

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ KAPSAMINDA
YAPILAN UYGULAMALARIN ÇALIŞAN
MEMNUNİYETİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ
(AYVALIK DEVLET HASTANESİ VE EDREMIT
DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ)**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Yeşim ÜNEŞ**

İSTANBUL, 2013

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ KAPSAMINDA
YAPILAN UYGULAMALARIN ÇALIŞAN
MEMNUNİYETİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ
(AYVALIK DEVLET HASTANESİ VE EDREMİT
DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ)**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Yeşim ÜNEŞ

Öğrenci No:

110786004

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Talat FİRLAR

İSTANBUL, 2013

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak “Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Yapılan Uygulamaların Çalışan Memnuniyeti Üzerindeki Etkisi (Ayvalık Devlet Hastanesi ve Edremit Devlet Hastanesi Örneği)” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun bir şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 23/07/2013

İmza

Yeşim ÜNEŞ



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

20.08.2017

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi(Uzaktan Eğitim)* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **110786004** numaralı **Yeşim ÜNEŞ'in** "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ KAPSAMINA YAPILAN UYGULAMALARIN ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 06.08.2013 tarih ve 2013/24 sayılı toplantısında seçilen ve Ayazağa Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (45) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *ayçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
YRD.DOÇ.DR.TALAT FIRLAR


ÜYE
PROF.DR.MEHMET FİKRET GEZGİN


ÜYE
YRD. DOÇ. DR. ERKUT ALTINDAĞ

Adı ve Soyadı :Yeşim ÜNEŞ
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Talat FIRLAR
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2013
Alanı : İşletme
Anahtar Kelimeler : Sağlık Hizmetleri, Sağlıkta Dönüşüm Projesi,
Çalışan Memnuniyeti

ÖZ

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ KAPSAMINDA YAPILAN UYGULAMALARIN ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ(AYVALIK DEVLET HASTANESİ VE EDREMIT DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ)

Bu araştırmanın amacı; hastane çalışanlarının, sağlıkta dönüşüm projesi sonrası yapılan uygulamalara ve dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin memnuniyetleri üzerindeki etkileri belirlemektir. Ayrıca hastane çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre, sağlıkta dönüşüm projesi sonrası yapılan uygulamalara, dönüşüme yönelik verilen hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin ve memnuniyet düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığını da incelemektir. Amaç doğrultusunda hazırlanan anket formu; 2012 yılı Aralık ayında, Ayvalık Devlet Hastanesi ve Edremit Devlet Hastanesinde görev yapan 260 hastane çalışanına uygulanmıştır.

Anketlerden elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 17.0 istatistik programı aracılığıyla çözümlenmiştir. Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde istatistiklerinden, sağlıkta dönüşüm projesi sonrası yapılan uygulamalara ve dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin ve memnuniyet düzeylerinin belirlenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Çalışanların tanımlayıcı özelliklerine göre sağlıkta dönüşüm projesi sonrası yapılan uygulamalara, dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin ve memnuniyet düzeylerinin farklılaşmasının incelenmesinde t testi, tek yönlü Anova ve Tukey testlerinden faydalanılmıştır. Çalışanların sağlıkta dönüşüm projesi sonrası yapılan uygulamalara ve dönüşüme

yönelik hizmetiçi eğitim ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Korelasyon analizinden, sağlıkta dönüşüm projesi sonrası yapılan uygulamalara ve dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin, memnuniyet düzeyleri üzerindeki etkilerinin incelenmesinde ise Regrasyon analizinden faydalanılmıştır.

Araştırma sonucunda; hastane çalışanlarının SDP sonrası yapılan uygulamalara ve dönüşüme yönelik verilen hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin içsel tatmin, dışsal tatmin ve genel tatmin düzeylerini pozitif olarak etkilediği belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile SDP sonrası yapılan uygulamalara ve dönüşüme yönelik verilen hizmetiçi eğitimler, çalışanların memnuniyet düzeylerini artırmıştır. Araştırmada ayrıca çalışanların tanımlayıcı özelliklerine göre, dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinde farklılaşmalar olduğu, sağlıkta dönüşüm projesi sonrası yapılan uygulamalara ve memnuniyet düzeylerinin ise tanımlayıcı özelliklerine göre farklılaşmadığı belirlenmiştir.

Name and Surname : Yeşim ÜNEŞ
Supervisor : Yrd. Doç. Dr. Talat FİRLAR
Degree and Date : Master, 2013
Major : Economics
Key Words : Health Services, Health Transformation Project,
Employee Satisfaction

ABSTRACT

HEALTH TRANSFORMATION PROJECT IMPACT ON EMPLOYEE SATISFACTION WITH APPLICATIONS(AYVALIK STATE HOSPİTAL AND EDREMIT STATE HOSPİTAL)

The purpose of this study, hospital staff, health transformation project ideas about the post-service training for the transformation of practices and to determine their impact on satisfaction. In addition to the peculiarities of the hospital staff, identifying, for health applications made after the conversion project, given to recycling in-service training to examine the opinions and satisfaction level vary. A questionnaire developed for the purpose, in April of 2013, Edremit Ayvalik State Hospital and State Hospital, 260 health care workers who work performed.

The data obtained from the questionnaires were analyzed using SPSS 17.0 statistical software. Descriptive statistics of frequency and percentage of those surveyed to determine the properties, applications made after the conversion project and the transformation of health-service training for the mean and standard deviation for the views and statistics have been used to determine satisfaction levels. According to the descriptive characteristics of the applications made after the employee health transformation project, the transformation-service training for the study of differentiation of the opinions and satisfaction levels of t-test, one-way ANOVA and Tukey tests used. Employee health transformation project with post-service training for the transformation of practices and correlation analysis to examine the relationships between the levels of satisfaction, health-service training for the conversion and transformation of applications made after the project views,

regression analysis, have been used in the study of the effects on levels of satisfaction.

The result of research carried out after the hospital staff, the SDP-service training given to recycling practices and ideas about the intrinsic satisfaction, extrinsic satisfaction and overall satisfaction levels were positively affected. In other words, the SDP applications made after the inservice training and transformation, increased levels of employee satisfaction. The study also descriptive characteristics of employees, according to the observations on the differences in service training for transformation, health, and satisfaction levels of the applications after the conversion project is differentiated according to descriptive characteristics were determined.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	v
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
KISALTMALAR	xi
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ (SDP)

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	3
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	5
1.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Değişim Süreci.....	8
1.3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	9
1.3.1.1. Dr. Refik Saydam Dönemi (1920-1938).....	9
1.3.1.2. 1938-1960 Dönemi	11
1.3.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Dönemi (1960-1980).....	14
1.3.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Reorganizasyon Dönemi (1980-2002)	15
1.3.1.5. 2000’den Bugüne	18
1.4. Sağlıkta Dönüşüm Projesi.....	20
1.4.1. Amaçları.....	20
1.4.2. Temel İlkeleri.....	21
1.4.3. Sağlıkta Dönüşüm Projesi Bileşenleri	22
1.4.3.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı	23
1.4.3.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası	24
1.4.3.3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi	26
1.4.3.4. Bilgi ve Beceriyle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlıkçı İnsan Gücü	29
1.4.3.5. Sistemi Destekleyici Eğitim ve Bilim Kurumları	30
1.4.3.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon... ..	31
1.4.3.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma.....	33
1.4.3.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Ulaşım	35

İKİNCİ BÖLÜM

ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ

2.1. Memnuniyet Kavramı	40
2.2. Çalışan Memnuniyeti Kavramı	41
2.3. Çalışan Memnuniyetinin Önemi	43
2.4. Çalışan Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	45
2.4.1. Bireysel Faktörler.....	46
2.4.1.1. Cinsiyet	46
2.4.1.2. Yaş	47
2.4.1.3. Medeni Durum	47

2.4.1.4. Eğitim Durumu	48
2.4.1.5. İş Deneyimi.....	48
2.4.1.6. Hizmet Süresi.....	49
2.4.1.7. Kişilik Özellikleri	50
2.4.2. Örgütsel Faktörler	51
2.4.2.1. Ücret ve Ödüller.....	51
2.4.2.2. İş Güvenliği.....	52
2.4.2.3. İletişim	53
2.4.2.4. Fiziksel Çalışma Koşulları.....	54
2.4.2.5. Kariyer Olanakları (İlerleme)	55
2.4.2.6. İşin Özelliği.....	56
2.4.2.7. Örgüt Kültürü ve İklimi	57
2.5. Çalışan Memnuniyetsizliğinin Sonuçları	58
2.5.1. Bireysel Sonuçlar	58
2.5.2. Örgütsel Sonuçlar.....	59

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ KAPSAMINDA YAPILAN
UYGULAMALARIN ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ ÜZERİNDEKİ
ETKİSİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

3.1. Araştırmanın Amacı	62
3.2. Araştırmanın Modeli	62
3.3. Evren ve Örneklem	63
3.4. Veri Toplama Araçları	64
3.5. Verilerin Analizi	66
3.6. Araştırmanın Bulguları	66
3.6.1. Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	67
3.6.2. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatminine İlişkin Bulgular	68
SONUÇ	88
ÖNERİLER.....	91
KAYNAKÇA.....	92
ÖZGEÇMİŞ	103
EKLER	103
Ek- 1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu	1044
Ek- 2: Anket İzinleri.....	1088

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1. Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı	67
Tablo 2. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatmini Düzeyleri	68
Tablo 3. Çalışanların Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları	69
Tablo 4. Çalışanların Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları	71
Tablo 5. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatmini Düzeylerinin Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları ..	74
Tablo 6. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatmini Düzeylerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Ortalamaları	76
Tablo 7. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi Ve İş Tatmini Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamaları.....	78
Tablo 8. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatmini Düzeylerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları.....	80
Tablo 9. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatmini Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları ...	81
Tablo 10. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatmini Düzeylerinin Çalıştığı Yere Göre Ortalamaları	82
Tablo 11. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatmini Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Analizi	83
Tablo 12. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim ve Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisinin İçsel Tatmin Üzerine Etkisini Belirlemek Üzere Regresyon Analizi.....	84
Tablo 13. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim ve Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisinin Dışsal Tatmin Üzerine Etkisini Belirlemek Üzere Regresyon Analizi.....	85
Tablo 14. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim ve Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisinin Genel Tatmin Üzerine Etkisini Belirlemek Üzere Regresyon Analizi.....	86

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa No.
Şekil 1. Araştırmanın Modeli	63

KISALTMALAR

Akt	: Aktaran
b.t.	: Belirtilmemiş Tarih
ÇKYS	: Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi
MEGEP	: Meslekî Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi
s.	. Sayfa
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Projesi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Türkiye’de son yıllarda sağlık alanında hızlı bir dönüşümün yaşandığı görülmektedir. Bu dönüşüm Sağlık Bakanlığı’nın 2003 yılında başlattığı sağlıkta dönüşüm projesi (SDP) kapsamında gerçekleşmektedir.

Geçmişten günümüzde Türkiye’de sağlık hizmetleri hep sorunları olan, hep olumsuzlukların yaşandığı, parasını ödeyemediği için hastanede rehin kalmalar, başkalarının sağlık karnesi ile muayene olmalar, ihtiyacının üzerinde ilaçların karneye yazılması vb. durumların medyaya yansıdığı bir alan olmuştur. Yaşanan olumsuzlukların giderilmesi adına sağlık bakanlığı tarafından adına Sağlıkta dönüşüm Projesi adı verilen kapsamlı bir proje hazırlanarak uygulamaya geçirilmiştir. Bu doğrultuda farklı sosyal güvenlik kurumları (Bağkur, SSK, Emekli Sandığı) Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adı altında birleştirilmiş, acil sağlık hizmetleri ve yenidoğan hizmetleri, kanser tedavisi, organ nakli vb. hizmetler özel ve kamu hastanelerinde ücretsiz olarak uygulanmaya başlanmıştır. Ayrıca; 2011 yılı sonu itibariyle tüm Türkiye, aile hekimliği sistemine geçirilmiş, 2012 yılı itibariyle de elektronik reçete uygulaması başlatılmıştır. Yaşanan bu dönüşümlere hastane çalışanlarının adapte olabilmeleri için de çalışanlara hizmet içi eğitimler verilmiştir.

Bu doğrultuda bu araştırma; hastane çalışanlarının, sağlıkta dönüşüm projesi sonrası yapılan uygulamalara ve dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin memnuniyetleri üzerindeki etkileri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çünkü kaliteli sağlık hizmetleri ancak çalışanların yaptıkları işleri severek yapmaları ile yani işlerinden memnun olmaları ile gerçekleştirilebilir.

Araştırma üç ana bölüm halinde ele alınmıştır. Birinci bölüm “sağlıkta dönüşüm projesi (SDP)” başlığında olup, bu bölümde öncelikle sağlık hizmetleri tanımlanarak, sınıflandırılmasından bahsedilmiştir. Ardından Türkiye’de sağlık hizmetlerinin değişim süreci, cumhuriyetten itibaren ele alınarak açıklanmaya çalışılmış, sağlıkta dönüşüm projesi üzerinde de ayrıntılı olarak durulmuştur.

Araştırmanın ikinci bölümü “Çalışan Memnuniyeti” başlığındadır. Bu bölümde öncelikle memnuniyet ve çalışan memnuniyeti kavramları açıklanmış, ardından çalışan memnuniyetinin önemi ve memnuniyeti etkileyen faktörler bireysel ve örgütsel faktörler olarak açıklanmıştır. Bu bölümde son olarak çalışan memnuniyetsizliğinin bireysel ve örgütsel sonuçlarından bahsedilmiştir.

Araştırmanın devam eden bölümlerinde, buraya kadar açıklanan teorik bilgileri daha spesifik hale getirmek için, SDP kapsamında yapılan uygulamaların çalışan memnuniyeti üzerindeki etkileri belirlemeye yönelik yapılan çalışmanın yöntemi hakkında bilgilere yer verilerek, elde edilen bulgular tablolar aracılığıyla yorumlanarak sunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ (SDP)

Bu başlık altında sağlık hizmetlerinin tanımından, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasından ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin değişim sürecinden bahsedilerek, sağlıkta dönüşüm projesinin amaçları ve temel ilkeleri açıklanarak, sağlıkta dönüşüm projesi bileşenlerine ilişkin ayrıntılı açıklamalara yer verilmektedir.

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Günümüzde en çok kabul görmüş olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış olan tanımdır. Bu tanıma göre, sağlık; “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik” hali olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımda bedensel ve ruhsal iyilikten daha çok sosyal iyilik haline vurgu yapılmaktadır¹.

İnsanların en büyük hazinesi olan sağlığın elde edilmesi korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya genel olarak sağlık sektörü denilmektedir. Sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler ise sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır².

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise sağlık hizmetlerini, “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir” şeklinde tanımlamaktadır. Kısaca sağlık hizmetlerini, çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisiyle

¹ Recep Akdur, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1999, s.5.

² Filiz Ersöz, *Türkiye İle OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi*, İstatistikçiler Dergisi, Cilt: 2, 2008, s.95.

insanların mevcut sağlıklarının korunması için değişik tip sağlık personeli tarafından yürütölen çabaların tümü olarak da ifade edilebilmektedir³.

Sağlık hizmetleri için genel bir tanım vermek gerekir ise; “sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümüne” birden sağlık hizmetleri denilmektedir⁴.

Sağlık hizmetleri, 5.1.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un 2. maddesine göre; “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan faaliyetler” olarak tanımlanmaktadır. Mutlu ve Iřık⁵, sağlık hizmetlerinin özelliklerinin özelliklerini, aşağıdaki gibi sıralamışlardır;

- **Kamusallık:** Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır, bu tür hizmetler tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlar.
- **Dışsallık:** Sağlık hizmetleri üretim ve/veya tüketim faaliyetleri sonucunda, başka birimlerin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarını olumlu veya olumsuz etkileyebilir.
- **Yararlı Mallar:** Sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu dışsal fayda sağlanır.
- **Devlet Müdahaleleri:** Sağlık hizmetlerinde bu müdahaleler planlama, yatırım, kontrol ve destek şeklindedir.
- **Belirsizlik Altında Seçim:** Hizmet alan kişiler alacağı hizmetin maliyet ve kalitesi hakkında bilgi sahibi değildir veya çok az bilgisi vardır.
- **Asimetrik Bilgilenme:** Hizmet alan taraf (hasta) ve hizmet veren taraf (hekim) arasında bilgi açısından diğer sektörlerle karşılaştırıldığında bilgi açısından büyük fark vardı.
- **Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden Belirlenememesi:** Sağlık hizmetine nerede, ne zaman, kimlerce ve ne kadar ihtiyaç duyulacağı ve bunun ne kadar süreceği çoğu zaman belli değildir.

³ Kerem Karabulut ve şükrü Yapraklı, *Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi - Erzurum’da Bir Uygulama*, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 15, Sayı: 1-2, 2001, s.118-119.

⁴ Akdur, a.g.e., s.5.

⁵ Ayşegöl Mutlu ve Kadir Işık, *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Ekin Kitabevi, Bursa, 2005, s.45.

- **Sağlık Malının Yetersiz Tüketiminin Toplumu da etkilemesi:** Sağlık hizmetinin taşıdığı kamusal ve dışsal özellikleri nedeniyle, yeterince sunulmadığı ya da tüketilmediği takdirde toplumun tümü zarar görmektedir.

Sağlık hizmetinin temel amacı; toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi ve sağlıklılık halinin devamının sağlanması için çaba sarf edilmesi, bireylerin hastalıklardan korunması, hastalananların uygun yöntemler ile tedavi edilmesi ve kimseye bağımlı olmadan kendi kendine yetecek şekilde yaşamlarının sağlanması şeklinde ifade edilmektedir. Tüm bu çabaların sonucunda, bireylerin sağlıklı geçirecekleri ömrün ve üretkenliklerinin uzatılması ve işgücü kayıplarının azaltılması istenmekte, psikolojik olarak kendilerini daha iyi hissetmeleri, yüksek morale sahip olmaları ve sağlıklı bireylerden oluşan toplumun devamlılığı hedeflenmektedir. Belirtilen tüm bu amaçların gerçekleşebilmesi için, sağlık hizmetinin bazı özellikleri taşıması gerekmekte ve bu özellikler de, sağlık hizmetini diğer mal ve hizmetlerden ayıran temel özellikler olarak kabul edilmektedir⁶.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri bugünkü anlayışa göre koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olmak üzere üç grupta ele alınmaktadır. Diğer bir ifadeyle, sağlıkçılar öncelikle, sağlıklı insanı hep sağlıklı olarak yaşatmak ister ve bunun gereklerini yerine getirmeye çalışırlar⁷.

Koruyucu hizmetler, kişiye yönelik yani yalnızca bireyin sağlığına gelecek tehlikeleri önleme çabaları ya da çevreye yönelik yani bir grup insanı ya da toplumun tamamını kapsayacak genişlikte önleme çabaları şeklindedir⁸. Koruyucu sağlık hizmetleri, kişinin çevresini olumlu hale getirmek amacıyla gerçekleştirilen çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve kişinin sağlığını korumak ve geliştirmek

⁶ Sinem Somunoğlu, Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi, *Sağlık Kurumları Yönetimi-I*. (Ed: Mehtap Tatar), Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir, 2012, s.10.

⁷ MEGEP, *Tıbbi Terminoloji (Tedavi Hizmetleri)*, T.C.Millî Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2008, s.62.

⁸ MEGEP, *Tıbbi Terminoloji (Tedavi Hizmetleri)*, T.C.Millî Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2008, s.62.

amacıyla doğrudan kişiye yönelik olarak yapılan, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere iki başlık altında incelenebilmektedir⁹.

