun kuralcı bir tarz ile yönetilmesi okulun atmosferini olumsuz olarak etkilemektedir. Öğretmenlerin görüşlerine göre, otoritenin hiyerarşik kullanımının artması ilişkilerin biçimselleştirmesine neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Karaman vd., 2008: 49).

Örgütsel güven ve ÖVD ilişkisini değerlendiren Polat ve Ceep (2008) ile Yücel ve Samancı (2009)'nın çalışmalarda öğretmenlerin ÖVD'lerinin yüksek olduğu ve örgütsel güven ile ÖVD arasında pozitif bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Polat ve Ceep'in araştırması aynı zamanda örgütsel adalet üzerine de değerlendirilmiştir ve öğretmenlerin ÖVD göstermelerinde örgütsel adaletin önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Polat ve Ceep, 2008: 307; Yücel ve Samancı, 2009: 113).

Öğretmenlerin örgütsel vatandaşlık davranışları üzerine ilişkin görüşlerinin incelendiği Yılmaz (2010) ile Titrek ve meslektaşlarının (2009) çalışmalarında, öğretmenlerin örgütsel vatandaşlık davranışı ile ilgili olumlu görüşlere sahip olduğu ve büyük çoğunlukla örgütsel vatandaşlık davranışlarını sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır (Yılmaz, 2010: 1; Titrek vd., 2009: 1). Araştırmalardan elde edilen veriler öğretmenlerin örgütsel vatandaşlık davranışları sergilediğini göstermektedir.

Örgütsel vatandaşlık davranışı üzerine yapılan çalışmalarda ikinci sırayı alan farklı sektörlerdeki çalışanlar üzerine yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde, en çok iş tatmini ve iş performansının değerlendirildiği görülmektedir. Gürbüz ve Yüksel (2008), Altaş ve Çekmecelioğlu (2007) ile Demirel ve Özçınar (2009)'ın gerçekleştirdikleri çalışmalarında, iş tatmininin ve iş performansının örgütsel vatandaşlık davranışı arasında anlamlı bir ilişki

bulunmuştur. Örgütsel vatandaşlık davranışının iş tatminini ve iş performansını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Gürbüz ve Yüksel, 2008: 174; Altaş ve Çekmecelioğlu, 2007: 47; Demirel ve Özçınar, 2009: 129).

Örgüt içerisinde liderliğin örgütsel vatandaşlık davranışını etkileyip etkilemediği üzerine yapılan çalışmalarda ise, Arslantaş ve Pekdemir (2007)'in yaptığı araştırmanın sonunda, dönüşümcü liderliğin, karizma/ilham verme ve bireysel düzeyde ilgi boyutları ile dağıtılan ve kişiler arası adaletin örgütsel vatandaşlık davranışı üzerinde bir etkiye sahip oldukları bulunmuştur (Arslantaş ve Pekdemir, 2007: 261). Aslan (2009)'ın yaptığı çalışmada, karizmatik liderlikle ÖVD arasında pozitif ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Aslan, 2009: 256).

Demirel ve meslektaşlarının (2011), çalışanlar üzerine yaptığı çalışma, örgütsel iletişimin örgütsel vatandaşlıkla olan ilişkisini ortaya koymaktır. Araştırmanın sonucunda, çalışanlar arası güçlü iletişimin varlığının örgütsel vatandaşlık davranışını geliştirdiği ve güçlendirdiğini dikkate alan örgütlerin daha başarılı ve etkin olacakları bulunmuştur (Demirel vd., 2011: 44).

Karabey ve İşcan'ın 2007 yılında yaptıkları araştırma örgütsel özdeşleşme, örgütsel imaj ve örgütsel vatandaşlık davranışı (ÖVD) arasındaki ilişkiyi tespit etmek üzerinedir. Elde edilen sonuçlar ise, örgütün dış imajını çekici bulan çalışanların örgütle daha güçlü biçimde özdeşleştiğini ve örgütsel özdeşleşmenin ÖVD'yi olumlu yönde etkilediği görülmektedir (Karabey ve İşcan, 2007: 231).

Farklı sektörlerde çalışanlar üzerine yapılan örgütsel vatandaşlık davranışı araştırmaları genellikle çalışanların performansını arttırmak amacıyla gerçekleştirilen çalışmalardır. Yapılan çalışmalarda genel olarak çalışanların iş tatminin, örgütsel adalet algılamalarının, iyi bir örgütsel iletişimin, örgütsel vatandaşlık davranışlarını olumlu yönde etkilediği gözlemlenmiştir.

Turizm sektörü üzerine yapılan çalışmalar genel olarak otel çalışanları üzerine gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalar, örgütsel bağlılık ve ÖVD ilişkisi, liderliğin ÖVD üzerine etkisi ve ÖVD'nin cinsiyet açısından farklılık gösterip göstermediği üzerinedir. Araştırmalar sonucunda, örgütsel bağlılığın ÖVD'yi

geliştirdiği (Bolat ve Bolat, 2008: 75), güçlendirici lider davranışlarının ÖVD'nin bütün boyutları üzerine olumlu bir etki oluşturduğu bulunmuştur (Bolat vd., 2009: 215). Son olarak da otel işletmelerinin birimlerinde çalışan kadın işgörenlerin, erkek işgörelere nazaran daha nazik, yardımsever ve fedakâr davranışlar içinde oldukları dikkat çekmiştir bu da diğergamlık ve nezaket boyutlarına dikkat çekmektedir. Cinsiyet faktörü açısından bakıldığında, erkek ve bayan işgörenlerin "vicdanlılık" boyutuna yönelik tutum ve değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Diğer ÖVD boyutları olan "sportmenlik" ve "sivil erdem" açısından erkek işgörenler, kadınlara oranla daha olumlu değerlendirme gerçekleştirmişlerdir (Sökmen ve Boylu, 2011: 157-158).

Sağlık sektörü üzerine yapılan araştırmaları incelediğimizde, örgütsel vatandaşlık davranışları açısından sağlık sektörü üzerine yazılmış çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Yapılan araştırmalar ise genel olarak sağlık sektörünün en önemli parçalarından birisi olan hemşireler üzerine yapılmıştır. Bu çalışmalardan birisi Altuntaş ve Baykal (2009)'ın gerçekleştirdiği "Örgütsel Vatandaşlık Düzeyi Ölçeğinin Hemşirelikte Geçerlik Güvenirliği" araştırmasıdır. Sonuç olarak bu ölçeğin hemşirelere uygulama açısından güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bir diğer çalışma ise Aslan (2008)'ın gerçekleştirdiği "Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ile Örgütsel Bağlılık ve Mesleğe Bağlılık Arasındaki İlişkilerin Araştırılması" isimli çalışmadır. Araştırmanın sonucunda; hemşirelerin mesleğe duygusal bağlılıklarıyla, ÖVD arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Ancak hemşirelerin örgüte bağlılıklarıyla ÖVD arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (Aslan, 2008: 163).

Örgütsel vatandaşlık davranışı üzerine yapılan tezler incelendiğinde toplam 77 adet tezin bulunduğu tespit edilmiştir. Bu tezlerin büyük bir çoğunluğu (62 adet) bir takım kurum ve kuruluşlar bünyesindeki çalışanlar üzerine yapılmıştır. Çalışmaların 11 tanesi eğitim kurumlarındaki öğretmenler üzerine gerçekleştirilmiştir. Sağlık sektörü üzerine ise yalnızca 4 adet çalışma bulunmaktadır. Görüldüğü üzere sağlık sektörü üzerine yapılan örgütsel vatandaşlık davranışı çalışmaları oldukça azdır. Yapılan çalışmalar

ise daha çok hemşireler üzerine gerçekleştirilmektedir (<http://tez2.yok.gov.tr/>, 23.05.2012).

İnsanların en çok gereksinim duyduğu sektörlerin başında sağlık sektörü gelmektedir. Çünkü insanlar sağlıklı olmadığı müddetçe yaşam kalitesini yakalayamaz. Günümüzde sadece hastalığın tedavisi için başvuru alan kurumlar olmaktan çıkan sağlık kurumlarının hizmetlerini insan onuruna yakışır şekilde gerçekleştirebilmeleri için iyi yönetilmeleri, çalışanların işlerinden mutlu, memnun olmaları ve hizmet alanlara en kaliteli hizmetin sunulması gerekmektedir. İnsanoğluna yakışır hizmetin sunulması için bunun gibi daha birçok koşul sayılabilir. İşte bu koşulların yerine getirilmesi için sağlık sektöründe de örgütsel vatandaşlık davranışı kavramına önem verilmelidir. Sağlığa giriş kapısını oluşturan, birinci basamak hizmetlerin gerçekleştirildiği ve bireylere en yakın ve en ulaşılabilir sağlık kurumunu oluşturan aile hekimliği birimleri de sağlığın kaliteli sunulması ve geliştirilmesi, sağlıkta basamakların düzenlenmesi açısından sağlık sektörünün en temel birimi haline gelmiştir. Özellikle son dönemlerde daha da önemli hale gelen ve toplumun çekirdeği olan aileye hizmet veren aile hekimlerinin örgütsel vatandaşlık davranışlarının incelenmesi bu birimlerde kaliteyi ve memnuniyeti sağlamak açısından önemlidir.

## **BÖLÜM 2: AİLE HEKİMLİĞİ VE ÖRGÜTSEL VATANDAŞLIK DAVRANIŞI**

Dünya sağlık örgütü tarafından “yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak tanımlanan sağlık, sosyal gelişmenin temel bir ögesi olduğu gibi kalkınmışlık düzeyinin en büyük göstergeleri arasında kendini göstermektedir (WHO, 1948). Günümüzde artık eğitim ve sağlık sorunlarını çözebilmüş ülkelerin kalkınmış ülke oldukları kabul edilmektedir (Aydın vd., 2008: 9). Toplumlar için yaşam kalitesini yakalamanın en büyük öğelerinden biri olan sağlığın en yüksek düzeyde sunulabilmesi ve adalet yaklaşımına bağlı olarak yaygınlaştırılabilmesi ile toplumlar temel insan haklarından biri olan yaşama hakkını gözetmiş olacaktır (Ünalın, 2004: 11). Bu bağlamda bireyler açısından ve dolayısıyla toplumlar açısından sağlık büyük bir öneme sahiptir.

En temel insan hakkı olan sağlığın yaş, cinsiyet, din, ırk, ekonomik durum gibi herhangi bir etmene bağlı olmaksızın kişiye sağlanması zorunluluğu hükümetlere yüklenmiş önemli sorumluluktur. Bu sorumluluk 1948 yılında insan hakları evrensel bildirisinde “tıbbi bakım alma hakkı” olarak tanımlanmıştır ve böylece hükümetler sosyal birer devlet olarak kendi toplumlarının sağlığını korumakla yükümlü hale gelmişlerdir (Pala, 2007: 3).

Günümüzde gelişmekte olan birçok ülkenin sağlık sisteminde ciddi sorunlar vardır ve bu sorunlar giderek küresel bir boyut kazanmaktadır (Demirbilek, 2007: 127). Dünyanın birçok ülkesinde sağlık hizmetleri, uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış ve sağlık hizmetlerinin önemli bir ögesi olan “sağlığı korumak” arka plana itilmiştir. Ancak bir hastalığın bireyden ziyade geniş kitleleri etkiliyor olması ve bu durumun toplumsal anlamda gerileme oluşturuyor olması tedavi hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerine de gereken önemin verilmesinin gerekliliğinin anlaşılmasını sağlamıştır (Kurtulmuş, 1998: 83).

Aynı zamanda tıp teknolojilerinin her geçen gün büyük bir hızla gelişmesi, tıptaki bilgi birikiminin artması ile birlikte; geçmişte kolera, veba gibi

hastalıklar geniş kitlelerin ölümüne yol açarken bugün anne karnında birçok hastalığın tanısı konulabilmekte ve bazı hastalıkların ise anne karnında tedavisinin gerçekleştirilmesine olanak sağlamaktadır. Böylece giderek artan çeşitli hastalıklar, tıptaki gelişmeler ve hastalıklar konusundaki bilgilerin, tanı ve tedavi yöntemlerinin artması gibi nedenlerle sağlık hizmetleri farklı alanlara yoğunlaşmakta ve uzmanlaşmaktadır. Tıbbın çok sayıda ileri uzmanlık alanına bölünmesi sağlık hizmetleri sunumunun karmaşıklaşmasına, küçük dallara ayrılma ile birlikte disiplinler arası iletişimin bozulmasına ve tıp teknolojilerine bağımlı hale gelmeye neden olmuştur. Bu durum karmaşıklaşan yapı içerisinde insanları sürekli izleyerek yönlendiren, bireyleri aileleri ile birlikte ve sosyal çevresini de göz önüne alarak değerlendiren ve hastalık ayırımı yapmaksızın bütüncül bir sağlık hizmeti sunabilen yeni bir hekim tipine ihtiyacı doğurmuştur (Ünalın, 2004: 11-12).

Günümüzde sağlık hizmetleri basamaklara ayrılmış durumdadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlık ocakları olarak adlandırılan ve günümüzde aile hekimliği birimlerine dönüştürülen birimleri kapsamaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetleri; genel hastaneleri kapsar. Burada bütün tıp uzmanlık alanları bulunur ve hastalar özel hastalıkları doğrultusunda istedikleri birime başvururlar. Üçüncü basamak ise bir alanda uzmanlaşmış özel dal hastanelerinde yapılan hizmetleri kapsamaktadır. Burada birçok kaynakta piramit olarak ifade edilen sisteme göre, birinci basamak sağlık hizmetleri sisteme giriş kapısını oluşturmaktadır (Kılıç, 2006: 53).

Birinci basamak sağlık hizmetleri ulaşılabilirlik açısından en temel role sahip olan basamaktır. Burası hasta ile ilk temasın sağlandığı, hastaların sürekli takiplerinin yapıldığı, hastayı bulunduğu ortam içinde değerlendiren, kapsamlı, bireyi doğumundan ölümüne kadar takip edecek ve en önemlisi hastalıkların tedavisi konusunda koordinasyon görevini üstlenecek en erişilebilir birimdir (Karadağ, 2007: 6-7).

Aile Hekimliği bu açıdan bakıldığında Wonca Europe (Avrupa Aile Hekimliği Birliği) (2002) tanımlamasına göre, birinci basamak sağlık hizmetleri tanımlamasına en uygun şekilde karşılık gelen, sistemde eksik olan yapıyı



dolduracak kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve aynı zamanda klinik bir uzmanlıktır (Saatçi vd., 2006: 81).

Aile Hekimliği tanımlamalarını gözden geçirdiğimizde, Leeuwenhorst (1974) tanımına göre; "Aile hekimi, yaşı, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve belirli bir nüfusa, kişisel, sürekli ve birinci basamak hizmet sunan uzmanlık eğitimi almış tıp fakültesi mezunudur" (Smith, 2009: 618).

Olesen ve meslektaşlarına (2000) göre, aile hekimleri, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı gözetmeksizin bireylere, ailelere ve içinde bulunduğu topluma sürekli ve kapsamlı bakım veren aynı zamanda bu alanda eğitim görmüş lisanslı tıp hekimidir. Tüm sağlık problemleri hakkında ilk değerlendirmeyi yapar. Kronik, rekürren ya da terminal hastalığı olan hastaların ayırım gözetmeksizin devamlı bakımını üstlenir. Diğer branşlarla koordinasyon içerisinde çalışır. Topluma karşı profesyonel sorumluluğu olduğunun bilincindedir, şeklinde tanımlamıştır (Algın, 2002: 13).

AAFP (Amerikan Genel Pratisyenlik Akademisi) (2005) tanımına göre ise, Aile hekimliği, bireye ve aileye sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti sunan bir tıpta uzmanlık dalıdır. Biyolojik, klinik ve davranışsal bilimleri entegre eden bir genişliğe sahiptir. Her yaş, cinsiyet, organ, sistem ve hastalığı kapsamaktadır (Saatçi vd., 2006: 81) .

Genel olarak Aile Hekimliği kavramına baktığımızda akademik bir disiplin olmasının yanında, aynı zamanda uygulama özelliği ile; bireyi, ailesi ve sosyal çevresi içerisinde biyo-psiko-sosyal bir varlık olarak yani bütüncül bir yaklaşımla değerlendirir. Birey merkezlidir, bireyleri anne karnından ölümüne dek takip eder, yani süreklilik özelliği vardır. Kişi merkezli bir yaklaşım geliştirdiği gibi rahatsızlıkları toplum bazında da ele alarak toplumun sağlığı için önemli sorumluluk üstlenir. Aynı zamanda hizmet yaptığı toplumu her yönüyle tanıyarak, aile, çevre ve iş ilişkileri ile bir bütün olarak ele alır. Dolayısıyla bütün bireylerin yaşama koşullarını, sağlık durumlarını en iyi bilen kişidir (Aydın vd., 2008: 52).

Aile hekimleri sağlık ve hastalık durumlarında danışmanlık görevini gerçekleştirir ve sevk zincirini koordine eder. Böylelikle sağlık sorununun hangi birim ile ilgili olduğunu ve nereye başvurması gerektiğini bilmeyen bireyin uygun birime gitmesini sağlar. Günümüzde birinci basamakta çözümlenecek en küçük sağlık sorununun bile hastaların ynlendirilmemesinden, ya da hastaların hiçbir sınırlamaya tabi tutulmamasından dolayı hastanelerde yığılmalara yol atığı bilinmektedir. Sağlık sistemine ilk girişin yapılacağı bu aşamada aile hekiminin yönlendiriciliği sağlık sonuçları, sağlık işleyişi ve maliyet açısından önemli ölçüde getiri sağlayacaktır (Öcek vd., 2006: 145).

Aile hekimleri hastalıkların tedavisini gerçekleştirmenin yanında koruyucu tedavi hizmetlerini de gerçekleştirir. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetebilir. Ayırt edici özelliklerinden birisi olan hastalarla sürekli iletişim ile hastaları hem daha yakından tanır hem de gerektiğinde onların savunma görevini slenir. Hastalık ve birey ayrımı gözetmeksizin eşitlik ilkesine dayalı olarak hizmet sunar (Wonca, 2005: 6).

## **2.1. Aile Hekimliği Disiplini**

Aile Hekimliğinin ilk teorisyenlerinden biri olarak kabul edilen Dr. Francis Peabody (1923), ilk defa ileri uzmanlaşmaya dikkat çekerek toplumda sık karşılaşılan sağlık sorunları için genel bir uzmanlık dalının olmasına gereksinim duyulduğunu belirtmiştir (Ak, 2010: 403). Francis Peabody' nin belirttiği görüşten yola çıkarak aile hekimliği alanı oluşmuştur. Son yıllarda ise sağlık hizmetlerinin gelişmesi ile birlikte önemi gittikçe artan aile hekimliği hem birey merkezli yaklaşıma sahiptir hem de bireyi ailesi ve çevresi ile birlikte bir bütün olarak ele almaktadır. Aile hekimliği hizmeti hiçbir ayırım gözetmeksizin sürekli ve kapsamlı hizmet sunulması gerektiği görüşünün ön planda olduğu bir modeldir. Bunun yanında aile hekimliği, bu alanda eğitim alan ve aldığı eğitimi kullanabilecek özellikler taşımaktadır.

Bir uzman olarak aile hekimi, birinci basamak iyileştirici hizmetleri sunmak üzere çeşitli ülkelerde 2-5 yıl süreyle Türkiye'de ise 3 yıl süre ile eğitilmiş hekimidir. Bu bireyler, eğitim hastanelerinde eğitilirler ve pediatri, iç

hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, psikiyatri, acil tedavi gibi temel klinik dallarda rotasyonlar yaparak eğitim görürler. Yani aile hekimliği aynı zamanda klinik bir disiplindir (Öztek, 2006: 2).

Bir disiplinin başarısı ve yaşam süresi toplumun sağlık gereksinimlerine ne kadar cevap verdiği ve onu ne kadar geliştirdiği ile alakalıdır. Aile hekimliği disiplinin ortaya çıkması iki önemli nedenden kaynaklanmaktadır; birincisi aile hekiminin günlük tıp pratiğinde kullandığı bilgiler diğer branşlardan farklıdır, diğeri ise aile hekiminin işlevi de diğer branşlardan farklılık göstermektedir. Aile hekiminin tıbbi bilgi ve becerilerinin bireysel öğeleri başka branş hekimleri tarafından bilinse de, aile hekiminin hastaları ile olan teması ve bu alanda bilgi ve becerilerini kullanma özelliği onu diğer dal uzmanlarından farklı kılmaktadır (Wonca Europe, 2005: 11).

2002 yılında Wonca (Dünya Aile Hekimleri Birliği) Avrupa bölgesi aile hekimliği disiplini ve uzmanlığını değişen dünya şartlarına göre yeniden tanımlamıştır. Aile hekimliği, kendi eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan ve birinci basamakta uygulama yapan bir disiplin ve klinik uzmanlık dalıdır (WONCA, 2002: 8). Aile hekimleri mesleki rollerini, sağlığı geliştirerek, bireylerin ve toplumun gereksinimini karşılamak için var olan kaynaklar doğrultusunda doğrudan veya dolaylı olarak tedavi, bakım ve destek sağlayarak, koruyucu uygulamalarının yanında, gerektiğinde hastaların mevcut hizmetlere ulaşmasını kolaylaştırarak yerine getirir. Bütün bunları kendini geliştirerek gerçekleştirir.

Leeuwenhorst (1974) tanımına göre;

“Genel pratisyen, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, genel pratisyenin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Tedavi,

koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğu kabul eder" (Wonca Europe, 2005: 28).

Bu tanımlamaya baktığımızda aile hekiminin bireylerin sağlıklarını geliştirmede görev tanımlamaları oldukça geniştir. Takip gerektiren iş tanımlamaları fazladır. Bütün bu görevlerini eksiksiz ve en verimli şekilde yerine getirebilmeleri için kapsamlı bir eğitime gereksinimi vardır. Aile hekimlerinin bütün bu özelliklerini düşündüğümüzde yalnızca hizmet alanının olmasını beklememiz bölümün kısırlaşmasına neden olacaktır. Hizmet alanının yanında var olan akademik disiplin, alanın gelişmesine katkı sağlayacağı gibi hizmet alanında da verimliliği artıracaktır.

Aile hekimliğinin diğer tıp alanlarına yapacağı katkılar ve uzmanlık eğitimi ile bireylere ve toplumlara sağlayacağı katkılar göz önünde bulundurulduğunda aynı zamanda tıp disiplini olması kaçınılmaz bir durum halini almıştır (Kuru, 2011: 245).

## **2.2. Aile Hekimliğinde Kullanılan Kavramlara İlişkin Tanımlar**

Sağlık sistemi etkili ve verimli olarak sunulabilmesi için basamaklara ayrılmış ve kavram karmaşasını engellemek için kavramlara ilişkin tanımlamalar gerçekleştirilmiştir. Aile hekimliği kapsamında geçen kavramların tanımlamalarına ilişkin birincil kaynak olarak 09/12/2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunu'ndan faydalanılmıştır. Kanuna göre;

- **Aile hekimi:** Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri kapsamaktadır.

Kanunda aile hekimliğinden asıl anlatılmak istenen, bireylerin ve ailelerin ikametlerinin yakınlarında bulunan ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık

hizmetini alacakları, tıbbi hizmete girişte ilk basamak noktası olan doktorluk uygulamasıdır. Bu doktorlar, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı, tedavi ve bakım işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenerek yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı yapmaksızın kapsamlı ve sürekli hizmet sunarlar.

- **Yerel sağlık idaresi:** Toplum sağlığına ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri ve idari görevler ile eğitim, izleme, değerlendirme, denetim ve koordinasyon faaliyetlerini yürüten, aile hekimlerinin denetim ve koordinasyonunu sağlayan, illerde il sağlık müdürlüğünü ve ilçelerde ilçe sağlık grup başkanlığını ifade eden örgütlenmiş sağlık yönetim birimidir.
- **Geçici aile hekimi:** Aile hekiminin yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakan aile hekimini tanımlamaktadır.
- **Aile sağlığı elemanı:** Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, çalışma koşullarının özelliğine göre hemşire, ebe, sağlık memurunu, acil tıp teknisyeni, tıbbi sekreter ve laboratuvar teknisyeninden oluşabilir. Aile hekiminin yanında en az bir kişiden oluşmak üzere görev alan sağlık personelini ifade etmektedir.
- **Geçici aile sağlığı elemanı:** Aile sağlığı elemanının yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakan aile sağlığı elemanını tanımlamaktadır (09/12/2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun).
- **Aile sağlığı merkezi:** Bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşudur.
- **Toplum sağlığı merkezi:** Kanuna göre; Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün

sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşunu ifade etmektedir.

Aynı zamanda her ilgede en az bir tane olmak üzere görev yapan, toplum sağlığı ve idari hizmetler ile eğitim ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezleridir. Görev tanımları arasında sağlık eğitimi, bulaşıcı hastalıklara karşı savaş, çevreye yönelik koruyucu hizmetler sağlama, okul sağlığı hizmetleri, aşılama ve aile planlaması malzeme temini, yaygın bağışıklama hizmetleri, toplum taramaları, laboratuvar hizmetleri, tıbbi istatistiklerin toplanması ve hizmet içi eğitim vardır. Bu görevlerini aile hekimleri ile eşgüdüm içerisinde yürütmekle sorumludur (Aydın vd., 2008: 44).

- **Birinci basamak sağlık hizmeti:** Toplum sağlığına yönelik hizmetler ile kişisel koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsayan, kişilerin sağlık sisteminden ilk aliş noktasında verilen sağlık hizmetini tanımlamaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen birinci basamak sağlık hizmeti ikinci basamak kuruluşun acil müdahalesini gerektiren acil durumlar dışında, hastanın ilk temasa geçtiği sağlık personelinin bulunduğu, kişinin ikametine yakın sağlık kuruluşunda verilen hizmeti ifade etmektedir.
- **İkinci Basamak Sağlık Kuruluşu:** Hastaların tanı ve tedavisinin, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sağlanamadığı durumlarda, sevk edildiği sağlık kuruluşu tarafından verilen sağlık hizmetini ifade etmektedir. Çoğunlukla birden fazla uzmanlık dalına bölünmüş olan bu kurumlarda, belli dallarda uzmanlaşmış hekimlerin görev yaptığı, teknik donanımı yüksek yataklı veya yataksız sağlık kurumudur.
- **Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşu:** Ana dallar veya yan dallar konusunda sağlık ve eğitim hizmetlerinin yürütüldüğü, genellikle ikinci basamaktan sevk ile gelen hastalara hizmet veren sağlık kuruluşudur.

Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite tıp fakültesi hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri ve üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri, üçüncü basamak sağlık kurumu olarak kabul edilir (<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr>, 14.05.12).

### **2.3. Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişimi**

Bu başlık altında aile hekimliğinin gelişimi, Dünyada aile hekimliğinin gelişimi ve Türkiye’de aile hekimliğinin gelişimi olmak üzere iki ayrı alt başlıkta incelenecektir.