- *Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:* İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çabalarının tümü bu başlık altında toplanmaktadır. Başka bir ifade ile çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ekonomik, sosyolojik, biyolojik ve fiziksel çevre koşullarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılmasına yönelik girişimlerin tümüdür. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri, bu konuda özel eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen ve benzeri meslek mensupları tarafından yürütülür.
- *Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:* Kişileri dolayısı ile de toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tanı konularak, yıkımsız veya en az yıkımla tedavi etmeyi amaçlayan hizmetler bu grup altında toplanmaktadır. Bu gruptaki hizmetlerin başlıcaları¹⁰;
 - Erken tam ve uygun tedavi,
 - Aşılama,
 - İlaçla koruma (kemoprofilaksi),
 - Beslenmenin iyileştirilmesi,
 - Sağlık eğitimi,
 - Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması,
 - Kişisel hijyen.

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Tedavi edici hizmetler denince, sağlığı şu ya da bu şekilde zarara uğramış insanları tekrar sağlıklı duruma getirmek için ortaya konan bütün çalışmalar anlaşılmaktadır¹¹. Tedavi edici sağlık hizmetleri, üç basamakta ele alınır. Bunlar; birinci basamak, ikinci basamak, üçüncü basamak olarak adlandırılır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin basamaklar hâlinde ele

⁹ Dilaver Tengilimoğlu, Oğuz Işık ve Mahmut Akbolat, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, (5. Baskı), Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2012, s.79-80.

¹⁰ Tengilimoğlu ve diğerleri, a.g.e., s.81

¹¹ MEGEP, a.g.e., s.62.

alınmasının temel nedeni, bu basamaklar arasında bir hasta sevk zincirinin gerekliliğinin vurgulanmak istenmesidir¹².

- Birinci basamak sağlık hizmetleri: Hastaların tedavilerinin evde ve ayakta yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Bu kuruluşlar genelde yataksızdır. Sağlık ocakları, Verem Savaş Dispanserleri, AÇSAPM (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri) birinci basamak tedavi edici sağlık kuruluşlarına örnektir.
- İkinci basamak sağlık hizmetleri Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Bunlar, 50–100 yataklı ve 3–4 uzman hekimin çalıştığı hastaneler olabileceği gibi tam teşekküllü hastaneler de olabilir.
- Üçüncü basamak sağlık hizmetleri: Özel dal hastaneleridir. Kanser hastaneleri, sanatoryumlar, ruh sağlığı hastaneleri ve üniversite hastaneleri gibi.

Rehabilitasyon Hizmetleri: Rehabilitasyon hizmetleri; hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir. Rehabilitasyon hizmetleri, yataklı veya yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından sağlanmaktadır. Yataklı tedavi kurumları İşletme Yönetmeliğinde, rehabilitasyon merkezleri; organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonunu uygulayan yataklı kurum veya servisler olarak tanımlanmaktadır¹³. Geçirmiş oldukları hastalık veya kazalara bağlı olarak işgücünü kısmen ve tamamen kaybeden insanların tıbbi ve sosyal rehabilitasyonu söz konusudur¹⁴;

¹² MEGEP, *Sağlık Kurumları ve Personel Yönetimi*, T.C.Millî Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2011, s.30.

¹³ MEGEP, *Tıbbi Terminoloji (Tedavi Hizmetleri)*, T.C.Millî Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2008, s.70.

¹⁴ Metin Ateş, *Sağlık Sistemleri*, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, 2011, s.13.

Tıbbi Rehabilitasyon: Bu rehabilitasyon ile bedensel arazların mümkün olduğunca azaltılması amaçlanmaktadır. Protez, gözlük, işitme cihazları, koltuk değneği ve tekerlekli sandalye gibi. Tıbbi rehabilitasyon kuruluşlarına örnek olarak ise; fizik ve tedavi hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri gösterilebilir.

Sosyal Rehabilitasyon: Bu rehabilitasyon ile eski işinde çalışamayacak olan kişiye yeni iş öğrenme ve beceriler kazanma olanakları sağlanır. Yeni durumuna uyum sağlanmak için çeşitli pedagojik destek programları sunulur. Özürlü çocuklara yönelik açılan merkezler bu hizmeti veren kuruluşa örnek gösterilebilir.

1.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Değişim Süreci

Türkiye’de sağlık hizmetleri, Cumhuriyetin kuruluşundan 1982 yılına kadar devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiştir. Devletin sağlık hizmeti sunması önceleri yasalarla düzenlenmiş, daha sonra anayasa hükmü olarak 1961 Anayasası içinde yer almıştır. Sağlık sistemimizi “Reform” adı altında değiştirmeye yönelik girişimler esas olarak 1980 askeri darbesi sonrasında değiştirilen anayasa ile gündeme getirilmiştir. Sağlık hizmetleri, 1982 Anayasasının 56.Maddesi ile devletin sunmakla yükümlü olduğu bir hizmet olmaktan çıkarılmış, yeni Anayasaya göre devlet “Sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemekle” görevlendirilmiştir¹⁵.

Özellikle kalkınma çabası içinde bulunan ülkeler kalkınma çabasının gerektirdiği ve insan unsuru ile ilgili bulunan sağlık hizmetlerini iyileştirmek zorundadırlar. Üstelik sağlık düzeyi ile ilgili veriler, ülkenin kalkınmışlık derecesini ortaya koyan en önemli verilerdir¹⁶. Ülkemiz sağlık sisteminde yaşanan değişim süreciyle beraber gerek sağlık hizmetlerinin finansmanı ve gerekse sunumunda

¹⁵ Kayıhan Pala, *Türkiye’de Sağlık Politikaları ve İstihdam*, HASUDER Türkiye Raporu, 2012, http://hasuder.org.tr/anasayfa/images/stories/dosyalar/salk_politikalar_1.pdf (15 05, 2013 tarihinde erişilmiştir), s.2

¹⁶ Emin Orhaner, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası*, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 1, 2006, s.3.

önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Sağlık sisteminde yapılan değişimin topluma yansımaları önem arz etmektedir¹⁷.

1.3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Selçuklu-Osmanlı tıp geleneğinin sürekliliği yanında, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda da bir kültür birliğinin varlığı göze çarpmaktadır. Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte bu yapı geliştirilirken, bütün kurumları ile devlet örgütlenmesi ve hizmet politikalarının oluşturulmasında daha çok batıya dönük bir yol izlenmiştir. Sağlık politikaları bu süreçte, dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalamayarak, temel tercih değişiklikleri göstermiştir¹⁸. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimini, Dr. Refik Saydam Dönemi (1920-1938), 1938-1960 dönemi, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi dönemi (1960-1980), sağlık hizmetlerinin reorganizasyon dönemi (1980-2002) ve 2000’den bugüne olmak üzere beş başlıkta incelemek mümkündür. Bu başlıklara ilişkin bilgilere aşağıda yer verilmektedir.

1.3.1.1. Dr. Refik Saydam Dönemi (1920-1938)

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kanunen yürütücüsü ve uygulayıcısı 1920 yılında kurulan Sağlık Bakanlığı’dır¹⁹. Cumhuriyetin kuruluş dönemi olarak nitelendirilebilecek 1920’li yıllarda izlenen sağlık politikaları daha çok yeni bir sağlık sisteminin ve organizasyon yapısının kurulabilmesine odaklanmıştır. Savaş sonrasında sosyo-iktisadi yapının olumsuzlukları, sağlık hizmetlerine tahsis edilecek kaynakları sınırlayan bir faktör olmuştur. Bu nedenle, özellikle 1920’li yılların sonlarına kadar, sisteme ciddi anlamda sermaye yatırımının yapılamadığı söylenebilir. Buna karşılık, özellikle sosyal bir sağlık sisteminin temelini teşkil edecek hukuki düzenlemeler gerçekleştirilmiş ve idari yapılanma sağlanmaya başlanmıştır. Ayrıca bu dönem içerisinde, bakanlığın merkezde ve taşrada örgütlenme stratejisi gerçekleştirilmeye çalışılmıştır.

¹⁷ Ferdi Çelikay ve Erdal Gümüş, *Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi*, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, Cilt: 66, Sayı: 3, 2011, s.56.

¹⁸ Recep Akdağ, (Ed). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Program ve Temel Sağlık Hizmetleri, Kasım 2002-2008*, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008b, s.14.

¹⁹ Yusuf Bayraktutan ve Ferhat Pehlivanoglu, *Sağlık İşletmelerinde Etkinlik Analizi: Kocaeli Örneği*, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 23, 2012, s.129.

3 Mayıs 1920’de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (Sihhat ve İctimai Muavenet Vekaleti) kuruldu, Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı oldu. Cumhuriyetin ilanından sonra ilk Sağlık Bakanı ise Dr Refik Saydam’dır ve kısa bir süre haricinde 1937’ye kadar bakanlık yapmıştır. Bu dönemde; Meşrutiyet Dönemi’nde benimsenen sağlık müdürlüğü-hükümet tabipliği örgütlenmesi temel kabul edilmiş, sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yayılmasına çalışılmıştır. Toplumda çok yaygın olan sıtma, frengi, trahom gibi hastalıklarla savaş için gerekli olan kanunlar çıkarılmış ve her biri için özel örgütler kurulmuştur (dikey örgütlenme). Koruyucu hekimlik uygulamalarına öncelik tanıyan Saydam, hasta tedavi hizmetlerini hiçbir zaman geniş ölçüde bir hükümet olarak kabul etmemiş ve bu hizmetleri büyük ölçüde yerel yönetimlere bırakılmıştır²⁰.

Günümüze ulaşan verilere göre 1923 yılında, ülkemizde sağlık hizmetleri hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile veriliyordu. Bu dönemde²¹;

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928),
- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930), gibi halen yürürlükte olan kanunlar çıkarılmıştır.

Refik Saydam döneminde sağlık politikaları şu dört ilke ile belirlenmiştir²²:

1. Sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
2. Koruyucu hekimliğin merkezi yönetimin, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmet alanı olarak ayrışması,
3. Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, yatılı tıp talebe yurtları açılması, mezunlarına mecburi hizmet konulması,

²⁰ Mustafa Öztürk, *Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık Hizmetleri*, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 1, 1999, s.38.

²¹ Recep Akdağ, *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008, s.13-14.

²² Recep Akdağ, *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008, s.14.

4. Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması,

Refik Saydam döneminde, illerde Sağlık Müdürlükleri ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere büyük önem ve öncelik verilmiş ve hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Birinci basamak ve koruyucu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları bu yönde kullanılmıştır. Yataklı tedavi hizmetlerinin, yine kamu eliyle; ancak yerel idareler (belediyeler, il özel idareleri) tarafından yürütülmesi düşüncesi benimsenerek, bu alanda merkezi hükümet yol göstericilik ile yükümlenmiştir. Bu erekle, bir yandan yerel idarelerin hastane açması, desteklenip özendirilirken öte yandan da, bu idarelere örnek olmak üzere, Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı “Numune Hastaneleri” açılmıştır²³.

1.3.1.2. 1938-1960 Dönemi

Dr. Saydam döneminden sonraki ilk önemli girişim; 1946 – 1950 yılları arasında bakanlık yapan. Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi’ne sunulan ve yürürlüğe sokulan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı’dır. Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt sathına yaymayı amaçlayan bu planla, hizmetlerin tümü merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmiştir²⁴.

Merkezi yapıyı güçlendirmek ve sosyal içerik dahilinde politikalar geliştirmek amacıyla yasal düzenlemeler yapılmış ve uygulamalara geçilmiştir. İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra ortaya çıkan sıtma, suçiçeği, sifilis ve cüzzam ile mücadele etmek için “Olağandışı Sıtma Kontrolü Yasası” çıkarılmış ve hastalığa odaklı dikey örgütsel yapılar geliştirilmiştir. 1945’de, Sosyal Sigortalar Kurumu’nun da temellerini atan İş Güvenliği Yasası çıkarılmış ve hizmet ile istihdam alanındaki SB

²³ Recep Akdur, Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık. *12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, Ankara, 2008, s.48.

²⁴ Recep Akdur, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1999, s.51.

tekeli ortadan kaldırılmıştır²⁵. 1950'li yıllarda Batı tipi demokrasiye geçişle birlikte, diğer kamu hizmetlerinde olduğu gibi ulusal sağlık politika ve stratejilerinde de değişiklikler olmuştur. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı tedavi hizmetleri vermeyi de üstlenmiş, belediye hastanelerinin tamamına yakını kamulaştırılarak Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. Yeni devlet hastaneleri de açılarak kırsal kesimlerde görev yapan sağlık çalışanları kent hastanelerinde görevlendirilmiştir²⁶.

17 Haziran 1949 tarihinde yürürlüğe giren Emekli Sandığı Kanunu ile Maliye Bakanlığı'na bağlı olarak kurulan Emekli Sandığı, devlet memurlarının sosyal güvencesini sağlamayı taahhüt etmiş, bu şekilde sosyal güvenlik kapsamı biraz daha genişletilmiştir²⁷.

Emekli Sandığı'nın kurulması ve sosyal sigorta kapsamının geliştirilmesi yönündeki çalışmalara da yine bu dönemde başlanmıştır. İl Özel İdareleri ve yerel yetkililer tarafından sağlanan hastane hizmetleri SB'na devredilmiştir. Bölge bazlı kurumsal örgütlenmeler de yine bu dönemde gerçekleştirilmiştir. Bölgesel Numune Hastaneleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri de yine bu dönemde kurulmuştur. Bunların yanı sıra, sağlık ocaklarının sayısı da hızla artmıştır²⁸. 1938-1960 Döneminde gerçekleştirilen bazı önemli hizmetler şu şekilde özetlenebilir²⁹:

- Sıtmanın büyük salgınlar yapması nedeniyle 1945 yılında “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmıştır.
- 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuş, 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlayan bu kurumun, finansmanın yanı sıra sağlık örgütü, hastane kurma, işletme ve personel atama yetkilerine sahip olması sağlanmıştır. Böylece istihdam ve hizmet sunumunda SB tekeli ortadan kalkmıştır.

²⁵ Hüseyin Özbay, Halil Erkan Erişti, Hasan G. Öncül, Hakan Oğuz Arı, Bekir L. Çelepçikay, Mecit Gökçimen, Salih Mollahaliloğlu. “Sağlık Hizmetleri Sistemi”, *Türkiye’de Sağlığa Bakış* (Editör: Salih Mollahaliloğlu ve diğerleri), T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2007, s.99.

²⁶ Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, a.g.e., s.133.

²⁷ Gülbiye Yenimahalleli-Yaşar, *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007, s.59.

²⁸ Özbay ve diğerleri, a.g.e., s.99.

²⁹ Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, a.g.e., s.133.

- İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, tedavi hizmetleri ve koruyucu hizmetlerin birlikte verilmesi görüşü ağırlık kazanmış ve "sağlık merkezlerinin kurulması planlanmış, ancak bu plan uygulamaya tam olarak konulamamıştır.
- 1949 yılında yapılan bir düzenleme ile verem savaşı için kentlerde "verem savaş dernekleri" kurulmuştur.
- 1952 yılında "ana ve çocuk sağlığı örgütü" kurulmuş, AÇS merkezleri, şubeleri ve istasyonları açılmıştır.
- Refik Saydam döneminde yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi edici hizmetler Sağlık Bakanlığı'na üstlenilmiş, belediye hastaneleri devletleştirilmiştir. Buna bağlı olarak koruyucu hizmetlerde görev yapan personelin hastanelere kayması, hizmet açığının doğmasına yol açılmıştır. Hastanecilik alanında büyük gelişmeler sağlanırken koruyucu hizmetler gerilemiş, özellikle hekim dışı sağlık personeli yetiştirilmesine gereken önem verilememiştir.

Bu dönemde de sağlık hizmetlerinin organizasyon ve sunumuna ilişkin yasal düzenlemelere yönelik çalışmalar devam ettirilmiştir. Halen uygulanmakta olan bu yasalardan bazıları aşağıda verilmiştir³⁰:

- 1940 tarih ve 3958 sayılı Optisyenlik ve Optisyenler Yasası,
- 1953 tarih 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Yasası,
- 1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Yasası,
- 1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Yasası,
- 1956 tarih ve 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Yasası

Bu dönemin temel karakteri Sağlık Bakanlığının tedavi hizmetlerine ağırlık vermesi ve hastane sayısındaki hızlı artıştır. Böylece, daha önce kurulmuş olan tek amaçlı hizmetlerde çalışan hekimler ve diğer sağlık personeli hastanelere yönelmiş ve uzmanlaşma hızla artmıştır³¹.

³⁰ Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, a.g.e., s.134.

³¹ Zafer Özbek, *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği*, Hacettepe Tıp Dergisi, Cilt: 40, 2009, s.7.

1.3.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Dönemi (1960-1980)

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, bu hizmetin bireyler için kişisel kazanç kaynağı olmaktan çıkarılmasını, varolan olanaklardan herkesin eşit şekilde yararlanmasını, sağlık hizmetinden yararlanmanın kişilerin parasal olanaklarıyla sınırlandırılmamasını, hizmetin devlet eliyle yürütülmesini ve belirli bir programa göre geliştirilmesini sağlayan bir düzenin kurulması demektir. Her kurulan düzen, başka kural ve düzenlerle çerçevesi ve uygulandığı zaman sağlanacak başarı, birçok etmenlere bağlı olduğu için, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine değinirken bununla ilgili önemli hususlara da işaret etmek gerekir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu 1960’larda başlatılmıştır. Buna karşın koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda etkin ve yeterli bir organizasyon gerçekleştirilememiştir. Bu kapsamda sağlık ocakları, dispanserler kurulmuş ve hatta hiçbir geliri ve sağlık sigortası olmayan yoksullara “yeşil kart” uygulamasına geçilmiştir. Ancak bu konuda da çok etkin bir hizmet gerçekleştirilememiştir. Ayrıca “genel sağlık sigortası” sistemi kurulamadığı için sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli sıkıntılar yaşanmış ve bu durum sağlık hizmetlerinin kalitesinin giderek düşmesine neden olmuştur³².

Türkiye’de 5 Ocak 1961 tarihinde yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile birinci basamak sağlık hizmetleri düzenlenmiştir³³. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un temel amacı; İnsan Hakları Evrensel Beyannameinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde gerçekleşmesini sağlamak amacıyla tıp ve sağlık hizmetlerini belli bir program çerçevesinde sosyalleştirmektir (madde 1). Yasayla bir taraftan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi öngörülürken, diğer yandan da özel teşebbüs serbest bırakılmıştır. Kamu kurumlarından maaş ve ücret almayan ve hiçbir şekilde maddi yardım sağlamayan hekim ve şubesi mensupları, yürürlükteki kanunlar çerçevesinde

³² Asuman Altay, *Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi*, Sayıştay Dergisi, Cilt: 64, 2007, s.44.

³³ Altay, a.g.e., s.44.

mesleklerini serbestçe yerine getirebilir, özel sağlık kurumları ve eczane açabilirler (Madde 4).

Halen yürürlükte olan bu kanun, özellikle çıkarıldığı yıllarda büyük bir sağlık reformu olarak kabul edilebilir. Kanun, ilk defa Muş'ta uygulanmaya başlanmıştır. 1984 yılında ise ülke genelinde yaygın bir sağlık hizmeti haline getirilmeye çalışılmıştır³⁴.

Genel Sağlık Sigortası da, ilk defa bu dönemde gündeme gelmiştir. 1967 yılında genel sağlık sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmış ancak Bakanlar Kurulu'na sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması tekrar öngörülmüştür. 1971'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne gönderilmiş ancak kabul edilmemiştir. 1974 yılında Meclise tekrar sunulmuş ancak taslak üzerinde görüşme yapılmamıştır³⁵.

Sağlık hizmetlerinde “müşteri yerine hasta” anlayışını yerleştirmek ve koruyucu sağlık hizmetlerini daha da geliştirmek amacıyla, sağlık personelinin tam zamanlı olarak çalışmasını hedefleyen “2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun” 29 Haziran 1978 günü kabul edilmiştir³⁶.

1970-1980 arası sağlık politikalarında önemli bir değişim yaşanmamıştır. Bu dönemde sağlık hizmetleri mevcut sistemin doğal ivmesiyle gelişmiştir. 1983 sonrası yıllar ise sağlık alanında iddialı değişim söylemlerinin gündeme geldiği bir dönemdir. Bu dönemde, toplumun sağlık durumu ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi yine öncelikli amaçtır. Ancak sağlık hizmeti sunan sistemin sorunlu olduğu tespitine dayanarak, sağlık sisteminin iyileştirilmesi gerekliliği öne çıkmıştır. Bu sorunun yeni bir sağlık reformu ile çözülmesi önerilmiştir³⁷.

1.3.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Reorganizasyon Dönemi (1980-2002)

³⁴ Altay, a.g.e., s.44.

³⁵ Recep Akdağ, (Ed). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Program ve Temel Sağlık Hizmetleri. Kasım 2002-2008*, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008b, s.18.

³⁶ Yıldırım Koç, *Kamunun Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemleri Stratejik Önemdedir*, Yol-İş Sendikası Dergisi, (Nisan 2008), s.2.

³⁷ Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, a.g.e., s.135.

Dünya Bankası ülkemizde 1980 sonrasında sağlığın özelleştirilmesi için planlarını uygulamaya başlamıştır. Öncelikle sağlık sistemine yönelik sektör analizi yaptırılarak “sağlık hizmetlerinin sunulmasında sorunlar olduğu ve bunların düzeltilmesi için girişimler yapılması gerektiği” belirtilmiştir. Sorunların çözümü için Dünya Bankası ülkemize uzun vadeli ve düşük faizli krediler vermiştir. Sonraki aşamada Dünya Bankası sağlık alt yapısının güçlendirilmesi için sağlık sisteminin değiştirilmesi görüşünü ileri sürmüştür³⁸.

Türkiye’de 1980’den sonraki yılların temel özelliği, sağlık sektörünü, benimsenen bu yeni politikaya uygun hale getirme çaba ve zorlamaları ile geçirilmiş olmasıdır. Bu gerekçeyle, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya açılmış, hükümetlerce (özde birbirinden farklı olmayan) çeşitli modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içinde olunmuştur. Geline nokta bulunan çözüm ise, genel hatları ile; hizmet sunumunda, sağlık ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temeline dayalı olan “aile hekimliği”nin yerleştirilmesi, devlet hastanelerinin önce özerkleştirilmesi zamanla özelleştirilmesidir. Finansmanda ise; genel bir kamu sigortası “genel sağlık sigortası” üzerine oturtulmuş “özel sigortacılık ve cepten ödeme” dir³⁹.

1982 Anayasası vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanı sıra, bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik hükümler içermektedir. Anayasanın 60. maddesine göre, herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar. Anayasanın 56. maddesinde, “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” ifadeleri yer almaktadır. Aynı maddede “Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine” dair bir hüküm yer almıştır.

³⁸ Ahmet Öner Kurt ve Taymaz Şaşmaz, *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003*, Lokman Hekim Journal, Cilt:2, Sayı:1, 2012, s.26.

³⁹ Recep Akdur, Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık. *12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, Ankara, 2008, s.49.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından, sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlanmış, Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen bu “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur.

1992 ve 1993’de Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorik çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için “yeşil kart” uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda ekonomik sıkıntı yaşayanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortası kapsamına alınması sağlanmıştır⁴⁰.

1995 yılından itibaren “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarısı Taslağı” başta olmak üzere, sağlık finansmanı, kişisel sağlık sigortası sistemi ve sağlık hizmetlerinin tedavi hizmetlerine entegrasyonu gibi temel konularla ilgili kanun tasarıları TBMM’ne sunulmuştur. Bu tasarıların yasalasmasından sonra pilot uygulamalarla desteklenerek bu alandaki sağlık hizmetlerinin ülke genelinde kademeli bir şekilde yaygınlaştırılması planlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın hazırlamış olduğu Sağlık Reformları Projesi, 1996-2000 dönemini kapsayan Yedinci Beş yıllık Kalkınma Planında yer almıştır. Sağlık Reformu adı altında toplanan çalışmaların ana ilkeleri aşağıdaki gibi özetlenebilir⁴¹;

- Herkesin, sosyal adalet ilkesi doğrultusunda sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğini sağlamaya yönelik, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına olabildiğince hızlı bir şekilde geçmek,
- Hizmetin verildiği kurumun değil, hizmete ihtiyacı olanın destekleneceği bir sistem oluşturmak amacıyla, hizmeti sunan ve finanse edenin birbirinden ayrılması,
- Sunulan hizmetin kaliteli ve verimli olmasını sağlamak amacıyla hastanelerin özleştirilmesi, hastaneleri gelirleri ve giderlerini karşılayabilen ve

⁴⁰ Recep Akdağ, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Değerlendirme Raporu (2003-2010)*, 2010, s.24.

⁴¹ Serdar Savaş, Ömer Karahan ve R. Ömer Saka, *Avrupa Sağlık Hizmetleri Gözlemcisi, Sağlık Sistemlerinde Dönüşüm Süreci Türkiye*, 2002, Akt: Şerefoğlu, Ökkeş Arslan. *Kahramanmaraş’ın Temel Sağlık Göstergeleri Açısından Türkiye İle Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Projesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş, 2007, s.11-12.

yönetimde merkeziyetçilikten uzak sağlık işletmeleri haline getirerek, devlet kontrolünde hizmette rekabetin sağlanması,

- Hastalıkların tedavisi kadar, kişilerin hastalıklardan korunmalarına daha fazla katkı sağlamak amacıyla, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeline geçilmesi,
- Sağlık Bakanlığı'nın ülke genelinde sağlık politikaları belirleyen, hizmete yönelik yüksek standartlar koyan ve izleyen, sadece tedavi hizmetleri değil koruyucu sağlık hizmetlerini de sunan bir yapıya kavuşturulması.

1.3.1.5. 2000'den Bugüne

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) gündeme gelmeden önce, Türkiye sağlık sisteminde 2002 öncesine ilişkin bazı belirlemeler yapılmıştır. Belirlemeler, özetle aşağıda verilmektedir⁴².

- Sağlık finansmanı ve hizmet sunumu yapısı parçalıdır (Emekli Sandığı, SSK, Bağ Kur, Yeşil Kart, devlet memurları.../ Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversite, Kamu Kurumları, KİT'ler, Belediyeler...).
- Halkın önemli bir bölümünün, sağlık güvencesi yoktur. Var olan güvence rakamları güvenilir değildir.
- Sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik söz konusudur.
- Sağlık harcamalarının önemli bölümü, hastanelere (birinci basamak ve koruyucu hizmetlere değil) gitmektedir. Bu da, sağlık kaynaklarının verimsiz kullanılması anlamına gelmektedir.
- Sevk sistemi çalışmamaktadır.
- Kayıt dışı ödemeler, aşırı düzeydedir.
- Hastaneler verimsiz çalışmaktadır
- Sağlık sektöründeki idari düzenlemeler çok parçalı bir yapıdadır.
- Nüfusun çoğunluğu sağlık sigortası kapsamına görünmekte ve birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil sağlık hizmetleri ücretsiz olmasına karşın, hizmet sunumunda ciddi sorunlar vardır.

⁴² Ata Soyer, *Sağlıkta Dönüşüm'ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?*, DEUHYO ED, Cilt: 2, Sayı: 4, 2009, s.179.

- Birinci basamak sağlık hizmetleri ve kamu sektöründe, hizmet kalitesi düşüktür. Nüfusun koruyucu hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerine talebi de düşüktür. Dolayısı ile çoğu ayaktan tedavi/bakım başvurusu, hastanelere başvurmaktadır.

Bu saptamalar ışığında, Siyasi iktidar 16 Kasım 2002 tarihinde Acil Eylem Planında, “Herkes Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefleri açıklamıştır. Acil Eylem Planı’nın belirlenmesinden hemen sonra, 2003 yılı başında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur. SDP ile sağlık hizmetlerindeki bazı sorun alanlarının (sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması, anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi) çözümüne yönelik hedefler belirlenmiştir⁴³.

Mevcut iktidar, “sağlıkta dönüşüm” programını başlatmış ve 9.12.2004 tarihinde yayımlanan 5258 sayılı aile hekimliği pilot uygulaması hakkında kanun ile bu program resmen uygulamaya girmiştir⁴⁴.

Sağlık Reformu Projesi ve son dönemde AKP Hükümeti’nin “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” adı altında yürüttüğu projeler Türkiye’de liberalleşme çabalarının sağlık sektörüne yansımaları olarak kabul edilmektedir. 1980 sonrası iktidara gelen bütün hükümetlerin yapmaya çalıştıkları; devletin sağlık hizmetleri sunumundan çekilmesini sağlamak, özel sektörü boşalan bu alana kanalize etmek için teşvikler vermek, hizmet finansmanında ise primli sisteme dayalı Genel Sağlık Sigortası’nı hayata geçirmeye çalışmak olmuştur. Sağlıkta dönüşüm projesi ile Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile birlikte Türkiye’deki sağlık sektörünün liberalleşmesi süreci tamamlanmak istenmektedir⁴⁵.

⁴³ Kurt ve Şaşmaz, a.g.m., s.27.

⁴⁴ Öztekin, a.g.e., s.7.

⁴⁵ Yasemin Filiz, *Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2010, s.48.

1.4. Sağlıkta Dönüşüm Projesi

Türkiye’de “sağlıkta dönüşüm” adı verilen programın başlatılmasında başlıca iki etmeden söz edilebilir. Bunlardan birincisi sağlık hizmetlerinin uygulanmasında görülen aksaklıklar, ikincisi ise Dünya Bankasının önderliğinde başlatılan ve küreselleşme anlayışının katkısı ile hemen bütün ülkelere bir salgın gibi yayılan reform uygulamalarıdır⁴⁶.

1.4.1. Amaçları

Türkiye’de de sağlık sistemine ilişkin köklü reform ihtiyacı uzun süre tartışılmıştır. Özellikle beşer yıllık kalkınma planlarında bu ihtiyacın varlığı net bir şekilde ifade edilmiştir. 2000’li yıllara gelindiğinde bu ihtiyaç artık bir zorunluluk olarak algılanmaya başlamıştır. Bu kapsamda, 2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı tüm sağlık sistemini kapsayacak şekilde, sekiz başlıkta gerçekleştirilmesi planlanan değişimleri ve mevcut problemlere ilişkin çözümleri içeren bir çerçeveye sahiptir⁴⁷.

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin amaçları 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm kitabında sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Amaç olarak benimsenen kavramlar şu anlamda kullanılmıştır⁴⁸:

- *Etkililik*, uygulanacak politikaların halkımızın sağlık düzeyini yükseltilmesi amacını ifade etmektedir. Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef insanların hastalanmasının önlenmesi olmalıdır. Bu amaca ulaşmak, epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemelerle kanıtlanacaktır. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artırılması bu amaca ulaştığımızın en somut örnekleri olacaktır.
- *Verimlilik*, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. İnsan kaynaklarının dağılımı,

⁴⁶ Öztekin, a.g.e., s.7.

⁴⁷ Çelikay ve Gümüş, a.g.m., s.59.

⁴⁸ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara, 2003, s.24.

malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesinde değerlendirilmelidir. Ülkenin tüm sektörel kaynaklarının sistem içine alınması ve entegrasyonunun sağlanması verimliliği arttıracaktır.

- *Hakkaniyet*, insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kırsal - kent, gerekse doğu - batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması, hakkaniyet amacı kapsamında yer almaktadır.

Sağlıkta dönüşümün amacı; kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmaktır⁴⁹.

1.4.2. Temel İlkeleri

Sağlıkta Dönüşüm Programını temel ilkeleri şunlardır⁵⁰:

- **İnsan merkezlilik:** Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle birey “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.
- **Sürdürülebilirlik:** Geliştirilecek olan sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.
- **Sürekli kalite gelişimi:** Vatandaşlarımıza sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasını ifade etmektedir.

⁴⁹ Seher Nur Sülkü, *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*, Hermes Matbaacılık, Ankara, 2011, s.6.

⁵⁰ Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s.25.

- **Katılımcılık:** Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında, ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınmasını, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasını amaçlamaktadır.
- **Uzlaşmacılık:** Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine, yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.
- **Gönüllülük:** Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayırımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.
- **Güçler ayrılığı:** Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.
- **Desantralizasyon:** Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetimin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.
- **Hizmette rekabet:** Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite gelişimi ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

1.4.3. Sağlıkta Dönüşüm Projesi Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin bileşenleri planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığı, herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası, yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi, bilgi ve beceriyle donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlıkçı insan gücü, sistemi destekleyici eğitim ve bilim kurumları, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma ve karar sürecinde etkili Bilgiye Ulaşım olmak üzere sekiz ana başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklara ilişkin ayrıntılı bilgilere aşağıda yer verilmektedir.

1.4.3.1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Dönüşüm Programı vizyonundaki Sağlık Bakanlığı politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olup ülkemizin, kamu veya özel kurum ve kuruluşlarının sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacaktır. Bu anlayışın bir ürünü olmak üzere, Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması sağlanacak ve Bakanlık, planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacaktır. Böylece Sağlık Bakanlığı Anayasada tanımlandığı şekli ile, devletin sağlık sektörünü “tek elden planlama” görevini yerine getirecektir⁵¹.

Sağlık Bakanlığı hem yeniden yapılanmasını gerçekleştirirken hem de sağlık hizmetlerini planlaması ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı çerçevesinde koruyucu hizmetlere öncelik verecek, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir. Sağlık Bakanlığının başlıca görevi ve sorumluluğu politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığının odaklanması gereken diğer alanlar arasında kalite kontrolü ve tüketicinin eğitilmesi gelmektedir. Sağlık Bakanlığı bundan böyle, sağlık sektörü için önceliklerin belirlenmesi, kalitenin izlenmesi ve düzenlenmesi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesi, sigortanın düzenlenmesi ve denetimi, halk sağlığı işlevlerinin yönetimi ve salgın hastalıkların gözetimi üzerine odaklanmalıdır⁵².

⁵¹ Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s.26- 27.

⁵² Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s.26- 27.

1.4.3.2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hakkaniyet amacı doğrultusunda, vatandaşların ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanabilecekleri bir sigorta modeli oluşturulacaktır. Bu yaklaşım, sosyal devlet olmanın temel gereksinimlerinden birisi olup, Anayasanın 56. maddesinde de yönlendirici bir hüküm olarak yer almaktadır⁵³.

Hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine ihtiyaç vardır. Böyle bir sigortacılık sistemi, sağlık harcamaları maliyetini düşürme gayreti içinde, koruyucu hekimlik uygulamalarının da teşvikçisi ve zorlayıcısı olacaktır. Genel Sağlık Sigortası Kurumunun denetim ve yaptırımları, sağlık giderlerinde gittikçe artan oranlarda yer işgal eden ilaç ve tıbbi malzeme israfını azaltacaktır. Fiyat kontrolü ve sağlık hizmetlerinin finansmanı tek elden karşılanmalı ve artık hasta-hekim ilişkisi parasal bir ilişki olmaktan çıkmalıdır⁵⁴.

Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yanında özel sağlık sigortacılığının da gelişimi desteklenecek, özel sigortaların tamamlayıcı bir rol ile sistemde bulunmaları ilave olarak hizmet almak isteyenler özel sigorta yaptırabilecekler ve hizmetlerini bu özel sigortalar aracılığıyla alabileceklerdir. Bu anlamda özel sigortacılık teşvik edilecektir⁵⁵.

Mevcut sosyal güvenlik kuruluşlarındaki emeklilik sigortası ve sağlık sigortası birbirinden ayrılacak, sağlık sigortası İşlemleri tek çatı altında toplanacaktır. Genel Sağlık Sigortası konusunda önemli görülen noktalar şunlardır⁵⁶:

- Her Türk vatandaşı sigorta kapsamına alınacak ve tek numara sistemi benimsenecektir. Bu numaranın MERNİS numarası olması, ekonomik bir yaklaşım olacaktır.

⁵³ Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s. 27.

⁵⁴ Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s. 28.

⁵⁵ Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s. 28-29.

⁵⁶ Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s. 29.

- Sağlık sigortası mutlaka diğer sigorta sistemlerinden ayrılacaktır.
- Primi yatırma veya sigortasız olma sorununun muhatabı sağlık kuruluşları olmayacak, bunu sigorta kurumu takip edecektir.
- Hizmet üretenlere geri ödeme tek elden, düzenli ve zamanında yapılacaktır.

Genel Sağlık Sigortası Sistemi, 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” (SSGSSK) ile oluşturulmuştur. Genel Sağlık Sigortası Sistemi (GSSS), Sağlıkta Dönüşüm Programının sekiz bileşeni içinde en önemlisidir. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, emeklilik koşulları, aylık bağlanması, itibari hizmet vb. hususlarda olduğu gibi, sağlık hakları konusunda da önemli değişiklikler getirmiştir. SSGSSK ile “Genel Sağlık Sigortası Sistemi” oluşturulmak istendiğinden, Emekli Sandığı iştirakçisi, Sosyal Sigortalar Kurumu sigortalısı ve Bağ-Kur üyesi (mensubu) terimleri ortadan kaldırılarak, “Genel Sağlık Sigortalısı” kavramı benimsenmiştir⁵⁷.

Genel Sağlık Sigortası’nda 1 Ocak 2012’den itibaren tüm geçiş dönemleri sona ermiştir. Yeşil Kart kalkmış, ancak asgari ücretin üçte birinden az geliri olanların primini devlet karşılamaktadır. Genel Sağlık Sigortası kapsamında yeşil kart iptal edilmiş, ama bu kapsamdaki vatandaş yine primi devlet tarafından karşılanan Genel Sağlık Sigortalısı olarak tescil edilmektedir. Genel Sağlık Sigortası ile 18 yaş ve altındaki tüm çocuklar koşulsuz olarak tüm sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir⁵⁸.

Genel Sağlık Sigorta kapsamında bireyler Sigortalı olsun veya olmasın herkesin acil durumlarda, salgın hastalık, iş kazası ve meslek hastalığı durumlarında her türlü sağlık yardımlarından ücretsiz yararlanmasını sağlamıştır. SSK’lı ve Bağkur’luların sağlık hizmeti alabilmeleri için 90 ile 240 gün arasında prim ödemesi gerekirken bu rakamı 30 güne indirilmiştir. Yurt içinde tedavisi mümkün olmayan

⁵⁷ Ünal Er, *Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2011, s.325- 326

⁵⁸ <http://www.teis.org> (15 05, 2013 tarihinde erişilmiştir).

hastalıklarda tüm sigortalılar için yurtdışında tedavi olabilme imkânını getirtmiştir⁵⁹.

Genel sağlık sigortası sisteminin en önemli hususlarından biri kapsadığı toplum kesimlerinin büyük ölçüde genişletilmiş olmasıdır. Sağlık sigortası sisteminin dışında kimsenin kalmaması sağlanmaya çalışılmıştır. Eskiden sadece zorunlu sigortaya tabi insanların ödedikleri hastalık sigortası primleri ile yararlandıkları sağlık hizmetlerinden, artık genel sağlık sigortası primi ile yararlanmaya devam edilecektir. Yine önceki sistemde sadece zorunlu sigortaya tabi kimselerin sağlık sigortası sisteminden yararlanması sağlanmakta iken yeni sistem ile özel sağlık sigortası sisteminde olduğu gibi, işsiz bir kimse de olsa, zorunlu sigortaya tabi olmadan prim ödemek suretiyle sağlık sigortası kapsamına girmekte ve devlet tarafından güvence altına alınmaktadır⁶⁰.

Genel sağlık sigortası sistemine geçilmesi ile sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve bu süreçte merkezi yönetimin üstlendiği aktiviteleri resmetmektedir. Sistemde gerçekleştirilen değişim sonrasında öncelikle Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK, Yeşil Kart ve devlet memurlarına ilişkin gerçekleştirilen sağlık ödemeleri Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde tek elden gerçekleştirilmeye başlanmış, bu sayede sistemin finansmanı sadeleştirilmiştir⁶¹.