#### **2.3.1. Dünyada Aile Hekimliğinin Gelişimi**

İnsanlık tarihi kadar eski olan Tıp bilimi yüzyıllardır oldukça büyük gelişmeler kaydetmiştir. Günümüzde hastalık sayısındaki artış, hastalıkların yapılarındaki değişiklik, kronik hastalıkların artması, ileri teknoloji kullanımı ve aşırı uzmanlaşma gibi nedenlerden dolayı insanları sürekli izleyecek onları yönlendirip danışmanlık edecek bir hekime ihtiyaç doğmuştur. Aynı zamanda aşırı uzmanlaşma hastalıklara odaklanmakta ve hastalıkların tedavisi için uğraşmaktadır fakat bahsedilen hekim tipi hastalıkları önleyici, koruyucu hizmete odaklanacaktır.

Bu gereksinimden dolayı ortaya çıkan aile hekimliği ilk kez 1923 yılında Dr. Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiştir. Peabody, uzmanlaşma eğiliminin çok yüksek noktaya ulaştığı ve sağlık hizmet sunum sisteminin aşırı parçalara ayrıldığını belirtilerek, hızla, kapsamlı ve kişisel hizmet verebilecek bir yapılanmaya geçilmesine ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir hekime gereksinim duyulduğu bildirilmiştir (Dikici vd., 2006: 412). Ancak toplum ve tıbbi yapı buna uygun olmadığı için ancak yaklaşık 30 yıl sonrasında bu görüşün yansıması olarak 1952 yılında İngiltere’de Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji kurulmuştur. Bunun ardından American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)’ in 1966 yılında Milis ve Willard adlı iki bilim adamı tarafından hazırlanan sağlık sistemini inceleyen raporları yayınlanmıştır. Sonrasında Amerika Birleşik Devletleri’nde 1969 yılında

birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı "Aile Hekimliği" tanınmış ve 1960'lı yıllarda Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (Board of Family Practice) kurulmuştur (Ünalın, 2004: 12).

Bu gelişmeler ışığında aile hekimliğinin dünyaca kabul edilen bir tanımının olması gerekliliği düşünölmüş ve 1974 yılında Hollanda'da "Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi" toplantısı yapılmıştır. Bu toplantıda birinci basamak hekimliğinin yani aile hekimliğinin tanımı, insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak yapılmıştır (Gutierrez ve Scheid, 19??: 9).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) beraberliği ile 1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı'nda oldukça önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu konferansın en önemli sonuçlarından birisi, dünya ölkelerine çağdaş tıp anlayışının bir sonucu olarak "2000 Yılında Herkese Sağlık" başlığı altında toplanan bir kısım hedefler ve stratejiler gösterilmiş olmasıdır. Aile hekimliğinin diğer alanlardan farklı olarak kendine özgü özellikler içerdiği ve bu alanda uzmanlaşmanın şart olduğuna vurgu yapılmıştır. Böylelikle tüm dünyada bu konuda çalışmalar başlatılmış ve ölkeler sağlık sistemlerini ve politikalarını yeniden gözden geçirip düzenlemelere gitmişlerdir. Alınan bu kararın en önemli çıktılarından biri ise, Avrupa Konseyinin 1986 yılında Avrupa Topluluğu üyesi ölkelerin birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda görev alacak hekimlerin tıp faköltesi mezuniyeti sonrası en az 2 yıl aile hekimliği eğitimi alarak uzmanlaşmış olması gerektiğini karara bağlamış ve bu uygulamaya başlanması için 1 Ocak 1995 tarihini hedef olarak belirlemiştir (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004: 23).

Ontario-Kanada'da 1994 yılında, "tıp eğitimi ve uygulamalarını insanların gereksinimlerini daha iyi karşılar hale getirmek: Aile Hekiminin Katkısı" konulu ortak bir konferans düzenlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve WONCA tarafından düzenlenen konferansta her iki birliğin temsilcilerinin ortak imzaları ile yayınlanan dokümanı özetleyecek olursak, aile hekimleri, sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, başarıya, sosyal adalete, etkinlik ve düşük maliyete ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumlulukları yerine getirebilmek için hasta bakımında son derece yetkin olmalı, bireysel



ve toplumsal sađlık hizmetini uyum içerisinde gerçekleřtirmelidir. Ayrıca aile hekimliđinde uzmanlařmanın řart olduđu dűřünüldűđünde insanların ihtiyaçlarını karřılamak için, sađlık sisteminde, tıp mesleđinde, tıp fakűltelerinde ve diđer eđitim kuruluřlarında kűklű deđiřiklikler yapılmalıdır (Leopando, 2010: 6).

Dűnya Sađlık rgűtű (WHO)' nűn Mayıs 1998 tarihinde yaptıđı 51. toplantıda oluřturulan bildiride, aile hekimliđinde amaçlanan hedeflere ulařmayı sađlayacak bir sađlık hizmeti geliřtirmek için bazı kararlar alınmıřtır (Kuru, 19???: 275). Bu kararlardan ne çıkanlar řunlardır:

- Evrensel açıdan ulaşılabilirliği olan birey, aile ve topluma hizmet edecek nitelikte, hizmet sunum koşulları, çalışan, personel ve birimin standartları bakımından gűclendirilmiř birinci basamak sağlık hizmetlerinin yani aile hekimliği hizmetlerinin sağlık sisteminin merkezinde yer alması,
- Sağlık hizmetleri sunumunda basamaklar arasında koordinasyon sağlanması ve uygun sevk zincirinin oluşturularak geri bildirim sistemi ile hizmet sunulması,
- İyi kalitede ve maliyet açısından uygun olan şekilde hizmetin sağlanması,
- Yeterli finansmana ve en uygun teknolojik sisteme sahip olunması.

Bu çalıřmaların gűnűműzdeki aile hekimliđinin geliřmesinde temel oluřturan maddeler olduđu dűřünülebilir. Yapılan bu çalıřmaların ardından alma-ata konferansında oluřturulan ve 2000 yılında herkese sađlık adı altında alınan kararlar ıřıđında Dűnyada bir çok űlkede aile hekimliđi geliřtirilmiř ve mevcut yapı çerçevesinde çađa uygun olarak dűzenlenmeye ve geliřtirilmeye devam edilmektedir.

### **2.3.2. Tűrkiye'de Aile Hekimliđinin Geliřimi**

Tűm dűnyada aile hekimliđi ile ilgili bu geliřmeler yařanırken, Tűrkiye'de birinci basamak hekimliđi geliřimi sađlık ocađı ekseninde olmuř ve sađlık ocaklarında gűrev yapan birinci basamak hekimi yani pratisyen olarak tanımladıđımız hekim, 6 yıllık tıp fakűltesi sonrası gűreve bařlayan uzmanlık eđitimi almamıř hekimi ifade etmektedir. Dűnyada aile hekimliđi ve genel

pratisyen olarak tanımlanan hekimlerin görev tanımları Türkiye'deki pratisyenlikle aynıdır. Ancak pratisyenlikten farklı olarak uzmanlık eğitimi almış hekimi ifade eder (Çelikkol, 2008: 14).

1960'lı yıllardan itibaren sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması anlayışıyla kurulmaya başlayan ve giderek tüm Türkiye'ye yayılan sağlık ocakları birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yer tutmuş ve ilerleyen dönemde oldukça başarılı sağlık ocağı uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Ancak gelişen koşullara uyum sağlayamayan, hastaları sürekli takip konusunda yetersiz kalan ve uzmanlığın olmamasının uygulama alanını da kısırlaştırdığı sağlık ocağı çağa ayak uyduramamış ve sığ kalmıştır (Tekin vd., 2010: 14).

1960 yılından sonra Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarlı Prof. Dr. Nusret Fişek 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nı hazırlamıştır. Sosyalleştirme Yasası basamaklı, sosyal adalete dayalı, yaygın, kapsamlı, önleyici, tedavi edici ve bakım sağlayıcı sağlık hizmetlerinin bir arada, tam gün ve hizmetin tek elden yürütülmesi ilkelerine dayanmaktadır. Prof. Dr. Nusret Fişek 1985 yılında yayımladığı "Halk Sağlığına Giriş" kitabında; 1963-1965 yılları arasında başarı ile uygulanan sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme çalışmalarının, 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulamaya dönüştüğünü ifade etmiştir.(Fişek, 1985: 115-116).

Aile hekimliği Türkiye'de yaygın olarak 1970'li yılların ortalarında dünya ile eş zamanlı tartışılmaya başlanmış ve o dönemde aile hekimliğinin zaten mevcut bir uygulama olarak sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olduğu düşünüldüğü için ayrı bir uzmanlık olması fikri kabul görmemiştir. Türkiye'de, Alma-Ata Deklarasyonu çerçevesinde 2000 yılında herkese sağlık geliştirmeleri kapsamında dünyadaki bütün ülkeler gibi, 1980'li yıllarda birinci basamağı güçlendirme çabaları başlamış ve birinci basamakta gereksinim duyulan yeni tipte uzman yetiştirilmesi amacıyla aile hekimi uzmanlık eğitimi uygulamaya alınmıştır (Algın vd., 2005: 2).

Türkiye'de aile hekimliği ile ilgili hayata geçirilen ilk somut adım, Aile Hekimliği Uzmanlığının 5 Temmuz 1983 tarihinde Tababet Uzmanlık

Tüzüğü'nde tanınmasıdır. Devamında ise 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi; ilk olarak 1985 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde başlamıştır. 1990'lı yıllara gelindiğinde aile hekimliğinde uzmanlık eğitimine odaklanılmış ve uzmanlık alanının kabulüne dönüşmüştür. 1990 tarihinde Ankara'da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuş, 1998 yılında Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) şeklinde isim değişikliği yapılmıştır (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004: 28, Uzuner vd, 2010: 1).

16 Temmuz 1993 tarihinde Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulmasını uygun görmüştür. Bu karar aile hekimliğinin akademik gelişiminde önemli kilometre taşlarından biri olmuştur. 17 Eylül 1993'te Trakya Üniversitesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak üniversitelerde Aile Hekimi asistan eğitimi başlamıştır. İlk kurulan Anabilim Dallarında kurucu başkan olarak halk sağlığı, dahiliye, göğüs hastalıkları gibi diğer disiplinlerden akademisyenler görevlendirilmiştir. İlk aile hekimi uzmanları ise akademik kadrolarda 1994 yılında yer almaya başlamıştır (Ünlüoğlu ve Ünalacak, 2008: 163).

2003 yılında Türkiye çapında olan katılımlar sonucunda bir bilimsel kurul Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplanmış ve yaptığı çalışmalar sonucu bir yol haritası oluşturmuştur. Bu çalışmaya göre birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının artık başlaması gerektiğine karar verilmiştir. Bu kararlar ışığında 2004 yılında pilot yasa hazırlanarak 2005 yılında ilk olarak Düzce'de uygulamaya konulmuştur. Türkiye'de günümüzde 81 ilde aile hekimliği uygulaması gerçekleştirilmektedir (Kartal, 2010: 15).

#### **2.4. Aile Hekimliğine Geçiş Nedenleri**

Sosyal birer devlet olarak vatandaşının sağlığını koruma hükümetlere yüklenmiş en önemli yükümlülüklerden birisidir. Sosyal devletin amacı, sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı topluma ulaşmaktır. Bir insanın insan onuruna yaraşır bir hayat düzeyi sürmesi için gerekli olan bir koşul insanın

hastalandığı zaman tedavi edilmesi ve sağlığının korunmasıdır bu en temel insan hakkıdır (Koçak ve Tiryaki, 2011: 53). Aynı zamanda sağlık kalkınmışlığın en büyük göstergeleri arasındadır. Türkiye sağlık göstergeleri açısından yeterli seviyeyi yakalayamamıştır. Bunun sebepleri arasında, sağlıkta düzenli bir altyapının oluşturulmamış olması, istihdam problemi, merkeziyetçi yapılanma, aşırı bürokrasi, sorumluluk almayan kamu personeli, sağlık hizmeti sunumunda eşitliğin olmaması, insan merkezli bir sistemin olmaması gibi birçok faktör sayılabilir (Söyleyici, 2010: 38). 1900'lü yıllarda meydana gelen ve tarihsel süreç içerisinde son yıllarda önemi oldukça artan, sağlık sistemini düzenli bir hale getirmeye ve sağlık göstergelerini istenilen seviyeye çıkarmaya yönelik uygulanan aile hekimliği sisteminin ortaya çıkmasının ve gelişmesinin nedenlerini McWhinney (1997: 13-14) şöyle sıralamıştır:

1. Artan ve karmaşık hale gelen uzmanlık dalları nedeniyle bireyin sağlık sistemine nereden gireceğini, nereye başvuracağını ve nasıl kullanacağını bilememesi, bu sebepten dolayı ikinci basamakta yığılmalar meydana gelmesi,
2. Bireyin yaşadığı problemi bilgi eksikliği veya başka nedenlerden dolayı tam olarak ifade edememesi,
3. Hastanın tanı ve tedavi uygulamaları dışındaki örneğin bakım ihtiyacı gibi beklentilerinin yeterince karşılanamaması, böylelikle temelde birinci basamak hekiminin en önemli görevlerinden birisi olanı gereken koruyucu hekimlik uygulamasının hayata geçirilememesi,
4. Sağlık hizmetlerinin aşırı yoğunlaşması nedeni ile ulaşılabilirliğinin zorlaşması,
5. Bir bireyin ilk başvurusunun karşılanması, acil ilk yardım, koruyucu hekimlik uygulamaları, kronik hastalıkların uzun dönemli olarak izlenmesi gibi diğer uzmanlık alanlarının görev tanımına girmeyen tıbbi hizmetlerin sahihsiz kalması,
6. Tıbbi kaynakların sınırlılığından dolayı gereksiz kullanımlarının önlenmesi.

Aile hekimi tüm aile bireylerini anne karnından ölümüne kadar takip eden bireyin sağlığı, sağlık sorunları ve hastalıklarından sorumlu olan hekimdir. Kendisini aşan sorunlarda yönlendirme yapmakta ve bireylerin sağlık koordinatörlüğünü üstlenmektedir. Hatta sadece yönlendirme yapmakla kalmayıp sonuç hakkında geri bildirim almaktadır; böylelikle ferdin sürekli takibini yaparak sürekli ve kapsamlı hizmet sunumunu gerçekleştirmektedir. Genel anlamda kendisine kayıtlı kişilerin sağlık danışmanı ve savunucusu konumundadır.

Aile hekimi, bireylerin serbestçe seçebildikleri ve kendileriyle uzun süreli düzenli bir ilişki kuran bir hekim olarak, aile üyelerinin sağlık geçmişlerini, özel durumlarını, hayat şartlarını, içinde yaşadıkları çevreyi, psikolojik durumlarını, karşı karşıya buldukları riskleri çok iyi bilen ve böylelikle bireyi bütüncül yaklaşımla değerlendirebilen bir kişidir (Saran, 2007: 13).

Aile hekimliğini uygulanan ülkelerde kişi memnuniyeti artmış, hekim birey ilişkisi süreklilik kazanmıştır. Aile hekimliği sisteminin bir diğer artışı kayıtları sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için değerli bir veri kaynağıdır. Aynı zamanda aile hekimliğinde oluşturulacak olan sevk zinciri sayesinde hastaların doğru uzmanlık dalına ve doğru sağlık merkezine gitmeleri sağlanarak ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunun daha ekonomik ve etkili olması sağlanır. Aile hekimliği sisteminde hasta değil kişi anlayışı hakimdir yani bireylerin hastalığını tedavi etmekten ziyade sağlığını geliştirmekten sorumludur (Aydın vd., 2008: 53-54). Bahsedilen tüm faktörler bir bütün olarak aile hekimliği sisteminin gerekliliğinin gösteren sebepler arasında yer almaktadır ve birinci basamakta uygulanabildiği takdirde günümüze kadar oluşturulmuş en uygun sistemdir.

## **2.5. Aile Hekimliğinin Temel Özellikleri ve ÖVD Açısından Değerlendirmesi**

Çalışmanın bu kısmında Aile hekimliğinin sahip olması gereken temel özellikler bazı başlıklar altında incelenecektir. Bununla birlikte bahsi geçen bu özelliklerin, örgütsel vatandaşlık davranışları açısından değerlendirilmesi gerçekleştirilecektir.

### **2.5.1. Genel Olma Özelliği**

Aile hekimi insanların sağlık örgütlenmesi ile ilk karşılaştığı yer yani ilk tıbbi temas noktasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmekle görevlidir. Özel bir bilgi, hastalık grubu veya özgül bir teknikten çok kişiye yönelmiştir. Cinsiyet ve yaş, sosyal sınıf, ırk ve din ayrımı gözetmeksizin herkese hizmet sunar. Hastalarıyla olan bağlantıları için bir son nokta tanımlanmamıştır. Bu ilişki hastalığın iyileşmesi, tedavinin sonuçlanması veya hastalığın tedavi edilemeyeceğinin saptanmasıyla da bitmez. Birçok durumda bu ilişki kişi sağlıklıyken, hiçbir sağlık sorunu yokken başlar. Aile hekimliği tüm diğer klinik tıp dallarının aksine kendisini bireylerle olan teması aracılığıyla tanımlar (şahin ve şahin, 2003: 29).

Aile hekimlerinin genel olma özelliklerini örgütsel vatandaşlık davranışı benimseyerek gerçekeştirmeleri gerekmektedir. Böylelikle örgütlerde etkinliğin artmasını sağlayan davranış biçimi sergilenmiş olacaktır. Aile hekimlerinin bu özelliğini örgütsel vatandaşlık davranışının bazı boyutları altında incelediğimizde, bir bireye sürekli hizmet veren aile hekimlerinin bireyin takibi konusunda diğer gam davranışlar sergilemesi, hastanın takibi konusunda daha emin adımlar atılmasını sağlayacaktır. Diğer gamlık hastalar arasında hiçbir ayırım gözetmeksizin fedakar davranış tutumlarının sergilenmesini tanımlar. Hekimlerin sorumlu olduğu gruba karşı hoşgörü ile yaklaşması, hastanın sağlığı ile ilgili şikayetleri arasında olmadığı halde hastayı ortaya çıkabilecek bütün hastalıklar bakımından değerlendirmesi, hasta-hekim ilişkisini kuvvetlendirecektir, hasta çekincesini ortadan kaldıracaktır.

Hekimin bireyin sağlığını geliştirmek için hareket etme özelliği vardır. Bu da ancak hekim-hasta işbirliği ile gerçekeşebilir. Hastanın sağlık süreçlerine aktif olarak katılmasını sağlamak bireylerin aile hekimlerine olan güveni geliştirecektir. Bu açıdan aile hekimlerinin sivil erdem boyutu ile nezaket boyutlarını içselleştirmesi hastaların sağlıklarını geliştirme konusunda daha aktif olmasını sağlayacak ve bir hastalığın oluşmadan tespit edilmesi ve önleminin alınması kolaylaşacaktır.

### **2.5.2. Süreklilik Özelliği**

Aile hekimliği hizmetleri, hastalığın belirli bir evresi ile sınırlı değildir; sağlıklı dönemlerde sunulması gereken hizmetleri de kapsar ve aile hekimleri bireyi tüm yaşamı boyunca izleyebilir. Bireyin hastalığı ya da mevcut sağlık durumunu, sürekli olarak hizmet sunduğu için özgeçmişine ait edindiği bilgiler doğrultusunda daha doğru değerlendirir (Wonca Europe, 2005: 9). Aile Hekimi bireyi bütüncül yaklaşımla içinde yaşadığı toplum ve aile ile değerlendirir. Bu özellik sürekli hizmet sunumunun verdiği önemli bir özelliktir. Aile hekimliği süreklilik özelliğinden dolayı aile hekiminin bir yerde geçici olarak görev yapması uygun olmayan bir durum olur. Aile hekimliği sistemini kurmuş bazı batı ülkelerine baktığımızda aile hekiminin hasta ile ortalama temas süresi İngiltere’de 10-12 yıl, Danimarka’da 8-10 yıl, Avustralya’da 12-13 yıldır ( Algın, 2002: 15).

Sürekli hizmet sunmak hasta ile aile hekimi arasında güven duygusunu geliştirecektir. Baker ve meslektaşları (2003) yaptıkları bir çalışmada aynı hekim tarafından uzun süreli olarak takip edilmenin hekim ve hasta açısından güven oluşturduğunu ve memnuniyeti olumlu seviyede arttırdığını gözlemlemişlerdir (Baker vd., 2003: 31). Güven temellerinin oluşması öncelikle hizmeti sunan aile hekiminin davranış tutumlarına bağlıdır. Örgütsel vatandaşlık davranışlarını özümsemiş aile hekimleri sorumlu olduğu bireylere güven sağlayacaktır.

Sürekliliğin olduğu yerde ne kadar profesyonel yönetilirse yönetilsin sorun çıkmaması mümkün değildir. Bu sorunlar, örgüt içerisinde huzurun bozulmasına ve örgütün bütün paydaşlarının bu sorundan etkilenmesine yol açabilir. Bunun sonucunda ise hem çalışanlar arasında hem de çalışanların bu sorunları hizmet verilen gruba yansıtmaları ile hastaların örgüte karşı olan güveni eksilir. Bu gergin ortamın önlenmesi için aynı zamanda yönetici vasfına sahip olan aile hekimlerinin karamsar bir tutum sergilemesi yerine yapıcı ve hoşgörülü olmaları kurum içerisinde ki uyumun yakalanmasını sağlayacaktır. Olumsuzlukları çok büyütmemek ve görmezden gelmek centilmenlik boyutunun en önemli özellikleri arasındadır. Bu şekilde ayağı

yere sağlam basan aile hekimlerine karşı daha çok güven duygusu hissedilecektir (Altaş ve Çekmecelioğlu, 2007: 48).

Olumsuzlukları görmezden gelmek aynı zamanda bir vicdanlılık boyutudur. Çünkü sürekli hizmet verdiği bir gruba sahip olan aile hekimlerinin, kurum ile ilgili olumsuzlukları kurum dışında yansıtmaları, hizmet verilen grubun da olumsuz düşünceler içerisinde girmelerine sebep olacaktır. Üyesi olduğu örgütü dışarıda iyi temsil etmeyen birey, bir olumsuzluktan dolayı bütün örgüt hakkında olumsuz düşüncelere sebep olacaktır. Dolayısıyla örgüte güven azalacaktır. Bunu önlemek için aile hekimlerinin vicdanlılık boyutunu içselleştirmeleri gerekmektedir. Vicdanlılık boyutunu benimseyen hekimlerin varlığı sayesinde örgüt bazı aksaklıklara sahip olmasına rağmen kurum dışında iyi temsil edilecek ve kurumda gerçekleşen aksaklıkların üstesinden en kısa sürede gelinecektir.

### **2.5.3. Kapsamlı Olma Özelliği**

Aile hekimliğinde, hekim ve hizmet sunulan birey arasındaki ilişki sadece hastalık odaklı değildir. Bu ilişki uzun süreli bakım, koruyucu hekimlik hizmetleri, rehabilitasyon ve sağlığın iyileştirilmesi açısından bireyin teşviki şeklinde ifade edilebilir. Birey zaman içerisinde birçok nedenden dolayı aile hekimine başvurabilir. Aile hekimi bireyi bütüncül yaklaşım içerisinde değerlendirerek hizmet sunar. Aile hekimi tanı, tedavi, bakım hizmetlerinin yanında hastanın refahını sağlamakta önemli bir görev üstlenir böylelikle hizmet verdiği bireyin yaşam kalitesini yükseltir (Bentzen vd., 1991: 2).

Aile hekimlerinin kapsamlı hizmet sunumunda örgütsel vatandaşlık davranışlarını benimseyerek hareket etmeleri, aile hekimlerinin bir bireyi sürekli olarak takip etmesi ve onun bütün özelliklerini, bütün çevresini ele alması bakımından fayda sağlayacaktır. Örneğin nezaket ve diğergamlık boyutları açısından değerlendirdiğimizde aile hekimlerinin etkileşimde olduğu, herkese özellikle sorumlu olduğu gruba karşı hoşgörülü, özverili olması örgütten hizmet alan bireylerin memnuniyetini artıracaktır. Bunun sebebi aile hekimlerinin davranışı ve vermiş oldukları hizmetin hasta memnuniyetini etkilemesidir. Daha önce yapılan bir çalışmada aile hekimi ile



ilgili olumsuz bakış açısına sahip olan bireylerin aile hekimliği sistemini kullanmakta daha isteksiz ve motivasyonunun düşük olduğu fark edilmiştir (Karadağ, 2007: 148).

Aile hekimleri birçok sorun ile karşılaşsa dahi örgütün bekası için bu sorunları görmezden gelerek hastalarına en iyi hizmeti vermeyi amaçlamalıdır. Çünkü sorunlardan dolayı şikayet etmek oldukça kolaydır ve bu yaklaşım tarzı sadece bireyi etkilemeyecek aynı zamanda etkileşimde olduğu herkesi etkileyecektir. Aile hekiminin olumsuz tutum içinde olduğunu gören hastanın bu hizmetten beklentisi düşecektir. Bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen, bireye en yakın basamak olan aile hekimliği birimlerinde yaşanan olumsuz durumlar bireyin sürekli olarak takibini zorlaştıracaktır. Bunun sebebini olumsuz olaylarla karşılaşan hasta bu birimlere aktif olarak katılım sağlamayı istememesi olarak görülebilir.

#### **2.5.4. Entegre ve Koordineli Hizmet Sunma Özelliği**

Birinci basamakta sunulan hizmetin, sürekli, kapsamlı, toplum yönelimli ve bütüncül olması beklenir. Hekimin bu beklentileri yerine getirebilmesi için pratiğini paylaşacağı ve danışacağı bir ekibe gereksinimi vardır. Ekip çalışması aile hekimliğinin vazgeçilmez unsurdur. Ekip içinde koordineli olarak çalışan sağlık kurumlarının sürekli mesleki gelişim konusunda daha istekli oldukları ve yine bu tip kurumların, aldıkları hizmeti-içi eğitim sonrasında davranış değişikliği ya da yönetim becerileri edinmede daha etkin oldukları gösterilmiştir. Hizmet sunulan birey ve yakınları, sağlıkla ilgili sosyal ve politik çevreler, sağlık personeli, diğer aile hekimleri ve diğer dal uzmanları, bu ekibin üyeleridir. Özellikle diğer dal uzmanları ile iyi bir iletişim içerisinde olmak sevk işlemi konusunda hem hasta açısından hem de aile hekimi açısından kolaylık oluşturacaktır. Böylelikle hasta birey gitmesi gereken uzmanlık dalını bilerek hareket edecek, aile hekimi ise geri bildirim olarak hastayı sürekli olarak takip edebilecektir (Ünalın ve Uzun, 2005: 39).

Örgütsel vatandaşlık davranışı açısından değerlendirdiğimizde, entegre ve koordineli hizmet sunarken aile hekimlerinin özümsemesi gereken önemli bir

ÖVD boyutu sivil erdemdir. Aile hekimlerinin aile sağlığı merkezleri ile ilgili alınacak kararlarda etkin olması, kararlara katılması kendisinin daha çok örgütün içerisinde hissetmesini sağlayacaktır. Böylelikle iş yoğunluğu fazla olan aile hekimlerinin kuruma aidiyet duygusu artacaktır. Bunun yanında aile hekiminin aynı zamanda bir yönetici olduğunu düşünürsek ekip arkadaşlarını karar alma süreçlerine dahil etmesi örgüt içerisindeki iletişimin artmasını ve daha koordineli çalışmayı sağlayacaktır. Aile hekimlerinin hastalarına hizmet sunma noktasında ise, hastalarını ayrıntılı olarak bilgilendirmesi, tedavi ve bakım işlemleri hakkında hastasının da görüşlerini alması, hastanın tedaviye etkin olarak katılmasını sağlayarak hastanın iyileşme sürecinde daha aktif ve istekli olmasını sağlayacaktır.