1.4.3.3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

Herhangi bir ülkede uygulanan bir programı, Türkiye'ye aktarabilmek mümkün olamayacağı gibi, Türkiye'nin de sosyo-ekonomik ve coğrafi yapısı nedeniyle tekdüze homojen bir sistemi bütün ülkeye yaymaya çalışmak da gerçekçi değildir. Birkaç hanelik mezrasından iklim şartları nedeniyle sınırlı zamanlarda ulaşılabilen köylerine kent nüfusunu aşan ilçelerinden dünya kenti olmuş metropolüne kadar, her biri kendine özgü çözümler bekleyen bir heterojen yapı söz konusudur.

⁵⁹ Recep Akdağ, *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, 2010b, s.12,

http://www.uhbd.org/PDF/sunumlar/izmir_uhb_toplantisi_recep_akdag.pdf, Erişim Tarihi:15/05/2013

⁶⁰ Ali Pekten, *Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler*, Sayıştay Dergisi, Sayı: 61, Nisan-Haziran 2006, s.120.

⁶¹ Çelikay ve Gümüş, a.g.m., s.177.

İnsanların hak ettiği, çağdaş normlara uygun sağlık hizmetini sunmayı hedeflerken bu özellikleri göz önünde bulundurulması gerekmektedir⁶².

Sosyalizasyon politikasının bu ülkeye armağan ettiği sağlık ocağı ağını güçlendirirken, vakıf ve dernekler başta olmak üzere özel teşebbüsün de hizmet ağında yer alması öngörülmektedir.

Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği: Temel sağlık hizmetleri alanında, iyi tasarlanmış ve performansa yönelik bir sağlık sistemi anlayışı bulunmamaktadır. Temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumu, diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturulacaktır. Bu konuda yapılacak dönüşümlerin çıkış noktası, genelde toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının göreceli durumlarını iyileştirmek olacaktır.

Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye “tek pencere” sistemi ile yaklaşım, başarıyı arttıracak önemli faktörlerdir. Bu yüzden bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kuracak ve sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde önemli rol oynayacaktır. Koruyucu diş hekimliği uygulamaları birinci basamakta yerini alacaktır. Bireylerin sağlık kayıtlarının birinci basamak hekimlerince tutulması kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılabilmesinde önemli ilerlemeler sağlayacaktır⁶³.

Türkiye’de 2002 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm projesi ile de Genel Sağlık Sigortası ve Aile Hekimliği sistemi uygulamasına geçilmeye çalışılmıştır. Aile hekimliği pilot uygulamaları ise 2004 yılında çıkarılan kanunlarla uygulanmaya çalışılmıştır⁶⁴.

⁶² Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s. 29.

⁶³ Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s. 30.

⁶⁴ Dilek Oğuz, *Aile Hekimliği*, Güncel Gastroenteroloji, Cilt:13, Sayı:1, 2009, s.9.

Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin bir parçası olan ve 2005'te başlayan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması sonucunda tüm Türkiye 2010 yılı sonu itibarıyla, Aile Hekimliği Uygulamasına geçmiştir. Bu geçiş sürecinde birinci basamakta çalışmak isteyen tüm hekimler 1. Aşama Uyum Eğitimlerini tamamlayıp geçici Aile Hekimliği Uygulama Sertifikalarını almış ve artık sağlık ocaklarının yerini alan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışmaya başlamışlardır. Uygulamaya ilk yıllarda geçen illerde internet üzerinden ikinci Aşama Uyum Eğitimlerine de başlanmıştır⁶⁵.

Etkili, Kademeli Sevk Zinciri: Etkin bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da yukarıda sözü edildiği şekilde temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve birinci basamak hizmeti sunan aile hekiminin hastasına sunduğu hizmetin kalitesine bağlıdır. Yani kısaca, hasta memnuniyetini esas alan bir “aile hekimliği uygulaması” sistemin esasını oluşturmaktadır.

Bu hedefe yönelik olarak planlama ve teşvik yapılması, birinci basamakta birçok hastanın tutulmasını sağlayacaktır. Hastaların büyük çoğunluğunun sorunlarının birinci basamakta çözülebilir olması, hastane polikliniklerinin yoğunluğu önemli oranda azaltacaktır. Sistemin etkili hale getirilmesi, hem hastanelerimizdeki gereksiz yığılmaları azaltacak ve tedavi hizmetlerinin kalite artışına hizmet edecek, hem de sağlık harcamalarındaki israfı azaltacaktır⁶⁶.

İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri: Ülkedeki hastanelerin tümü, aralarında hiçbir ayırım olmaksızın, sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak kaydı ile bütün vatandaşlarımıza hizmet verebileceklerdir. Hastanelerimiz bu hizmeti verirken hizmet kalitesi ve sözleşme esaslarına uygun fiyat uygulamaları hususunda denetim altında tutulacaktır. Sağlık finansmanında kurumlar değil, bireyler desteklenecektir. Bu hizmeti sunan kurumlar, ürettikleri hizmet oranında pay alacaklardır.

⁶⁵ Engin Burak Selçuk ve İrep Karataş, *Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişim Süreci*, Bozok Tıp Dergisi, Cilt:1, Sayı:3, 2011, s.29.

⁶⁶ Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s. 31.

Maliyetten tasarruf etmek ve hizmet sunumunda kolaylıklar sağlamak için tedavi sırasında yatmasına gerek görülmeyen kişilerin, ayakta tedavisinin yapılmasını sağlayacak örgütlenmeye fırsat tanınması gerekir. Gelişmiş poliklinikler ve laboratuvarlar, ayakta müdahale ve gündelik cerrahi merkezleri bu amaçla ikinci basamakta yer alacaktır⁶⁷.

Sağlık hizmeti vermeye talip bütün dinamikleri sistem içine alan bir anlayış içinde hizmette rekabet ortamının oluşturulması gereklidir. Bu anlayış ülke kaynaklarının verimli kullanımına yol açacağı gibi, herkesin kolayca erişebileceği bir hizmet sunumuna fırsat tanıyacaktır⁶⁸.

Ayrıca özel hastanelerle yapılan anlaşmalar çerçevesince belirli bir katkı payı ödemek kaidesiyle tüm vatandaşlara özel hastanelerin kapıları açılmıştır. Böylelikle memurlar ve diğer tüm sigortalıların özel hastaneler ve tıp merkezlerinden hizmet almasını sağlanmıştır⁶⁹.

Sağlık Bakanlığı tüm vatandaşların aynı derecede sağlık kurumlarına ulaşabilmesine olanak sağlayan Alo 181 randevu hattı oluşturmuş, böylelikle Türkiye'nin neresinde olursa olsun, vatandaşların tüm kamu hastanelerinden dilediği doktordan randevu alarak muayene olabileceğini getirmiştir.

1.4.3.4. Bilgi ve Beceriyle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlıkçı İnsan Gücü

Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan insan gücü', SDP'nin temel bir bileşeni olarak belirtilmektedir. Dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleştirilmesi, uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının mevcudiyetine büyük ölçüde bağlıdır. Program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin, Avrupa Birliği'ne uyum süreci de dikkate alınarak görev yetki ve sorumluluklarının tanımlanması sağlanacaktır. Bu çerçevede uzun yıllardır yetki

⁶⁷ Sağlık Bakanlığı, 2003, s.32

⁶⁸ İhsan Feyzibeyoğlu, *Sosyal Güvenlik Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı*, s.4, <http://www.bilayvakfi.org.tr/raporlar/donusum.pdf>, Erişim Tarihi: 15/05/2013.

⁶⁹ Recep Akdağ, *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, 2010b., s.12, http://www.uhbd.org/PDF/sunumlar/izmir_uhb_toplantisi_recep_akdag.pdf, Erişim Tarihi: 15/05/2013.

alanları bir netliğe kavuşturulmamış olan, hastayla bire bir çalışan meslek mensuplarının da görev ve yetkileri tanımlanacaktır⁷⁰.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçlarına ulaşabilmesi, etkili bir yönetici kadrosuna sahip olmakla mümkündür. Hekimlerin işletme yöneticiliğinde istihdam edilmesi, hem hekime yapılan yatırımın amacı dışında kullanılmasını beraberinde getirmekte, hem de deneyimsiz yöneticiler ortaya çıkarmaktadır. Sağlık sistemi yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesi için gereken planlama, araştırma ve eğitim faaliyetlerine önem ve öncelik verilecektir⁷¹.

Sağlıkta Dönüşüm'ün bu bileşeni doğrultusunda, sağlık çalışanlarına eğitimler vermeye başlanmıştır. Öncelikle mevcut yöneticilerin eğitimi konularında adeta seferberlik başlatılarak, bir taraftan teknik konularda bölgesel eğitim toplantıları düzenlenirken, diğer taraftan ise Hıfzıssıhha Mektebi tarafından internet üzerinden sistematik sağlık yönetimi eğitimleri verilmektedir.

Bu eğitimler sayesinde bugüne kadar 500'ü yönetici olmak üzere 6.500 öğrenci sistemden yararlanmıştır. Çağdaş bir teknoloji olarak internet üzerinden uzaktan eğitim sistemi Cumhuriyet tarihinde ilk kez olarak sağlık işletmelerinin tüm yöneticilerine, yönetici adaylarına ve uzmanlarına eğitim vermeyi amaçlamaktadır Eğitim sayfasına www.hm-uses.gov.tr adresinden erişilebilmektedir. 2008 yılında tüm sağlık müdürleri 1 haftalık uyum eğitimi verilmiş, sağlık grup başkanlarının uyum eğitimlerine de başlanmıştır. Hemşirelik eğitiminin üniversiteye temellendirilerek uluslararası standartlara çekilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin hasta bakımına yönelik olarak bilimsel bir disiplin halinde gelişmesini sağlayacak olan Hemşirelik Kanunu çıkarılmıştır. Ancak geçiş dönemi içerisinde meslek liselerinde ihtiyacın fazla olması nedeniyle hemşire yetiştirilmesine devam ettirilecektir. Kanunda buna yönelik düzenleme de gerçekleştirilmiştir⁷².

1.4.3.5. Sistemi Destekleyici Eğitim ve Bilim Kurumları

⁷⁰ Sağlık Bakanlığı, 2003, s.32.

⁷¹ Sağlık Bakanlığı, 2003, s.32-33.

⁷² Recep Akdağ, (Ed). *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Program ve Temel Sağlık Hizmetleri. Kasım 2002-2008*, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008b., s.160-161.

“Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurulları” SDP’nin bileşenlerinden bir diğeridir. SDP’de, “Sağlıkta dönüşümü gerçekleştirmek ve başarıyı sürekli kılabilmek için, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen insanlar gereklidir. Türkiye’de sektörel analizleri yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir kuruma ihtiyaç vardır⁷³.

Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte var olan, fakat zamanla sadece yasalarda varlığını sürdüren Hıfzıssıhha Okulu’na çağdaş bir anlayışla ve günümüzün ihtiyaçlarına cevap verecek tarzda yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

Tıp eğitimi, tıpta uzmanlık sınavına hazırlık eğitimi olmaktan çıkarılıp, hekimleri Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda hizmet vermeye yönlendirecek bilgi ve birikimle donatmayı hedeflemelidir. Tıpta uzmanlık eğitimi, müfredat programlarının meslek örgütlerinin de katılımı ile geliştirilip denetlenmesi gerekir. Eğitim hastanelerinin yeniden organize edilip verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı oluşturulacaktır. Bu uygulamalar, Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavuşturulacaktır⁷⁴.

Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında mevcut tıp eğitimi veren kurumlarla iletişimi artırarak tıp eğitimi alanında Hıfzıssıhha Mektebini tekrar açarak faaliyete geçirmek amaçlanmıştır. Hıfzıssıhha Mektebi 10 Ekim 2008 tarihi itibarıyla Türkiye Sağlık Kurumu olarak yeniden yapılandırıldı. Kurum, uzaktan sağlık eğitimi sertifika kursları açmanın yanında sağlık sisteminin geliştirilmesi, sektörler ve uluslar arası işbirliğinin güçlendirilmesini de kendine amaç edinmektedir⁷⁵.

1.4.3.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

⁷³ Sağlık Bakanlığı, 2003, s.33.

⁷⁴ Sağlık Bakanlığı, 2003, s.33-34.

⁷⁵ Sedat Bostan, *Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi)*, Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon, 2009, s.40.

Sağlık sektöründe hizmetin kabul edilebilirliği ve standardı, en az kullanılan sarf malzemesi ile tanı ve tedavi araçlarının kalitesi kadar önemlidir. Hizmet biriminin belli standartlara uygunluğu tek başına yeterli değildir. Hizmet sunum süreci ve elde edilen çıktılarının değerlendirildiği bir mekanizmanın kurulması gerekir. Son zamanlara kadar kalite, ihmal edilmiş bir konu olmasına rağmen bugün hem hizmet sunucuları hem de finansal kaynak sağlayıcıları tarafından daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır⁷⁶.

Kurulması planlanan “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu”, bugün bir kavram kargaşası içinde bulunan ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularının olması gerektiği gibi düzenleyecektir. Bu kurumun özerk bir yapıda, sektörün taraftarının yönetiminde söz sahibi olduğu bir şekilde kurulması, gelişmiş ülkelerdeki örneklere benzer şekilde faaliyete geçmesi amaçlanmaktadır. Kurum, sağlık sonuçlarını ölçmek için sistemler geliştirecek ve bu sonuç ölçümlerini sağlık hizmet sunucularına performans göstergeleri oluşturmak amacıyla kullanacaktır. Böylece hizmet sunucuların performanslarını İçeren veri tabanları oluşturulacak ve İyi uygulamaların tanımlanması ile uygulanabilir performans göstergelerinin belirlenmesi sağlanacaktır⁷⁷.

Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunda etik değerlerin korunabilmesi esastır. Bu da ancak güçlü yaptırım yetkisi olan bir etik kurulun kurulması ile başarılabilir. Kurum, sektörün çeşitli temsilcilerinin katkıları ile oluşmalı ve geniş yetkilerle donatılmalıdır⁷⁸.

Bu birimin değişik zamanlarda hazırladığı ve geliştirdiği kalite yönergesi, hizmet kalitesi standartları, hasta ve çalışan memnuniyeti anketlerinin bağlı hastanelerde uygulanması devlet hastanelerinde kalite geliştirme ile ilgili çalışmalarını artırmıştır. Her hastanede kaliteden sorumlu bir başhekim yardımcısının başkanlığında oluşturulan kalite birimleri bakanlıkla koordineli şekilde kalite çalışmalarını yürütmektedir. Hastaneler, kalitelerini bağımsız kalite denetimi yapan kuruluşlar tarafından belgelendirmeye yönelik çalışmalar gerçekleştirmektedir.

⁷⁶ Sağlık Bakanlığı, 2003, s.34.

⁷⁷ Sağlık Bakanlığı, 2003, s.33-34.

⁷⁸ Sağlık Bakanlığı, 2003, s.34.

Ayrıca Sağlık bakanlığı yayınladığı “Hizmet Kalite Standartları” doğrultusunda isteyen hastaneleri denetleyerek “Hizmet Kalite Belgesi” vermeyi planlamaktadır⁷⁹.

Sağlıkta kalitenin yükseltilmesi adına Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) oluşturulmuş, vatandaşlar ister Sağlık Bakanlığı'nın web sitesinden isterlerse de Alo 184 hattından sağlık hizmetleri ile ilgili şikâyet ve önerilerini Bakanlığa iletebilmektedirler. Böylelikle vatandaşların şikâyet ve beklentileri doğrultusunda iyileştirilme çalışmalarının yapılması öngörülmektedir.

1.4.3.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalayacak kurumsal oluşumlara ihtiyaç vardır. Bu kurumların siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk kurumlar halinde örgütlenmesi sağlanacaktır. İlaç ve Tıbbi cihaz konusunda uzman olacak bu kurumları ayrı ayrı veya tek çatı altında toplamak mümkündür⁸⁰;

Ulusal İlaç Kurumu: İlaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere "Ulusal İlaç Kurumu"nun oluşturulması sağlanacaktır. Bu kurum, her türlü etkiden uzak olarak bağımsız bir şekilde ulusal politikalar doğrultusunda uygulamalarda bulunacaktır.

Tıbbi Cihaz Kurumu: Tıbbi cihaz ve sarf malzemedeki bugüne kadar daha çok ithale dayalı bir malzeme akışı mevcuttur. Denetim, kalite belgesi ve kalibrasyon gibi konularda daha çok yurt dışı referanslar dikkate alınmaktadır. Uluslararası referansların yanında ulusal standartların belirlenmesi ve kalite belgesini tanzimi, yerli üretime kolaylık sağlayacaktır. Ayrıca kullanılan cihazların periyodik kalibrasyonu, tanı ve tedavi güvenilirliğini ve verimliliğini arttıracaktır.

⁷⁹ Recep Akdağ, *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008, s.92.

⁸⁰ Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s.34-35

Tıbbi sarf malzeme ve cihaz konusunda da standardizasyon ve denetim vazgeçilmez öneme sahiptir. Hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip olarak tasarlanmış bir Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulması planlanmaktadır⁸¹.

Bu kurum, bilgi veri tabanları oluşturacak, tıbbi cihaz planlaması ve satın alımı, tıbbi cihazların karşılaştırmalı değerlendirmesi, güvenlik programları, klinik mühendislik uygulamaları, kanunlar ve düzenlemelere dair bilgi sağlayarak uygulama yapacaktır. Yine on-line ve sürekli eğitim programlarını üstlenmek veya üçüncü Şahısları bu doğrultuda finanse etmek ile uygulamalı araştırmaları desteklemek bu kurumun görevleri arasındadır.

Gerek tıbbi gerekse ekonomik açıdan bu kadar değerli olan ilaçların akılcı kullanımı önem taşımaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1985 Nairobi toplantısında akılcı ilaç kullanımı; uygun ilacın reçete edilmesi, ilacın kişilerin kolayca sağlayabileceği ve ödeyebileceği bir ücrette olması, uygun doz, sıklık ve sürede doğru olarak kullanılması olarak ifade edilmiştir⁸².

Akılcı ilaç kullanımı, bir hastalığın önlenmesi, kontrol altına alınması veya tedavi edilmesi için, doğru ilacın, doğru zamanda, gerektiği miktarda ve uygun fiyatla kullanılmasıdır⁸³.

Sağlık dönüşüm programı ile akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanmasında, referans fiyat sistemi ile şeffaf, ölçülebilir ve kamu yükünü azaltacak kademeli kârlılık getirtilerek, kamu maliyesinin yükünü hafifletmek üzere Maliye Bakanlığının başkanlığında geri ödeme komisyonu oluşturduk, "Tek Geri Ödeme Sistemi" imkânı sağlanmıştır. Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel

⁸¹ Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s.35.

⁸² Gülçin Yapıcı, Sezen Balıkcı ve Özge Uğur, *Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların İlaç Kullanımı Konusundaki Tutum ve Davranışları*, Dicle Tıp Dergisi, Cilt: 38, Sayı: 4, 2011, s. 459.

⁸³ <http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/akilliyim/1.pdf>, Erişim Tarihi: 15/05/2013.

özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayan “Akılcı ilaç kullanımı” ilkesini geliştirmeye çalışılmaktadır⁸⁴.

Akılcı ilaç kullanımı uygulaması doğrultusunda E-reçete uygulaması 24 Nisan’da pilot il Eskişehir’de başlatılmıştır. Sistem sayesinde hem SGK, hem doktorlar, hem eczacılar, hem de hastaların karşılaştığı sorunlar büyük ölçüde ortadan kaldırılması ve Hayali reçetelerle ilaç alımının son bulması hedeflenmiştir⁸⁵. 15.01.2013 tarihinde de tüm Türkiye’de e-reçete uygulamasına geçilmiştir.

1.4.3.8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Ulaşım

Doğru bilgiye dayanmayan kararlar, istenmeyen sonuçlar doğurur. Doğru bilgi ise ancak iyi seçilmiş, doğru ve iyi analiz edilmiş veri ile elde edilir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmeti sunan kademelerde dikey işleme gereken bilgi akışı, hizmet sunumu ve finansman bilgilerinin değerlendirilmesi noktasında yatay bir entegrasyona ihtiyaç göstermektedir⁸⁶.

Sağlık hizmetlerinde eşgüdüm, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurmak istiyoruz. Sağlık kayıtlarının güvenilir ve sürekli bir şekilde tutulmasını sağlamak, hizmetlerin verimliliğini geliştirmek, kaynakların nerelerde ve nasıl kullanıldığını takip etmek ancak etkili bir bilgi sisteminin kurulması ve işletilmesi ile mümkündür.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetlerinde eş güdüm, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulacaktır.

⁸⁴ Recep Akdağ, *Sağlıkta Dönüşüm Programı*, 2010b., s.11.,

http://www.uhbd.org/PDF/sunumlar/izmir_uhb_toplantisi_recep_akdag.pdf, Erişim Tarihi: 15/05/2013.

⁸⁵ <http://www.sgkhitap.com/erecete/e-recete-uygulamasi.html>, Erişim Tarihi: 15/05/2013.

⁸⁶ Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s.36.

Bu sistem, verilerin sağlıklı analizi ile karar vericiler ve sağlık politika yapıcılar için büyük bir destek sağlayacaktır⁸⁷.

Sağlık bilgi sistemi, sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sağlık sektöründe problemlerin ve önceliklerin belirlenmesinde, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmak üzere yeterli veri toplayacak ve işleyecek bir fonksiyon üstlenecektir. SDP gerçekleştirilen son çalışmalar ile Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan tamamen çekilmesi öngörülmektedir. Bu sistem, günümüz iletişim olanaklarını kullanarak uygulanabilecek bir ortak veri tabanı üzerinden işleyecektir. Sevk zinciri bu sistemle daha etkin, hızlı ve güvenilir bir hale gelecektir. MERNIS numarası gibi özgün bir referans numarasının tüm sağlık veri tabanlarında ek bir öge olarak benimsenmesi, sigorta sistemindeki verilerle sağlık hizmetlerinin kullanımına ilişkin verileri eşleştirmeyi kolaylaştıracaktır. Her Türk vatandaşına verilen bu numaranın kullanılması ve farklı veri tabanlarında tutulan verilerin karşılıklı eşleştirilmesine fırsat verecek, tedavi için başvuran hastaların sigortalı olup olmadıklarını hızlı olarak teyit edecek ve birden fazla sigorta sisteminin imkânlarından yararlanan kişileri tespit edebilecektir⁸⁸. Sağlık bilgi sisteminin ana hatlarını aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür;

Web teknolojilerine dayalı, aile hekimliği, hastane ve diğer bileşenlerin bağımsız yazılımlarından standart veri transferi yapılabilir.

Karar mekanizmasında rol alacak yeterli ve gerekli bilgiye merkezden ulaşılabilir.

Hastalık yüküne ve sağlık harcamalarına yönelik epidemiyolojik ve demografik analizler yapılması sağlanmalı.

Ülke düzeyinde sağlıkla ilgili verilerin toplanması ve sağlık hizmeti sunumunda elde edilen veriler doğrultusunda hizmet planlanması yapılabilmesi için bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı olanakları kullanarak veri toplanması, toplanan bu verilerin kurumsal bir yapı dahilinde değerlendirilmesi ve aksayan noktalarda sorun gidermeye yönelik geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını desteklemeli.

Ulusal Sürveyans sistemini destekleyecek uygulamalar ile sağlıkla ilgili olaylarda erken uyarı sistemleri oluşturulmalı ve uluslararası sistemlerle entegrasyonunu sağlamalı.

⁸⁷ Feyzibeyoğlu, a.g.e., s.7.

⁸⁸ Sağlık Bakanlığı, a.g.e., s.36

*İlaç provizyon sistemleri ile ilaç denetimine imkan tanınmalı.
Sağlık hizmeti sunumunda dağılımı ve doluluğu denetleme İmkânı vermeli.
MERNİS ile entegre kişisel referans kaydını esas almalı.
Aile hekimlerini kendi Hastaları ile ilişkilendirmeli ve sistemde yetkilendirmek
Vatandaş odaklı olmalı ve hasta memnuniyetini sağlayarak “elektronik randevu” gibi asgari hizmet sunumuna olanak vermeli.*

Bu doğrultuda öncelikle sağlık hizmeti verilirken iletişim kurulan kurumların standart tanımları, hizmet veren doktorların veri bankası, uluslar arası kabul edilmiş hastalık sınıflaması, ilaç ve tıbbi malzeme kodlamaları gibi standart kodlama sistemleri belirlenmiş ve uyumlaştırılarak sektörde kullanılmaya başlanmıştır⁸⁹.

Sağlık hizmetlerinde önemli bir yeri olan bilginin miktarındaki ve çeşitliliğindeki artış, kullanıcıların başa çıkamayacağı boyutlara ulaşmıştır. Artan bilgi miktarı karşısında değişen kullanıcı gereksinimlerini karşılayabilmek amacıyla “elektronik sağlık kayıt sistemleri” geliştirilmeye başlamıştır. Elektronik kütüphanelerle bütünleşen ‘elektronik sağlık kayıt sistemleri hasta bilgilerinin yanı sıra, sağlık çalışanlarının tanı ve tedavi için gereksinim duydukları tıbbi literatüre de ulaşabilmelerine olanak sağlamaktadır. Hasta bilgilerinin, aynı sistem üzerinden erişilen bilgi kaynakları ile karşılaştırıp değerlendirmek sağlık çalışanlarına zaman kazandırmakta ve hastanın tedavisinde hızlı ve doğru karar almalarına yardımcı olmaktadır⁹⁰. Elektronik hasta kaydının öncüsü ve sağlık bilgi sisteminin sınırlı bir ölçekte örneği olan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi uygulamaya konuldu. Bu yolla Aile Hekimliği uygulanan illerimizde bugüne kadar yaklaşık 17 milyon vatandaşın Elektronik Sağlık Kayıtları tutulmaya başlanmıştır⁹¹.

Tek Düzen Muhasebe Sistemi devreye alınmıştır. Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYYS) ile insan, malzeme ve mali kaynaklarının izlenmesi ve yönlendirilmesi için doğru ve güncel bilgi desteğinin her düzeydeki yöneticiye sunulmasını sağlamıştır.

⁸⁹ Recep Akdağ, (Ed). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Program ve Temel Sağlık Hizmetleri. Kasım 2002-2008*, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008b, s. 166-167.

⁹⁰ MEGEP, *Tıbbi Bilişim*, T.C.Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2011b., s.37.

⁹¹ Recep Akdağ, (Ed). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Program ve Temel Sağlık Hizmetleri. Kasım 2002-2008*, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008b, s. 166-167.

ÇKYS; Sağlık Bakanlığı'nın, bakanlığın tüm personelinin, kurum ve bina bilgileri, malzeme bilgisi ve Özel Sağlık kuruluşlarının izlendiği sistemdir. Personel hareketlerinin takip edildiği İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS), Sağlık Bakanlığı bünyesindeki tüm malzeme depolarındaki taşınırların aktif olarak takip edildiği Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS), taşınmaz takibinin yapıldığı Yatırım Takip Sistemi (YTS), Türkiye de faaliyet gösteren tüm özel sağlık kuruluşlarına ait tüm işlem adımlarının takip edildiği Özel Sağlık Kuruluşları Yönetim Sistemi (SKYS) ve ülke genelinde Sağlık Durumu konusunda istatistikî verilerin toplanmasını sağlayan Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM) gibi alt modüllere sahiptir⁹².

Sağlık Bakanlığı İhale Bilgi Sistemi ile Bakanlığına bağlı İl Sağlık Müdürlükleri, tüm hastaneler ve Hıfzıssıhha Bölge Müdürlüklerinde ilaç, tıbbi cihaz, malzeme ve hizmet alımları ile ilgili ihale sonuçları görülebilmektedir. Yeşil Kart Bilgi Sistemi ile yeşil kart sahibi vatandaşlarımızın Emekli Sandığı reçete kontrol sistemine dâhil olmaları sağlanmıştır. İlaç ve Uluslar arası Hastalık Sınıflandırma kodları uygulamaya konulmuştur. Sağlık bilişiminde ilk defa Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, Minimum Sağlık Veri Setleri hazırlanarak Sağlık Kodlama Referans Sunucusu hayata geçirilmiştir

Organ nakli bekleyen vatandaşlara en uygun organı bularak en kısa sürede hizmet vermek ve kayıt dışı organ naklinin önüne geçmek için Organ Nakli ve Doku Bilgi Bankası oluşturulmuştur. Doktor Bilgi Bankası ile Cumhuriyet tarihi boyunca diploma ve uzmanlıkları tescil edilen doktorlara ait diploma ve ihtisas bilgileri kayıt altına alınmıştır⁹³.

E-Radyoloji Projesi radyoloji, patoloji, elektrokardiyografi (EKG), biyokimya ve ultrasonografi alanlarındaki sağlık hizmeti sunumunun bilgi ve iletişim teknolojileri aracılığı ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları arasında uzaktan verilmesi süreçlerini kapsamaktadır. Yönetim, eğitim, araştırma, yerinde sağlık bakımı gerektiren durumlarda, sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşanan

⁹² Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS), <http://www.saglik.gov.tr/SBSGM/belge/1-15472/cekirdek-kaynak-yonetim-sistemi-ckys.html>, Erişim Tarihi: 15/05/2013.

⁹³ Recep Akdağ, (Ed). *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Program ve Temel Sağlık Hizmetleri. Kasım 2002-2008*, Sağlık Bakanlığı, 2008b, Ankara, s. 166-167.

bölgelerde, afet koşullarında ve özel uzmanlık gerektiren durumlarda bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak mesleki alanda Tele- Radyoloji uygulamaları önemli bir yer tutmaktadır. Tele-Tıp Projesinin amaçları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;

- *“Hastayla ilgili tüm görüntü ve bilgilerin ortak bir elektronik alanda toplanması*
- *Sadece ilgili hekimlerin inceleyebileceği yönde paylaşılması için güvenli ve hızlı bir elektronik ortamın oluşturulması*
- *Hastanedeki işlemlerin dijital ortama taşınarak filmsiz ve kâğıtsız hastane oluşturulması,*
- *Uzaktan sağlık bakım hizmeti sunumunda bilgi ve iletişim teknolojilerinden yararlanılması,*
- *Dijital hastane kavramının oluşturulması,*
- *Tıbbi görüntüleme alanında uzman sıkıntısının hafifletilmesi,*
- *Kompleks vakalarda konsültasyon yapılabilmesi,*
- *Hekimler arasında bilgi ve deneyim paylaşımının sağlanması,*
- *Doğru ve hızlı tanı konmasına yardımcı araçların oluşturulması, ,*
- *Hasta değerlendirmede kalite ve kesinliğin sağlanması,*
- *Hastane maliyetlerinin azaltılması ve verimliliğin arttırılması ”*⁹⁴

11 gönderici ve 7 alıcı hastane olmak üzere toplam 18 hastanede devreye alınmış olup yaygınlaştırma çalışmaları sürdürülmektedir ⁹⁵.

⁹⁴ E-Radyoloji Projesi, <http://www.e-saglik.gov.tr/eradyoloji.aspx>, Erişim Tarihi: 15/05/2013.

⁹⁵ Recep Akdağ, (Ed). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Program ve Temel Sağlık Hizmetleri. Kasım 2002-2008*, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008b, s. 166-167.

İKİNCİ BÖLÜM

ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ

Bu bölümde memnuniyet kavramının tanımı yapılarak, çalışan memnuniyeti kavramından bahsedilerek, çalışan memnuniyetinin öneminden ve çalışan memnuniyetini etkileyen faktörlerinden ve çalışan memnuniyetsizliğinin sonuçlarına açıklamalı olarak yer verilmektedir.

2.1. Memnuniyet Kavramı

Gereksinimlerin ve isteklerin karşılanmasından doğan tatmin duygusudur. Herhangi bir olay veya durum nedeniyle sevinç, kıvanç, mutluluk hissedeni niteleyen sığara memnun ve bu memnun olma, sevinç duyma halini açıklayan kavrama ise memnuniyet adı verilmektedir. Herkes memnun olmayı farklı yorumlasa da, kişi tüm hayatı boyunca memnun olmayı başaramasa da, her zaman kişinin memnun olmak için bir çabası olduğu gerçek ve açıktır⁹⁶.

Memnun olma duygusu ancak ilgili kişi tarafından hissedilebilir ve kişinin iç huzura ulaşmasını sağlamada önemli bir rol üstlenmektedir⁹⁷.

Bireyin memnuniyeti tamamen karşısındaki etmenin kendisine göre tatmin edici olup olmadığını belirleme sürecidir ve bireyin karşısındaki etmen üzerine görüşüne bağlıdır. Her kişinin memnuniyet konusunda kendince şekillendirdiği belirli standartları vardır. Bu standartlar memnuniyet sürecini belirlemede etkilidir. Memnuniyet, kişinin bir etmen karşısındaki düşünceleriyle şekillenmektedir. Olumlu düşünce memnuniyeti, olumsuz düşünce ise memnuniyetsizliği beraberinde getirmektedir⁹⁸.

⁹⁶ Bülent Papuccu, *Doğu Anadolu Bölgesinde Vergi İdaresinde Çalışan Personel İş Ortamındaki Memnuniyetinin Değerlendirilmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 2011, s.9

⁹⁷ Fatih Karcıoğlu, M. Kürşat Timuroğlu ve Orhan Çınar, *Örgütsel İletişim ve İş Tatmini İlişkisi -Bir Uygulama*, Yönetim/İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi, Cilt: 20, Sayı: 63, 2009, s.60.

⁹⁸ Aylin Oben, *Çalışanın İş Memnuniyetinin, Sağlığı İle Olan İlişkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2010, s.6.

2.2. Çalışan Memnuniyeti Kavramı

Çalışan memnuniyeti, bir örgütte sağlam ve örgütsel ortamın oluşturulmasının bir ölçüsüdür. Çalışan memnuniyeti, çalışanların işlerinden duydukları hoşnutsuzluk veya hoşnutsuzluktur. İşin özellikleri ile çalışanların istekleri birbirlerine uyduğu zaman gerçekleşmektedir⁹⁹.

Çalışan memnuniyeti, bir çalışanın genel olarak işin kendisine veya işin belirli bir takım yönlerine karşı hissetmiş olduğu duygular ve tutumlardır şeklinde genel bir tanım vermek mümkündür¹⁰⁰.

Akçamete, Kaner ve Sucuoğlu¹⁰¹ ise, çalışan memnuniyetini, “çalışanın işi ile ilgili değerlerinin iş yerinde karşılanmasıdır” şeklinde tanımlamışlardır.

Çalışan memnuniyeti denince, işten elde edilen maddi çıkarlar ile bireyin beraberce çalışmaktan zevk aldığı iş arkadaşları ve eser meydana getirmenin sağladığı mutluluk akla gelmektedir. Birey; çalışması sonucunda ortaya koyduğu eseri somut olarak görebiliyorsa, bundan duyacağı işçilik gururu onun için büyük bir tatmin kaynağıdır¹⁰².

Yapılan tanımlardan yola çıkarak; çalışan memnuniyeti için çalışanın işini yaparken aldığı zevk ve tatmin denilebilir.

Çalışan memnuniyeti, çalışanların işini ve iş ortamını değerlendirmesi yoluyla geliştirdiği duygusal bir tepki olarak tanımlanmaktadır. Bireysel özellikler, gereksinimler ve deneyimler iş çevresi ile etkileşime girerek iş doyumunu ya da doyumsuzluğu duygusunu oluşturur¹⁰³.

⁹⁹ Salih Güney, *Yönetim ve Organizasyon El Kitabı*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara., 2000, s.119.

¹⁰⁰ Öznur Aşan ve Kubilay Özyer, *Duygusal Bağlılık ile İş Tatmini ve İş Tatmininin Alt Boyutları Arasındaki İlişkileri Analiz Etmeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma*, SDÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:13, Sayı:3, 2008, s.135.

¹⁰¹ Gönül Akçamete, Sema Kaner ve Bülbin Sucuoğlu, *Tükenmişlik İş Doyumu ve Kişilik*, Nobel Yayınları, Ankara, 2001.

¹⁰² Erol Eren, *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, (Genişletilmiş Sekizinci Baskı), Beta Yayınları, İstanbul, 2004, s.202.

¹⁰³ Olçay Çam, Ebru Akgün, Aysun Babacan Gümüş, Ayşegül Bilge ve Gülseren Ünal Keskin, *Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, Cilt: 6, Sayı:4, 2005, s.214.

Barutçugil¹⁰⁴ çalışan memnuniyetinin özellikleri konusunda aşağıdaki noktaları vurgulamıştır:

- Çalışan memnuniyeti değerlerin bir fonksiyonudur. Bir çalışanın bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde değer verdiği herhangi bir şeyi elde etme arzusu ve bu arzusunu gerçekleştirme düzeyi iş memnuniyetini belirler.
- Farklı çalışanların önem ve öncelik verdiği değerler farklılık gösterir. Bu nedenle farklı konumlardaki çalışanlar belirli bir durumdan farklı memnuniyetler elde edebilirler.
- Çalışan memnuniyeti bireysel algılama biçimi ile bağlantılıdır. Bir çalışanın arzularının, değerlerinin ve elde ettiklerinin farkında olmaması, bunların tam ve doğru biçimde algılamaması imkanı her zaman vardır.
- Çalışan memnuniyetinin işe ve ilişkilere karşı duygusal ve kişisel bir tepki olması nedeniyle gözlemlenmesi, genelleştirilmesi ve ölçülmesi her zaman için kolay değildir.
- Çalışanların kişisel özellikleri, yaş ve cinsiyetleri, inanç ve değerleri, iş yaşamındaki deneyimleri, yetişme tarzları, aile yapısı ve yaşam standardı gibi sosyal özellikleri ve işe ilişkin beklentileri farklılaştıkça iş memnuniyetini sağlayan iş özellikleri de farklılaşmaktadır.

Baş¹⁰⁵ göre çalışan memnuniyetinin üç önemli ayırt edici özelliği olduğunu belirtmektedir.

- 1. Birincisi**, çalışan memnuniyeti iş ortamında oluşan durumlara karşı bir çeşit duygusal tepkidir. Dolayısıyla görülemez, yalnızca hissedilebilir.
- 2. İkincisi**, çalışan memnuniyeti çevresel şartlara son derece duyarlıdır ve belirli bir durumda tatmin kaynağı olan bir öge ya da uygulama, şartlar ve buna bağlı olarak beklentiler değiştiğinde bu özelliğini yitirebilir.
- 3. Üçüncüsü**, çalışan memnuniyeti çok sayıda iş ile ilgili tutumu temsil eder. Çalışanlar, işin belirli boyutlarına karşı olumlu tutumlara sahipken, diğerlerine karşı olumsuz tutumlara sahip olabilirler.

¹⁰⁴ İsmet Barutçugil, *Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi*, Kariyer Yayıncılık, İstanbul, 2004, s. 389

¹⁰⁵ Türker Baş, *Öğretim Üyelerinin İş Tatmin Profillerinin Belirlenmesi*, D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt: 17, Sayı: 2, 2002, s.19-120.

Kurumların hedeflerine ulaşması ancak kurumu oluşturan tüm bölüm ve birimlerin koordineli bir şekilde çalışarak, kendilerine verilen amaçları gerçekleştirmeleri ile mümkündür. Bölüm içi ve bölümler arası koordinasyonu sağlayan ve çalışanlarını yönlendiren yöneticilerin başarısı, personelin teşkilat amaçları doğrultusunda verimli çalışmasına bağlıdır. İşi ve iş yeri ile ilgili beklentileri karşılanan çalışanların memnuniyetlerinin olumlu olması yöneticilerin performans ve tatmin düzeylerini de olumlu yönde etkileyecektir. Bu olumlu durum sayesinde yöneticiler gerek çalışanlar, gerekse iş ile ilgili konularda daha az sorunla karşılaşacaklarından ilgi ve dikkatlerini farklı alanlara kaydırarak örgüte yapacakları katkıyı arttırabilirler¹⁰⁶.