Aile hekimliğinin en önemli özelliklerinden birisi, hastanın danışmanlığını yaparak üst basamak sağlık kuruluşlarına sevk etmesi sürecidir (WHO Avrupa Bölge Ofisi, 1995: 6). Bu süreci değerlendirdiğimizde diğer sağlık kuruluşlarındaki hekimleri ekip üyesi olarak düşünebiliriz. Ekibin üyesi olan diğer dal uzmanları ile iletişim halinde olmak, hastanın hastalığı hakkında ona bilgi vermek ve geri bildirim almak hastanın takibi konusunda aile hekimine pozitif bir katkı sağlayacaktır. Tüm bu sebeplerden dolayı aile hekimlerinin sivil erdem özelliğine sahip olmaları gerekmektedir. Sivil erdem boyutu sorgusuz sualsiz mevcut olan kurallara doğru olsun ya da olmasın uymak yerine, örgüt içerisinde fikir geliştirmek örgütün gelişmesinde aktif olmaktır. Yani aile hekimleri örgütü geliştirmek adına aktif katılımında bulunduğu müddetçe örgütsel vatandaşlık davranışı sergilemiş olacaktır.

### **2.5.5. Birey Odaklı Olma Özelliği**

Kişisel hekimlik, aile hekimlerini diğer hekimlerden ayıran, sabit bir topluluğa uzun süreli, tam gün ve yıl boyu hizmet verme anlayışını gerektirmektedir. Çünkü karmaşıklaşan yapı içerisinde bireyi sürekli takip edecek hekimin eksikliği söz konusu olduğundan birinci basamak hizmetleri ile aile hekimleri bu görevi üstlenmelidir (Başak, 2003: 124).

Aile hekimliğinin kişi odaklı olma özellikleri şu unsurlara bağlıdır (Heyrman, 2005: 7):

- Hastalarla ve hastanın yaşadığı ortamda oluşan sorunlarla ilgilenirken kişi merkezli bir yaklaşım benimseme,
- Aile hekimliği uygulamasındaki hasta görüşmesi sürecinde hastanın özerkliğine saygı göstererek etkin bir hekim hasta ilişkisi oluşturma,
- Birey ile etkili bir iletişime sahip olma,
- Öncelikleri belirleme ve hasta ile işbirliği yapma,
- Hastanın gereksinimlerine göre şekillenmiş sağlık bakımının zaman içindeki sürekliliğini sağlama,
- Süregelen ve koordine bir sağlık bakımı yönetimi geliştirme.

Toplum içerisinde çok farklı yapıda insanlar bulunmaktadır. Bu sebepten aile hekimleri görevlerini yerine getirirken sorumlu olduğu bireylere standart bir hizmet sunmaktan öte kişiye özel hizmet sunmalıdırlar. Böylelikle aile hekimleri birey odaklı olma özelliğini hayata geçirebileceklerdir. Aile hekimleri eğer kişinin sadece hastalık boyutunu görür ve buna göre kişiye muamele ederse sağlığı geliştirmek konusunda ve sorumlu olduğu bireyleri tanımak konusunda hiçbir adım atamaz. İşte bu sebeplerden dolayı aile hekimleri diğergam davranış tutumları sergilemelidir. Diğergamlık rol tanımlamalarının ötesinde olan gönüllü olarak yapılan davranışlardır. Aile hekimleri ekstrasadan bir çaba harcayarak hizmet sunduğu toplumu tanımaya yönelik uğraşlar içine girerse sorumlu olduğu bireyler üzerinde daha etkili olacaktır.

Aile hekimlerinin birey odaklı olma özellikleri açısından bir diğer örgütsel vatandaşlık davranışı olan sivil erdem boyutunu sergilemesi ile bireyin fikirlerine önem vermesi ve onların aktif katılımının sağlanması hastalıkların tedavisi sürecinde ve önlenmesinde fayda sağlayacaktır. Çünkü kişisel hekimlik uygulamasının en önemli özelliği hizmeti alan kişinin ihtiyaç ve isteklerinin göz önünde bulundurulmasıdır. Birey fikirlerinin önemsendiğini hissederse tedavi süreçlerine daha iyi katılacak ve sağlığın geliştirilmesi konusunda daha istekli olacaklardır.

### **2.5.6. Aile ve Toplumsal Yönelimli Olma Özelliği**

Dar bir ilgi alanını kapsayan, "kalın duvarlı" hastanelerde sürdürülen dal uzmanlıklarının aksine birinci basamak hekimliği toplum içinde toplumla birlikte sürdürülen bir etkinliktir. Sorunları sadece bireysel değil, aile ve toplumsal örüntüleri bağlamında da ele alır. Bireyin sağlık durumu yaşadığı çevrenin, ailesinin durumu göz önünde bulundurularak değerlendirilir. Aile hekimi hizmet verdiği toplumun sağlık durumlarını iyi tanımalı ve buna göre hizmet sunmalıdır (Çağlayaner ve Saatçi, 2008: 102).

Aile hekimlerinin hizmet verdiği toplumun özelliklerini tanımak konusunda diğergam davranışları özümsemiş olmaları, onların daha kolay hizmet sunumunu sağlayacaktır. Bunun sebebi daha öncede bahsettiğimiz gibi aile sağlığı merkezleri bina içerisinde yapılan bir hizmet değildir, bu açıdan aile hekimlerinin hizmet verdiği grubu tanımak için ekstradan çaba göstermeleri gerekmektedir. Kültürüne yabancı olunan bir bölgede hizmet gerçekleştirirken belirlenmiş standartlar üzerinden hareket etmek örgütün o bölge içerisinde yabancılaşmasına neden olacaktır. Aile hekimleri gönüllü olarak toplumun kültürünü yapısını tanımak için hareket etmelidir. Aile hekimlerinin görevi olmadığı halde toplumu tanımak için fazladan davranış sergilemesi, örgütün o bölgede kabul edilmesine öncülük edecektir. Bu durum aile hekimlerinin vicdanlılık boyutunu da özümsemesiyle gerçekleşir. Çünkü vicdanlılık, çalışanların kimsenin kendini izlemediği durumlarda dahi ortaya koyduğu, gönüllü olarak gerçekleşen, işini en iyi şekilde yapması için kurallara uyma ve minimum rol gereklerinden daha ötede gerçekleştirilen davranışları ifade etmektedir (Keldbari ve Alipour, 2011: 1187). İşini iyi yaptığı görülen aile hekimleri hangi kültür içerisinde olursa olsun kabul görecektir ve örgütün gelişmesini sağlayacaktır.

Sonuç olarak aile hekimlerinin sahip olması gereken bütün özelliklerini en üst performansla gerçekleştirebilmesi ve en kaliteli hizmet sunumunu sağlayabilmesi için örgütsel vatandaşlık davranışlarını özümsemiş olması gerekmektedir.

## 2.6. Aile Hekimlerinin Görev ve Sorumlulukları

Aile Hekimlerinin en temel özellikleri hizmet verdiği bireylerin sağlığını korumak, geliştirmek, tanı ve tedavisini uygulamak, süregelen hastalık durumlarında bakımını üstlenmekten birinci derece sorumlu olmalarıdır. Sağlık sistemi ile ilk tıbbi temas noktasını oluşturur. Sağlık kaynaklarının etkili kullanmak ve koordineli bir hizmet sunmakta aile hekimlerinin sorumlulukları arasındadır.

25.05.2010 tarihli, 27591 sayılı resmi gazetede Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği adı altında aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları yayınlanmıştır. Aile hekimi, Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde; aile hekimliğinin görev tanımları yapılmıştır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 27591 sayılı, 25.05.2010 tarihli resmi gazete). Bunlar;

- Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar. Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapar,
- Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir,
- Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer,
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,
- Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir,
- Periyodik sağlık muayenesi yapar,
- Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapar,
- Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,

- Aile sağlığı merkezi Őartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatıŐ bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar,
- Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri verir,
- Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapar,
- Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller,
- Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar,
- Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar,
- İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenler,
- Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılır,
- Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar.

## **2.7. Dünyada Aile Hekimliği Uygulamalarından Bazı Örnekler**

Bu bölümde aile hekimliği programının Dünya'da uygulanan bazı örneklerine yer verilecektir. Bu kapsamda özellikle Avrupa birliği uyum sürecinde olan Türkiye'deki uygulama ile kıyaslama yapma imkanı sağlaması açısından Danimarka, İngiltere, Almanya ve Portekiz'deki aile hekimliği uygulamalarının yanı sıra dünyada öne çıkan ülkelerden biri olan Avustralya aile hekimliği uygulamaları ele alınacaktır.

### **2.7.1. Danimarka**

Danimarka'nın 5.4 milyon nüfusu bulunmaktadır. Diğer İskandinav ülkelerinde olduğu gibi Danimarka'da sağlık hizmetlerine evrensel erişimi olan güçlü bir refah devletidir. Tüm Danimarka halkı, genel pratisyenlere, göz doktorlarına, KBB uzmanlarına ve hastane acil servislerine ücretsiz ve doğrudan erişmektedirler. Diğer uzmanlık dallarına ise genel pratisyenin sevk etmesi sonrası ücretsiz olarak ulaşabilmektedirler. Danimarka'da aile hekimlerinin yaptığı görevi genel pratisyenler yapmaktadır. Yani Danimarka'da aile hekimleri genel pratisyenler olarak ifade edilmektedir.

Genel pratisyenlerde aile hekimleri gibi sağlığa giriş kapısını oluşturan sağlık sisteminin oldukça önemli bir parçasını oluşturmaktadır ([http://hpm.org/en/Surveys/University\\_of\\_Southern\\_Denmark\\_-Denmark/11/Modernisation\\_of\\_general\\_practice\\_in\\_Denmark.html#inhalt](http://hpm.org/en/Surveys/University_of_Southern_Denmark_-Denmark/11/Modernisation_of_general_practice_in_Denmark.html#inhalt) -, 19.06.2012.; Pedersen vd., 2012: 34).

Danimarka'da sağlık hizmetleri büyük ölçüde vergiler yoluyla finanse edilmektedir. Ev bakım, ev yardımı, okul sağlığı hizmetleri, sağlık ziyaretçileri (yeni doğan kontrolü, anne kontrolü vb.), rehabilitasyon ve çocuk diş sağlığı hizmetleri gibi hizmetler de ücretsizdir. Özel hastane bakımı mevcuttur, ancak kamuya ait hastaneler, tüm hastane hizmetlerinin% 97'sini sağlamaktadır. Danimarka'da genel pratisyenlik ünvanına sahip olabilmek için tıp fakültesi sonrası 1 yıl temel eğitim ve 5 yıl uzmanlık eğitimi alınması gerekmektedir. Yani GP olmak için tıp fakültesi eğitimi sonrası 6 yıl gerektirir. Sonrasında ise sürekli eğitimler uygulanır. Danimarka'da 2012 nisan ayı itibari ile yaklaşık olarak 3600 GP hizmet vermektedir. Bütün halkın bir genel pratisyene bağlı olması gerekmektedir ve yaklaşık olarak halkın %98'i genel pratisyenlik uygulamalarından faydalanmaktadır. Halkın geri kalanı ise herhangi bir aile hekimine kayıtlı değildir ve sağlık sisteminden faydalanırken küçük miktarda bir ücret ödemek durumundadırlar. Bu bireyler istedikleri uzmana sevk gerekmeden doğrudan başvurabilmektedirler. Danimarka'da her aile hekimi ortalama 1561 hastadan sorumludur. Sorumlu olunan hasta sayısı 1600'ü geçemez. Hastalar kendi aile hekimini seçmekte özgürdürler. Ancak bir aile hekiminden diğerine geçerken 3 ay beklemek zorundadırlar. Görevleri arasında bulunan anne ve çocuk takibi, rutin muayeneler, çocukların aşılanması ve gerektiğinde uygun ilaçların yazılması gibi hizmetler iş yerlerinde veya evde yürütölmektedir (Pedersen, 2012: 34-35; Aydın, 2008: 22).

### **2.7.2. İngiltere**

İngiltere'de Aile Hekimliğinin temeli oldukça eskiye dayanmaktadır. 1948'de Ulusal Sağlık Servisi (National Health Servis)'nin oluşturulması ve 1952'de Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji'nin kurulması Aile Hekimliğinin tarihsel

gelişim sürecinde önemli kilometre taşlarını oluşturmaktadır. İngiltere’de de aile hekimlerinin yaptığı görevi genel pratisyenler gerçekleştirmektedir. Aile Hekimliği buradaki sağlık sisteminin temelini oluşturmaktadır (Roland vd., 2012: 6).

İngiltere’de aile hekimliğinde son on beş yılda oldukça büyük gelişmeler meydana gelmiştir. Uygulamanın boyutu artmış, daha çeşitli hale gelmiş, işgücü genişlemiş ve sunulan hizmet yelpazesini geliştirilmiştir. Hastalar aile hekimliği hizmetlerinden ücretsiz faydalanmaktadırlar. Sağlık harcamaları genel olarak vergi gelirleri ile karşılanmaktadır. Yılda yaklaşık 300 milyon doktor başvurusunun %95’i genel pratisyenlere olmaktadır. Ülkede bir aile hekimliği biriminde 4-6 arasında aile hekimi görev yapmaktadır. 2007 yılında bu aile hekimliği birimine kayıtlı olan ortalama hasta sayısı 6487 iken 2009 yılı itibari ile bu sayı ortalama 8230’a ulaşmıştır. İngiltere’de aile hekimi sağlık sistemine giriş kapısını oluşturmaktadırlar. Hastalar aile hekiminin sevk etmesi ile uzman doktora başvurabilmektedirler (Gregory, 2009: 1-2).

İngiltere’de aile hekimi olabilmek için bir takım süreçler atlatılmalıdır. Tıp fakültesini bitirdikten sonra 2 yıl hastanede çeşitli branşlarda çalışmak gerekmektedir. Bütün bunların üstüne en az 3 yıllık bir Aile Hekimliği (GP) rotasyonu yapmak gerekmektedir. Bu 3 yıllık rotasyon genel olarak acil, dahiliye, kadın doğum, çocuk ve psikiyatri alanlarında gerçekleştirilmektedir ve bu uygulamaların süreleri çoğunlukla 6’şar ay olmaktadır. Bunların yanı sıra son 1 yıllık süre boyunca aday aile hekimi bir aile hekimliği biriminde çalışmak durumundadır. Bu aşamaları atlattıktan sonra aile hekimliği (GP) ünvanına sahip olunabilmektedir. Ayrıca sürekli eğitim ve denetimlerle de aile hekimleri desteklenmektedir ([http://www.ailehekimleri.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3663:ngilterede-aile-hekimlii&Itemid=424](http://www.ailehekimleri.net/index.php?option=com_content&view=article&id=3663:ngilterede-aile-hekimlii&Itemid=424), 19.06.2012)

### **2.7.3. Almanya**

Almanya’da nüfusun %90’ı sağlık sigortası kapsamı altındadır. Nüfusun geri kalanı özel sağlık sigortası şirketleri tarafından sigortalıdır. Alman



halkının sadece %0.9'unun herhangi bir sağlık sigortası yoktur. Bu sigortalar kapsamında aile hekimliği uygulamaları ücretsizdir. Birinci basamak hizmetler genel pratisyenler (aile hekimleri) tarafından verilmektedir. Hastaların uzman hekime sevk edilmeleri aile hekimleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Ancak hastalar istemeleri halinde de direk olarak bir uzman hekime başvurabilmektedirler. Bu ülkede hastalar bir aile hekimine kayıtlı değildirler. Burada aile hekimliği hizmetleri genel pratisyenler, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ve hastanın tercihi ve öncelikli ihtiyacı dikkate alınarak seçilen diğer uzman hekimler tarafından yürütölmektedir (Rose, 2001: 33; Aydın, 2008: 26).

Aile hekimliği uzmanlığı için 6 yıllık Tıp eğitiminden sonra, 2 yılı aile hekimliğinde olmak üzere 5 yıl ihtisas yapmak ve sınavı başarıyla tamamlamış olmak gerekmektedir. Aile hekimlerinin 3 aylık hasta kapasiteleri ortalama 1079 hastadır. Çalışma süreleri ise nöbetler ve acil hekimlik hizmetleri dahil ortalama 55.98 saat/haftadır. Hasta görüşmeleri için 32.22 saat/hafta ve idari işleri için 8.18 saat/hafta zaman harcanmaktadır (Sandholzer ve Yaman, 2006: 32-33)

#### **2.7.4. Portekiz**

Portekiz'de 1960'larda ve 1970'lerin başında doktorlar hastanelere yoğunlaşmış ve uzmanlıklara bölünmüştür. Çok az sayıda hekim pratisyen olarak çalışır duruma gelmiştir. 1974 yılından sonra sağlıkta dönüşüm yaşanmıştır. 1979 yılında ulusal sağlık sistemi kurulmuştur ve bu ülkede aile hekimliği programına 1982 yılında geçilmiştir. Bu programa geçişle birlikte 1981 ve 1986 yılları arasında özel bir mesleki eğitim almadan hekimler, aile hekimi olarak görev almaya başlamıştır. Sadece %10'luk bir kesim eğitim almışlardır ve 1987 yılında ise eğitim almak zorunlu hale getirilmiştir. 1982'de Portekiz Tabipler Birliği AH uzmanları için yeterlilik sistemi kurmuş ve 1983'de Portekiz Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği ve 1987'de Lizbon Tıp Faköltesinde AH bölümü kurulmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 3 yıl olarak belirlenmiştir. Şu anda 6000 aile hekimi hizmet vermektedir. Herkes kendi aile hekimini seçebilme hakkına sahiptir. Bir aile hekimi en az 1500 kişiden sorumludur. İkinci basamak sağlık hizmetlerinden

yararlanmak aile hekiminin sevkinden sonra mümkündür. Hastalar sevk edilecekleri hastaneyi seçebilirler ancak tedavi edecek uzmanı seçemezler. Birinci basamak sağlık hizmetlerini aile hekimleri vermektedirler (Villanueva, 2009: 36; <http://www.uemo.eu/gp-in-europe/86-portugal.html>, 19.06.2012).

### **2.7.5. Avustralya**

Avustralya'da son 20 yılda birinci basamak sağlık sistemi değişime uğrayarak uluslar arası düzeyde bir sağlık yapısı haline gelmiştir. Sağlık sunumu açısından eşitsizlikler kaldırılmış ve hasta memnuniyeti sağlanmıştır. 1958 yılında Genel Pratisyenlik Avustralya Kraliyet koleji kurulmuştur. 1992 yılında oluşturulan ulusal sağlık stratejisi aile hekimliğinin temelini oluşturmaktadır. Avustralya'da birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsizdir (Nicholson vd., 2012: 18-19).

Avustralya'da kırsal alan oldukça fazladır. Buralarda yaşayan halkın sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi aile hekimleri vasıtasıyla gerçekleşmektedir. Kırsal kesimde mesleki eğitim almış aile hekimlerinin eksikliği sebebiyle Avustralya hükümeti 2001 yılında aile hekimliği eğitimini geliştirmiştir. Avustralya'da 17 bin genel pratisyen (aile hekimi) bulunmaktadır. Bu hekimlerin %77si metropollerde, %21i kırsal kesimlerde, geri kalanı ise en uzak bölgelerde hizmet vermektedir (Trumble, 2003: 171). Bu ülkede aile hekimliğine kayıtlı olan bir bireyin aile hekimiyle teması ortalama olarak 8-13 yıl sürmektedir (Aydın, 2004: 53).

### **2.8. Türkiye Aile Hekimliği Uygulaması**

Aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimlik uygulamasının niteliğini artıracak bir tıp disiplindir. Aile hekimliği, sürekli, kapsamlı ve birey odaklı aynı zamanda bütüncül yaklaşımla değerlendiren, hastalıkların erken tanı ve tedavisi sağlayan, sağlığın geliştirilmesi ve hastalık durumu gerçekleşmeden yerinde müdahale sağlama yani koruyucu hekimliği uygulayan bir disiplindir.

Dünyanın birçok ülkesinde gerçekleştirilen aile hekimliği sistemi her ülkenin kendi koşulları, işleyişi ve toplumsal yapısı doğrultusunda uygulamaya konulmaktadır. Türkiye’de de ülke koşullarına göre Türkiye Aile Hekimliği Modeli geliştirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin herkese eşit ve etkili bir şekilde ulaşabilmesi için Türkiye’de atılması gereken en önemli adımlardan biri, her basamaktaki sağlık hizmetinin gerektirdiği şekilde verilmesidir. Eğer birinci basamak sağlık hizmetleri, Türkiye’deki gibi ağırlıklı olarak ikinci basamakta veriliyorsa, sağlık hizmetlerinde eşitlikten, verimlilikten, etkililikten ve kaliteden söz etmek mümkün olmaz (Sağlık Bakanlığı PYDB, 2003: 64). Bu yüzden Türkiye için oluşturulan model çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmetlerini, profesyonel bir ruhla ve toplumun katılımını sağlayacak bir biçimde, bireyin yaşadığı ve çalıştığı yerlerde koruyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleri ile birlikte sunarak sistemin en uygun şekilde hayata geçmesi ve sürdürülebilirliğinin olması sağlanmalıdır (Korukluoğlu, 2005: 18).

Türkiye için geliştirilen uygulama modeli, 06.07.2005 tarihli, 25867 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik ile oluşturulmuş ve aile hekimliği uygulamalarına ilişkin mevzuat alt yapısı düzenlenmiştir.

### **2.8.1. Aile Hekimliği Sayılarının Tespiti ve Yerleştirilmesi**

Aile hekimliği birimi bir aile hekimi ile bir aile sağlığı elemanından oluşmaktadır. Mevcut duruma göre bir veya daha fazla aile hekimliğinin beraber görev aldıkları yapılanmaya da Aile sağlığı merkezi denilmektedir. Aile sağlığı merkezleri aile hekimliği sisteminin temel birimini oluşturmaktadır (Uğurlu vd, 2004: 194)

Yönetmeliğe göre, aile hekimi sayısı bakanlıkça ortalama 2500–3000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde, il merkezi ve ilin geri kalanı için ayrı ayrı tespit edilir. Pilot illerde 3000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde aile hekimi çalışma bölgeleri tespit edilir. Yerel, idari, coğrafi ve nüfus özelliklerine göre 3000 kişinin üzerine çıkmamasına ve 2500 kişinin altına inmemesine özen gösterilir. Her aile hekiminin yanında en az bir aile sağlığı elemanı çalışır. Aile sağlığı elemanı, çalışma koşullarının özelliğine göre ebe, hemşire veya sağlık memurudur. Sağlık evlerinde çalışmakta olan ebeler

aile sağlığı elemanı olarak görevlendirilmemişlerse, o bölgenin bağlandığı aile hekimine hizmet yönünden bağlı olarak çalışır (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 06.07.2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmi Gazete).

### **2.8.2. Eğitim ve Sertifikasyon**

Tıpta uzmanlaşmada artışın bir sonucu olarak, yirminci yüzyılın ortalarına doğru tıp fakültelerinden kaybolan birinci basamak hekimleri, 1960'lardan sonra aile hekimliği bölümleriyle yeniden üniversitelere girmeye başlamıştır. Akademik hayata geri dönüşün ilk adımı 1963 yılında İskoçya'nın başkenti olan Edinburgh'ta ilk aile hekimliği bölümünün kurulması ile başlamıştır. Avrupa'da tıp fakültelerinde aile hekimliğinin öğretilmesi ve akademik aile hekimliği oldukça yol kat etmiş ve önemli gelişmeler kaydedilmiştir (Başak vd., 2005: 174-175).

Avrupa Birliği 1995 başından itibaren birinci basamakta çalışmak için, temel tıp eğitiminden sonra en az 2 yıl eğitimi zorunlu kılmıştır. 1996'da Avrupa Birliği'nin sağlık alanında alt birimi olan UEMO (Union of European Medical Organization) bu süreyi üç yıla çıkaran bir karar almıştır (Aydın vd., 2008: 77).

Avrupa Birliği'ne katılmayı hedefleyen Türkiye'de, bir uzmanlık alanı olarak Aile Hekimliği eğitiminin başlama tarihi, 1985 yılıdır. Yükseköğretim Kurulu'nun (YÖK) 1993 temmuzunda aldığı karardan sonra da, ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalları kurulmaya başlamıştır (Başak ve Saatçi, 1998: 126).

Tıp eğitimi ve tıp uygulaması birbirine sıkı sıkıya bağlıdır. Tıp eğitiminin içeriği ve niteliği yetişen hekimlerin bilgi, beceri ve tutumlarını; ortaya koyacakları tıp uygulamalarını belirler. Toplumun sağlık gereksinimlerine ve sağlık davranışına göre daha yaygın gereksinim duyulan hizmetlerin tıp eğitimi içinde daha fazla ve derinlemesine yer alması beklenir. Aile hekimliği de bu konuda son yıllarda öneminin artmasının ardından uzmanlık eğitiminin zarurieti sebebiyle bu alanda tıp fakültelerinde uzmanlık bölümlerinin artmasına neden olmuştur (TAHUD, 2006: 39).

Türkiye’de aile hekimliği uzmanlık eğitimi 3 yıldır, bunlar 9 ay İç Hastalıkları, 9 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 8 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum, 6 ay Cerrahi Ağırıklı Acil ve 4 ay Psikiyatri rotasyonlarından meydana gelmektedir (Uzuner vd., 2010: 1).

Türkiye’de mevcut durumda uzmanlığını almış olan hekimlerin sayılarındaki yetersizlikten dolayı ve birinci basamak hizmetlerin sunumunda görevli olan uzmanlık eğitimi almamış pratisyen hekimlerin görevlerine devam edebilmeleri için geçiş döneminde bu hekimlere eğitim olanakları sağlanmasını uygun görülmüştür. İlerleyen dönemlerde ise hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi amaçlanmıştır.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Yönetmeliğine ve Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne göre "aile hekimliği uzmanı olanlar ile bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler aile hekimi, sağlık meslek liseleri veya yükseköğrenim kurumlarının ebelik, hemşirelik veya sağlık memurluğu bölümünden mezun olanlar aile sağlığı elemanı olabilirler" şeklinde bir tanımlama mevcuttur. Eğitim sağlanarak Aile Hekimliği Sertifikasını elde etme iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşama eğitimi olarak planlanan ve adaptasyon amaçlı bu 10 günlük eğitim sonunda katılımcıların birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının yeni görev tanımları ve uygulamaları, yetki ve sorumlulukları gibi temel özelliklerini, kavramaları, bu özelliklerine uygun tutum geliştirmelerini amaçlamaktadır. Uyum eğitimini almış olan hekimlerin sertifikalarının geçerliliği, aile hekimliği uygulamasına devam etme ve kalıcı sertifika için öngörülen ikinci aşama eğitim modüllerini tamamlama şartına bağlıdır.

İkinci aşama eğitim, 9 ay ile 3 yıl içerisinde verilir. Bu eğitim mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesini hedeflemektedir. İkinci aşama eğitimleri sürekli tıp eğitimi şeklinde belirlenir. Halk sağlığı ve aile hekimliği dallarındaki araştırma görevlilerinin bu bölgelerdeki aile hekimliği ile kamu sağlığı kuruluşlarında ve yönetim birimlerinde görev alarak eğitime katılan hekimlerin sahada uygulama eğitimini gerçekleştirecektir. Teorik ve pratik eğitimlerin müfredatı belirlenip 6 yıl veya daha fazla sürede sürekli eğitimi

tamamlayan fiili aile hekimlerine uzmanlık diploması verilmesi düşünülmektedir (Aydın vd., 2008: 78).

### **2.8.3. Çalışma Şekli ve Ücretlendirme**

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun Personelin Statüsü ve Mali Haklar-Madde 3'te aile hekimlerinin Çalışma Şekli ve Ücretlendirmesine yönelik politika ve uygulamalarını şu şekilde belirtilmiştir (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 09.12.2004 tarihli ve 25665 sayılı Resmi Gazete):

Sağlık Bakanlığı; uzman hekim, hekim ve aile sağlığı elemanı olarak çalıştırılacak sağlık personelinin, kendilerinin istek ve başvuruları doğrultusunda veya Bakanlığın muvafakatı üzerine, sözleşmeli olarak çalıştırmaya veya bu nitelikteki Bakanlık personelinin aile hekimliği uygulamaları için görevlendirmeye yetkilidir. Bu duruma göre aile hekimliği uygulamasına gönüllü olarak geçmek isteyen personele öncelik tanınacağı anlaşılmaktadır. Aile hekimliği personeli sözleşmeli olarak çalıştırılır. Bu suretle eleman temin edilememesi halinde, Sağlık Bakanlığı, personelinin bu hizmetler için görevlendirebilir. Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve kadroları ile ilişkileri devam eder. Aile hekimliği biriminde çalışmaktan vazgeçen personelin talepleri halinde eski görevlerine atanırlar ve sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilir.

Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının durumları ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları gibi kriterler esas alınır. Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin % 20'sine kadar indirim yapılır.

Ücretlendirme yönetmelikte şu şekilde belirlenmiştir: Aile hekimine yapılacak ödemelerin hesaplanmasında, nöbet, acil yardım hizmetleri, olağanüstü durumlarda yapacakları hizmetler, toplum sağlığı ve benzeri hizmetleri için kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 1000 (bin) kişiye kadar, aile hekimliği uzmanı ise 2.000 TL, uzman hekim veya hekim ise 1.500 TL'dir. 1000 (bin) kişinin üzerindeki her kayıtlı kişi başına ayrıca 1 TL, eklenmesi esas alınır. Aile hekimliği uygulamaları için bakanlıkça görevlendirilen uzman kişi başına 0,40 TL; serbest olarak çalışanlardan bakanlıkça aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için ise kişi başına 0,20 TL eklenmesi hesaplama sürecinde esas alınır. Eğer kayıtlı kişi sayısı 4000'den fazla ise fazla olan kısım için aile hekimlerine herhangi bir ödeme yapılmaz.

Bir diğer ödeme ise aile sağlığı merkezi giderleri ile ilgilidir. Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım ve tıbbi sarf malzemeleri gibi giderleri için her ay tavan ücretin %100'ü ödenir (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 09.12.2004 tarihli ve 25665 sayılı Resmi Gazete).

Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine ihtiyaç duyduğu tetkikleri yerel sağlık idarelerinin gösterdiği laboratuvarlarda yaptırmak ve bu tetkikler için gerekli sarf malzemelerini temin etmek amacıyla yapılacak giderler karşılığı belgelendirme aracılığı ile ayrıca bir ödeme yapılır. Ancak tetkik ve sarf malzemeleri giderleri karşılığı yapılacak toplam ödeme tutarı tavan ücretin %100'ünü geçemez.

Ödemelerde bir diğer ek ödeme kıstası olarak ise görev yapılacak bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi göz önüne alınmaktadır. Bu kıstas belirlenirken Kalkınmada Öncelikli Yörelere Cetveli esas alınmaktadır. Buna göre sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimlerine yapılacak ödemede; 1, 2 ve 3'üncü bölgelerde görev yapanlar için tavan ücretin %10'u, 4'üncü bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %20'si, 5'inci bölgede görev yapanlar için

tavan ücretin %30'u, 6'ncı bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %40'ı, 7'nci bölgede görev yapanlar için tavan ücretin %50'si, esas alınır.

Ayrıca gezici sağlık hizmetleri gideri olarak kendisinde kayıtlı mobil nüfusun büyüklüğüne göre, gezici hizmet kapsamındaki nüfus, 500 den az ise tavan ücretin %0'ı, 500 ila 1000 kişi ise tavan ücretin %10'u, 1001 ila 1500 kişi ise tavan ücretin %20'si, 1501 ila 2000 kişi ise tavan ücretin %30'u, 2001 kişiden fazla ise tavan ücretin %40'ı ödemeye tabi tutulur.

Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması veya hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde, bu ödeme tutarından brüt ücretin % 20'sine kadar ödenecek ücrette indirim yapılmaktadır.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmeliğe göre, Aile hekiminden yapılacak kesintiler şu şekilde sıralanmıştır (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, 12 Ağustos 2005 tarihli ve 25904 sayılı Resmi Gazete):

- Sevk Kesintisi; aile hekiminin kendisine kayıtlı kişi sayısı esas alınarak 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına sevk yapması halinde, aşağıda gösterilen oranlarda kesinti yapılır:

1) Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi için hesaplanan brüt ücretin;

- a) Bir önceki ay sevk oranı % 15 den az ise % 0'ı,
- b) Bir önceki ay sevk oranı % 15 (dahil)- % 20 (hariç) ise %1'i
- c) Bir önceki ay sevk oranı % 20 (dahil) - % 25 (hariç) ise % 2'si,
- d) Bir önceki ay sevk oranı % 25 ve daha fazla ise % 5'i,

2) Aile hekimliği uygulamaları için Bakanlıkça görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için hesaplanan brüt ücretin;

- a) Bir önceki ay sevk oranı % 15 den az ise % 0'ı,
- b) Bir önceki ay sevk oranı % 15 (dahil) - % 20 (hariç) ise %1'i



- c) Bir önceki ay sevk oranı % 20 (dahil) - % 25 (hariç) ise % 2'si,
- d) Bir önceki ay sevk oranı % 25 ve daha fazla ise % 5'i,

3) Serbest olarak çalışanlardan Bakanlıkça aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için hesaplanan brüt ücretin;

- a) Bir önceki ay sevk oranı % 15 den az ise % 0'ı,
- b) Bir önceki ay sevk oranı % 15 (dahil)- % 20 (hariç) ise %1'i
- c) Bir önceki ay sevk oranı % 20 (dahil) - % 25 (hariç) ise % 2'si,
- d) Bir önceki ay sevk oranı % 25 ve daha fazla ise % 5'i,

esas alınmak suretiyle hesaplanacak miktar, aile hekimine yapılacak ödemedir düşülmür.

- Diğer kesintiler; Koruyucu hekimlik hizmetlerinde; aşı takibi, gebe takibi ve çocuk-bebek takibi için ayrı ayrı kesinti oranları uygulanır. Bu takiplerde;

1) Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi için hesaplanan brüt ücretin;

- a) Aylık başarı oranı % 90 (dahil)-95 (dahil) ise 1'i
- b) Aylık başarı oranı % 80 (dahil)-90 (hariç) ise %2'si,
- c) Aylık başarı oranı % 80 den daha düşük ise %5'i,

2) Aile hekimliği uygulamaları için Bakanlıkça görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için hesaplanan brüt ücretin;

- a) Aylık başarı oranı % 90 (dahil)-95 (dahil) ise %1'i
- b) Aylık başarı oranı % 80 (dahil)-90 (hariç) ise % 2'si,
- c) Aylık başarı oranı % 80 den daha düşük ise % 5'i,

3) Serbest olarak çalışanlardan Bakanlıkça aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilen uzman tabip ve tabipler için hesaplanan brüt ücretin;

- a) Aylık başarı oranı % 90 (dahil)-95 (dahil) ise % 1'i
- b) Aylık başarı oranı % 80 (dahil)-90 (hariç) ise % 2'si,
- c) Aylık başarı oranı % 80 den daha düşük ise % 5'i,

esas alınmak suretiyle hesaplanacak miktarlar aşı, gebe ve çocuk-bebek takibi için ayrı ayrı değerlendirilerek aile hekimine yapılacak ödemedен düşülür. Bu madde uyarınca aile hekiminden yapılacak kesintilerin toplamı, hesaplanan brüt tutarın % 20'sinden fazla olamaz.

#### **2.8.4. Doktor Seçme ve Değişirme Özgürlüğü**

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğe göre; aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde, kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için aile hekimlerine kayıt olması şarttır. Birey aile hekimini yaşadığı yere en yakın olan aile sağlığı merkezindeki hekimlerden seçer ve bakanlıkça belirlenen süre çerçevesinde hekimini değiştirme hakkına sahiptir. Kişilerin hekim değiştirmesinde geçerli olacak kurallara baktığımızda, hizmet alan bireyler aile hekimlerine en az 6 ay bağlı kalmak zorundadırlar. 6 aylık süre sonunda istediği aile hekimini tercih edebilirler ve kendi isteği ile seçtikleri bu hekimi yine 6 aylık süre zarfı dolduktan sonra değiştirebilirler (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 06.07.2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmi Gazete).

Bununla birlikte aile hekimi de hizmet verdiği bireyi kabul etmeme hakkına sahiptir. Ancak bu durumun bazı kriterleri vardır, öncelikli olarak kişinin başka bir hekim alternatifinin bulunması gerekmektedir. Bunun yanında ise, hastanın tıbbi etiğe uygunsuz davranışların bulunması ve bu davranışların belgelenmesi, hasta ile hekim ilişkisinin tanı, tedavi ve sürekli takibi engelleyecek, aile doktorunun verimini düşürecek şekilde bozulması, hasta ile hekim arasında adli bir sorunun olması, taciz, tehdit ve bunun gibi hasta ve hekim arasında iletişim sorunu oluşturacak durumların olmasıdır (Aydın vd.,2008: 80).

#### **2.8.5. Hizmet Sürekliliğinin Devamı**

Bireyi anne karnından ölümüne kadar takip etmekle görevli aile hekiminin en önemli özelliklerinden biri sürekli olmasıdır. Aile hekimliği sisteminin başarılı olmasının nedenini buna bağlamak mümkündür. Hekimlerin değişmesi görev yaptıkları bireyler açısından olumsuz sonuçlar doğuracaktır.

Daha önce de bahsedildiği gibi bazı batı ülkelerinde bir aile hekiminin bir bireye verdiği hizmet süresi ortalama 10-12 yıl olarak hesap edilmiştir. Aile hekiminin bireyi, kişisel özellikleri, ailesi ve çevresi ile tanınması şarttır bunun için ise hizmette süreklilik büyük önem taşımaktadır.

Bu açıdan bakıldığında aile hekiminin izin aldığı durumlarda aile sağlığı merkezinde birden fazla hekimin görev yapması hizmet sürekliliğini sağlayacaktır. İzne ayrılan aile hekiminin yerine aynı çevre koşullarına sahip bireylere hizmet eden ve çalışma arkadaşının hastası olan bireyle teması hem hekim açısından hem de birey açısından daha kolay olacaktır (Karadağ, 2007: 30).

### **2.8.6. Çalışma Saatleri ve İzin**

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanuna göre, aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir; acil haller hariç, haftada kırk saatten az olamaz. Kanuna göre AH tam gün esasına göre çalışmaktadır. Mesai saatleri ve günleri, çalışma yerinin koşulları da dikkate alınmak suretiyle çalıştığı bölgedeki kişilerin ihtiyaçlarına uygun olarak aile hekimi tarafından belirlenebilecektir. Sonrasında da yerel sağlık idaresi tarafından onaylanarak uygulama gerçekleştirilir (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 09.12.2004 tarihli ve 25665 sayılı Resmi Gazete).

### **2.8.7. Sevk Sistemi ve Geri Bildirim**

Sevk zincirinin sağlanması aile hekimliğinin en önemli özelliklerinden birisidir. Aile hekimi sağlık sistemi bütüncül olarak ele almak durumundadır, böylelikle aynı zamanda danışmanlığını yaptığı hastası için uygun yönlendirme ile doğru olan ikinci basamak veya üçüncü basamak kuruluşa başvurmasını sağlar. Bu durum da ikinci basamaklarda sürekli şikayet edilen yığılmaların önüne geçilmiş olur. Basamaklar arasında etkili iletişimin sağlanması birçok durumda karşılıklı fayda sağlayacaktır. Bu durum sayesinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin gereksiz yere kullanımına engel olarak maliyetin düşmesi sağlanabilir. Sevk sisteminin etkili olmasının bir diğer getirisi ikinci ve üçüncü basamak hekimi ile etkili

iletişim içerisinde olan aile hekimi hizmet verdiği bireyle alakalı olarak geri bildirim alır. Bu da hizmet sürekliliğinin devamlılığını sağlar (WHO Avrupa Bölge Ofisi, 1995: 6).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanuna göre, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınacaktır (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 09.12.2004 tarihli ve 25665 sayılı Resmi Gazete).

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğe göre, aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin kişisel sağlık dosyalarını tutmakla yükümlüdür. Aile hekimi, yönlendiricilik özelliğine dayalı olarak aynı zamanda sağlık sistemine giriş kapısını oluşturduğu için hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verecek olan ilk mercidir. Hastayı gerekiyorsa sevk formu düzenleyerek sevk eder. Aile hekimi, sevk formuna, sevk gerekçelerini, yapılan tetkik sonuçlarını ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmakla yükümlüdür. Birinci basamaktan ikinci ve üçüncü basamak sevki yalnızca aile hekimi yapabilir. Aile hekiminin ilgili olduğu hastasının durumu ile ilgili geri bildirim üst basamaktan sağlanması zorunludur (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 06.07.2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmi Gazete).

### **2.8.8. Kırsal Kesimde Aile Hekimliği ve Gezici Hizmetler**

Daha önce ifade edildiği gibi aile hekimliğinin özelliklerinden biri de bireyi, yaşadığı aile ve çevresi içerisinde ele alıp bir bütün olarak görme özelliğidir. Aile hekimi kurum dışına çıkarak hizmet edeceği bireyi yerinde tanımadığı takdirde görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinin "kalın duvarlı" dediğimiz hastanelerden hiçbir farkı kalmayacaktır. Aynı zamanda aile hekimliğinin görevlerinden birisi olan koruyuculuk özelliğini gerçekleştiremeyecektir. Çünkü bilgi eksikliği, sağlığın önemsenmemesinden ya da uygulamanın hayata geçirilmesindeki eksikliklerden dolayı sağlık sistemini kullanmayan veya aile sağlığı merkezini kullanmak yerine doğrudan hastaneye başvuran birçok birey bulunmaktadır. Bu bireylere ancak onların buldukları ortama gidilerek ulaşılabilir.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğe göre, gezici hizmet vermek aile hekimlerinin bir görevidir. Aile hekimliği uygulama bölgesindeki dağınık yerleşim birimlerine, aile hekiminin belirli bir plan dahilinde periyodik olarak ulaşması ve bu şekilde hizmet vermesi esas uygulama şekli olarak belirlenmiştir. Bunu sağlamak için aile hekimi, coğrafi durum, iklim koşulları, ulaşım şartları ve kendisine bağlı olan yerleşim birimlerinin sayısını dikkate alarak hizmeti aksatmayacak şekilde ziyaretlerini yapmak durumundadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25.05.2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmi Gazete).

Bu görev ile birlikte aile hekimleri, yaşadığı koşullar dahilinde aile sağlığı birimlerine ulaşamayan bireylere ulaşabileceklerdir. Sağlık hizmetlerindeki ilkelerden birisi, risk altındakilere önem ve öncelik verilmesidir. Buna göre, asıl risk altındakiler, hekime başvurmamalarıdır. O nedenle, aile hekimi ve ekibi kendilerine başvurmamaları ulaşabilecekleri bir model ve buna uygun imkanlar içinde çalışmalıdırlar. Aile hekimi sorumluluk alanındaki her yerleşim birimine belli aralıklarla ziyaret yapmak zorundadır (Aydın vd., 2004: 87).

Gezici sağlık hizmetlerine ilişkin planlama yönetmeliğe göre, coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ve kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı göz önünde bulundurularak ve her 100 kişi için ayda 3 saatten az olmamak üzere yapılır. 750 kişinin kayıtlı olduğu aile hekimi haftada en az 1 kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişide ise haftada en az 2 kez gezici sağlık hizmeti sağlanır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25.05.2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmi Gazete).

### **2.8.9. Yerinde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi**

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğe göre, cezaevi, çocuk işahavi, çocuk yuvaları, huzurevi ve yuvalar gibi özellik arz eden, devamlı hekim bulunmayan toplu yaşam alanları için, yerinde sağlık hizmeti sunumuna olanak tanınmıştır. Öncelikle sağlık müdürlüğünün hizmetinin belirlenmesi ve bakanlıkça da onaylanması şartına bağlanmıştır. Yerinde sağlık hizmet bölgesi olarak ilan edilen kurumlar, aile hekimliği hizmetlerini

asgari olarak sunmakla yükümlüdürler. Bu yerlerde her 100 kişi için ayda 3 saatten az olmamak üzere yapılır. 750 kişinin kayıtlı olduğu aile hekimi haftada en az 1 kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişide ise haftada en az 2 kez gezici sağlık hizmeti sağlanır. Cezaevleri ve ıslahevlerinde bu sürenin iki katı uygulanır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25.05.2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmi Gazete).

### **2.8.10. Tetkik ve Tahlil İşlemleri**

Yönetmeliğe göre, aile hekimi, tanı ve takip için gerekli görülen basit görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerini mümkünse kendi çalıştığı birimde yapacaktır. Diğer laboratuvar hizmetleri öncelikle halk sağlığı laboratuvarları olmak üzere İlçe Sağlık Grup Başkanlığı bünyesinde sürdürülecek veya İl Sağlık Müdürlüğü'nün uygun gördüğü sağlık kuruluşunun laboratuvarında yaptırılacaktır. Bu laboratuvarların seçiminde iç ve dış kalite kontrol programlarının uygulanıyor olması dikkate alınır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25.05.2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmi Gazete).

Her aile hekimine kendisine kayıtlı hastaların tetkik ve tahlil işlemleri ödeme yapılır. Ancak tetkik ve sarf malzemeleri giderleri karşılığı yapılacak toplam ödeme tutarı tavan ücretin %100'ünü geçemez. Yönetmeliğe göre, belirlenen limiti aşmamak kaydıyla bu tetkik ve tahlillerin ücreti ödenecektir. Bu miktarı ay itibari ile aştığında aştığı miktar Aile hekimi tarafından karşılanır (Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, 12 Ağustos 2005 tarihli ve 25904 sayılı Resmi Gazete).

Yönetmelik ve Kanunlar çerçevesinde Türkiye'de uygulanan aile hekimliği uygulamasının değerlendirilmesinin ardından Türkiye'de aile hekimliği ya da aile hekimleri üzerine yapılan çalışmaları incelediğimizde bu çalışmaların sayılarının oldukça az olduğu fark edilmektedir. Yapılan çalışmalar genellikle aile hekimliği uygulamaları üzerine oluşturulmuştur. Bunun sebebi olarak aile hekimliğinin yeni bir sistem olmasını ve birinci basamak hekimlikle arasındaki farkın tam olarak anlaşılammış olmasını gösterebiliriz. Bunun dışında aile hekimlerinin davranış biçimleri üzerine yapılan araştırmalar

oldukça az sayıdadır. Bu çalışmaları arttırmak aile hekimliği sisteminin daha iyi anlaşılması ve henüz bu sistemin başında olduğu düşünülürse aile hekimliği kurumunun en başından sağlam temeller üzerine oturtulması sağlanabilir. Daha öncede bahsedildiği gibi örgütsel vatandaşlık davranışı literatüre yeni girmiş olan ve kurumlarda verimliliği arttıran bir kavramdır. Bu açıdan aile hekimlerinin örgütsel vatandaşlık davranışlarının incelenmesi ve aile hekimliği birimlerinde yapılan bu çalışmalarla uygulanabilirliğinin arttırılması yeni olan bu kurumlarda verimliliğin artmasını ve hizmet sunumunun daha kaliteli hale gelmesini sağlayabilir.

## **BÖLÜM 3: AİLE HEKİMLERİNİN ÖRGÜTSEL VATANDAŞLIK DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ: UŞAK İLİNDE BİR ARAŞTIRMA**

Çalışmanın bu bölümünde Uşak ili aile hekimlerinin örgütsel vatandaşlık davranışlarının belirlenmesine yönelik yapılan araştırma ve bu araştırmaya ilişkin değerlendirmeler yer almaktadır.

### **3.1. Araştırmanın Konusu**

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aile hekimliği programına geçişle birlikte aile hekimleri artık çalıştığı grubu tanımakta ve yalnız bireye hizmet etmekten ziyade bireyi ailesi ve içinde bulunduğu toplumla birlikte değerlendirmektedir. Bu açıdan sağlık sisteminde büyük bir boşluğu doldurmuş olan aile hekimleri verdiği hizmeti ne kadar kaliteli sunarsa birinci basamakta o düzeyde verim sağlanacaktır.

Günümüzde insana verilen değer artması ile insana hizmet konusunda kaliteyi arttırmak için yeni davranış özellikleri araştırılmaktadır. Bu davranış özelliklerinden birisi de son dönemlerde yaygın bir şekilde literatürde yerini alan örgütsel vatandaşlık davranışlarıdır. Örgüt içerisinde verimliliği, kaliteyi ve etkinliği arttırmak için örgütsel vatandaşlık davranışının örgüt üyeleri tarafından benimsenmesi şarttır. Bu açıdan ele alındığında bireye en yakın birimlerden olma özelliğini taşıyan aile hekimliği birimlerinin en önemli parçası olan aile hekimlerinin de örgütsel vatandaşlık davranışlarını içselleştirmesi ve ona göre davranması gerekmektedir. Bu araştırmanın konusu, temel misyonu toplumdaki her bireye hizmet etmek olan aile hekimlerinin, sağlık hizmeti uygulamalarında örgütsel vatandaşlık davranışlarının önemini ortaya koymaktır.

### **3.2. Araştırmanın Amacı**

Sağlıklı olmak bireylerin yaşam kalitesini arttırmada en öncelikli koşuldur. Bu nedenle insan sağlığına azami derecede özen gösterilmelidir. Bu



sebepten yola çıkılarak yıllar içerisinde geliştirilen birinci basamak hizmetlerine yüklenen yeni anlamlarla birlikte aile hekimliği programı geliştirilmiştir. Bireye bütüncül, kapsamlı, sürekli, diğer sağlık basamakları ile koordine bir şekilde hizmet sunan aynı zamanda tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanında koruyucu, önleyici sağlık hizmetlerini de sunarak yaşam kalitesinin artmasını sağlayan aile hekimlerinin, görevlerini profesyonel bir şekilde yerine getirmesi ve hizmet sunumunu kaliteli ve verimli bir şekilde gerçekleştirmesi gerekmektedir. Böylelikle birinci basamak sağlık hizmetleri etkili olarak yerine getirilmiş olunur ve hem toplum açısından hem de sağlık sistemi açısından önemli getiriler elde edilir.

Aile hekimlerinin görevlerini kaliteli ve verimli bir şekilde sunabilmesi örgütsel vatandaşlık davranışlarını benimsemesiyle gerçekleşecektir. Örgütsel vatandaşlık davranışlarını benimseyen aile hekimleri, kendini örgütün bir parçası gibi hisseden, kurumu için fazladan çaba harcayan, düşünen, kurumun gelişmesine katkı sağlayan aile hekimleridir. Örgütün etkinliğini sağlamada oldukça önemli olan örgütsel vatandaşlık davranışları kurumun gelişmesini, kurum için düzenin sağlanmasını ve kurum üretkenliğinin artmasını sağlar. Bu açılarından örgütsel vatandaşlık davranışları oldukça önemlidir. Bu araştırmanın amacı aile hekimlerinin örgütsel vatandaşlık davranışlarını benimseyip benimsemediğini incelemektir.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Grubu**

Bu araştırmanın evrenini Türkiye’de bulunan bütün aile hekimleri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Uşak ilinde bulunan aile hekimleri oluşturmuştur. Uşak ilinde mevcut olan 34 adet aile sağlığı merkezlerinde toplam 107 adet aile hekimi görev yapmaktadır (Tablo 1). Yıllık izin, gezici hizmetler, hastalık gibi nedenlerden dolayı bu ASM’lerde görev yapan 107 aile hekiminin 88’i değerlendirmeye tabi tutulmuştur. 88 aile hekimine ÖVD ölçeği uygulanmıştır.

**Tablo 1. Uşak İli Aile Hekimliği Dağılımı**

	<b>Aile Sağlığı Merkezi</b>	<b>AH sayısı</b>
<b>Merkez</b>	Dikilitaş Hitit Seramik ASM	6
	Karaağaç ASM	5
	Aybey ASM	4
	Köme ASM	1
	Elmalidere Barış Battal ASM	4
	Hasibe Mazhar Gürbüz ASM	5
	Kemalöz ASM	4
	Kurtuluş ASM	6
	Sarayaltı ASM	1
	Cumhuriyet Gülsüm Aydoğan ASM	7
	İbrahim Keycek ASM	2
	Atatürk Baki Kanat ASM	7
	Cumhuriyet Sultan Halil Yiğit ASM	3
	Fatih ASM	3
	Alanyurt ASM	1
	Güre ASM	1
	İlyaslı Kazım Erdoğan ASM	1
	Bölme Hacım Mehmet Başer ASM	1
	Bozkuş ASM	1
	Cezaevi ASM	1
Üniversite ASM	1	
Karakıran ASM	1	
<b>Banaz</b>	1 Nolu ASM	6
	2 Nolu ASM	3
	Büyükoturak ASM	1
	Kızılcasöğüt ASM	1
<b>Eşme</b>	Eşme ASM	6
	Şehit Ali Bey ASM	3
	Yeleşen ASM	1
	Güllü ASM	1
<b>Karahallı</b>	Karahallı ASM	6
<b>Sivaslı</b>	Sivaslı ASM	5
	Selçikler ASM	1
<b>Ulubey</b>	Mustafa Asım Terci ASM	6
<b>Toplam</b>	34 adet ASM	107

### 3.4. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada veri toplama yönetimi olarak anket kullanılmıştır. Anket formu Podsakoff ve MacKenzie (1989) tarafından hazırlanan, Basım ve Şeşen (2006) tarafından Türkçeye çevrilmiş olan ve Türkiye’de birçok araştırmada kullanılan Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeğinden faydalanarak geliştirilmiştir (Moorman vd., 1993: 214; Basım ve Şeşen, 2006; İşbaşı, 2000; Çelik, 2007). Anket formunun ilk bölümünde sorular kapalı uçlu, ikinci bölümündeki sorular ise 5’li Likert ölçeğine göre (Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum) oluşturulmuştur. Anket formu iki bölümden oluşmakta ve toplamda 38 adet soru bulunmaktadır. Anketin ikinci bölümünde ki ÖVD ölçeğinde yer alan 1, 2, 6, 9, 11, 12, 13 numaralı sorular ÖVD boyutu olan centilmenlik davranışının ölçülmesinde kullanılmıştır. 3, 5, 14, 18, 22, 28 numaralı sorular sivil erdem davranışının ölçülmesinde; 4, 8, 10, 16, 20, 24, 27 numaralı sorular vicdanlılık davranışının ölçülmesinde; 7, 15, 19, 26 numaralı sorular nezaket davranışının ölçülmesinde; 17, 21, 23, 25 numaralı sorular ise diğergamlık davranışının ölçülmesinde kullanılmıştır.