Emek-yoğun bir sektör olan sağlık sektöründe, memnuniyeti düşük olan çalışanın kaliteli bir hizmet sunması ve hasta memnuniyetini sağlaması mümkün değildir. Hastaların yüksek düzeyde kaliteli ve etkin bir sağlık hizmeti alabilmesi ve hizmetten memnun kalması için çalışanların da işlerinden ve işyerlerinden memnun olmuş olmaları gerekmektedir¹⁰⁷. Bunun içinde ilgililerin sağlık çalışanlarının memnuniyetlerini sağlayacak uygulamalara önem vermeleri gerekmektedir.

2.3. Çalışan Memnuniyetinin Önemi

Örgütlerde en değerli varlık olarak önemi anlaşılan insan faktörü, sadece fiziksel olarak çalışan olmaktan daha çok, duyguları, fikirleri, inançları, yetenekleri, bilgi ve becerileriyle örgüte katkı sağlayan temel bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanın çalışma memnuniyeti hem çalışma yaşamındaki başarısına, hem özel hayatındaki mutluluğuna hem de toplumsal huzura yol açtığı bilinmektedir. Çalışanların işlerine karşı hissettikleri kümülatif duygularla ilgili olan iş tatmini, hem akademik alanda hem de çalışma yaşamında örgütler tarafından önem verilen bir konu haline gelmiştir¹⁰⁸. Çalışan memnuniyeti özel ve kamu bütün sektörlerde hem işverenler hem de çalışanlar açısından önemli bir konu olarak da

¹⁰⁶ Kemal Eroğlu, *Örgütsel İletişim ile İş Tatmini Unsurları Arasındaki İlişkiler: Kuramsal Bir İnceleme*, Ege Akademik Bakış, Cilt: 11, Sayı: 1, 2011, s.214.

¹⁰⁷ Şebnem Kuzulugil, *Kamu Hastaneleri Çalışanlarında İş Tatminini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma*, İşletme Dergisi/ İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, Cilt: 41, Sayı: 1, 2012, s.131.

¹⁰⁸ Orhan Adıgüzel ve Belma Keklik, *Sağlık Kurumlarındaki İşgörenlerin İş Tatmini ve Bir Uygulama*, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı: 29, 2011, s.305.

değerlendirilebilir¹⁰⁹. Çünkü çalışan memnuniyeti örgütün performansını ve verimliliğini olumlu olarak etkileyen bir unsurdur.

Çalışan memnuniyetinin en önemli özelliği, zihinsel olmaktan çok duygusal bir kavram olmasıdır. Kişisel olması sebebi ile yöneticinin yapacağı en önemli şey, çalışanlarına optimum seviyede bir tatmine ulaşmaları için yardımcı olmaktır. Çalışan memnuniyeti üzerinde yapılan araştırmalarda kavram; genel olarak örgütsel davranış geliştirme açısından ve verimlilik artışı sağlayan bir faktör olarak ele alınmıştır¹¹⁰.

Birey günlük yaşamının önemli bir bölümünü iş ortamında geçirmekte, çoğunlukla çalışma arkadaşlarıyla, ailelerinden daha fazla beraber olurken, sosyal hayatlarında bile iş arkadaşları ile birlikte zaman geçirmektedir. Bu nedenle iş hayatı özel hayatı da önemli derecede etkileyen unsurdur. İşyerinde iş tatmininin sağlanması hem işyerinde hem de özel hayatında çalışanın mutlu olmasını sağlamaktadır. Bu yüzden iş, yalnızca ekonomik açıdan değil, psikolojik açıdan da bireyin yaşantısında önemli bir role sahiptir¹¹¹. İş yaşamında mutlu olan birey, daha fazla üretken olacaktır.

Sertçe çalışan memnuniyetinin önemini üç başlık altında toplamıştır. Bunlar¹¹²;

- **Birey Açısından:** Memnuniyetin yüksekliğinin çalışan mutluluğuna katkıda bulunacağı, düşmesinin ise bireyin işine yabancılaşmasına, buna bağlı olarak da ilgisizlik ve uyumsuzluğun ortaya çıkacağı düşünülmektedir.
- **Örgüt Açısından:** Çalışanlarının beklentilerini karşılayabilen örgütlerin personel bulmakta zorlanmadıkları, elemanın süreklilik gösterdiği işinden

¹⁰⁹ H. Mustafa Paksoy, Üniversitelerde Akademik Personelin İş Memnuniyeti: Harran Üniversitesi Örneği, Selçuk Üniversitesi Karaman İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt: 12, Sayı: 1, 2007, s.139

¹¹⁰ Fatih Karcioğlu, M. Kürşat Timuroğlu ve Orhan Çınar, *Örgütsel İletişim ve İş Tatmini İlişkisi -Bir Uygulama*, Yönetim/İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi, Cilt: 20, Sayı: 63, 2009, s.61

¹¹¹ Serhat Sefa Tor ve Kemal Esengün. *Örgütlerde İş Tatminini Etkileyen Demografik Faktörler ve Verimlilik: Karaman Gıda Sektöründe Bir Uygulama*, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Cilt: 13, Sayı: 20, 2011, s.55.

¹¹² Selahattin Sertçe, *Kamu Kuruluşlarında Yöneticilerin İş Doyumu Üzerine Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, DEÜ, SBE, İzmir, 2003, s. 697; Hüseyin Yılmaz ve Atilla Karahan, *Bireylerin Kişisel Özellikleri Yönünden İş Doyum Düzeylerine Göre Tükenmişlikleri: Afyonkarahisar İlinde Bir Araştırma*, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 14, Sayı: 3, 2009, s.201.

memnuniyet sağlayamayan ve beklentileri karşılayamayan örgütlerin ise personel bulmakta zorlanmaları, mevcut çalışanlarda devamsızlıkların artması ve buna bağlı olarak verimliliğin düşmesi, memnuniyetin örgüt açısından ne kadar önemli bir etmen olduğunu göstermektedir.

- **Yönetici Açısından:** Yöneticilerin başarısı; çalışanın örgüt hedefleri doğrultusunda verimli çalışmasına bağlıdır. Üstleri tarafından özellikle, diğer bireylerin yanında takdir edilmek, personelin işe karşı şevkini, amirlerine karşı saygısını artırmaktadır.

Açıklamalardan da anlaşıldığı üzere, çalışan memnuniyetinin sağlanması, örgüt, çalışanlar ve yöneticiler açısından oldukça önemli bir unsurdur.

Çalışan memnuniyeti her meslekte önemlidir. Sağlık hizmetlerinin insanı konu alması, bu yüzden çok dikkatli ve sürekli çalışmayı gerektirmesi, meslek mensuplarının verebildikleri en iyi hizmeti vermeleri gerektiğinden, sağlık alanında çalışanlarda iş doyumunun daha da önemli olduğu açıktır¹¹³.

Sağlık yöneticileri kurum içi ve dışı etkinlikleri koordine eden ve kuruma bağlı çalışanları ortak bir amacı gerçekleştirebilmek yönünden özendirilen onlarda şevk uyandırabilen kişilerdir. Çalışanların bütün bunları başarı ile yerine getirebilmesi ancak yaptığı işten sağladığı doyum ile mümkün olabilir. Bu sebeple sağlık yöneticilerinin memnuniyet düzeylerinin ve memnuniyetlerine etki eden etmenlerin bilinmesi, hem kendilerinin sorunlarına daha bilinçli yaklaşımlarında; hem de hizmet veren diğer çalışanlar ile hizmeti alan insanların olumlu yönde etkilenmelerinde yararlı olabilecektir¹¹⁴.

2.4. Çalışan Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Bireysel ve örgütsel hedeflere ulaşılmasında önemli bir etken olan çalışan memnuniyetinin sağlanması ve yükseltilmesi için, her şeyden önce çalışan memnuniyetini etkileyen faktörler hakkında sağlıklı bilgi sahibi olunmalıdır.

¹¹³ Ceyhan Oflezer, Metin Ateş, Gülfer Bektaş, Arzu İrban, *Bir Kamu Hastanesinde Çalışan İşçilerin İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler*, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 4, 2011, s.204.

¹¹⁴ Günay Aksu, Ahmet Münir Acuner ve Ruhi Selçuk Tabak, *Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı Yöneticilerinin İş Doyumuna Yönelik Bir Araştırma (Ankara Örneği)*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt: 55, Sayı: 4, 2002, s.272.

Çalışanın işine karşı genel tutumunu etkileyen faktörler birbirleri ile etkileşim içindedirler. Bir faktör çalışan memnuniyeti üzerinde önemli bir etkiye sahip olsa da tek başına belirleyici olamaz¹¹⁵. Çalışan memnuniyeti, çalışmalarda çoklu faktörler tarafından anlaşılabilen karmaşık bir olgu olarak ifade edilmektedir. Bu faktörler bireysel ve örgütsel faktörler olmak üzere iki başlık altında toplanabilmektedir.

2.4.1. Bireysel Faktörler

Çalışan memnuniyetini etkileyen bireysel faktörleri cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, iş deneyimi, hizmet süresi ve kişilik özellikleri olmak üzere yedi başlık halinde incelemek mümkündür. Bu başlıklara ilişkin bilgilere aşağıda yer verilmektedir.

2.4.1.1. Cinsiyet

Yapılan çalışmalar cinsiyetin çalışan memnuniyetini etkileyen bir değişken olduğunu ve genellikle erkek çalışanların kadın çalışanlara göre daha fazla işlerinden memnun olduklarını göstermektedir. Bunun nedeni, çalışan kadınların iş ve ev sorumluluklarını dengeleme isteğinden kaynaklanabilmektedir¹¹⁶.

Kırel, bayan ve erkeklerin aynı iş özelliklerini eşit çekicilikte bulmaları durumunda bile bayanların daha az beklentiler içerisinde olduklarını ve bunun için de erkeklerden daha fazla işlerinden memnun olduklarını belirtmektedir. Buna göre; bayan ve erkeklerin iş tatmin düzeylerindeki farklılıklar, cinsiyetlerinden çok beklentileriyle ilgilidir.

Örneğin bir işyerinde erkekler için, ücret, kariyer, ilerleme fırsatları daha fazla önem arzederken, bayanlar için çalışma koşulları ve sosyal ilişkiler önemlidir¹¹⁷.

¹¹⁵ Asım Saldamlı, *Otel İşletmelerinde Bölüm Yöneticilerinin İş ve Yaşam Tatminini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması*, Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt: XXV, Sayı: 2, 2008, s.699.

¹¹⁶ Ahmet Reşat Güner, *Sağlık Hizmetlerinde Örgütsel Bağlılık, İşe Bağlılık ve İş Tatmini Arasındaki İlişkileri Modellenmesi*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, 2007, s.56.

¹¹⁷ Çiğdem Kırel, *Esnek Çalışma Saatleri Uygulamalarında Cinsiyet, İş Tatmini ve İş Bağlılığı İlişkisi*, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, Sayı: 2, Cilt. 28, (1999), 115-136; Akt: İlker H. Çarıkçı, Çalışanların İş

2.4.1.2. Yaş

Yaş ile memnuniyet arasında olumlu bağıntı olduğu saptanmıştır. Kişiler yaşlandıkça memnuniyetleri artmaktadır. Genç işçilerin yükselme ve diğer işkollarına ilişkin aşırı beklentilerinin olması, memnuniyetsiz olma olasılıklarını yükseltir¹¹⁸.

Yaşlı olan çalışanların yaş ve memnuniyet açısından bazı avantajları bulunmaktadır. Daha yaşlı olan çalışanlar arzu edilen iş koşullarıyla var olan iş koşulları arasındaki karşılaştırmayı daha iyi yapabilmektedirler. Yaşı daha büyük olan çalışanlar daha yüksek maaş almaktadırlar. Daha yaşlı olan çalışanlar, gençlerden daha uzun süredir o işte çalışmaktadırlar. Yaş ilerledikçe ödüllerin artması da iş memnuniyetine yol açan bir etken olabileceğinden söz edilmektedir¹¹⁹.

2.4.1.3. Medeni Durum

Çalışan memnuniyeti ile ilgili sık sık çalışılan değişkenlerden biri olan medeni durumun, memnuniyeti etkileyen bir değişken olduğu kabul edilmektedir. Evliliğin kişilere daha düzenli bir yaşam sağladığı, bu açıdan memnuniyeti artırdığı düşünülmektedir.

Nitekim bazı araştırma sonuçları da evli çalışanların bekar çalışanlardan daha yüksek memnuniyete sahip olduklarını desteklemektedir¹²⁰.

Bazı araştırmalarda ise medeni durumun memnuniyet üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir. Nitekim Çam ve diğerleri¹²¹ hastane çalışanları üzerinde yaptıkları araştırmalarında evli çalışanlarla bekar çalışanların memnuniyet düzeyleri arasında

Tatminlerini Etkileyen Kişisel Özellikler – Süpermarket Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Cilt: 5, Sayı: 2, 2000, s.161.

¹¹⁸ Zekeriyâ Çalışkan, *İş Tatmini: Malatya'da Sağlık Kuruluşları Üzerine Bir Uygulama*, Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları, Cilt: 3, Sayı: 1, 2005, s.10.

¹¹⁹ Atilla Yelboğa, *Bireysel Demografik Değişkenlerin İş Doyumu İle İlişkisinin Finans Sektöründe İncelenmesi*, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 2, Aralık 2007, s.3-4.

¹²⁰ Figen Sevimli ve Ömer Faruk İşcan, *Bireysel ve İş Ortamına Ait Etkenler Açısından İş Doyumu*, Ege Akademik Bakış, Cilt:1, Sayı:5, (2005), s.61; Hatice Necla Keleş Çelik, *İş Tatmininin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisine İlişkin İlaç Üretim ve Dağıtım Firmalarında Yapılan Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2006.

¹²¹ Olcay Çam,, Ebru Akgün, Aysun Babacan Gümüş, Ayşegül Bilge ve Gülseren Ünal Keskin, G.Ü. *Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, Cilt: 6, 2005.

anlamli farklılıkların olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Erol ve diğerlerinin¹²² asistan hekimler üzerinde yaptıkları araştırmalarında da evli çalışanlarla bekar çalışanların memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılıkların olmadığını saptamışlardır.

2.4.1.4. Eğitim Durumu

Eğitim durumu ve memnuniyet arasındaki ilişkiyi, alınan eğitim ve işin gerektirdiği bilgi ve beceriler arasındaki uyum üzerinden inceleyen bir araştırmada, eğitim durumu bireyin işinin gerektirdiğinden çok yüksekse bu durum işlerinden memnuniyetsizlik yaratmakta; eğitim durumunun işin gerektirdiğinden orta derecede yüksek olması halinde bu iki değişken arasındaki etkileşimin çok az olduğu görülmüştür. Bu durumun, işin gerektirdiğinden daha fazla eğitime sahip olmanın tutumlar üzerinde yarattığı etkinin büyüklüğünün bu iki değişken arasındaki nesnel uyumsuzluktan çok, bireylerin işlerine göre daha kalifiye oldukları yönündeki öznel algılarına bağlı olmasından kaynaklanıyor olabileceği ifade edilmektedir¹²³.

Çalışan memnuniyeti çalışmaları incelendiğinde, “eğitim” ile memnuniyet arasındaki ilişkinin hem pozitif hem de negatif yönde olabileceği görülmektedir. Eğitim seviyesindeki ve yeteneklerdeki artışın karşılığını örgütten alamadığını düşünen çalışanın memnuniyet düzeyinde bir azalma olabilecektir. Her iki değişkenin de artış gösterdiği durumda, eğitim seviyesi ve yeteneklerdeki artış, çalışan için sonuçları açısından olumlu değişikliklerle sonuçlanırsa, memnuniyette bir artış söz konusu olacaktır¹²⁴.

2.4.1.5. İş Deneyimi

Bireyin iş yaşamı deneyimi de işinden memnuniyeti belirlemede bir faktördür. Göreve yeni başlayan, iş deneyimi az olan bireylerin genelde gerçekçi olmayan beklentileri olabilmektedir. Gerçekçi olmayan beklentiler, çalışanın

¹²² Almila Erol., Aybala Sarıççek ve Şeref Gülseren, *Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, Cilt: 8, 2007, 241-247.

¹²³ Burris, V. The social and Political Consequences of Overeducation, *Amerikan Sociological Review*, 48(8), 1983, 454-467; Atilla Yelboğa, *Bireysel Demografik Değişkenlerin İş Doyumu İle İlişkisinin Finans Sektöründe İncelenmesi*, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 2, Aralık 2007, s.5.

¹²⁴ Ünal Sığrı ve Nejat Basım, *İş Görenlerin İş Doyumu İle Örgütsel Bağlılık Düzeylerinin Analizi*, Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 12, 2006, s.135.

kişiliğine göre zamanla evrim geçirmektedir. Bazı bireyler iş deneyimleri arttıkça, beklentilerini iş yaşamının doğrularına göre ayarlarlar ve sonuçta memnuniyeti bulurlar. Bazıları ise, geçen yıllara rağmen beklentilerini değiştirmezler ve memnuniyetsizlik ile yaşamayı öğrenirler. Profesyonel iş deneyiminin memnuniyeti arttırdığı iddia edilmektedir¹²⁵.

Kontrol odağı dışarıda olan, kendini beğenen ve yarışmacı insanların memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Acelecilik ve öfkeli kişilik ile iş doyumunu arasında negatif, başarı güdüsü yüksek olma ile memnuniyet arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır¹²⁶.

Göreve yeni başlayan, iş deneyimi az olan bireylerin gerçekçi olmayan beklentileri bulunmaktadır. Bir kuruma başvuran ve kabul edilen birey, çalışma koşullarının en üst düzeyini hayal etmektedir. Dolayısıyla bu yıllarda çalışanların işlerinden olan beklentileri çok fazladır. Ancak zamanla çalışma yaşamının katı gerçeklerini kavrayan ve beklentilerinin o an gerçekleşmeyeceğini anlayan çalışan memnuniyetsizlik duygusuna kapılmaktadır. Memnuniyetsizlik duygusunun oluşumuna neden olan faktör, çalışanın gerçekçi olmayan beklentileridir. Bu beklentiler, zamanla bireyin işini, iş hayatını tanıması ve tecrübe kazanması ile giderek daha gerçekçi esaslara dayanacaktır. Bunun sonucunda bireyin iş deneyimi arttıkça beklentileri de iş hayatının gerçek akışına göre olmakta ve sonuçta çalışan memnuniyete ulaşmaktadır¹²⁷.

2.4.1.6. Hizmet Süresi

“Hizmet süresi”, bir çalışanın kuruma katılımından itibaren geçirdiği zamanın uzunluğunu ifade etmektedir. Hizmet süresi arttıkça çalışanların gelirlerinde, pozisyonlarında ve sorumluluklarında doğal olarak bir artış beklenir. Çalışan memnuniyeti ile hizmet süresi arasındaki ilişki, zaman içerisinde çalışanın emeği

¹²⁵ Tuğray Kaynak, *Organizasyonel Davranış ve Yönlendirilmesi*, İstanbul, 1997; Cengiz Mete, *İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerin Kişilik Özellikleri İle İş Tatminleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2006, s.13-14.

¹²⁶ Bülent Yılmaz, Şelale Korku ve Köse, Eda, *Ankara'daki Üniversite ve Halk Kütüphanelerinde Çalışan Kütüphanecilerin İş Doyumları Üzerine Bir Araştırma*, Bilgi Dünyası, Cilt: 11 Sayı: 1, 2010, s.52.

¹²⁷ Hüseyin Özgen, Azim Öztürk ve Azmi Yalçın, *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Nobel Yayıncılık, Adana, 2002, s.330.

karşılığında kurumdan elde ettiklerinde meydana gelen artışla açıklanabilir. Çalışan çalıştığı kuruma kendi seçimi doğrultusunda dâhil olduğu için, ilk zamanlardaki memnuniyet düzeyi daha yüksek olacaktır. Hizmet süresi arttıkça, kuruma katıldığı ilk zamanlardaki arzu ve beklentilerinin yeterli olarak karşılanmadığını fark eden çalışanlarda, işten duyulan memnuniyette azalma eğilimi gözlenebilecektir¹²⁸. Saygun, Çakmak ve Köse¹²⁹ hekimler üzerinde yaptıkları araştırmalarında hizmet süresi ile memnuniyet arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu, hizmet süresi arttıkça iş doyumunun da arttığını saptamışlardır.