Anket ölçeği ön uygulamaya tabi tutularak sorular geliştirilmiştir. Ön uygulama anketin geçerlik ve güvenliğinin gözleme dayalı verilerle sorgulama aşamasıdır. Anketin taslak halindeki problemlerini belirlemede kritik bir öneme sahip olan ve araştırmanın hedef kitlesine benzer özelliklere sahip olan bir grup üzerinde yapılacak ön çalışma, anketin uygulanması sonucunda geçerli ve güvenilir sonuçlar elde edebilmek açısından oldukça önemli bir aşamadır (Büyüköztürk, 2005: 142). 10 aile hekimine ön uygulama yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

Araştırmada kullanılan ÖVD anketindeki olumsuz nitelikteki 3 sorunun (6. soru: “İşimi yapabilmem için gerekli olanaklara sahip olamamaktan dolayı şikayet ettiğim olur”, 9. soru: “Olaylara olumlu bakmam”, 24. soru: “İşlerimi zamanında tamamlayamam”) skorları ters dönüşüme tabi tutularak hesaplanmıştır.

Örgütsel vatandaşlık davranışı anketinde yer alan boyutların toplandığı toplam 5 faktör içinde yer alan sorulara verilen yanıt değerleri toplamı her bir birey ve faktör için bir skor hesaplaması şeklinde elde edilmiştir. Elde edilen veriler nicel analiz yöntemi ile analiz edilmiştir. Bu çalışmada istatistiksel işlemlerin ve testlerin yapılmasında Statistical Package for Social Science (SPSS) 17 paket programı kullanılmıştır.

ÖVD ölçeğinin alfa güvenilirlik katsayısı (cronbach alpha): 0.902 olarak bulunmuştur. Bu katsayı değeri ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (Tablo 2).

**Tablo 2. ÖVD Ölçeği Güvenilirlik Testi**

<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>Madde Sayısı</b>
,902	28

Toplanan veriler, incelenen değişkenlere göre analiz edilmiş ve bu analizlerde "t testi", "tek yönlü varyans analizi (ANOVA)" ve varyans analizinin anlamlı çıkması durumunda, farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için "tukey testi" kullanılmıştır.

### **3.5. Araştırmanın Hipotezleri**

Bu araştırmada aile hekimlerinin örgütsel vatandaşlık davranışları incelenecektir. Aile hekimlerinin uygulamaları esnasında sergiledikleri örgütsel vatandaşlık davranışlarını incelemek için aşağıda ki hipotezler geliştirilmiştir;

H<sub>1</sub>: Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin demografik özelliklerine göre farklılaşmaktadır.

a) Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin cinsiyetlerine göre farklılaşmaktadır.

- b) Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin medeni durumlarına göre farklılaşmaktadır.
- c) Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin yaş gruplarına göre farklılaşmaktadır.

H<sub>2</sub>: Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır.

- a) Centilmenlik boyutu aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır.
- b) Sivil Erdem boyutu aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır.
- c) Vicdanlılık boyutu aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır.
- d) Nezaket boyutu aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır.
- e) Diğergamlık boyutu aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır.

H<sub>3</sub>: Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır.

- a) Centilmenlik boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır.
- b) Sivil Erdem boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır.
- c) Vicdanlılık boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır.
- d) Nezaket boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır.

e) Diğergamlık boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır.

H4: Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saati gruplarına göre farklılaşmaktadır.

a) Centilmenlik boyutu aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerine göre farklılaşmaktadır.

b) Sivil Erdem boyutu aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerine göre farklılaşmaktadır.

c) Vicdanlılık boyutu aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerine göre farklılaşmaktadır.

d) Nezaket boyutu aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerine göre farklılaşmaktadır.

e) Diğergamlık boyutu aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerine göre farklılaşmaktadır.

### **3.6. Araştırmanın Bulguları ve Yorumları**

Araştırmanın bulguları üç alt başlık halinde sunulmuştur. Birinci başlıkta demografik bulgular ve ÖVD boyutları bulgularının değerlendirildiği betimsel bulgulara yer verilecektir. İkinci başlık araştırmanın hipotezlerine ait bulgulara yer verilen istatistiki bulgulardan oluşmaktadır. Üçüncü başlıkta ise araştırmanın sonuçları ve hipotezlerin değerlendirilmesi yapılacaktır.

#### **3.6.1. Betimsel Bulgular**

Betimsel bulgular aile hekimlerine ait demografik bulguları ve aile hekimlerinin sergilediği ÖVD boyutları bulgularını kapsamaktadır.

### 3.6.1.1. Demografik Bulgular

Örgütsel Vatandaşlık anketi uygulanırken aile hekimlerine ait demografik değişkenlerde tespit edilmiştir. Bunlar; ÖVD değerlendirmesi yapılan aile hekimlerinin cinsiyeti, yaşları, medeni durumları, eğitim seviyeleri, mesleki tecrübeleri (toplam ve aile hekimi olarak çalışma süreleri, sorumlu oldukları hasta sayısı, günlük baktıkları hasta sayısı ve gezici hizmet saatleri gibi) ve gelir durumlarıdır.

Uygulanan ankete baktığımızda, Cinsiyete İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı Tablosunda ankete, 23'ü kadın (%26,1) ve 65'i erkek (%73,9) olmak üzere toplam 88 kişi katılmıştır (Tablo 3).

**Tablo 3. Cinsiyete İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı**

Cinsiyet	Frekans	Yüzde(%)	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
<b>Kadın</b>	23	26,1	26,1	26,1
<b>Erkek</b>	65	73,9	73,9	100,0
<b>Toplam</b>	88	100,0	100,0	

Medeni Duruma İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı Tablosunda ankete katılanlar arasında 83 kişinin (%93,3) evli, 5 kişinin ise (%5,7) bekar olduğu görülmektedir (Tablo 4).

**Tablo 4. Medeni Duruma İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı**

Medeni durum	Frekans	Yüzde(%)	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
<b>Evli</b>	83	94,3	94,3	94,3
<b>Bekar</b>	5	5,7	5,7	100,0
<b>Toplam</b>	88	100,0	100,0	

Yaşa İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı Tablosunda ankete cevap veren aile hekimlerinin 31-35 yaş arası 4 kişi (%4,5), 36-40 yaş arası 23 kişi (%26,1), 41-45 yaş arası 32 kişi (%36,4), 46-50 yaş arası 24 kişi (%27,3) ve 50 yaş ve üzeri 5 kişi (%5,7) olduğu görülmektedir (Tablo 5).

**Tablo 5. Yaşa İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı**

Yaş	Frekans	Yüzde(%)	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
<b>31-35</b>	4	4,5	4,5	4,5
<b>36-40</b>	23	26,1	26,1	30,7
<b>41-45</b>	32	36,4	36,4	67,0
<b>46-50</b>	24	27,3	27,3	94,3
<b>50 üzeri</b>	5	5,7	5,7	100,0
<b>Toplam</b>	88	100,0	100,0	

Uzmanlık Durumuna İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı Tablosuna göre ankete katılan aile hekimlerinden 81 kişi (%91) tıpta uzmanlık eğitimi almamıştır, 7 kişi (%8) tıpta uzmanlık eğitimi almışlardır (Tablo 6).

**Tablo 6. Uzmanlık Durumuna İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı**

Tıpta uzmanlık eğitimi	Frekans	Yüzde(%)	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
<b>Evet</b>	7	8,0	8,0	8,0
<b>Hayir</b>	81	92,0	92,0	100,0
<b>Toplam</b>	88	100,0	100,0	

Aile hekimlerinin Toplam Çalışma Süresine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı Tablosunda ankete katılanların, 1-5 yıl arasında 1 kişi (%1,1), 6-10 yıl arasında 11 kişi (%12,5), 11-15 yıl arasında 13 kişi (%14,8), 16-20 yıl



arasında 30 kişi (%34,1), 21 yıl ve üzeri çalışma yılı olanlar ise 33 kişi (%37,5) olduğu görülmektedir (Tablo 7).

**Tablo 7. Toplam Çalışma Süresine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı**

<b>Toplam Çalışma Süresi</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde(%)</b>	<b>Geçerli Yüzde</b>	<b>Kümülatif Yüzde</b>
<b>1-5 yıl</b>	1	1,1	1,1	1,1
<b>6-10 yıl</b>	11	12,5	12,5	13,6
<b>11-15 yıl</b>	13	14,8	14,8	28,4
<b>16-20 yıl</b>	30	34,1	34,1	62,5
<b>21yıl ve üzeri</b>	33	37,5	37,5	100,0
<b>Toplam</b>	88	100,0	100,0	

Aile Hekimi Olarak Çalışma Süresine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı Tablosunda ankete katılan aile hekimlerinin verdiği cevaplara göre, 1 yıl 7 kişi (%8), 2 yıl 14 kişi (%15,9), 3 yıl 62 kişi (%70,5), 4 yıl 5 kişi (%5,7) olduğu gözlemlenmektedir (Tablo 8).

**Tablo 8. Aile Hekimi Olarak Çalışma Süresine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı**

<b>Aile Hekimi Olarak Çalışma Süresi</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde(%)</b>	<b>Geçerli Yüzde</b>	<b>Kümülatif Yüzde</b>
<b>1 yıl</b>	7	8,0	8,0	8,0
<b>2 yıl</b>	14	15,9	15,9	23,9
<b>3 yıl</b>	62	70,5	70,5	94,3
<b>4 yıl</b>	5	5,7	5,7	100,0
<b>Toplam</b>	88	100,0	100,0	

Aylık Gelire İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı Tablosunda ankete katılanların aylık gelirleri, 3500-4499 arası 8 kişi (%9,1), 4500-5499 arası 17 kişi (%19,3), 5500-6499 arası 45 kişi (%51,1), 6500-6499 arası 15 kişi (%17,0) ve 7500 ve üzeri ise 3 kişi (%3,4) olarak görülmektedir (Tablo 9).

**Tablo 9. Aylık Gelire İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı**

<b>Aylık Gelir Dağılımı</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde(%)</b>	<b>Geçerli Yüzde</b>	<b>Kümülatif Yüzde</b>
<b>3500-4499</b>	8	9,1	9,1	9,1
<b>4500-5499</b>	17	19,3	19,3	28,4
<b>5500- 6499</b>	45	51,1	51,1	79,5
<b>6500-7499</b>	15	17,0	17,0	96,6
<b>7500 ve üzeri</b>	3	3,4	3,4	100,0
<b>Toplam</b>	88	100,0	100,0	

Aile hekimlerinin Sorumlu Olunan Hasta Sayısına İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı Tablosunda ankete katılanların sorumlu oldukları hasta sayısı, 1000-1999 arası 2 kişi (%2,3), 2000-2999 8 kişi (%9,1), 3000-3999 61 kişi (%69,3), 4000 ve üzeri 17 kişi (%19,3) olarak görülmektedir (Tablo 10).

**Tablo 10. Sorumlu Olunan Hasta Sayısına İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı**

<b>Sorumlu Olunan Hasta Sayısı</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde(%)</b>	<b>Geçerli Yüzde</b>	<b>Kümülatif Yüzde</b>
<b>1000-1999</b>	2	2,3	2,3	2,3
<b>2000-2999</b>	8	9,1	9,1	11,4
<b>3000-3999</b>	61	69,3	69,3	80,7
<b>4000 ve üzeri</b>	17	19,3	19,3	100,0
<b>Toplam</b>	88	100,0	100,0	

Aile hekimlerinin Günlük Bakılan Hasta Sayısına İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı Tablosuna göre, 20 ve altı kişi günlük hasta bakan 1 hekim (%1,1), 21-40 kişi bakan 18 hekim (%20,5), 41-60 kişi bakan 36 hekim(%40,9), 61-80 kişi bakan 25 hekim (%28,4), 80 ve üzeri kişi bakan 8 hekim(%9,1) vardır (Tablo 11).

**Tablo 11. Günlük Bakılan Hasta Sayısına İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı**

Günlük Hasta Sayısı	Frekans	Yüzde(%)	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
<b>20 ve altı</b>	1	1,1	1,1	1,1
<b>21-40</b>	18	20,5	20,5	21,6
<b>41-60</b>	36	40,9	40,9	62,5
<b>61-80</b>	25	28,4	28,4	90,9
<b>80 ve üzeri</b>	8	9,1	9,1	100,0
<b>Toplam</b>	88	100,0	100,0	

Gezici Hizmet Saatlerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı Tablosuna göre ankete katılanların gezici hizmet saatinin, hiç olmadığı 34 kişi (%38,6), 20 ve altı 16 kişi (%18,2), 21-40 arası 12 kişi (%13,6), 41-60 arası 16 kişi (%18,2), 61-80 arası 10 kişi (%11,4) olduğu gözlemlenmektedir (Tablo 12).

**Tablo 12. Gezici Hizmet Saatlerine İlişkin Frekans ve Yüzde Dağılımı**

Gezici Hizmet Saatleri	Frekans	Yüzde(%)	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
<b>Hiç yok</b>	34	38,6	38,6	38,6
<b>20 ve altı</b>	16	18,2	18,2	56,8
<b>21-40</b>	12	13,6	13,6	70,5
<b>41-60</b>	16	18,2	18,2	88,6
<b>61-80</b>	10	11,4	11,4	100,0
<b>Toplam</b>	88	100,0	100,0	

### 3.6.1.2. ÖVD Boyutları Bulguları

Bu bölümde ÖVD boyutlarının genel tanımlayıcı değerlerini ortaya koyabilmek için tablolar oluşturulmuştur. Bu oluşturulan tablolara göre, aile hekimi sayısı (N), aritmetik ortalamaları (X), standart sapmaları (SS.) ve minimum ve maximum değerleri incelenmiştir. Bu başlık altında ÖVD boyutları tek tek başlıklar halinde ele alınacaktır.

#### 3.6.1.2.1. Diğergamlık Boyutu

Ankette yer alan diğergamlık boyutu sorularını incelediğimizde aile hekimleri genel olarak ortalamanın üzerinde diğergam davranış sergilemişlerdir. Diğergamlık boyutunun en yüksek ortalamaya sahip olan sorusu 17. sorudur. En düşük ortalamaya sahip olan soru ise 26. sorudur (Tablo 13). Bu ortalamaları değerlendirdiğimizde 17. soru olan "iş arkadaşlarım izne ayrıldıklarında onların yerini alacak şekilde kendi iş programımı düzenlerim" ifadesi aile hekimlerinin mevcut çalışma koşulları arasında yapmak durumunda oldukları bir düzenlemedir. Yani aile hekimleri izinlerini diğer aile hekimleri ile birlikte bir diğeri izne ayrıldığında onun yerini alacak şekilde düzenlerler. Bu açıdan bu soruya verilen cevapların ortalamasının yüksek seyretmesi olağandır.

**Tablo 13. Diğergamlık Boyutuna İlişkin Genel Tanımlayıcı Değerler**

<b>Diğergamlık Boyutuna İlişkin İfadeler</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>SS.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
İş arkadaşlarım izne ayrıldıklarında onların yerini alacak şekilde kendi iş programımı düzenlerim.	88	4,21	0,669	2	5
Kurumuma yeni katılan personelin işine intibakı konusunda yardımcı olurum.	88	4,18	0,720	2	5
Herhangi bir sebeple işinin başında olmayan arkadaşlarımın görevlerini gönüllü olarak yaparım.	88	3,31	1,209	1	5
Hiçbir karşılık gözetmeden işlerini yetiştiremeyen arkadaşlarıma yardım ederim.	88	3,26	1,119	2	5
Genel Ortalama	88	3,74	0,756	1,75	5

### 3.6.1.2.2. Vicdanlılık Boyutu

Ankette yer alan vicdanlılık boyutu sorularını incelediğimizde aile hekimleri genel olarak ortalamanın üzerinde olumlu bir vicdanlılık davranışı sergilemişlerdir. Vicdanlılık boyutunun en yüksek ortalamaya sahip olan sorusu 16. sorudur. En düşük ortalamaya sahip olan soru ise 20. sorudur (Tablo 14). Bu ortalamaları değerlendirecek olursak en yüksek ortalamaya sahip olan 16. soruya yani "Çay, kahve ve yemek aralarını uzatmam" sorusuna verilen cevapların yüksek olmasının sebebi aile hekimleri ile birebir görüşmelerde ifade ettikleri bilgiye göre kendilerinin çay, kahve molalarının olmamasıdır.

**Tablo 14. Vicdanlılık Boyutuna İlişkin Genel Tanımlayıcı Değerler**

<b>Vicdanlılık Boyutuna İlişkin İfadeler</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>SS.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Yaptığım işlere başkalarının kontrolüne gerek duyulmayacak ölçüde özen gösteririm.	88	4,22	0,601	2	5
İşe zamanında gelirim.	88	4,32	1,011	1	5
Görevlerimi hatasız yaparım.	88	3,61	1,022	1	5
Çay, kahve ve yemek aralarını uzatmam.	88	4,38	,490	4	5
İşe gelmemek konusunda geçerli sebeplerim olduğu günlerde bile devamsızlık yapmam.	88	3,54	1,268	1	5
İşlerimi zamanında tamamlarım.	88	4,17	0,791	2	5
Bilgi ve becerilerimi sürekli olarak güncel tutmaya çalışırım.	88	3,89	0,910	2	5
Genel ortalama	88	4,01	0,575	1,85	5

### 3.6.1.2.3. Centilmenlik Boyutu

Ankette yer alan centilmenlik boyutu sorularını incelediğimizde aile hekimleri genel olarak orta düzeyde bir centilmenlik davranışı sergilemişlerdir. Centilmenlik boyutunun en yüksek ortalamaya sahip olan sorusu 13. sorudur. En düşük ortalamaya sahip olan soru ise 6. sorudur (Tablo 15). Ankete katılan aile hekimleri genellikle iş arkadaşları ile iletişim konusunda olumlu bir davranış sergilerken, elindeki mevcut olanaklardan ve Türkiye’de ki aile hekimliği sisteminin yoğunluğundan dolayı rahatsız durumda olduklarını ifade etmişlerdir. Centilmenlik boyutu sorularına verilen cevapların ortalamaları ÖVD boyutlarına verilen cevaplar arasında en düşük olanıdır. Yani aile hekimleri örgütsel vatandaşlık davranışları arasında en az düzeyde centilmenlik davranışına sahiptirler.

**Tablo 15. Centilmenlik Boyutuna İlişkin Genel Tanımlayıcı Değerler**

<b>Centilmenlik Boyutuna İlişkin İfadeler</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>SS.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max</b> <b>.</b>
Yorucu bir iş yaparken veya özel bir sorunum varken dahi iş arkadaşlarıma ve hastalarım için ilgi ve nezaket gösteririm.	88	3,18	1,309	1	5
Genellikle işlerim ile ilgili problemlerden yakınmam.	88	3,39	1,120	2	5
İşimi yapabilmem için gerekli olanaklara sahip olamamaktan dolayı şikayet ettiğim olur.	88	2,20	1,214	1	5
Olaylara olumlu bakarım.	88	3,71	1,103	1	5
Kurum hakkında yapılan eleştirilerde kurumumu savunurum.	88	2,84	1,183	1	5
Kurumumu dışarıda gururla temsil ederim.	88	3,13	1,298	1	5
Birlikte yapılan işleri nasıl geliştirebileceğime ilişkin önerilerini almak için iş arkadaşlarımla sürekli iletişim kurarım.	88	3,77	1,182	2	5
Genel ortalama	88	3,17	0,833	1,28	5

#### 3.6.1.2.4. Nezaket Boyutu

Ankette yer alan nezaket boyutu sorularını değerlendirdiğimizde ankete katılan aile hekimleri yüksek düzeyde bir nezaket davranışı sergilemişlerdir. Aile hekimlerinin cevaplarına göre, ÖVD boyutları arasında en yüksek ortalamayı alan bu boyuttur (Tablo 16).

**Tablo 16. Nezaket Boyutuna İlişkin Genel Tanımlayıcı Değerler**

<b>Nezaket Boyutuna İlişkin İfadeler</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>SS.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
İşim ile ilgili önemli bir adım atmadan önce ilgili kişileri mutlaka bilgilendiririm.	88	3,84	1,182	1	5
Herhangi bir karar alırken bu karardan etkileneceği düşünülen herkesin fikrini alırım ve danışırım.	88	3,96	0,877	1	5
İş arkadaşlarımla haklarını yemem.	88	4,67	0,473	4	5
Hastalara sağlık durumları ile ilgili gerekli bilgilendirmeyi ayrıntılı olarak yaparım.	88	4,20	0,761	2	5
Genel Ortalama	88	4,16	0,539	2	5

#### 3.6.1.2.4. Sivil Erdem Boyutu

Ankette yer alan sivil erdem boyutu sorularını değerlendirecek olursak, ankete katılan aile hekimleri pozitif bir sivil erdem davranışı göstermişlerdir. Sivil erdem boyutunun en düşük ortalamaya sahip sorusu olan "Kurumdaki değişimleri izler ve diğerlerinin değişimi kabul etmesinde aktif rol oynarım" sorusudur (Tablo 17).

**Tablo 17. Sivil Erdem Boyutuna İlişkin Genel Tanımlayıcı Değerler**

<b>Sivil Erdem Boyutuna İlişkin İfadeler</b>	<b>N</b>	<b>X</b>	<b>SS.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Ciddi sonuçlar doğurabilecek konularda diğerleri benimle aynı düşüncede olmasa bile fikirlerimi dürüstçe ifade ederim.	88	4.11	.850	2	5
İş arkadaşlarımı işlerini yaparken yeni ve daha etkin yöntemler denemeleri konusunda cesaretlendiririm.	88	3.72	1.210	1	5
Fikirlerini beyan etme konusunda çekingen davranan arkadaşlarımı konuşmaları için cesaretlendiririm.	88	3.54	1.144	2	5
Kurumdaki değişimleri izler ve diğerlerinin değişimi kabul etmesinde aktif rol oynarım.	88	3.18	1.015	2	5
Görevim ile ilgili toplantılarda düzenli olarak yer alır ve tartışmalara aktif olarak katılırım.	88	4.09	.672	2	5
Kurumda alınan kararlarda etkin olduğumu düşünüyorum.	88	4.20	.761	2	5
Genel Ortalama	88	3.80	.615	1.8	5

### **3.6.2. İstatistikî Bulgular**

Bu bölümde cinsiyete, medeni duruma, yaş gruplarına, toplam çalışma süresine, sorumlu olunan hasta sayısına, aylık gezici hizmet saatlerine ilişkin uygulanan t testi veya tek yönlü varyans analizi sonuçlarıyla ilgili tablolar verilmiştir.

#### **3.6.2.1. Cinsiyete İlişkin Bulgular**

Çalışmada, örgütsel vatandaşlık davranışı boyutlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek için, bağımsız iki örnek t testi (independent samples t test) kullanılmıştır.



T testi sonuçlarına göre ÖVD boyutlarından vicdanlılık boyutunda kadın ve erkek aile hekimleri arasında %10 güven düzeyinde farklılık bulunmaktadır (t: 1,887, p: 0,63). Vicdanlılık davranışında kadın aile hekimleri erkek aile hekimlerine göre daha yüksek ortalamaya sahiptir (kadın ort.: 23,3, erkek ort.: 21,8). ÖVD boyutlarından nezaket boyutunda kadın ve erkek aile hekimleri arasında %10 güven düzeyinde farklılık bulunmaktadır (t: 1,742, p: 0,85). Nezaketlilik davranışında kadın aile hekimleri erkek aile hekimlerine oranla yüksek ortalamaya sahiptir (kadın: 29,2, erkek: 27,4). ÖVD boyutlarından diğergamlık boyutunda kadın ve erkek aile hekimleri arasında %10 güven düzeyinde farklılık bulunmaktadır (t: 1,747, p: 0,84). Diğergamlık davranışında kadın aile hekimleri erkek aile hekimlerine göre daha yüksek ortalamaya sahiptir (kadın: 15,9, erkek: 14,6). Genel olarak değerlendirdiğimizde ise %10 güven düzeyinde kadın ve erkek aile hekimleri arasında farklılık bulunmaktadır (t: 0,789, p: 0,77). Örgütsel vatandaşlık davranışları arasında olan centilmenlik ve sivil erdem boyutu aile hekimlerinin cinsiyetlerine göre farklılaşmamaktadır (sırasıyla t: 1,093, p: 0,278; t: 0,889, p: 0,371). Genel olarak kadın aile hekimleri erkek aile hekimlerine göre daha olumlu bir ÖVD sergilemişlerdir (kadın: 109,5, erkek: 103,1) (Tablo 18).

**Tablo 18. ÖVD Boyutlarının Cinsiyete Göre Farklılaşması**

Grup İstatistikleri					t	Anlamlılık Düzeyi (p)
	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma		
<b>Centilmenlik Boyutu</b>	Kadın	23	23,3	5,606	1,093	,278
	Erkek	65	21,8	5,903		
<b>Sivil Erdem Boyutu</b>	Kadın	23	23,6	3,821	,899	,371
	Erkek	65	22,8	3,649		
<b>Vicdanlılık Boyutu</b>	Kadın	23	29,2	3,370	1,887	,063
	Erkek	65	27,4	4,156		
<b>Nezaket Boyutu</b>	Kadın	23	17,3	2,186	1,742	,085
	Erkek	65	16,4	2,114		
<b>Diğergamlık Boyutu</b>	Kadın	23	15,9	3,189	1,747	,084
	Erkek	65	14,6	2,917		
<b>Genel ÖVD</b>	Kadın	23	109,5	14,838	1,789	,077
	Erkek	65	103,1	14,516		

### 3.6.2.2. Medeni Duruma İlişkin Bulgular

Çalışmada, ÖVD boyutlarının medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek için, bağımsız iki örnek t testi (independent samples t test) kullanılmıştır. ÖVD boyutları olan centilmenlik, sivil erdem, vicdanlılık, nezaket ve diğergam boyutları aile hekimlerinin medeni durumlarına göre farklılaşmamaktadır. Bu sonucun örneklem yapısından (evli sayısı: 83, bekar sayısı: 5) kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 19).

**Tablo 19. ÖVD Boyutlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşması**

Grup İstatistikleri					t	Anlamlılık Düzeyi (p)
	Medeni Durum	N	Ortalama	Standart Sapma		
<b>Centilmenlik Boyutu</b>	Evli	83	22,2	5,903	-,294	,769
	Bekar	5	23,0	5,049		
<b>Sivil Erdem Boyutu</b>	Evli	83	23,0	3,496	,035	,972
	Bekar	5	23,0	6,745		
<b>Vicdanlılık Boyutu</b>	Evli	83	27,8	4,012	-,527	,600
	Bekar	5	28,8	4,658		
<b>Nezaket Boyutu</b>	Evli	83	16,6	2,030	-,125	,901
	Bekar	5	16,8	4,086		
<b>Diğergamlık Boyutu</b>	Evli	83	14,8	3,056	-1,084	,281
	Bekar	5	16,4	2,190		
<b>Genel ÖVD</b>	Evli	83	104,6	14,514	-,490	,625
	Bekar	5	108,0	20,518		

### 3.6.2.3. Yaş Gruplarına İlişkin Bulgular

Örgütsel vatandaşlık davranışı boyutlarının yaş gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek için anova testi kullanılmıştır. Yaş gruplarına göre yapılan anova testi bulgularına göre centilmenlik davranışında yaş grupları arasında farklılık saptanmıştır (F: 8,173, p: 0,001). Yaş ilerledikçe centilmenlik davranışının olumlu derecede arttığı tespit edilmiştir (36-40 yaş: 18,7, 41-45 yaş: 23,4, 46-50 yaş: 24,1). Yaş grupları ile sivil erdem boyutu arasında farklılık saptanmıştır (F: 8,561, p: 0,000). Yine yaş arttıkça aile hekimlerinin sivil erdem davranışları olumlu yönde artış göstermiştir (36-40 yaş: 20,8, 41-45 yaş: 23,8, 46-50 yaş: 24,2). Yaş grupları ile diğergamlık boyutu arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F: 3,320, p: 0,041). Bu boyutta da yaş arttıkça genel olarak diğergam davranışların sergilenmesi artmıştır (36-40 yaş: 13,9, 41-45 yaş: 15,9, 46-50 yaş: 14,8). Örgütsel vatandaşlık davranışları arasında olan

vicdanlılık ve nezaket boyutu aile hekimlerinin yaş gruplarına göre farklılaşmamaktadır (sırasıyla F: 1,788, p: 0,174; t: 0,357, p: 0,701). Genel tabloya baktığımızda aile hekimlerinin yaşlarının artması ile ÖVD'ları genel olarak artış göstermiştir (F: 5,257, p: 0,007) (Tablo 20).

**Tablo 20. ÖVD Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Farklılaşması**

	Yaş Grupları	N	Ortalama	Standart Sapma	F	Anlamlılık Düzeyi (p)
<b>Centilmenlik Boyutu</b>	36-40	27	18,7	5,116	8,173	,001
	41-45	32	23,4	6,430		
	46-50	29	24,1	4,318		
	Toplam	88	22,2	5,835		
<b>Sivil Erdem Boyutu</b>	36-40	27	20,8	3,282	8,561	,000
	41-45	32	23,8	4,025		
	46-50	29	24,2	2,697		
	Toplam	88	23,0	3,690		
<b>Vicdanlılık Boyutu</b>	36-40	27	27,3	3,025	1,788	,174
	41-45	32	28,9	3,689		
	46-50	29	27,2	4,981		
	Toplam	88	27,8	4,028		
<b>Nezaket Boyutu</b>	36-40	27	16,7	1,745	,357	,701
	41-45	32	16,8	2,239		
	46-50	29	16,4	2,442		
	Toplam	88	16,6	2,157		
<b>Diğergamlık Boyutu</b>	36-40	27	13,9	2,328	3,320	,041
	41-45	32	15,9	3,151		
	46-50	29	14,8	3,215		
	Toplam	88	14,9	3,024		
<b>Genel ÖVD</b>	36-40	27	97,6	12,026	5,257	,007

### **3.6.2.4. Toplam Çalışma Süresine İlişkin Bulgular**

Örgütsel vatandaşlık davranışı boyutlarının toplam çalışma süresi gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek için anova testi kullanılmıştır. Anova testi bulgularına göre centilmenlik davranışında toplam çalışma süresi grupları arasında farklılık saptanmıştır (F: 7,625, p: 0,000). Bulgulara göre çalışma süresi arttıkça centilmenlik davranışına olan eğilimin arttığı saptanmıştır (6-10 yıl: 16,1, 11-15yıl: 20,6, 16-20 yıl: 23,1, 21 yıl ve üzeri: 24,2). Toplam çalışma süresi ile sivil erdem boyutu arasında farklılaşma tespit edilmiştir (F: 7,302, p: 0,000). Çalışma süresinin artmasıyla birlikte sivil erdem boyutuna eğilimin arttığı saptanmıştır (6-10 yıl: 19,3, 11-15yıl: 22,0, 16-20 yıl: 23,5, 21 yıl ve üzeri: 24,3). Diğergamlık davranışında toplam çalışma süresi grupları arasında farklılık tespit edilmiştir (F: 3,408, p: 0,21). Bulgulara göre çalışma süresinin artması ile birlikte diğergamlık davranışının sergilenmesi de olumlu düzeyde artmıştır (6-10 yıl: 12,7, 11-15yıl: 14,6, 16-20 yıl: 15,9, 21 yıl ve üzeri: 15,0). Örgütsel vatandaşlık davranışları arasında olan vicdanlılık ve nezaket boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süresi gruplarına göre farklılaşmamaktadır (sırasıyla F: 1,294, p: 0,282; F: 0,457, p: 0,713). Genel ortalamayı değerlendirdiğimizde aile hekimlerinin çalışma sürelerinin artması ile birlikte örgütsel vatandaşlık davranışlarına olan eğilim artmaktadır (6-10 yıl: 90,9, 11-15yıl: 102,9, 16-20 yıl: 107,9, 21 yıl ve üzeri: 107,8) (Tablo 21).

**Tablo 21. ÖVD Boyutlarının Toplam Çalışma Süresi Gruplarına Göre Farklılaşması**

	<b>Çalışma Süresi</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>F</b>	<b>Anlamlılık Düzeyi (p)</b>
<b>Centilmenlik Boyutu</b>	6-10 yıl	12	16,1	3,537	7,625	,000
	11-15 yıl	13	20,6	6,459		
	16-20 yıl	30	23,1	5,992		
	21 yıl ve üzeri	33	24,2	4,501		
	Toplam	88	22,2	5,835		
<b>Sivil Erdem Boyutu</b>	6-10 yıl	12	19,3	2,146	7,302	,000
	11-15 yıl	13	22,0	4,564		
	16-20 yıl	30	23,5	3,578		
	21 yıl ve üzeri	33	24,3	2,892		
	Toplam	88	23,0	3,690		
<b>Vicdanlılık Boyutu</b>	6-10 yıl	12	26,0	1,651	1,294	,282
	11-15 yıl	13	28,9	3,946		
	16-20 yıl	30	28,3	3,752		
	21 yıl ve üzeri	33	27,7	4,756		
	Toplam	88	27,8	4,028		
<b>Nezaket Boyutu</b>	6-10 yıl	12	16,6	,651	,457	,713
	11-15 yıl	13	16,6	2,433		
	16-20 yıl	30	17,0	1,771		
	21 yıl ve üzeri	33	16,3	2,691		
	Toplam	88	16,6	2,157		
<b>Diğergamlık Boyutu</b>	6-10 yıl	12	12,7	1,764	3,408	,021
	11-15 yıl	13	14,6	2,393		
	16-20 yıl	30	15,9	3,220		
	21 yıl ve üzeri	33	15,0	3,091		
	Toplam	88	14,9	3,024		
<b>Genel ÖVD</b>	6-10 yıl	12	90,9	7,786	5,163	,003
	11-15 yıl	13	102,9	16,362		
	16-20 yıl	30	107,9	15,192		
	21 yıl ve üzeri	33	107,8	13,084		
	Toplam	88	104,8	14,782		

### **3.6.2.5. Sorumlu Olunan Hasta Sayısına İlişkin Bulgular**

Örgütsel vatandaşlık davranışı boyutlarının aile hekimlerinin sorumlu oldukları hasta sayısı gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek için anova testi kullanılmıştır. Anova testi bulgularına göre diğergamlık boyutunda sorumlu olunan hasta sayısı grupları arasında farklılık saptanmıştır (F: 4,171, p: 0,018). Bulgulara göre aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı arttıkça diğergamlık davranışına olan eğilimin azaldığı saptanmıştır. En çok diğergamlık davranışı sergileyen aile hekimleri 2000-2999 hastaya sahip olan aile hekimleridir. (2000-2999: 15,9, 3000-3999: 15,3, 4000 ve üzeri: 13,1). Centilmenlik boyutu, sivil erdem boyutu, vicdanlılık boyutu ve nezaket boyutları aile hekimlerinin sorumlu oldukları hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmamaktadır. Genel olarak ÖVD'yi değerlendirdiğimizde sorumlu olunan hasta sayısı ile %10 güven düzeyinde farklılaşma tespit edilmiştir (F: 2,927, p: 0,058). Yine sorumlu olunan hasta sayısı arttıkça ÖVD boyutlarının genel olarak sergilenmesi eğilimi azalmaktadır (2000-2999: 17,4, 3000-3999: 106,5 4000 ve üzeri: 97,2) (Tablo 22).

**Tablo 22. ÖVD Boyutlarının Sorumlu Olunan Hasta Sayısı Gruplarına Göre Farklılaşması**

	Hasta Sayısı	N	Ort.	Standart Sapma	F	Anlamlılık Düzeyi (p)
<b>Centilmenlik Boyutu</b>	2000-2999	10	23,3	6,129	1,897	0,156
	3000-3999	61	22,7	5,734		
	4000 ve üzeri	17	19,8	5,725		
	Toplam	88	22,2	5,835		
<b>Sivil Erdem Boyutu</b>	2000-2999	10	23,0	2,160	1,770	0,176
	3000-3999	61	23,4	3,658		
	4000 ve üzeri	17	21,5	4,272		
	Toplam	88	23,0	3,690		
<b>Vicdanlılık Boyutu</b>	2000-2999	10	29,1	2,131	1,802	0,171
	3000-3999	61	28,0	4,217		
	4000 ve üzeri	17	26,3	3,920		
	Toplam	88	27,8	4,028		
<b>Nezaket Boyutu</b>	2000-2999	10	16,1	1,100	0,907	0,407
	3000-3999	61	16,8	2,191		
	4000 ve üzeri	17	16,2	2,468		
	Toplam	88	16,6	2,157		
<b>Diğergamlık Boyutu</b>	2000-2999	10	15,9	2,183	4,171	0,018
	3000-3999	61	15,3	3,058		
	4000 ve üzeri	17	13,1	2,743		
	Toplam	88	14,9	3,024		
<b>Genel ÖVD</b>	2000-2999	10	107,4	11,007	2,927	0,058
	3000-3999	61	106,5	14,990		
	4000 ve üzeri	17	97,2	14,170		
	Toplam	88	104,8	14,782		



### 3.6.2.6. Aylık Gezici Hizmet Saatlerine İlişkin Bulgular

Örgütsel vatandaşlık davranışı boyutlarının aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saati gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek için anova testi kullanılmıştır. Anova testi bulgularına göre centilmenlik boyutunda aylık gezici hizmet saati grupları arasında farklılık saptanmıştır (F: 5,526, p: 0,001). Bulgulara göre aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatleri arttıkça centilmenlik davranışına olan eğilimin azaldığı saptanmıştır. En fazla centilmenlik davranışı sergileyen aile hekimleri gezici hizmet saati hiç olmayan hekimleridir (hiç yok: 24,2; 20 ve altı: 22,6; 21-40: 23,7; 41-60: 20,4; 61-80: 15,9). Sivil erdem boyutunda aylık gezici hizmet saati grupları arasında farklılık saptanmıştır (F: 3,843, p: 0,006). Aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerinin artması ile birlikte genel olarak sivil erdem boyutuna olan eğilim azalmaktadır. 20 ve altı ve 21-40 saatleri arası gezici hizmet saatine sahip olan aile hekimleri aynı derecede sivil erdem davranışı sergilemişlerdir (hiç yok: 23,7; 20 ve altı: 23,8; 21-40: 23,8; 41-60: 22,6; 61-80: 19,2). Diğergamlık boyutunda aylık gezici hizmet saati grupları arasında farklılık saptanmıştır (F: 3,843, p: 0,006). Aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerinin artması ile birlikte diğergamlık boyutuna olan eğilim genel olarak azalmaktadır (hiç yok: 16,1; 20 ve altı: 14,1; 21-40: 14,6; 41-60: 14,8; 61-80: 12,8). Vicdanlılık boyutu ve nezaket boyutları aile hekimlerinin sorumlu oldukları hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmamaktadır. Genel olarak ÖVD'yi değerlendirdiğimizde aylık gezici hizmet saati grupları ile farklılaşma gözlemlenmiştir (F: 3,612, p: 0,009). Aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatleri arttıkça ÖVD boyutlarının genel olarak sergilenmesi eğilimi azalmaktadır (hiç yok: 109,7; 20 ve altı: 105,9; 21-40: 104,5; 41-60: 102,0; 61-80: 91,2) (Tablo 23).

**Tablo 23. ÖVD Boyutlarının Aylık Gezici Hizmet Saati Gruplarına Göre Farklılaşması**

	<b>Gezici Hizmet Saatleri</b>	<b>N</b>	<b>Ort.</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>F</b>	<b>Anlamlılık Düzeyi (p)</b>
<b>Centilmenlik Boyutu</b>	Hiç Yok	34	24,2	4,646	5,526	,001
	20 ve altı	16	22,6	7,163		
	21-40	12	23,7	6,136		
	41-60	16	20,4	5,227		
	61-80	10	15,9	1,911		
	Toplam	88	22,2	5,835		
<b>Sivil Erdem Boyutu</b>	Hiç Yok	34	23,7	3,075	3,843	,006
	20 ve altı	16	23,8	3,745		
	21-40	12	23,8	2,757		
	41-60	16	22,6	4,674		
	61-80	10	19,2	2,699		
	Toplam	88	23,0	3,698		
<b>Vicdanlılık Boyutu</b>	Hiç Yok	34	28,4	4,265	,952	,438
	20 ve altı	16	28,8	4,166		
	21-40	12	27,1	5,390		
	41-60	16	27,3	2,801		
	61-80	10	26,2	2,394		
	Toplam	88	27,8	4,028		
<b>Nezaket Boyutu</b>	Hiç Yok	34	17,1	2,184	2,027	,098
	20 ve altı	16	16,5	1,931		
	21-40	12	15,1	2,480		
	41-60	16	16,7	2,352		
	61-80	10	17,1	,737		
	Toplam	88	16,6	2,157		
<b>Digergamlık Boyutu</b>	Hiç Yok	34	16,1	3,176	3,301	,015
	20 ve altı	16	14,1	3,074		
	21-40	12	14,6	2,964		
	41-60	16	14,8	1,962		
	61-80	10	12,8	2,529		
	Toplam	88	14,9	3,024		
<b>Genel ÖVD</b>	Hiç Yok	34	109,7	13,760	3,612	,009
	20 ve altı	16	105,9	16,076		
	21-40	12	104,5	14,712		
	41-60	16	102,0	13,997		
	61-80	10	91,2	9,114		
	Toplam	88	104,8	14,782		

### 3.6.3. Araştırma Sonuçları ve Hipotezlerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın sonuçlarını değerlendirdiğimizde elde ettiğimiz verilere göre ankete %26,1 (23 kişi)'i kadın ve %73,9 (65 kişi)'u erkek olmak üzere toplam 88 aile hekimi katılmıştır.

Medeni duruma göre incelendiğinde araştırma grubunun %94,3 (83 kişi)'ü evli, %5,7 (5 kişi)'i bekar olarak tespit edilmiştir.

Araştırma grubunun %4,5 (4 kişi)'i 31-35 yaş arası, %26,1 (23 kişi)'i 36-40 yaş arası, %36,4 (32 kişi)'ü 41-45 yaş arası, %27,3 (24 kişi)'ü 46-50 yaş arası ve %5,7 (5 kişi)'si 50 ve üzeri yaşlarındadırlar.

Araştırma grubu olan aile hekimlerinin %92 (81 kişi)'si tıpta uzmanlık eğitimi almamış, %8 (7 kişi)'i ise tıpta uzmanlık eğitimi almıştır.

Araştırma grubunu çalışma süresine göre değerlendirildiğinde %1,1 (1 kişi)'i 1-5 yıl arasında, %12,5 (11 kişi)'i 6-10 yıl arasında, %14,8 (13 kişi)'i 11-15 yıl arasında, %37,5 (30 kişi)'i 16-20 yıl arasında, %34,1 (33 kişi)'i ise 21 yıl ve üzeri sürede görev yapmıştır.

Aile hekimi olarak çalışma süresine göre araştırma grubunu değerlendirdiğimizde, %8 (7 kişi)'i 1 yıl, %15,9 (14 kişi)'u 2 yıl, %70,5 (62 kişi)'i 3 yıl, %5,7 (5 kişi)'si ise 4 yıl görev yapmıştır.

Araştırma grubunun %9,1 (8 kişi)'i 3500-4499 TL arası, %19,3 (17 kişi)'ü 4500-5499 TL arası, %51,1 (45)'i 5500-6499 TL arası, %17 (15 kişi)'si 6500-6499 TL arası ve %3,4 (3 kişi)'ü 7500 TL ve üzeri aylık gelire sahiptir.

Araştırma grubunun %2,3 (2 kişi)'ü 1000-1999 arası, %9,1 (8 kişi)'i 2000-2999 arası, %69,3 (61 kişi)'ü 3000-3999 arası ve %19,3 (17 kişi)'ü 4000 ve üzeri hastaya sahiptir.

Araştırma grubu olan aile hekimlerinin %1,1(1 kişi)'i 20 ve altı sayıda, %20,5 (18 kişi)'i 21-40 sayıda, %40,9 (36 kişi)'u 41-60 sayıda, %28,4 (25 kişi)'ü 61-80 sayıda, %9,1 (8 kişi)'i 80 ve üzeri sayıda günlük hasta bakmaktadırlar.

Gezici hizmet saatlerine ilişkin bulguları değerlendirdiğimizde ise; gezici hizmet saati hiç olmayan %38,6 (34) hekim, 20 saat ve altı olan %18,2 (16) hekim, 21-40 saat arası olan %13,6 (12) hekim, 41-60 saat arası olan %18,2 (16) hekim, 61-80 saat arası olan ise %11,4 (10) hekimdir.

Araştırmanın sonuçlarını ÖVD boyutları açısından değerlendirecek olursak, ankette yer alan diğergamlık boyutu sorularına verilen cevaplara göre, aile hekimleri genel olarak ortalamanın üzerinde (3.74) diğergam davranış sergilemişlerdir. Ankette yer alan vicdanlılık boyutu sorularını incelediğimizde aile hekimleri genel olarak ortalamanın üzerinde (4.01) olumlu bir vicdanlılık davranışı sergilemişlerdir. Ankette yer alan centilmenlik boyutu sorularını değerlendirdiğimizde aile hekimleri genel olarak orta düzeyde (3.17) bir centilmenlik davranışı sergilemişlerdir. nezaket boyutu sorularını değerlendirdiğimizde ise ankete katılan aile hekimleri yüksek düzeyde (4.16) bir nezaket davranışı sergilemişlerdir. Ankette yer alan sivil erdem boyutu sorularını değerlendirecek olursak, ankete katılan aile hekimleri pozitif (3.80) bir sivil erdem davranışı göstermişlerdir. Genel olarak aile hekimleri örgütsel vatandaşlık davranışları arasında en az düzeyde centilmenlik davranışını sergilemektedirler. Centilmenlik boyutu sorularından ise en az ortalamaya (2.20) sahip olanı "İşimi yapabilmem için gerekli olanaklara sahip olamamaktan dolayı şikayet ettiğim olur" sorusudur. Aile hekimleri anketlerin doldurulması esnasında yapılan yüz yüze görüşmelerde Türkiye'de ki aile hekimliği sisteminin diğer ülkelere farklı olduğunu, diğer ülkelere göre çok daha fazla iş yüküne sahip olduklarını, yeterli olanaklara sahip olamadıklarını belirtmişlerdir.

Aile hekimlerinin cinsiyetlerine yönelik analiz sonuçlarına göre; vicdanlılık, nezaket ve diğergamlık boyutlarında kadın ve erkek aile hekimleri arasında farklılaşma saptanmıştır. Kadın aile hekimlerinin erkek aile hekimlerine göre vicdanlılık, nezaket ve diğergamlık davranışına daha eğilimli oldukları tespit edilmiştir. Sivil erdem ve centilmenlik boyutlarında cinsiyet değişkenine bağlı olarak herhangi bir farklılaşma tespit edilememiştir. Genel olarak ÖVD'yi değerlendirdiğimizde ise cinsiyet değişkeni ile arasında farklılaşma

tespit edilmiştir. Genel olarak kadınların erkeklere oranla ÖVD'ye daha eğilimli oldukları saptanmıştır. Elde edilen bu sonuçlara göre "*Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin cinsiyetlerine göre farklılaşmaktadır*" hipotezi kabul edilmiştir.

Yazında cinsiyet değişkeni ile ÖVD boyutları arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalarda da genel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır (Dede, 2009: 94; Çetin vd., 2003: 46; Köse vd., 2003: 14, Şener, 2010: 62). Dede (2009), diğergamlık ve nezaket boyutlarında kadınların erkeklere oranla daha olumlu tutum sergilediklerini belirtmiştir. Çetin ve meslektaşları (2003), diğergamlık davranışına kadınların erkeklere göre daha eğilimli olduklarını saptamışlardır. Köse ve meslektaşları (2003), nezaket ve sivil erdem boyutlarında yine kadınların daha olumlu davranış sergiledikleri sonucuna ulaşmışlardır. Şener (2010) ise, centilmenlik boyutuna kadınların erkeklere göre daha eğilimli olduklarını ifade etmişlerdir. Literatür incelendiğinde genel olarak kadınların erkeklere göre daha fazla diğergamlılık, nezaket ve vicdanlılık davranışı sergilemelerinin nedeni olarak; bayanların toplumsal yapı içindeki yetiştirilme biçimlerinden erkeklere oranla daha çok iletişime açık, daha yardımsever, daha duyarlı ve insancıl olmalarından kaynaklanıyor olabileceği gösterilmiştir.

Aile hekimlerinin medeni durumlarına yönelik yapılan analiz sonuçlarına göre; genel olarak ÖVD boyutlarında evli ve bekar aile hekimleri arasında farklılaşma tespit edilememiştir. Elde edilen bu sonucun sebebinin örneklemin yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ankete katılan aile hekimlerinin %94,3'ü evlidir, %5,7'si ise bekadır. Bekar aile hekimleri ile ilgili yeterli örneklemin olmaması yapılan analiz sonucunda anlamlı bir farklılaşmanın olmamasına sebep olmuştur. Ulaşılan bu sonuca göre "*Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin medeni durumlarına göre farklılaşmaktadır*" hipotezi reddedilmiştir.

Literatür incelendiğinde örgütsel vatandaşlık davranışları ile medeni durum değişkeni arasındaki ilişkinin incelendiği bazı araştırmalarda da farklılaşma tespit edilememiştir (Şener, 2010: 66; Güven, 2006: 51-57). Güler (2009),

çalışmasında ÖVD'nin nezaket boyutunda, evlilere göre bekar çalışanların daha olumlu bir tutum sergilediğini saptamıştır. Geçer (2008), diğergamlık, nezaket ve sivil erdem boyutları ile medeni durum arasında farklılık saptamıştır. Centilmenlik ve vicdanlılık boyutları ile medeni durum arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Geçer, diğergamlık ve sivil erdem boyutlarına evli olanların daha eğilimli olduğu sonucuna ulaşmasının nedeni olarak evlilerin bir arada yaşamının ve evlilik kurumunun sorumluluğunu taşıyor olmalarının getirdiği yaşam alışkanlıklarını sebep olarak göstermiştir (Güler, 2009: 116; Geçer, 2008: 54).

Aile hekimlerinin yaş gruplarına yönelik analiz sonuçlarına göre; centilmenlik, sivil erdem ve diğergamlık boyutlarında yaş gruplarına göre farklılaşma tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre yaş ilerledikçe centilmenlik, sivil erdem ve diğergamlık boyutlarına olan eğilim artmaktadır. Nezaket ve vicdanlılık boyutları ile yaş grupları arasında farklılaşma tespit edilememiştir. Genel olarak ÖVD'yi değerlendirdiğimizde ise, ÖVD boyutlarının genel olarak yaş gruplarına göre farklılaştığı sonucu elde edilmiştir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte ÖVD'ye olan eğilim artmaktadır. Saptanan bu sonuca göre, *“Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin yaş gruplarına göre farklılaşmaktadır”* hipotezi kabul edilmiştir.

Yazında yaş değişkeni ile ÖVD boyutları arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmalarda da genel olarak farklılaşma tespit edilmiştir (Çetin, 2003: 31; Güler, 2009: 116; Geçer, 2008: 50; Şener, 2010: 67, Yücel ve Samancı (Kalaycı), 2009: 123). Çetin ve meslektaşları (2003), diğergamlık ve vicdanlılık boyutunda gençlerin; nezaket ve centilmenlik boyutlarında ise yaşlıların daha eğilimli olduğunu saptamıştır. Güler (2009), yaşın artması ile birlikte sivil erdem boyutuna eğilimin arttığı sonucuna ulaşmıştır. Geçer (2008), centilmenlik ve vicdanlılık boyutunda yaş değişkenine göre farklılık tespit edilememiştir. Diğergamlık, sivil erdem ve nezaket boyutlarında yaş değişkenine göre farklılık saptamıştır. Buna göre yaş arttıkça diğergamlık, sivil erdem ve nezaket tutumlarında olumlu düzeyde artış yaşanmaktadır. Şener (2010), centilmenlik boyutu ile yaş değişkeni arasında farklılaşma tespit etmiştir. Yaş azaldıkça centilmenlik boyutunun artış gösterme eğilimi

olduğu sonucuna varmıştır. Yücel ve Samancı (Kalaycı) (2009), yaşın artması ile birlikte genel olarak ÖVD tutumlarının olumlu yönde arttığını saptamıştır.

Yaşın artması ile aile hekimlerinin centilmenlik, sivil erdem ve diğer gamlık boyutlarına olan eğilimlerinin artmasının nedeni olarak, yaşı daha büyük olan aile hekimlerinin meslekte daha tecrübeli olmaları ve içinde bulunduğu kurumu daha çok benimsemiş olmaları gösterilebilir. Aynı zamanda yaşı daha genç olan aile hekimlerinin de içinde bulunduğu örgütün bütünlüğünü kavrayacak olgunluğa yeterince ulaşamamış olmaları bu sonucun sebepleri arasında sayılabilir.

ÖVD'lerin cinsiyet, medeni durum ve yaş grupları ile olan ilişkisini genel olarak değerlendirecek olursak, ÖVD boyutlarının cinsiyete ve yaş gruplarına göre farklılaştığını fakat medeni duruma göre farklılaşmadığını tespit ettik. Bu sonuçlara göre, "*Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin demografik özelliklerine göre farklılaşmaktadır*" hipotezi reddedilmiştir.

Aile hekimlerinin toplam çalışma sürelerine yönelik analiz sonuçlarına göre, centilmenlik, sivil erdem ve diğer gamlık boyutlarında toplam çalışma süresi gruplarına göre farklılaşma tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre toplam çalışma süresinin artması ile birlikte centilmenlik, sivil erdem ve diğer gamlık davranışlarına olan eğilim artmaktadır. Saptanan bu sonuçlara göre "*Centilmenlik boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır*", "*Sivil Erdem boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır*" ve "*Diğer gamlık boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır*" hipotezleri kabul edilmiştir.