2.4.1.7. Kişilik Özellikleri

Çalışanın sahip olduğu kişiliğine bağlı olarak, bir dizi değer yargıları, inançları, kültürel altyapısı vardır. Bazı çalışanlar işlerinde bağımsızlık isterler, yöneticilerinin kendilerine çok karışmasını istemezler, çalışma ortamını kendileri düzenlemeyi arzu ederler. Bazı çalışanlar zor işleri tercih ederler, başkalarının yapmakta zorlandığı işi başarmaktan haz duyarlar¹³⁰.

Çalışan memnuniyeti ile kişilik özellikleri arasında ilişki söz konusudur. Örneğin sinirli ve çevresine uyum sağlayamamış kişiler daha sık işlerinden memnuniyetsizlik göstermektedir. Bu çalışanlar başkaları ile rahat ilişki kuramamaktadır. Çalışanların yaşama bakış açısı olumsuzdur. Bununla birlikte genel inaniş özel hayatında mutlu olmayan kişilerin mutluluğu işlerinde arayacağıdır. Yapılan araştırmaları bunu doğrulayamamıştır. Olumsuz tutumların yaygınlaşma etkisi görülmektedir. Ama neden-sonuç ilişkisi kesinlik kazanmış görünmemektedir¹³¹.

Çalışma yaşamı ile kişilik arasında bir etkileşimin olduğu konuları, çeşitli araştırmalarla ortaya çıkarılmıştır. Kişiliğin bireyin çalıştığı işi ve çevresini algılamasında ve değerlendirmesinde önemli bir etkisi vardır. Bireyin davranışları,

¹²⁸ Ünal Sığrı ve Nejat Basım, *İş Görenlerin İş Doyumu İle Örgütsel Bağlılık Düzeylerinin Analizi*, Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 12, 2006, s.135.

¹²⁹ Meral Saygun, Aytül Çakmak ve Kenan Köse, *Kırıkkale İlinde Üç Farklı Hastanede Çalışan Hekimlerin İş Doyumu*, Türk Klinikleri Tıp Dergisi, Sayı: 24, 200), 219-229.

¹³⁰ Fevzi Kostak, Çalışan Memnuniyeti, 2013, <http://www.kazanmakisteyenler.com/2010/02/calisan-memnuniyeti/>, Erişim Tarihi: 15/05/, 2013.

¹³¹ Figen Sevimli ve Ömer Faruk İşcan, *Bireysel ve İş Ortamına Ait Etkenler Açısından İş Doyumu*, Ege Akademik Bakış, Cilt:1, Sayı:5, 2005, s.55.

onun içinde yaşadığı ortam ve çevresindeki bireyler arasındaki sürekli etkileşim sonucu oluşması nedeniyle bireyin kişiliği iş çevresinden etkilendiği gibi aynı zamanda birey kişiliği ile iş çevresini etkiler¹³². Özarslan¹³³ Vali Yardımcıları üzerinde gerçekleştirdiği araştırmasına kişilik ve memnuniyet arasında anlamlı farklılık olmadığı sonucuna ulaşmıştır.

2.4.2. Örgütsel Faktörler

Çalışanların beklentilerinin karşılanmasında ve iş memnuniyetinin oluşmasında işletmenin çalışanlarına sunduğu olanaklar da belirleyici rol oynamaktadır. Kimi işletmelerin sunduğu olanaklar çalışanların beklentilerini ve isteklerini büyük ölçüde karşılarken bazı işletmelerin olanakları çalışanların beklentilerini karşılamada yetersiz kalabilmektedir. İşletmeden beklediği şartları bulamayan çalışanlar işinden daha az tatmin olmakta ve bu doğrultuda davranışlar gösterebilmektedir¹³⁴. Çalışan memnuniyetini etkileyen örgütsel faktörleri ücret ve ödüller, iş güvenliği, iletişim, fiziksel çalışma koşulları, kariyer olanakları (ilerleme), işin özelliği ve örgüt kültürü ve iklimi olmak üzere yedi başlık halinde incelemek mümkündür. Bu başlıklara ilişkin bilgilere aşağıda yer verilmektedir.

2.4.2.1. Ücret ve Ödüller

Çalışan memnuniyetini etkileyen temel faktörlerinin birisi de ücrettir. Çalışan işe karşı tutumunu, aldığı ücretin yeterliliği, alması gerekene oranla normallliği ve ihtiyaçlarını karşılama derecesi belirleyecektir.

Çalışan çalıştığı işyerinin uyguladığı ücret sistemi ve terfi politikasının adil ve beklentilerine uygun olmasını istemektedir. Ücret işin kişiden istediklerine, bireyin yeteneğine ve toplumun ekonomik yapısına göre adil ise çalışanın işine karşı

¹³² Serpil Ayaç, *Örgütsel Davranış Açısından Kişiliğin Önemi*, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 1, 2011.

¹³³ Mustafa Özarslan, *Vali Yardımcılarının Kişilik Tipi ve İş Tatminlerine İlişkin Kuramsal ve Uygulamalı Bir Araştırma*, İdarecinin Sesi, Sayı:143, 2011, S.46- 51.

¹³⁴ Erdoğan Gavcar ve Cafer Topaloğlu, *Kamuya Ait Konaklama İşletmelerinin Yöneticilerinde İş Doyumu (Öğretmenevi Müdürleri Örneği)*, Yönetim Bilimleri Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 2, 2008, s.64.

tutumu olumlu olacaktır. Alınan ücretin iş memnuniyeti açısından diğer kişilere göre dengeli olması yüksek olmasından daha önemlidir¹³⁵.

Çalışanlar için ücretin adil olup olmaması da önem taşımaktadır. Çalışan aldığı ücreti, hem kendi çalıştığı işyerindeki hem de diğer örgütlerde benzer işlerde çalışan çalışanların ücreti ile mukayese edecektir. Bu bakımdan, ücretin yeterliliği yanında adil olması da gerekir. Aksi takdirde, çalıştığı işyerinde ücret adaletsizliği olduğuna inanan çalışan, memnuniyetsizlik eğilimi gösterir¹³⁶.

Çalışanların tutum ve davranışlarına göre onların etkilenebileceği ödüllerin adil olarak verilmesi iş doyumunu olumlu bir biçimde etkileyecektir. Çalışanlar arasında iş doyumsuzluğuna yol açan etkenlerin başında yetersiz ödüllendirme önemli yer tutmaktadır. Ödüllendirme sadece maddi değerlere bağlı olarak yapılmamalı aynı zamanda sosyo-psikolojik boyutu da dikkate alınarak yapılmalıdır¹³⁷.

2.4.2.2. İş Güvenliği

Çalışanların iş kazalarına uğramalarını önlemek amacıyla güvenli çalışma ortamını oluşturmak için alınması gereken önlemler dizisine iş güvenliği adı verilmektedir¹³⁸. İşyerinde iş güvenliğinin olması, memnuniyetinde önemli rol oynamaktadır. Birey çalıştığı kurumun kendi sağlığına değer verdiğini ve koşulları bu şekilde hazırladığını bilirse daha mutlu çalışmaktadır. Emeklilik, kaza, hastalık, işsizlik sigortaları çalışan memnuniyetinde önemli bir yer tutmaktadır¹³⁹.

İş güvenliğinin olması çalışan memnuniyetinin öncelikli faktörleri arasındadır. Çoğu çalışan işinde güvenlik unsurunun olduğuna ve kendisine değer verildiğine inanıyorsa, bu durum onun işinden doyum sağlamasına yardımcı

¹³⁵ Sevimli ve İşcan, a.g.m., s.58.

¹³⁶ Ömer Faruk İşcan ve Ufuk Sayı, *Örgütsel Adalet, İş Tatmini ve Örgütsel Güven Arasındaki İlişki*, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 24, Sayı: 4, 2010, s.1999.

¹³⁷ Yavuz Demirel ve M. Faruk Özçınar, *Örgütsel Vatandaşlık Davranışının İş Tatmini Üzerine Etkisi: Farklı Sektörlere Yönelik Bir Araştırma*, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 23, Sayı: 1, 2009, s.134-135.

¹³⁸ MEGEP, *İş Güvenliği ve İşçi Sağlığı*, T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2011c., s.2.

¹³⁹ Selma Söyük, *Örgütsel Adaletin İş Tatmini Üzerine Etkisi ve İstanbul İlindeki Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelere Yönelik Bir Çalışma*, Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007, s.87.

olacaktır. Bununla birlikte, çalışan yaptığı işte güvenlik olmadığı ya da ihmal edildiği hissine kapıldığında motivasyonu kaybolacaktır. Bunun sonucunda çalışan emniyet ve güvenlik duygusundan yoksun olup hoşnutsuzluğa kapılacaktır. İşe karşı olumsuz tutumlar sergileyip, memnuniyetsizlik meydana gelecektir¹⁴⁰.

Çalışanın geleceğine güvenle bakması, çalışanlarla işverenler arasındaki çalışma barışının oluşması ve işletmelerde etkinlik ve verimlilik artışları sağlanmasının yanında, toplumsal denge ve değerlerin korunması açısından da son derece önemli olduğu düşünülmektedir¹⁴¹.

2.4.2.3. İletişim

İletişim, insanların, toplu halde yaşamaya başlamalarından itibaren, toplumsal etkileşimlerde rol oynayan, sembolik mesajların karşılıklı ulaştırılmasıyla bazı anlamları aralarında paylaşmaları sürecidir. İletişim ile bilginin, farklı davranış şekilleri ve sonuçlar yaratmak amacıyla kaynaktan, alıcıya aktarılması ile sağlanır. İnsanlar iletişimle ortak değerleri paylaşma olanağını elde ederler¹⁴².

İletişim sayesinde kurumda çalışanlar kendilerinden neler beklendiğini, işlerini nasıl yapmaları gerektiğini ve üstlerinin ya da diğer çalışanların kendileri hakkında neler düşündüklerini öğrenme olanağı bulmaktadırlar. Kurumsal hayatta bilginin iletilmesinin yönetsel açıdan önemli olmasının yanında çalışanın olumlu tutumlar edinmesinde de iletişimin önemli rolü vardır. İletişimin yokluğu, eksikliği ya da yetersizliği örgütsel ortamda belirsizliğe neden olmaktadır¹⁴³.

İletişimin doğru şekilde kurulması birçok kolaylığı beraberinde getirir. Çalışanın hem kendini doğru ifade edebilmesi için, hem de dinlerken karşısındaki kişiyi doğru anlaması için iletişimin doğru kurulması şarttır. Çalışan, çalışma ortamındaki mesai arkadaşları ve işverenleriyle anlaşmasının sağlanabilmesi doğru iletişimden geçmektedir. İletişim doğru şekilde kurulduğu durumlarda, yanlış

¹⁴⁰ Özgen, Öztürk ve Yalçın, 2002, a.g.e., s.334.

¹⁴¹ Kemal Poyraz ve Bülent Kama, *Algılanan İş Güvencesinin, İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi*, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:13, Sayı:2, 2008, s.145.

¹⁴² Eroğluer, a.g.m., s.122.

¹⁴³ Öznur Bozkurt ve İlhan Bozkurt, *İş Tatminini Etkileyen İşletme İçi Faktörlerin Eğitim Sektörü Açısından Değerlendirilmesine Yönelik Bir Alan Araştırması*, Doğu Üniversitesi Dergisi, Cilt: 9, Sayı:1, 2008, s.3.

anlaşılma veya eksik bilgi alım-verimi söz konusu olmayacağından motivasyon düzeyinde düşüş olmaması beklenir. İyi bir iletişim ağı, çalışmada yüksek motivasyon sağlayabilmektedir. Ancak yanlış anlama, anlaşılma, eksik bilgi alma, eksik bilgi verme, kendini yanlış ifade etme gibi yaşanabilecek iletişim problemleri, çalışanların motivasyon düzeylerinde ciddi düşüslere neden olabilmektedir¹⁴⁴.

2.4.2.4. Fiziksel Çalışma Koşulları

Çalışma koşulları hem kişisel rahatlık, hem de işin yapılması açısından önemlidir. Çalışanlar daha fazla fiziksel rahatlık sağlayacak iş ortamı istemektedirler. Örneğin, çok fazla ısı veya az ışık fiziksel rahatsızlığa yol açmakta, kirli hava veya zayıf havalandırma tehlikeli olabilmektedir¹⁴⁵.

Evinden sonra en çok zamanını çalışma yerinde geçiren kişi için fiziksel çalışma şartlarının uygun olması da son derece önemlidir. Işıklandırma, havalandırma, ısınma, gürültü, çalışanın çalışma temposunu önemli ölçüde etkiler. Olumsuz çalışma şartlarının olduğu bir kurumda çalışanların memnuniyetlerini olumsuz yönde etkileyecektir. Birçok iş tatmin teorisinde de belirtildiği gibi bireyin öncelikle temel ihtiyaçlarını gidermesi gerekmektedir. Bu durumu kurum açısından ele alırsak; işveren, çalışanın verim alabilmek için öncelikle uygun fiziksel çalışma koşullarını yerine getirmelidir ki çalışan motive olup başarıya ulaşsın. Yeterli araç ve gereçleri temin etme, müzikli çalışma ortamı gibi moral artırıcı uygulamalar, çalışan kuruma bağlamada önemli etkenlerdir. Düzen ve temizlik, verimli bir çalışma ortamının temel koşuludur. Kurum yönetimi bu konuda elinden geleni yapmalı ve işi zevkli duruma getirmeyi bilmelidir ki, yüksek verim almak konusunda başarılı olabilsin¹⁴⁶.

Çalışanların içinde bulunduğu çalışma ortamı ve onu etkileyen fiziksel koşullar verimliliği etkileyen önemli faktörler arasında sayılabilir. Bu koşulların uygun düzeye ulaşması çalışanın moral yapısını etkileyebileceği gibi işletmeyle

¹⁴⁴ Oben, a.g.t., s.19.

¹⁴⁵ Oya Erdil, Halit Keskin, Salih Zeki İmamoğlu ve Serhat Erat, *Yönetim Tarzı ve Çalışma Koşulları, Arkadaşlık Ortamı ve Takdir Edilme Duygusu İle İş Tatmini Arasındaki İlişkiler: Tekstil Sektöründe Bir Uygulama*, Doğuş Üniversitesi Dergisi, Cilt: 5, Sayı:1, 2004, s.19.

¹⁴⁶ Ayça Tiryaki, *İşletmelerde Modern Liderlik ve Çalışan Motivasyonu İlişkisine Yönelik Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008, s.77.

bütünleşmesini ve dolayısıyla memnuniyetini de kolaylaştıracaktır. Bu nedenle fiziksel koşulların, çalışanların çalışma temposu ve isteğini artıracak biçimde düzenlenmesine gidilmektedir. Dolayısıyla fiziksel koşullarının iyileştirilmesi çalışanların memnuniyetini artırmaktadır¹⁴⁷.

2.4.2.5. Kariyer Olanakları (İlerleme)

Çalışanlar; genellikle işlerinde başarılı olarak, bir üst görev basamağına terfi etmek isterler. Terfi, beraberinde ücret artışını getirdiği gibi, çalışanın sosyal statüsünü ve toplumdaki konumunu da olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca terfi, çalışanları, daha fazla çalışmaya sevk eden önemli bir unsurdur. Yeni bir işe başlayan çalışan iş yerinde, ilerleme olanağının bulunmadığına ve ücretinin artmayacağına dair bir duyguya kapıldığında her türlü çabanın gereksiz olduğuna inanıp işine karşı olumsuz bir tutum geliştirebilir. Bu durumda ise işinden memnuniyetsizlik yaşamaları muhtemeldir. Çalışan işinde başarılı olduğu takdirde yükselme beklentisi içine girmektedir. İşletme içinde ilerleme imkanlarının olması ve adil bir terfi sisteminin varlığı olumlu bir çalışma ortamı meydana getirecektir¹⁴⁸ ve çalışanların memnuniyetini artıracaktır.

İşin yürütümünü iyice öğrenip, deneyim kazanan çalışana bir süre sonra iş monoton gelebilecek ve görevin getirdiği yetki ve sorumluluklar yetersiz kalabilecektir. Bunun sonucunda çalışana daha yüksek yetki ve sorumluluklar alma beklentisine girebilecektir. Yükselme, çalışanın bulunduğu kademedeki daha yüksek yetki ve sorumluluk taşıyan bir kademeye geçmesidir. Böylece, hem çalışan monotonluktan kurtulacak hem de yöneticiler artan sorumluluk ve denetim yükünü hafifletebileceklerdir. Yükselme, parasal ve psikolojik ödülleri birlikte içeren bir belirleyici niteliğindedir. Yükselme, her şeyden önce, çalışanın gösterdiği başarının ödülüdür. Yükseldikçe kendini geliştirme olanağını elde eden çalışanın kendine olan güveni de artmaktadır. Ayrıca, yükselme hem kuvvetli bir prestij hem de kendilerini ilgilendiren konularda daha çok söz sahibi olmak isteyenlere bu olanağı sağladığından, psikolojik bir ödül niteliği taşımaktadır. Daha önemli bir iş, daha çok

¹⁴⁷ Kadir Ardiç ve Türker Baş, Kamu ve Vakıf Üniversitelerindeki Akademik Personelin İş Tatmin Düzeylerinin Karşılaştırılması, *9. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi*, İstanbul, 24-26 Mayıs 2001, s.5.

¹⁴⁸ Bozkurt ve Bozkurt, a.g.e., s.6.

sorumluluk ve daha yüksek sosyal saygınlık anlamına gelen yükselme çalışanın çalışma memnuniyeti düzeyini de arttırmaktadır. Aynı zamanda, ücret artışlarını da içermesi yükselmeye parasal bir ödül niteliği kazandırmaktadır. Bu durumda, yükselmenin çalışanın takdir edilme, saygı görme ve kendini gerçekleştirme gereksinmesinin memnuniyetinde etkili olabileceğini söylemek olanaklı olabilir. Bu gereksinmelerin tatmin edilmesi kurum açısından da birçok yararlı sonuçları beraberinde getirebilmektedir¹⁴⁹.

Çalışanın kurum içinde daha yüksek bir konumdaki göreve getirilmesi hem doyuma ulaşmasını, hem de motivasyon artışı sağlayacaktır. Burada önemli olan, çalışanlar için adil bir terfi politikası oluşturmaktır. Terfiler, kişiler için hem gelişme ve sorumluluk kazanma fırsatları sağlamak; hem de bireyin sosyal statüsünü arttırmaktadır¹⁵⁰.

2.4.2.6. İşin Özelliği

Çalışan memnuniyeti işin özellikleri ile çalışanın istekleri birbirine uyduğu zaman gerçekleşmektedir. İşe karşı duyulan hoşnutluk memnuniyete, işe karşı duyulan hoşnutsuzluk da memnuniyetsizliği göstermektedir¹⁵¹. Çalışanın, çalıştığı işi beğenmesi, işten doyumun başta gelen etkenidir. Çalışanın işini beğenmesi de aşağıdaki koşullara bağlıdır¹⁵²;

- İşin çalışanın yeteneklerini kullanmasına elverişli olması,
- İşin yenilikleri öğrenmeye, gelişmeye olanaklı olması,
- İşin çalışanı yaratıcılığa, değişikliğe ve sorumluluk almaya yönlendirmesi,
- İşin sorun çözmeye dayanması.

Kişinin iş ortamını değerli, yaptığı işi anlamlı ve kendisini geliştirici bulması, iş memnuniyeti açısından önemli kriterlerdir. Bu durum kişinin yaşamdan keyif

¹⁴⁹ Doruk Türker, *Enformasyon Paylaşımı, Bütçesel Katılım ve İş Memnuniyetinin Çalışan Performansı Üzerine Etkisi*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gebze, 2010, s.34-35.

¹⁵⁰ Sevimli ve İşcan, a.g.m., s.200.