Nezaket ve vicdanlılık boyutlarında toplam çalışma süresi gruplarına göre farklılaşma tespit edilememiştir. Elde edilen bu sonuca göre "*Nezaket boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır*" ve "*Vicdanlılık boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır*" hipotezleri reddedilmiştir.

Genel olarak ÖVD'nin toplam çalışma süresi gruplarına göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Bulgulara göre toplam çalışma süresinin artması ile birlikte ÖVD'ye olan eğilim artmaktadır. Saptanan bu sonuca göre "*Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır*" hipotezi kabul edilmiştir.

Yazında ÖVD ile çalışma süresi değişkeni arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmaların büyük çoğunluğunda farklılaşma tespit edilmiştir (Yücel ve Samancı (Kalaycı), 2009: 127; Güler, 2009: 117; Geçer, 2008: 50; Dönder, 2006: 28; Samancı, 2007: 40-50, Çetin vd., 2003;47-48). Yücel ve Samancı (Kalaycı) (2009), çalışma süresinin artmasıyla ÖVD'ye olan eğilimin arttığını saptamıştır. Güler (2009)'de benzer bir sonuca ulaşıp çalışma süresi fazla olan katılımcıların daha olumlu düzeyde ÖVD sergilediği sonucuna ulaşmıştır. Geçer (2008), çalışma süresinin artması ile birlikte sivil erdem boyutuna olan eğilimin arttığı, nezaket boyutuna olan eğilimin ise azaldığını saptamıştır. Dönder (2006) ve Samancı (2007) çalışma süresinin artması ile birlikte bütün ÖVD boyutlarına olan eğilimin arttığını saptamışlardır. Çetin ve meslektaşları (2003), diğerlerinin düşünme ve yardım etme olarak isimlendirdikleri diğergamlık boyutuna ve gelişime destek verme olarak isimlendirdikleri sivil erdem boyutuna çalışma süresinin artması ile birlikte eğilimin arttığını saptamışlardır. İleri görev bilinci olarak ifade ettikleri vicdanlılık boyutuna olan eğilim ise çalışma yılının artması ile birlikte azalmaktadır.

Literatürde ÖVD ve çalışma yılı arasındaki ilişkinin saptandığı birçok araştırmada çalışma yılı ile yaş değişkeni sonuçlarının birbirleriyle bağlantılı oldukları ve dolayısıyla elde edilen sonuçlara aynı yorumların yapılabileceği ifade edilmiştir. Bu ifadeden yola çıkılarak çalışma yılı fazla olan aile hekimlerinin ÖVD boyutlarına daha eğilimli olmalarının sebebini tecrübelerinin daha fazla olması, kurumu daha çok benimsemeleri gibi nedenler olarak gösterebiliriz.

Aile hekimlerinin sorumlu oldukları hasta sayısı analiz sonuçlarına göre, diğergamlık boyutunda sorumlu olunan hasta sayısı grupları arasında



farklılık saptanmıştır. Elde edilen bulgulara göre aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı arttıkça diğergamlık davranışına olan eğilimin azaldığı saptanmıştır. Saptanan bu sonuca göre, *“Diğergamlık boyutu aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır”* hipotezi kabul edilmiştir.

Centilmenlik boyutu, sivil erdem boyutu, vicdanlılık boyutu ve nezaket boyutları aile hekimlerinin sorumlu oldukları hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmamaktadır. Tespit edilen bu sonuca göre, *“Centilmenlik boyutu aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır”*, *“Sivil Erdem boyutu aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır”*, *“Vicdanlılık boyutu aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır”* ve *“Nezaket boyutu aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır”* hipotezleri reddedilmiştir.

Genel olarak ÖVD’yi değerlendirdiğimizde sorumlu olunan hasta sayısı ile %10 güven düzeyinde farklılaşma tespit edilmiştir. Elde edilen bu sonuca göre, *“Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır”* hipotezi kabul edilmiştir.

Sorumlu olunan hasta sayısı ile ilgili literatürde referans gösterilebilecek bir çalışma mevcut değildir. Sorumlu olunan hasta sayısını aile hekimlerinin sahip oldukları iş yükleri olarak tanımlayabiliriz. Bu duruma göre iş yükü fazla olan aile hekimlerinin ÖVD boyutlarına olan eğilimin azalması kaçınılmaz bir durumdur. Farklı ülkelerin aile hekimliği uygulamalarını gözden geçirdiğimizde, aile hekimlerinin sorumlu oldukları hasta sayısı 1000 ila 2000 arasında değişmektedir. Türkiye’nin Uşak ilinde yapılan bu çalışmada ise ankete katılan aile hekimlerinden elde edilen verilere göre 1000 ila 2000 arasında hastaya sahibim cevabını veren olmamıştır. Sonuçlar 3000-3999 hasta sayısı arasında yoğunlaşmaktadır. Bu durum ise aile hekimlerinin sahip oldukları hasta sayısının fazlalığına dolayısıyla yoğun iş yüküne dikkat çekmektedir.

Aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saati analiz sonuçlarına göre, centilmenlik, sivil erdem ve diğergamlık boyutlarında aylık gezici hizmet saati gruplarına göre farklılık saptanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre gezici hizmet saatleri fazla olan aile hekimlerinin centilmenlik, sivil erdem ve diğergamlık davranışlarına olan eğilimlerinin azaldığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre, "*Centilmenlik boyutu aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerine göre farklılaşmaktadır*", "*Sivil Erdem boyutu aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerine göre farklılaşmaktadır*" ve "*Diğergamlık boyutu aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerine göre farklılaşmaktadır*" hipotezleri kabul edilmiştir.

Vicdanlılık boyutu ve nezaket boyutları aile hekimlerinin sorumlu oldukları hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmamaktadır. Elde edilen bu sonuçlara göre "*Vicdanlılık boyutu aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerine göre farklılaşmaktadır*" ve "*Nezaket boyutu aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerine göre farklılaşmaktadır*" hipotezleri reddedilmiştir.

Genel olarak ÖVD'yi değerlendirdiğimizde aylık gezici hizmet saati grupları ile farklılaşma gözlemlenmiştir. Aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatleri arttıkça ÖVD boyutlarının genel olarak sergilenmesi eğilimi azalmaktadır. Bu sonuca göre ise, "*Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saati gruplarına göre farklılaşmaktadır*" hipotezi kabul edilmiştir.

Aile hekimlerinin sahip oldukları aylık gezici hizmetlerini de iş yükü olarak kabul edebiliriz. Dolayısıyla iş yükü fazla olan aile hekimlerinin ÖVD'ye olan eğilimleri azalacaktır. Anketleri doldurmaları esnasında yüz yüze yapılan görüşmelerde aile hekimleri, sorumlu oldukları hasta sayısının fazla olduğu ve gezici hizmetlerinden dolayı merkezde olan hastalarına yeterince zaman ayıramadıklarını ifade etmişlerdir.

**Tablo 24. Araştırma Sonuçları**

<b>H1: Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin demografik özelliklerine göre farklılaşmaktadır</b>	Reddedilmiştir
Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin cinsiyetlerine göre farklılaşmaktadır.	Kabul Edilmiştir
Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin medeni durumlarına göre farklılaşmaktadır.	Reddedilmiştir
Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin yaş gruplarına göre farklılaşmaktadır.	Kabul Edilmiştir
<b>H2: Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır.</b>	Kabul Edilmiştir
Centilmenlik boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır.	Kabul Edilmiştir
Sivil Erdem boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır.	Kabul Edilmiştir
Vicdanlılık boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır.	Reddedilmiştir
Nezaket boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır.	Reddedilmiştir
Diğergamlık boyutu aile hekimlerinin toplam çalışma süre gruplarına göre farklılaşmaktadır.	Kabul Edilmiştir
<b>H3: Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır.</b>	Kabul Edilmiştir
Centilmenlik boyutu aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır.	Reddedilmiştir
Sivil Erdem boyutu aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır.	Reddedilmiştir
Vicdanlılık boyutu aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır.	Reddedilmiştir

Nezaket boyutu aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır.	Reddedilmiştir
Diğergamlık boyutu aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı gruplarına göre farklılaşmaktadır.	Kabul Edilmiştir
<b>H4: Örgütsel vatandaşlık davranışları aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saati gruplarına göre farklılaşmaktadır.</b>	Kabul Edilmiştir
Centilmenlik boyutu aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerine göre farklılaşmaktadır.	Kabul Edilmiştir
Sivil Erdem boyutu aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerine göre farklılaşmaktadır.	Kabul Edilmiştir
Vicdanlılık boyutu aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerine göre farklılaşmaktadır.	Reddedilmiştir
Nezaket boyutu aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerine göre farklılaşmaktadır.	Reddedilmiştir
Diğergamlık boyutu aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saatlerine göre farklılaşmaktadır.	Kabul Edilmiştir

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de özellikle son yıllarda büyük ivme kazanan sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde aile hekimliği birimlerinin önemi her geçen gün artmaktadır. Aile hekimliği toplumun çekirdeğini oluşturan ve en önemli toplumsal kurumların başında gelmektedir. Bu birimler aileye hizmet vermesinin yanında sağlığa girişin ana kapısını oluşturmaktadır. Ulaşılabilirliği oldukça kolay olması bakımından da toplum ve birey sağlığı açısından hayati önem taşımaktadır. Bu açıdan bu hizmetin kaliteli sunulması oldukça önemlidir. Literatüre son yıllarda girmiş olan örgütsel vatandaşlık davranışı özellikle insana hizmet eden bir birim olan aile hekimliği birimlerinde kaliteyi artırmak konusunda oldukça etkili olacaktır. Bu yüzden aile hekimlerinin örgütsel vatandaşlık davranışlarını sergilemeleri gerekmektedir. Örgütsel vatandaşlık davranışı örgüt içerisinde bireylerin en yüksek performansta hareket etmesini ve örgütün gelişmesini sağlayacak bir davranış tekniğidir. Aile hekimleri üzerine yapılan bu araştırmada örgütsel vatandaşlık davranışının 5 boyutu üzerinde durulmuş ve aile hekimlerinin uygulama esnasında ne kadar örgütsel vatandaşlık davranışı sergilediği ÖVD ölçeği ile incelenmiştir.

Araştırma ile ilgili genel bilgilere bakıldığında ulaşılan sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

Araştırmanın sonuçları değerlendirildiğinde elde edilen bulgulara göre ankete katılan aile hekimlerinin %26,1’i kadın ve %73,9’u erkek olmak üzere toplam 88 aile hekimi katılmıştır. Araştırma grubunun %4,5’i 31-35 yaş arası, %26,1’i 36-40 yaş arası, %36,4’ü 41-45 yaş arası, %27,3’ü 46-50 yaş arası ve %5,7’si 50 ve üzeri yaşlarındadırlar. Araştırma grubu toplam çalışma süresine göre analiz edildiğinde %1,1’i 1-5 yıl arasında, %12,5’i 6-10 yıl arasında, %14,8’i 11-15 yıl arasında, %37,5’i 16-20 yıl arasında, %34,1’i ise 21 yıl ve üzeri sürede görev yapmıştır. Aile hekimlerinin %2,3’ü 1000-1999 arası, %9,1’i 2000-2999 arası, %69,3’ü 3000-3999 arası ve %19,3’ü 4000 ve üzeri hastaya sahiptir. Gezici hizmet saatlerine ilişkin bulguları ele aldığımızda; gezici hizmet saati hiç olmayan aile hekimi %38,6,

20 saat ve altı olan aile hekimi %18,2, 21-40 saat arası olan aile hekimi %13,6, 41-60 saat arası olan aile hekimi %18,2 ve 61-80 saat arası olan aile hekimi ise %11,4'lük dilimi oluşturmaktadır.

Aile hekimlerinin cinsiyetlerine yönelik analiz sonuçlarına göre; kadın aile hekimlerinin erkek aile hekimlerine göre vicdanlılık, nezaket ve diğergamlık davranışına daha eğilimli oldukları tespit edilmiştir. Genel olarak ÖVD'yi değerlendirdiğimizde ise kadınların erkeklere oranla ÖVD'ye daha eğilimli oldukları saptanmıştır. Bu sonuçların nedeni olarak bayanların toplumsal yapı içindeki yetiştirilme biçimlerinden, aynı zamanda doğası gereği erkeklere oranla daha çok özverili, iletişime açık, yardımsever, duyarlı ve insancıl olmalarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Aile hekimlerinin yaş gruplarına yönelik elde edilen bulgulara göre; yaş ilerledikçe centilmenlik, sivil erdem ve diğergamlık boyutlarına olan eğilim artmaktadır. Genel olarak ÖVD'yi değerlendirdiğimizde ise, yaşın ilerlemesi ile birlikte ÖVD'ye olan eğilim artmaktadır. Yaş ile doğru orantılı olarak tecrübenin arttığı gerçeği dikkate alındığında yaşı daha büyük olan aile hekimleri meslekte daha deneyimlidirler ve içinde bulunduğu kurum ile aralarında daha sıkı bağlar kurarlar. Bu sebepten dolayı yaşı büyük olan aile hekimlerinin kurum içerisinde verilen kararlarda daha etkin oldukları ve etkileşimde oldukları bireylere karşı daha düşünceli, anlayışlı ve saygılı oldukları belirtilebilir.

Aile hekimlerinin toplam çalışma sürelerine yönelik veriler incelendiğinde, toplam çalışma süresinin artması ile birlikte centilmenlik, sivil erdem ve diğergamlık davranışlarına olan eğilim artmaktadır. Genel olarak ÖVD'yi değerlendirdiğimizde ise toplam çalışma süresinin artması ile birlikte ÖVD'ye olan eğilim artmaktadır. Toplam çalışma süresi sonuçlarını da yaş ile aynı şekilde değerlendirebiliriz. Çünkü çalışma süresinin fazlalığı da aile hekimlerinin deneyimlerinin bir yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla yaş ve toplam çalışma süresinin artmasıyla doğru orantılı olarak sivil erdem, nezaket ve diğergamlık davranışlarının sergilenmesi oranı artış göstermiştir.

Aile hekimlerinin sorumlu oldukları hasta sayısı analiz sonuçlarına göre, aile hekimlerinin sorumlu olduğu hasta sayısı arttıkça diğergamlık davranışına olan eğilimin azaldığı saptanmıştır. Genel olarak ÖVD'yi değerlendirdiğimizde ise sorumlu olunan hasta sayısı arttıkça ÖVD'ye olan eğilim azalmaktadır. Sorumlu olunan hasta sayısını aile hekimlerinin sahip oldukları iş yükleri olarak değerlendirdiğimizde, iş yükü fazla olan aile hekimlerinin ÖVD boyutlarına olan eğilimin azalması kaçınılmaz bir gerçektir. Diğergamlık boyutunun kısaca bireyin kurum içerisinde diğer bireylere gönüllü olarak yardım etme davranışı olduğunu düşünürsek, iş yükü fazla olan bir bireyin diğergam davranış sergilemesini beklemek tutarlı olmayacaktır. Dünya'da farklı ülkelerin aile hekimliği uygulamaları dikkate alındığında örneğin, Danimarka'da aile hekimlerinin sorumlu oldukları hasta sayısı 1500 civarında, Almanya'da ortalama 1000 civarında, Portekiz'de ise 1500 civarındadır yani ortalama olarak 1000 ila 2000 arasında değişmektedir. Türkiye'de yapılan bu çalışmada ise ankete katılan aile hekimlerinden 1000 ila 2000 arasında hastaya sahibim cevabını veren olmamıştır. Sonuçlar 3000-3999 hasta sayısı arasında yoğunlaşmaktadır. Bu durum ise aile hekimlerinin sahip oldukları hasta sayısının fazlalığına dolayısıyla yoğun iş yüküne dikkat çekmektedir. Aile hekimleri anketin doldurulması esnasında yüz yüze yapılan görüşmelerde de iş yoğunluklarının fazlalığından yakınmışlardır.

Aile hekimlerinin aylık gezici hizmet saati bulgularına göre, gezici hizmet saatleri fazla olan aile hekimlerinin centilmenlik, sivil erdem ve diğergamlık davranışlarına olan eğilimlerinin azaldığı gözlemlenmiştir. Genel olarak ÖVD'yi değerlendirdiğimizde ise aylık gezici hizmet saatleri arttıkça ÖVD boyutlarının genel olarak sergilenmesi eğilimi azalmakta olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aylık gezici hizmetlerini de aile hekimlerinin iş yüklerinin bir parçası olarak kabul edecek olursak, iş yükü fazla olan aile hekimlerinin ÖVD'ye olan eğilimleri azalacaktır. Yapılan saha araştırmasında aile hekimleri, sorumlu oldukları hasta sayısının fazla olduğu ve gezici hizmetlerinden dolayı merkezde olan hastalarına yeterince zaman ayıramadıklarını belirtmişlerdir. Bu iş yoğunluğu aile hekimlerinin sahip olduğu problemleri sıkça dile getirmelerine, kurum hakkında yapılan

eleştirilerde kurumu yeterince savunmamalarına, iş arkadaşlarına yardım edememeleri gibi davranışlara sebep olmaktadır. Sonuç olarak ÖVD'ye olan eğilim azalmaktadır.

Bu bağlamda yapılan bu çalışmada aile hekimlerinin örgütsel vatandaşlık davranışlarına olan eğilimleri ortaya konulmaya çalışılmıştır. Aile hekimlerinin genel olarak ortalamanın üzerinde ve orta düzeyde örgütsel vatandaşlık davranışı sergiledikleri, kadınların erkeklere oranla ÖVD'ye daha yatkın oldukları, yaşın ve toplam çalışma süresinin artması ile ÖVD'ye olan eğilimin arttığı ve sahip oldukları iş yüklerinin yani sorumlu oldukları hasta sayısı ve gezici hizmet saatlerinin fazlalığından dolayı ÖVD'ye olan eğilimlerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar ışığında Türkiye'de bulunan aile hekimliği uygulamasına yönelik önerilerde bulunacak olursak, öncelikle aile hekimlerin yoğun iş yükü azaltılmalıdır. Bunun için uygulamadaki aksaklıklar denetim mekanizması ile incelenmeli ve bu denetlemeler sonucunda da mevcut aksaklıklar yasal düzeyde düzeltilmelidir.

Aile hekimi başına düşen hasta sayısı, yönetmelikte var olan sınırın oldukça üzerinde seyretmektedir. Bunun sebebi olarak aile hekimlerinin sayılarının yetersizliği gösterilebilir. Tıp fakültelerinde aile hekimliği kontenjanlarının arttırılması ve böylelikle aile hekimi sayılarının arttırılması gerekmektedir.

Türkiye'de aile hekimleri önceki uygulamalardan farklı olarak mesleğinin bir parçası olmayan yöneticilik vasfıyla görevlendirilmişlerdir. Bu vasıf, aile hekimlerinin yoğun iş yüklerine yenisini eklemektedir. Bu açıdan ASM'lere alanında eğitim almış profesyonel yöneticilerin getirilmesi gerekmektedir.

Aile hekimleri yine önceki uygulamadan farklı olarak kurum içi harcamaları (yol, su, elektrik, laboratuvar masrafları vb.) çalışma arkadaşları olan diğer aile hekimleri ile birlikte karşılamak durumundadır. Bu da aile hekimlerinin iş yükünü arttırmaktadır. Bu açıdan ASM'lerde bu sorumlulukları yerine getirecek bireylerin görevlendirilmesi ve ilgili birimlerin oluşturulması gerekmektedir.



Bu önerilerin yanı sıra yazında aile hekimliği alanı üzerine olan çalışmaların azlığı dikkate alındığında bu çalışmaların desteklenmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Tezin temelini oluşturan örgütsel vatandaşlık davranışı üzerine aile hekimlerinin farklı bölgelerde de incelenmesi, literatürü zenginleştirmesi açısından son derece önemlidir.

Aile hekimliği uygulamalarında örgütsel vatandaşlık davranışı üzerine yapılan araştırmaların yanı sıra aile hekimliğini yönetim ve organizasyon, tıbbi sosyal hizmet ve davranış bilimleri bağlamında inceleyen çalışmaların sayısı arttırılmalıdır.

## KAYNAKÇA

ACAR, A. Z. (2006), (Organ'dan aktaran), "Örgütsel Yurttaşlık Davranışı: Kavramsal Gelişimi İle Kişisel Ve Örgütsel Etkileri", **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, Cilt: 7, Sayı: 1, s. 1-14.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 09.12.2004 tarihli ve 25665 sayılı Resmi Gazete.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik, 06.07.2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmi Gazete.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik, 12 Ağustos 2005 tarihli ve 25904 sayılı Resmi Gazete.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25.05.2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmi Gazete.

AK, Muharrem. (2010), "Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği", **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Cilt: 17, Sayı: 4, s. 403-5.

ALGIN, K. (2002), **Türkiye'de Faaliyet Gösteren Aile Hekimlerinin Problemlerinin Tespiti, Aile Hekimlerinin Problemlere İlişkin Değerlendirmeleri ve Çözüm Önerilerinin Tespitine Yönelik Bir Alan Araştırması**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

ALGIN, K., Şahin, İ., Top, M. (2005), "Aile Hekimlerinin Sorunlarına Yönelik Tanımlayıcı Bir Araştırma", **Sağlık ve Toplum Dergisi**, Sayı: 15, s. 1.

ALTAŞ, S. S., Çekmecelioğlu, H. G. (2007), " İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık Ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışının İş Performansı Üzerindeki Etkileri: Bir Araştırma", **Öneri Dergisi**, Cilt: 7, Sayı: 28, s. 47-57.

ALTUNTAŞ, S. Ve Baykal, Ü. (2010), "Örgütsel Vatandaşlık Düzeyi Ölçeğinin Hemşirelikte Geçerlik-Güvenirliği", **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, Cilt: 13, Sayı: 3, s. 7-16.

ARSLANTAŞ, C. C. Ve Pakdemir, I. (2007), "Dönüşümcü Liderlik, Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Örgütsel Adalet Arasındaki İlişkileri Belirlemeye Yönelik Görgül Bir Araştırma", **Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı: 1, s. 261-286.

ASLAN, Ş. (2008), "Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ile Örgütsel Bağlılık ve Mesleğe Bağlılık Arasındaki İlişkilerin Araştırılması", **Yönetim ve Ekonomi Dergisi**, Cilt: 15, Sayı: 2, s. 163-178.

ASLAN, Ş. (2009), "Karizmatik liderlik ve örgütsel vatandaşlık davranışı ilişkisi: "Kurumda çalışma yılı" ve "ücret" değişkenlerinin rolü", **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, Cilt: 6, Sayı: 1, s. 256-275.

AYDIN, S., Korukluoğlu, S., Üstü, Y., Kasım, İ., Doğusan, A. R. ve Hacımamağaoğlu, A. (2008), **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, Editör: Aydın, S., Seçil Ofset, Ankara.

AYKLER, J. (2010), **The Influence Of Personality Factors On Organizational Citizenship Behavior**, Bachelorarbeit An Der Wirtschaftsuniversität Wien - Institut Für Change Management Und Management Development.

BAKER, R., Mainous, A. G., Gray, D. P. and Love, M. M. (2003), "Exploration of The Relationship Between Continuity, Trust in Regular Doctors and Patient Satisfaction with Consultations with Family Doctors", **Scand J Prim Health Care**, Vol: 21, pp. 27-32.

BAKHSI, A., Kumar, K. and Rani, E. (2009), "Organizational Justice Perceptions as Predictor of Job Satisfaction and Organization Commitment", **International Journal of Business and Management**, Vol: 4, No: 9, pp. 145-154.

BARUCH, Y., O'creevy, M. F., Hind, P. and Gadot, E. V. (2004), "Prosocial Behavior and Job Performance: Does The Need For Control And The Need For Achievement Make A Difference?", **Social Behavior And Personality**, Vol: 32, No: 4, pp. 399-412.

BASIM, H. N. Ve Şeşen, H. (2006), "Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği Uyarlama ve Karşılaştırma Çalışması", **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt: 61, Sayı: 4, s. 83-101.

BAŞAK, O. (2003), Sürekli Bakım: "Aile Hekimliği Uygulamasında Ne Yapıyoruz Neler Yapmalıyız?", **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt: 7, Sayı: 3, s. 122-130.

BAŞAK, O. ve Saatçi, E. (1998) "The Developments Of General Practice/Family Medicine", **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, Sayı: 4, s. 126-134.

BAŞAK, O., Saatçi, E. ve Ceyhun, G. (2005), "Akademik Aile Hekimliği ve Gelişme Özellikleri: Türkiye Deneyimi", **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt: 9, Sayı: 4, s. 174-182.

BENTZEN, B. G., Bridges, C., Carmichael, L., Ceitlin, J., Feinbloom, R., Metcalf, D., Whinney, I. M. and Rajakumar, K. (1991), **The Role Of The General Practitioner/Family Physician In Health Care Systems**, A Statement From Wonca.

BİLİR, P. ve Ay, Ü. (2007), " Gençlik Ve Spor Genel Müdürlüğü'nün Örgüt İklimi ve Çalışanların Katılımla İlgili Algılamaları", **Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi**, Cilt: 1, s. 43-50.

BOLAT, O. İ. ve Bolat, T. (2008), "Otel İşletmelerinde Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İlişkisi", **Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 11, Sayı: 19, s. 75-94.

BOLAT, O. İ., Bolat, T. ve Seymen, Ö. A. (2009), "Güçlendirici Lider Davranışları ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişkinin Sosyal Mübadele Kuramından Hareketle İncelenmesi", **Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 12, Sayı: 21, s. 215-239.

BOLAT, T. (2008), **Dönüşümcü Liderlik, Personeli Güçlendirme ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İlişkisi**, Detay Yayıncılık, Ankara.

BOLON, D. S. (1997), "Organizational Citizenship Behavior Among Hospital Employees: A Multidimensional Analysis Involving Job Satisfaction and Organizational Commitment", **Journal of Healthcare Management**, Vol: 42, No: 2, pp. 221-241.

BULUÇ, B. (2008), "Ortaöğretim Okullarında Örgütsel Sağlık İle Örgütsel Vatandaşlık Davranışları Arasındaki İlişki", **Türk Eğitim Bilimleri Dergisi**, Cilt: 6, Sayı: 4, s. 571-602.

BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. (2005), "Anket Geliştirme", **Türkiye Eğitim Bilimleri Dergisi**, Cilt: 3, Sayı: 2, s. 133-151.

CHAHAL, H. and Mehta, S. (2010), "Antecedents and Consequences Of Organisational Citizenship Behaviour (OCB): A Conceptual Framework in Reference to Health Care Sector", **Journal of Services Research**, Vol: 10, No: 2, pp. 25-44.

CHIABURU, D. S. and Lim, A. S. (2008), "Manager Trustworthiness or Interactional Justice? Predicting Organizational Citizenship Behaviors", **Journal of Business Ethics**, Vol: 83, pp. 453-467.

ÇAĞLAYANER, H. ve Saatçi, E. (2008), "Bir mesleğin gelişimi: Genel Tababet - Uzmanlık - Aile Hekimliği", **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt: 12, Sayı: 2, s. 95-103.

ÇARIKÇI, İ., Kanten, S. ve Kanten, P. (2010), "Kişilik, Duygusal Zeka Ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışları Arasındaki İlişkileri Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma", **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 1, Sayı: 11, s. 41-65.

ÇELİK, M. (2007), **Örgüt Kültürü Ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Bir Uygulama**, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Doktora tezi, Erzurum.

ÇELİKKOL, İ. (2008), **Tsk Personeli Ve Ailelerinin Aile Hekimliğine Bakışı**, Tıpta Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.

ÇETİN, F. ve Fıkrıkoca, A. (2010), "Rol Ötesi Olumlu Davranışlar Kişisel Ve Tutumsal Faktörlerle Öngörülebilir Mi?", **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 65, Sayı: 4, s. 41-66.

ÇETİN, M. Ö. (2004), **Örgütsel Vatandaşlık Davranışı**, 1. Baskı, Nobel basımevi, Ankara.

ÇETİN, M., Yeşilbağ, Y. ve Akdağ, B. (2003), "Öğretmenlerin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı", **M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi**, Sayı: 17, s. 39-54.

DEDE, B. (2009), **Kişilik Özelliklerinin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerinde Etkileri: Bankalar Örneği**, Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Trabzon.

DEMİRBİLEK, S. (2007), "Bir Sosyal Sorun Olarak Sağlık", **Sosyal Politikalar Dergisi**, Cilt: 2, s. 126-128.

DEMİREL, Y. Ve Özçınar, M. F. (2009), "Örgütsel Vatandaşlık Davranışının İş Tatmini Üzerine Etkisi: Farklı Sektörlere Yönelik Bir Araştırma", **İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt: 23, Sayı: 1, s. 129-145.

DEMİREL, Y., Seçkin, Z. Ve Özçınar, M. F. (2011), "Örgütsel İletişim İle Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma", **Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 20, Sayı: 2, s. 33-48.

DİKİCİ, M. F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, S. ve Yarış, F. (2006), "Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi", **Türkiye Klinikleri J Med. Sci.**, Sayı: 27, s. 412-418.

DÖNDER, H. H. (2006), **Öğretmenlerin Örgütsel Vatandaşlık Davranışları ve Bürokrasi**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyonkarahisar.

WHO Avrupa Bölge Ofisi, (1995), "Avrupa'da Genel Pratisyenlik/ Aile Hekimliği Rehberi", **Tartışma Dokümanı**.

EREN, E. (2006), **Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi**, Yayın: 1433, Baskı: 9, Beta Yayınları, İstanbul.

ERTÜRK, M. (2009), **İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon**, Yayın: 2118, 4. Baskı, Beta yayınları, İstanbul.

FARAHBOD, F., Azadehdel, M., Rezaei-Dizgah, M. and Nezhadi-Jirdehi, M. (2012), "Organizational Citizenship Behavior: The Role of Organizational Justice and Leader-Member Exchange", **Interdisciplinary Journal Of Contemporary Research in Business**, Vol: 3, No: 9, pp. 1-19.

FARH, J. L., Zhong, C. B. and Organ, D. W. (2004), "Organizational Citizenship Behavior in The People's Republic of China", **Organization Science**, Vol: 15, No: 2, pp. 241-253.

FINDIKÇI, İ. (2009), **Bir Gönül Yolculuğu Hizmetkar Liderlik**, 2. Baskı, Alfa Yayınları, İstanbul.

FİŞEK, N. (1985), **Halk Sağlığına Giriş**. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, Ankara.

FOLGER, R. Ve Cropanzano, R. (1998), **Organizational Justice and Human Resource Management**, Foundations for Organizational Science-Sage Publications, United States Of America.

GEÇER, H. (2008), **Bir Üniversite Hastanesindeki Hemşirelerin Örgütsel Vatandaşlık Davranış Düzeylerinin Belirlenmesi**, T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

GREGORY, S. (2009), "General Practice in England: An Overview", <http://www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=8455>, 20.06.2012.

GUTIERREZ, C. and Scheid, P. (19??), "The History of Family Medicine and Its Impact in US Health Care Delivery" University of California San Diego, <http://www.aafpfoundation.org/online/etc/medialib/found/documents/programs/chfm/foundationgutierrezpaper.Par.0001.File.tmp/foundation-gutierrezpaper.pdf>, 27.05.2012.

GÜLER, B. (2009), **Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ve Örgüt İçi Çatışma Arasındaki İlişki: Sağlık Sektörü Uygulaması**, Marmara

Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

GÜRBÜZ, S. Ve Yüksel, M. (2008), "Çalışma Ortamında Duygusal Zeka: İş Performansı, İş Tatmini, Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ve Bazı Demografik Özelliklerle İlişkisi", **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, Cilt: 9, Sayı: 2, s. 174-190.

GÜVEN, M. (2006), **Örgütsel Bağlılık Ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki**, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Uluslararası Kalite Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.

HACKMAN, J. R. and Oldham, G. R. (1976), "Motivation Through The Design Of Work: Test Of A Theory", **Organizational Behavior and Human Performance**, Vol: 16, pp. 250-279.

HERZBERG, F. (2003), "One More Time: How Do You Motivate Employees?", **Harvard Business Review**, pp. 87-90.

HEYRMAN, J. (2005), "EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT", **Leuven**, pp. 6-8.

[http://en.wikipedia.org/wiki/Civic\\_virtue\\_\(organizational\\_citizenship\\_behavior\\_dimension\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Civic_virtue_(organizational_citizenship_behavior_dimension)), 20.05.2012.

[http://hpm.org/en/Surveys/University\\_of\\_Southern\\_Denmark\\_-\\_Denmark/11/Modernisation\\_of\\_general\\_practice\\_in\\_Denmark.html#inhalt-](http://hpm.org/en/Surveys/University_of_Southern_Denmark_-_Denmark/11/Modernisation_of_general_practice_in_Denmark.html#inhalt-), 19.06.2012.

<http://tez2.yok.gov.tr/>, 23.05.2012.

[http://www.ailehekimleri.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3663:ngilterede-aile-hekimlii&Itemid=424](http://www.ailehekimleri.net/index.php?option=com_content&view=article&id=3663:ngilterede-aile-hekimlii&Itemid=424), 19.06.2012.

<http://www.uemo.eu/gp-in-europe/86-portugal.html>, 19.06.2012.

<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr>, 14.05.12.



HUANG, M. C., Liu, T. C. (2005), "The impact of external environment and self-serving motivation on physician's organizational citizenship behaviors", **Journal of Behavioral Studies in Business**, pp. 1-10.

HUSEMAN, R. C., Hatfield, J. D. Ve Miles, E. W. (1987), (Adams'tan aktaran), "A New Perspective on Equity Theory: The Equity Sensitivity Construct", **The Academy of Management Review**, Vol. 12, No. 2, pp. 222-234.

İŞBAŞI, J. Ö. (2000), "**Çalışanların Yöneticilerine Duydukları Güvenin ve Örgütsel Adalete İlişkin Algılamalarının Örgütsel Vatandaşlık Davranışının Oluşumundaki Rolü: Bir Turizm Örgütünde Uygulama**", Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

KARABEY, C. N. ve İşcan, Ö. F. (2007), "Örgütsel Özdeşleşme, Örgütsel İmaj ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İlişkisi: Bir Uygulama", **İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt: 21, Sayı: 2, s. 231-241.

KARADAĞ, E. ve Mutağçılar, I. (2009), "Prososyal Davranış Ekseninde Özgecilik Üzerine Bir Çözümleme", **Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı: 8, s. 41-69.

KARADAĞ, Z. (2007), **Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi**, T.C. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara.

KARAMAN, K., Yücel, C. Ve Dönder, H. (2008), "Öğretmen Görüşlerine Göre, Okullardaki Bürokrasi ile Örgütsel Vatandaşlık Arasındaki İlişki", **Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi**, Sayı: 53, s. 49-74.

KARTAL, Ş. (2010), "Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları", [http://www.birincibasamak.com/basamak/index.php?option=com\\_zoo&view=category&Itemid=86](http://www.birincibasamak.com/basamak/index.php?option=com_zoo&view=category&Itemid=86), 12.05.2012.

KELDBARI, S. B. H. R. R. ve Alipour, H. R. (2011), "Organizational Citizenship Behavior And Employees Social Capital Case Study Rasht

Hospitals”, **Australian Journal of Basic and Applied Sciences**, Vol: 5, No: 8, pp. 1185-1193.

KILIÇ, S. (2006), **Performans Değerleme Sistemi ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Projesi**, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Kocaeli.

KOÇAK, O. Ve Tiryaki, D. (2011), “Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği”, **İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Yıl: 10, Sayı: 19, s. 51-84.

KORUKLUOĞLU, S. (2005), “Her Aileye Hekim”, **SB Diyalog**, Ankara, Sayı: 9, s. 10-23.

KÖSE, S., Kartal, B. Ve Kayalı, N. (2003), “Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Tutuma İlişkin Faktörlerle İlişkisi Üzerine Bir Araştırma”, **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Sayı: 20, s. 1-19.

KURU, Y. (19??), **Alternatif Aile Hekimliği**, Türkiye Enformasyon Bürosu Yayınları.

LEOPANDO, Z.E. (2010), “Fourth Wes Fabb Oration Diversity of Primary Care in Asia Pacific: Pathways to Convergence”, **Asia Pacific Family Medicine**, Vol: 9, No: 7, pp. 1-18.

LEVENTHAL, G. S. (1977), “What Should Be Done with Equity Theory? New Approaches to the Study of Fairness in Social Relationships”, Editor: Gergen K.J. and others, **Social Exchange Theory**, John Wiley, pp. 1-52.

MCWHINNEY, Ian R. (1997). **A Textbook of Family Medicine**. Oxford University Press. pp. 13-14.

MEYER, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L. and Topolnytsky, L. (2002), “Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: A Meta-analysis Of Antecedents, Correlates, And Consequences”, **Journal of Vocational Behavior**, Vol: 61, pp. 20-52.

MOORMAN, H. R., Niehoff, B. P. and Organ, D. W. (1993), "Treating Employees Fairly and Organizational Citizenship Behavior: Sorting The Effects Of Job Satisfaction, Organizational Commitment and Procedural Justice", Job Attitudes and OCB, <http://cobacourses.creighton.edu/rmoorman/pdf/Treating%20Employees%20Fairly.pdf>, 12.05.2012.

NIEHOFF, B. P. (2000), "A Motive-Based View of Organizational Citizenship Behaviors: Applying an Old Lens to a New Class of Organizational Behaviors", Mid-West Academy of Management Conference, Chicago.

NICHOLSON, C., Jackson, C. L., Marley, J. E. and Wells, R. (2012), "The Australian Experiment: How Primary Health Care Organizations Supported the Evolution of a Primary Health Care System" **J Am Board Family Medicine**, Vol: 25, pp. 18-26.

O'REILLY, C. (1989), "Corporations, Culture, and Commitment: Motivation and Social Control in Organizations", **California Management Review**, pp. 9-25.

Organ, D. W. (1988), **Organizational Citizenship Behavior: The Good Soldier Syndrome**, Lexington, MA: Lexington Books.

ORGAN, D. W. (1990), "The Motivational Basis of Organizational Citizenship Behavior", **Research in Organizational Behavior**, Vol: 12, pp. 43-72.

ORGAN, D. W. (1997), "Organizational Citizenship Behavior: It's Construct Clean-Up Time", **Human Performance**, Vol: 10, No: 2, pp. 85-97.

ORGAN, D. W. (2005), "OCB In The Context of Organization Theory", [http://www.sagepub.com/upm-data/5862\\_Chapter\\_3\\_Organ\\_I\\_Proof\\_2.pdf](http://www.sagepub.com/upm-data/5862_Chapter_3_Organ_I_Proof_2.pdf), 22.05.2012.

ORGAN, D. W. (2005), "The Impact of Leadership and Work Environments on OCB", [http://www.sagepub.com/upm-data/5861\\_Chapter\\_5\\_Organ\\_I\\_Proof\\_3.pdf](http://www.sagepub.com/upm-data/5861_Chapter_5_Organ_I_Proof_3.pdf), 15.05.2012.

ORTIZ, L. (1999), "A Comprehensive Literature Review of Organizational Justice and Organizational Citizenship Behavior: Is There A Connection to

International Business and Cross-Cultural Research?”, <http://www.sbaer.uca.edu/research/sribr/1999/22.pdf>, 25.05.2012.

ÖCEK, Z. A., Çiçeklioğlu, M. ve Türk, M. (2006), “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapıtutuculuk Nedir? Türkiye’de Uygulanabilir mi?”, **Sted**, Cilt: 15, Sayı: 8, s. 144.

ÖZDEVECİOĞLU, M. (2003), (Greenberg ve Baron’dan aktaran) “Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İle Üniversite Öğrencilerinin Bazı Demografik Özellikleri ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişkilerin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma”, **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Sayı: 20, s. 117-135.

ÖZTEK, Z. (2006), “Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği”, **Toplum Hekimliği Bülteni**, Cilt: 25, Sayı: 2, s. 1-17.

PALA, K. (2007), “Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?”, <http://www.turkacil.net/wp-content/uploads/2011/08/turkiyeicinsaglikplatformu.pdf>., 18.06.2012.

PAYCI, S. Ö. ve Ünlüoğlu, İ. (2004), “Dünya ve Türkiye’de Aile Hekimliği”, TC. Sağlık Bakanlığı, **Aile Doktorları İçin Kurs Notları**, 1. Baskı.

PEDERSEN, K. M., Andersen, J. S. and Sondergaard, J. (2012), “General Practice and Primary Care in Denmark”, **J Am Board Family Medicine**, Vol: 2, pp. 534–S38.

PODSAKOFF, P. M., MacKenzie, S. B., Paine, J. B. ve Bachrach, D. G. (2000), “Organizational Citizenship Behaviors: A Critical Review of the Theoretical and Empirical Literature and Suggestions for Future Research”, **Journal of Management**, Vol: 26, No: 3, pp. 513-563.

POLAT, S. Ve Ceep, C. (2008), “Ortaöğretim Öğretmenlerinin Örgütsel Adalet, Örgütsel Güven, Örgütsel Vatandaşlık Davranışlarına İlişkin Algıları”, **Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi**, Sayı: 54, s. 307-331.

POYRAZ, K., Kara, H. ve Çetin, S. A. (2009), “Örgütsel Adalet Algılamalarının Örgütsel Vatandaşlık Davranışlarına Etkisine Yönelik Bir

Araştırma”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 1, Sayı: 9, s. 71-91.

ROLAND, M., Guthrie, B. and Thome, D. C. (2012), “Primary Medical Care in the United Kingdom”, **JABFM**, Vol. 25, pp. 6-11.

ROSE, C. (2001), “Health Promotion in Primary Health Care: General Practice”, <http://www.univie.ac.at/phc/pics/docs/doc95.pdf>, 13.06.2012.

SAATÇI, E., Bozdemir, N. ve Akpınar, E. (2006), “Amerika Birleşik Devletlerinde Aile Hekimliği”, **Türk Aile Hekimliği Dergisi**; Cilt: 10, Sayı: 2, s. 79-86.

SAMANCI, G. (2007), **Örgütsel Güven Ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı**, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sınıf Öğretmenliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar.

SANDHOLZER, H. ve Yaman, H. (2006), “Almanya'daki Aile Hekimliği Uygulamaları”, **Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt: 1, Sayı: 2, s. 32-33.

SARAN, U. (2007), “Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri”, **Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt: 1, Sayı: 4, s. 10-15.

SINGH, A. K. Ve Singh, A. P. (2008), “Personal Outcomes of Organisational Citizenship Behaviour”, **ASBM Journal Of Management**, Vol: 1, No: 1, pp. 47-56.

SMITH, Adrian E. (2009), “A final g'day to English general practice”, **Br J Gen Pract.**, Vol: 59, No: 565, pp. 618-620.

SMITH, C. A., Organ, D. W. and Near, J. P. (1983), “Organizational Citizenship Behavior: Its Nature and Antecedents”, **Journal of Applied Psychology**, Vol: 68, pp. 655- 663.

SÖKMEN, A. Ve Boylu, Y. (2011), “ Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Cinsiyete Göre Farklılık Gösterir mi? Otel İşletmeleri Açısından Bir Değerlendirme”, **Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt: 10, Sayı: 1, s.147-163.

SÖYLEYİCİ, T. (2010), **Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması**, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Denizli.

SPEKTOR, P. E. Ve 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**, Vol: 12, pp. 269-292.

SPITZMULLER , M., Dyne, L. V. and Ilies, R. (2008), "Organizational Citizenship Behavior: A Review and Extension of its Nomological Network", **Organizational Behavior (Handbook)**, pp. 106-123.

ŞAHİN, Ö. Ö. ve Şahin, M. E. (2003), "Aile Hekimliğinin Toplumda Tanınma Durumu", **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt: 7, Sayı: 1, s. 13-36.

ŞENER, T. (2010), **Hastanelerde Örgütsel Vatandaşlık Davranışı: Bir Alan Araştırması**, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara.

TAŞÇI, D. ve Koç, U. (2007), "Örgütsel Vatandaşlık Davranışı - Örgütsel Öğrenme Değerleri İlişkisi: Akademisyenler Üzerinde Görgül Bir Araştırma", **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt: 7, Sayı: 2, s. 373-382.

TEKİN, N., Başak, O. ve Yıldırım, A. (2010), "Türkiye'de aile hekimliğinin kökenleri ve gelişimi: Yarım yüzyıllık bir hekim deneyimi", **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt: 14, Sayı: 1, s. 13-21.

TENGİLİMOĞLU, D. ve Yiğit, A. (2005), "Hastanelerde Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt: 8, Sayı: 3, s. 374-400.

TİTREK, O., Bayrakçı, M. ve Zafer, D. (2009), "Öğretmenlerinin Örgütsel Vatandaşlık Davranışlarına İlişkin Görüşleri", **Akademik Bakış**, Sayı: 17, s. 1-28.

TRUMBLE, S. (2003), "Changes to Training for General Practice in Australia", **Asia Pacific Family Medicine**, Vol: 2, pp. 171-174.

Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği (TAHUD) (2006), "Aile Hekimliği Anabilim Dallarının Temel Tıp Eğitime Katkısı", **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt: 10, Sayı: 1, s. 39-40.

UĞURLU M., Kasım İ., Korukluoğlu S., Üstü Y. ve Doğusan A.R. (2004). Aile Doktorluğunda Özlük Haklar, **Aile Doktorları İçin Kurs Notları**, T.C. Sağlık Bakanlığı, s. 210-214.

ULUKAN, C. (2005), "Girişimcilerin ve Profesyonel Yöneticilerin Kurumsallaşma Perspektifi", **Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt: 2, s. 29-42.

UZUNER, A., Topsever, P., Ünlüoğlu, İ., Caylan, A., Dağdeviren, N., Uncu, Y., Mazıcıoğlu, M., Özçakır, A., Özdemir, H. ve Ersoy, F. (2010), Residents' Views about Family Medicine Specialty Education in TURKEY, **BMC Medical Education**, Vol: 10, No: 29, pp. 1-10.

ÜNALAN, P. (2004), "Aile Hekimliğinin Tanımı ve Temel İlkeleri", TC. Sağlık Bakanlığı, **Aile Doktorları İçin Kurs Notları**, 1. Baskı, s. 11-17.

ÜNALAN, P. C. ve Uzuner, A. (2005), "Türkiye'de Aile Hekimliğinin Geleceğine Yönelik Planlar", **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt:9, Sayı: 1, s. 37-40.

ÜNLÜOĞLU, İ. ve Ünalacak M. (2008), "Türkiye'de Aile Hekimliği Disiplininin Hızlı Gelişen Yönü: Akademik Yapılanmanın 15. Yılında Kadronun Gelişimi ve Yaşanan Bazı Sorunlar", **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi**, Cilt: 12, Sayı: 3, s. 163-166.

VILLANUEVA, T. (2009), "Family Medicine, The Specialty of The Future: The Portuguese Situation Within The European Context", **International Archives of Medicine**, Vol: 2, No: 36, s. 1-3.

Wonca Europe (2005), The European Definition of General Practice/ Family Medicine, <http://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CFMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.woncae>

urope.org%2FWeb%2520documents%2FEuropean%2520Definition%2520of  
%2520family%2520medicine%2FDefinition%25202nd%2520ed%25202005  
.pdf&ei=0znPT4fuGMjssga5kLGeCw&usg=AFQjCNGB-  
nEpMoHp4WEDTST8b4T3ZfkhoA&sig2=Dt3lZsRM7IEFtKUihuBrBw,  
15.05.2012.

YAZICIOĞLU, İ. Ve Topaloğlu, I. G. (2009), "Örgütsel Adalet ve Bağlılık İlişkisi: Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama", **İşletme Araştırmaları Dergisi**, Cilt: 1, Sayı: 1 s. 3-16

YEŞİLTAS, M. ve Keleş, Y. (2009), "İş Görenlerin Eğitim Düzeyleri ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma", **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 11, Sayı: 2, s. 17-40.

YILMAZ, K. (2010), "Kamu Ortaöğretim Okulu Öğretmenlerinin Örgütsel Vatandaşlık Davranışları İle İlgili Görüşleri", **OMÜ Eğitim Fakültesi Dergisi**, Cilt: 29, Sayı: 1, s.1-16.

YUNUS, N. H., Ishak, N. A., Mustapha, R. M. R. ve Othman, A. K. (2010), "Displaying Employees' Organisational Citizenship Behaviour at The Workplace: The Impact Of Superior's Emotional Intelligence and Moderating Impact of Leader - Member Exchange", **The Journal of Business Perspective**, Vol: 14, pp. 13-23.

YÜCEL, C. ve Kaynak, S. (2008), "Öğretmenlerin Kişilik Özellikleri Ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı", **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 20, s. 685-706

YÜCEL, C. ve Samancı (Kalaycı), G. (2009), "Örgütsel Güven ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı", **Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt: 19, Sayı: 1, s. 113-132.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1047.html> -10.05.2012.



## **EKLER**

### **EK 1: ÖRGÜTSEL VATANDAŞLIK DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ**

#### **Sayın Katılımcı,**

Bu anket çalışması "Örgütsel Vatandaşlık Davranışının Aile Hekimliği Uygulamaları Açısından Önemi" başlıklı Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümü yüksek lisans tezi kapsamında yapılmaktadır. Sizin sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olduğunuza inanıyoruz. Bu nedenle sağlık hizmetleri kalitesini artırmak için sizin görüşlerinizi almak istiyoruz.

Ankette, görüş ve düşünceleriniz toplu olarak analiz edilecektir. Ankette hiçbir şekilde isminiz ve adresiniz sorulmayacak vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve elde edilecek veriler sadece akademik çalışmalarımızda kullanılacak ve veriler toplu olarak yorumlanacaktır. Bu araştırma, kurum adına yapılmamaktadır. Düşüncelerinizi rahatlıkla ifade edebilirsiniz. Soruların tamamını cevaplamanız çalışmanın bütünlüğü açısından önemlidir.

Katkılarınızı bekler, saygılarımı sunarım.

Arş. Gör. Yasemin ÇÖLGEÇEN

#### **I.BÖLÜM**

##### **1) Cinsiyetiniz**

Kadın  Erkek

##### **2) Yaşınız**

25-30  31-35  36-40  41-45  46-50

50 ve üzeri

##### **3) Medeni Durumunuz**

Evli  Bekar

##### **4) Tıpta uzmanlık eğitimi aldınız mı?**

Evet  Hayır

**5) Toplam Çalışma Süreniz**

1-5 yıl  6-10 yıl  11-15 yıl  16-20 yıl  21 yıl ve üzeri

**6) Aile Hekimi Olarak Çalışma Süreniz**

1-yıl  2 yıl  3 yıl  4 yıl  5 ve üzeri

**7) Aylık Geliriniz**

1.500-2.499  2.500-3.499  3.500-4.499  4.500-5.499

5.500-6.499  6.500-7.499  7.500 ve üzeri

**8) Sorumlu olduğunuz hasta sayısı**

1000-2000  2000-3000  3000-4000  4000 ve üzeri

**9) Günlük baktığınız ortalama hasta sayısı**

20 ve altı  21-40  41-60  61-80  81 ve üzeri

**10) Aylık gezici hizmet saatleriniz**

20 ve altı  21-40  41-60  61-80  81 ve üzeri

Hiç yok

## BÖLÜM II

	Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı gösteren seçeneği (x) işaretleyiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Yorucu bir iş yaparken veya özel bir sorunum varken dahi iş arkadaşlarıma ve hastalarımın içten ilgi ve nezaket gösteririm.					
2	Genellikle işlerim ile ilgili problemlerden yakınmam.					
3	Ciddi sonuçlar doğurabilecek konularda diğerleri benimle aynı düşüncede olmasa bile fikirlerimi dürüstçe ifade ederim.					
4	Yaptığım işlere başkalarının kontrolüne gerek duyulmayacak ölçüde özen gösteririm.					
5	İş arkadaşlarıma işlerini yaparken yeni ve daha etkin yöntemler denemeleri konusunda cesaretlendiririm.					
6	İşimi yapabilmem için gerekli olanaklara sahip olamamaktan dolayı şikayet ettiğim olur.					
7	İşi ile ilgili önemli bir adım atmadan önce ilgili kişileri mutlaka bilgilendiririm.					
8	İşe zamanında gelirim.					
9	Olaylara olumlu bakarım.					
10	Görevlerimi hatasız yaparım.					
11	Kurum hakkında yapılan eleştirilerde kurumumu savunurum.					
12	Kurumumu dışarıda gururla temsil ederim.					
13	Birlikte yapılan işleri nasıl geliştirebileceğime ilişkin önerilerini almak için iş arkadaşlarımla sürekli iletişim kurarım.					
14	Fikirlerini beyan etme konusunda çekingen davranan arkadaşlarıma konuşmaları için cesaretlendiririm.					
15	Herhangi bir karar alırken bu karardan etkileneceği düşünülen herkesin fikrini alırım ve danışırım.					
16	Çay, kahve ve yemek aralarını uzatmam.					

	Lütfen aşağıdaki ifadelere ne ölçüde katıldığınızı gösteren seçeneği (x) işaretleyiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
17	İş arkadaşlarım izne ayrıldıklarında onların yerini alacak şekilde kendi iş programlarımı düzenlerim.					
18	Kurumdaki değişimleri izler ve diğerlerinin değişimi kabul etmesinde aktif rol oynarım.					
19	İş arkadaşlarımla haklarını yemem.					
20	İşe gelmemek konusunda geçerli sebeplerim olduğu günlerde bile devamsızlık yapmam.					
21	Kurumuma yeni katılan personelin işine intibakı konusunda yardımcı olurum.					
22	Görevim ile ilgili toplantılarda düzenli olarak yer alırım ve tartışmalara aktif olarak katılırım.					
23	Herhangi bir sebeple işinin başında olamayan arkadaşlarımla görevlerini gönüllü olarak yaparım.					
24	İşlerimi zamanında tamamlayamam.					
25	Hiçbir karşılık gözetmeden işlerini yetiştiremeyen arkadaşlarıma yardım ederim.					
26	Hastalara sağlık durumları ile ilgili gerekli bilgilendirmeyi ayrıntılı olarak yaparım.					
27	Bilgi ve becerilerimi sürekli olarak güncel tutmaya çalışırım.					
28	Kurumda alınan kararlarda etkin olduğumu düşünüyorum.					

## **ÖZGEÇMİŞ**

Yasemin ÇÖLGEÇEN, 2008 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. 2010 yılında Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tıbbi Biyoloji ve Genetik Yüksek Lisans derecesini tamamladı. 2010 yılında Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Yüksek Lisansına başladı. Halen yüksek lisansına devam etmektedir. 2010 yılından bu yana Yalova Üniversitesinde İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.