¹⁵¹ Davis K. İşletmelerde İnsan Davranışı: Örgütsel Davranış. Çeviri Kemal Tosun, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Matbaası, No: 3028, 1982; Akt: Abide Dinler, *Isparta İli Otel İşletmelerinde Çalışanların İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri İle Etkileyen Etmenler*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta, 2010, s.11.

¹⁵² İ. Ethem Başaran, *Örgütsel Davranış İnsanın Üretim Gücü*, Siyasal Basın Dağıtım, Ankara, 2008, s.266.

almasını, yaşamında mutlu olmasını sağlamaktadır. Dolayısıyla işini anlamlı bulan kişilerin, işinden ve yaşamdan daha fazla doyum aldıklarını söylemek olasıdır. Çalışma hayatından beklentilerini karşılaması, memnuniyeti pozitif yönde etkileyen diğer bir unsurdur. Beklentilerin karşılanmaması durumunda yaşam doyumunun olumsuz etkilendiğini söylemek mümkündür. İş memnuniyetine ilişkin bir takım değişkenlerin kişinin iş memnuniyetine yönelik algılarında etkili olduğu düşünülmektedir. Örneğin bir iş ne kadar beceri gerektiriyorsa, kişiye o derece doyum vereceği düşünülür. Sürekli aynı türde, özellikle de pek fazla uzmanlık gerektirmeyen, çok kolay öğrenilebilen becerilerin kullanıldığı işlerde çalışanlar genellikle daha doyumsuzdurlar. İş yaparken kişiye ne derece özgürlük tanınıyorsa, bu, o derecede doyum verir. Çalışan, çalışma saatlerine kendi karar verebiliyor, çalışma yöntemlerini kendi seçebiliyor, yapılacak işlerin sırası konusunda söz sahibi olabiliyorsa, işindeki özerkliği yüksek kabul edilir¹⁵³.

2.4.2.7. Örgüt Kültürü ve İklimi

Örgüt kültürü, belirli bir grubun içsel bütünleşme ve dışsal uyum sorunlarını çözümlerken yarattığı, keşfettiği ve geliştirdiği; geçerli kabul edilecek, dolayısıyla yeni üyelere sorunlara ilişkin doğru bir algılama, düşünme ve hissetme yolu olarak öğretilecek kadar etkin, varsayımlar veya inançlar bütünü olarak tanımlanmaktadır¹⁵⁴.

Çalışan memnuniyeti, iş başarımından düşük ise, iş başarımı yüksek, fakat örgüt huzursuzdur. Uzun dönemde iş başarımının ortadan kalkması ve örgütü rahatsız edecek çeşitli huzursuzlukların ortaya çıkması söz konusudur. Yüksek iş başarımına düşük ödül verildiğinde ya da hiç verilmediğinde görülebilmektedir. Bu tip örgütlerin örgüt kültürü zayıftır. Çalışan memnuniyeti ile iş başarımı eşit ise, yüksek memnuniyet ve yüksek iş başarımı söz konusudur. Yüksek başarıya yüksek

¹⁵³ Aşkın Keser, Çağrı Merkezi Çalışanlarında İş Yükü Düzeyi ile İş Doyumu İlişkisinin Araştırılması, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 11, Sayı: 1, 2006, s.105.

¹⁵⁴ Gönül Budak ve Gülay Budak, *İşletme Yönetimi*, Hayat Yayıncılık, İzmir, 2004, s.550.

ödül verildiği algılanmaktadır. Örgütün hedefleri ile çalışanın hedefleri aynı doğrultudadır. Bu tip örgütlerin örgüt kültürü güçlüdür¹⁵⁵.

Örgütün kimliği, örgüte kimliğini kazandıran; çalışanların davranışlarını etkileyen ve onlara tarafından algılanan; örgüte egemen olan özellikleri dizisidir. Örgütün yönetim biçiminin ve örgütte oluşturulan iklimin (ortamın) çalışanların işten doyumunu ile ilişkisi yüksektir. Güven veren; dürüst, adil davranılan; ilişkilerin iyi olduğu; çatışmaların en fazla indiği bir ortam, çalışanların işten doyumunu olumlu yönde etkiler. Örgüt ikliminin olumluluğu, çalışma koşullarının iyiliğini gösterir. Örgütün karşılayamadığı; ama örgüt toplumunda çalışanın etkileşim yoluyla karşıladığı ruhsal ve toplumsal gereksinmelerin çokluğu, örgüt ortamının işten doyuma elverişli bir iklim yarattığını gösterir¹⁵⁶.

2.5. Çalışan Memnuniyetsizliğinin Sonuçları

Çalışan memnuniyetsizliği bireysel ve örgütsel açıdan bir dizi önemli sonuçları bulunmaktadır. Bu nedenle, çalışan memnuniyeti çalışma ve örgütsel psikoloji alanında en çok araştırılan kavram olmuştur. Öncelikle, çalışan memnuniyeti sorumluluk, görevin çeşitliliği ve iletişim gibi çalışma koşulları ile bağlantılıdır¹⁵⁷. Bundan dolayı çalışan memnuniyetsizliğinin sonuçlarını bireysel ve örgütsel olmak üzere iki başlık halinde incelemek mümkündür. Bu başlıklara ilişkin bilgilere aşağıda yer verilmektedir.

2.5.1. Bireysel Sonuçlar

Çalışan memnuniyetinin etkenleri bireyden bireye değişebildiği gibi, sonuçları da bireyden bireye farklı şekillerde belirebilmektedir. Farklı bireysel özelliklere sahip çalışanların, işten algıladıkları memnuniyet duygusu da farklı olmaktadır. Yaşamının önemli bir kısmını çalıştığı işyerinde geçiren bir çalışanın memnuniyet düzeyi özel yaşamını ve sağlığını olumlu ya da olumsuz yönde

¹⁵⁵ Zeki Akıncı, *Turizm Sektöründe İşgören İş Tatminini Etkileyen Faktörler: Beş Yıldızlı Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama*, Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi, Sayı: 4, 2002, s.8.

¹⁵⁶ Başaran, a.g.e., s.267- 268.

¹⁵⁷ İhsan Yüksel, *İletişimin İş Tatmini Üzerindeki Etkileri: Bir İşletmede Yapılan Görgül Çalışma*, Doğuş Üniversitesi Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 2, 2005, s. 295.

etkilemektedir. İş memnuniyetinin yüksek olmasının çalışan mutluluğuna katkıda bulunduğu, düşük olmasının ise, çalışanın işine yabancılaşmasına sebep olduğu, buna bağlı olarak da ilgisizliğin ve uyumsuzluğun ortaya çıktığı genel kabul gören bir anlayıştır¹⁵⁸.

İş memnuniyetinin davranışlara, fiziksel ve ruhsal sağlığa doğrudan etkileri bulunmaktadır. Beklentilerin karşılanamaması sonucunda ortaya çıkan iş memnuniyetsizliği çalışan sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu durumda kişinin psikolojisi bozulmakta ve istenmeyen davranışlara neden olabilmektedir. Birey bazen kendi iç dünyasına çekilebilmektedir¹⁵⁹.

Çalışma yerinde, yaptığı işin çalışana anlamsız gelmesi, sorunların yönetimce gereken biçimde ve zamanında ele alınmaması, yönetimce alınan kararların çalışana gereği gibi anlatılmaması gibi olaylar sonucu çalışan işyerinden kendini uzak tutmakta ve bezginlik göstermektedir. Ayrıca beklentilerine ulaşamayan çalışan, işyerinde tepkisini çocuksu bir davranış biçimine dönüştürebilmekte, örneğin surat asabilmekte veya ağlayabilmektedir. Bundan da öte, beklentilerine ulaşamama bazı çalışanlarda saldırganlık davranışının ortaya çıkmasına yol açar. Saldırganlık dışarıya karşı bir harekettir. Kişiyeye ya da eşyaya eylemli veya sözlü saldırı biçiminde ortaya çıkmaktadır¹⁶⁰.

Çalışanların memnuniyetlerindeki azalmalar, hayatındaki olumsuz yaşam olaylarıyla, gündelik sıkıntılarla ve kişilik özellikleriyle de birleşince, genellikle, huzursuzluk, gerginlik, öfke, anksiyete, depresyon, yorgunluk gibi öznel duygulanımlar ve soğuk algınlıklarında artış, alerjik reaksiyonlar, gastroentestinal hastalıklar ve madde kullanımı gibi fizyolojik sorunlarla ilişkili görülmektedir¹⁶¹.

2.5.2. Örgütsel Sonuçlar

İşinden memnuniyet duyan kişinin diğer çalışanlara yardımcı olma ve işbirliğine yönelik olma gibi daha fazla olumlu davranış sergilediği bulunmuştur.

¹⁵⁸ Akıncı, a.g.e., s.7.

¹⁵⁹ Söyük, a.g.e., s.104-105.

¹⁶⁰ Sevimli ve İşcan, a.g.e., s.58.

¹⁶¹ Ayşegül Durak Batıgün ve Şahin Nesrin H. *İş Stresi ve Sağlık Psikolojisi Araştırmaları İçin İki Ölçek: A-Tipi Kişilik ve İş Doyumu, Türk Psikiyatri Dergisi*, Cilt: 17, Sayı: 1, 2006, s.33.

Örgütsel davranış araştırmacıları yöneticilerin çalışan memnuniyetine önem vermeleri gerektiğini ve bunun örgüt etkinliği açısından önemli olduğunu ifade etmektedir¹⁶². Çalışana yapılan her türlü yatırım, üretkenlik, karlılık ve yüksek memnuniyet olarak örgütlere geri dönmektedir. Memnuniyeti sağlayamayan örgütler pek çok olumsuz sonuçlarla karşılaşır. Bunların başlıcalarını aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür¹⁶³;

- Çalışan devir hızında yükseklik,
- İşe gitmede isteksizlik, devamsızlık,
- Örgüte karşı sadakatsizlik,
- Yabancılaşma, stres, çatışma, yetersizlik ve kırgınlıkların artması,
- İşte hata yapma, bilinçli ya da bilinçsiz makine/tesise zarar verme,
- Grevlerin başlaması gibi.

Mete ¹⁶⁴ çalışan memnuniyetinin örgütsel sonuçlarını; işe devamsızlık ve işten ayrılmalar, çalışan-yönetim karşıtlıkları olmak üzere üç madde halinde ele almıştır;

1. İşe devamsızlık ve işten ayrılmalara yol açan birçok etkenden en önemlileri, çalışan memnuniyetsizliği olarak belirtilebilir. Çünkü, çalışan memnuniyetsizliği arttıkça, çalışanın motivasyonu düşmekte ve bu noktada işe devamsızlık artmaktadır. Bunun sonucunda da, çalışanlar genelde memnun olmadıkları işlerinden ayrılıp kendilerine daha uygun bir iş aramaktadırlar.
2. Çalışan memnuniyeti ile işten ayrılmalar arasındaki kuvvetli ilişki, değişik zamanlarda ve işletmeden işletmeye farklılıklar göstermektedir. Şöyle ki, farklı iş seçeneklerinin az olduğu zamanlarda, çalışan hareketliliğinin yavaşlamakta olduğu gözlemlenmektedir.

¹⁶² Hülya Çekmecelioğlu, *İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık Tutumlarının İşten Ayrıma Niyeti ve Verimlilik Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi: Bir Araştırma*, İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Cilt:8, Sayı:2, 2006, s.158.

¹⁶³ M. Şerif Şimşek, Tahir Akgemci ve Adnan Çelik, *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış*. 7. Baskı, Gazi Kitapevi, Ankara, 2011, s.203.

¹⁶⁴ Mete, a.g.e., s.15-16.

3. Çalışan ile yönetim arasındaki ilişkilerdeki karşılık da çalışan memnuniyetinin sağlanamaması durumunda ortaya çıkan bir diğer boyuttur. Çalışanın iş memnuniyetini arttırıp motive edilmemesi, çalışanların yönetime karşı tutumlarını olumsuz yönde etkileyebilir.

Çalışanın işiyle ilgili yaşadığı memnuniyetsizlik motivasyonunu düşürecektir. İş veriminde yaşadığı düşüş yönetimle karşı karşıya gelmesine neden olacaktır. Yönetim ile çalışan arasındaki ilişkilerin gerginliği bütün kurumu etkileyecek bir durumdur. Çalışan ve yönetim arasındaki karşılık kurum içi huzuru da etkiler.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ KAPSAMINDA YAPILAN UYGULAMALARIN ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

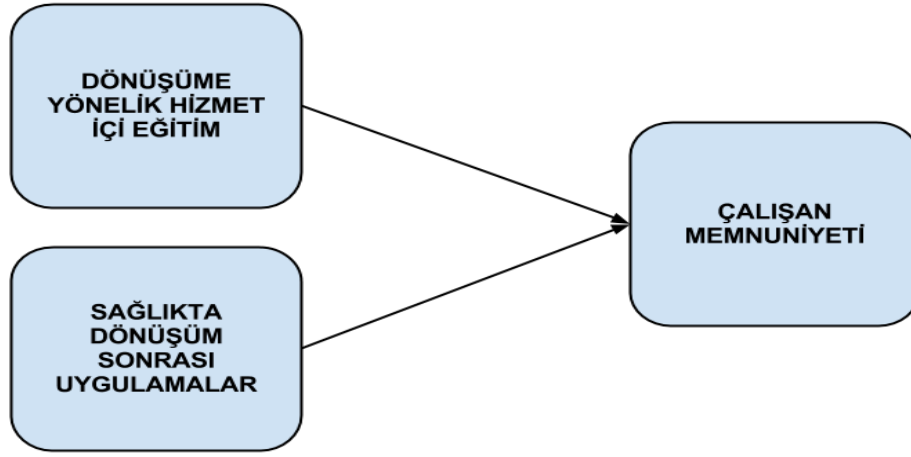
3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; hastane çalışanlarının, sağlıkta dönüşüm projesi sonrası yapılan uygulamalara ve dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin memnuniyetleri üzerindeki etkileri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ayrıca hastane çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre, sağlıkta dönüşüm projesi sonrası yapılan uygulamalara, dönüşüme yönelik verilen hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin ve memnuniyet düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığını da incelemektir.

3.2. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma “tarama modeli” olarak tasarlanmıştır. “Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekilde betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez”¹⁶⁵. Araştırmaya yönelik şematik model aşağıda verilmiştir.

¹⁶⁵ Niyazi Karasar, *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Nobel Yayınları, Ankara, 2009, s.77.



Şekil 1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada sağlıkta dönüşüme yönelik hizmet içi eğitimin ve dönüşüm sonrası uygulamaların çalışan memnuniyeti üzerine etkisini belirlemeye yönelik araştırma modeli oluşturulmuştur. Araştırmanın bağımlı değişkenini çalışan memnuniyeti, bağımsız değişkenini sağlıkta dönüşüme yönelik hizmet içi eğitim ve dönüşüm sonrası uygulamalar oluşturmaktadır.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Balıkesir ilinde Edremit Devlet Hastanesi ve Ayvalık Devlet Hastanesi çalışanları oluşturmaktadır. Edremit Devlet Hastanesi'nde 480 çalışan, Ayvalık Devlet Hastanesi'nde 236 çalışan olduğu bilinmektedir. Söz konusu ana kitleyi temsil edecek örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde¹⁶⁶

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örnekleme hatasıdır.

¹⁶⁶ Priscilla Salant ve Don A. Dillman, *How to Conduct Your Own Survey*, John Wiley & Sons, Inc. Newyork:, 1994, s.55.

“ $n = \frac{((1-0,5)*0,5*(1,96/0,05)^2)}{(1+(1/716)*((1-0,5)*0,5*(1,96/0,05)^2-1))+0,5}$ ” formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, \pm % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü $n = 251$ olarak hesaplanmıştır.

Bu çerçevede anket soruları tesadüfi olarak belirlenen 300 sağlık çalışanına uygulanmış ve 26 kullanılabılır anket formu elde edilmiştir. Sonuç olarak araştırma bulgularının % 95 güven aralığında, \pm % 5 örnekleme hatası ile genellenebileceği söylenebilir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket dört bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde çalışanların tanımlayıcı özelliklerini içeren sorular, ikinci bölümünde sağlıkta dönüşüm sürecinde kurumsal hizmetiçi eğitim çalışmalarının değerlendirilmesine yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan likert sorular, üçüncü bölümde sağlıkta dönüşüm projesi sonrası uygulamalara yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan likert sorular, dördüncü bölümde iş tatmini ölçeği bulunmaktadır. Araştırmada katılanların işlerinden memnuniyet durumlarını ölçmek için Minnesota İş Tatmin Ölçeği'nin (MSQ) 20 sorudan oluşan kısa formu kullanılmıştır.

Minnesota İş Tatmin Ölçeği içsel boyut, dışsal boyut ve genel tatmin düzeyini belirleyici özelliklere sahip 20 maddeden oluşmuştur. İçsel tatmini; faaliyet, serbestlik, değişiklik, sosyal statü, ahlaki değer, tanınma, kendi kendine bir şeyler yapabilme, otorite, yeteneklerini kullanma, sorumluluk, yaratıcılık, başarı (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16 ve 20) maddeler, dışsal tatmini; ilerleme, şirket politikası ve uygulaması, çalışma arkadaşları, çalışma şartları, güvence, ücret, yönetici-insan ilişkileri, yönetici ve teknik (5, 6, 12, 13, 14, 17, 18 ve 19.) maddeler, genel tatmini ise maddelerin tamamı oluşturmaktadır¹⁶⁷.

¹⁶⁷ Weiss, David J. Rene. V. Davis, Georg W. England ve Llyold H. Lofquist, Manuel For Minnesota Satisfaction Questionnaire, USA: Universty of Minnesota, 1967, s.1-4, Akt: Nedim Aksu, *İş Tatmininin Bazı Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi*, Polis Bilimleri Dergisi, Cilt:14, Sayı:1, 2012, s.66.

Bu ölçeği İngilizce formundan Hacettepe Üniversitesi'nden Deniz ve Güliz Gökçora Türkçe' ye çevirmiş ve bu çeviri başka dilbilimciler tarafından da kontrol edilerek, uygulanması kabul görmüştür¹⁶⁸.

Sağlıkta dönüşüm sürecinde kurumsal hizmetiçi eğitim çalışmalarının değerlendirilmesine yönelik sorular ve sağlıkta dönüşüm projesi sonrası uygulamalara yönelik sorular araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanmıştır. Sağlıkta dönüşüm sürecinde kurumsal hizmetiçi eğitim çalışmalarına yönelik ölçek için güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği 0,898 olarak yüksek bulunmuştur. Yapılan faktör analizi sonucunda KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) değeri 0,901 ve Barlett değeri $p < 0,05$ olarak tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu saptanmıştır. Ölçek puanı ifadelere verilen yanıtlar toplanarak ifade sayısına bölünerek hesaplanmıştır. Ölçekten alınan puan arttıkça dönüşüm öncesi hizmetiçi eğitimin etkinliği artmaktadır.

Sağlıkta dönüşüm projesi sonrası uygulamalara yönelik ölçek için yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin güvenilirliği 0,941 olarak yüksek bulunmuştur. Yapılan faktör analizi sonucunda KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) değeri 0,916 ve Barlett değeri $p < 0,05$ olarak tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu saptanmıştır. Ölçek toplam %63,148 varyans açıklama oranı ile tek faktör olarak saptanmıştır. Ölçek puanı ifadelere verilen yanıtlar toplanarak ifade sayısına bölünerek hesaplanmıştır. Ölçekten alınan puan arttıkça dönüşüm projesi sonrası uygulamaların etkisi artmaktadır.

Araştırmada kullanılan likert ölçek için kişilerin verilen önermelerle ilgili görüşlerini, çok olumludan çok olumsuzu kadar sıralanan seçeneklerden belirtmeleri istenmiştir. Buna göre; (5) kesinlikle katılıyorum, (4) katılıyorum, (3) kararsızım, (2) katılmıyorum, (1) kesinlikle katılmıyorum şeklinde bir ölçek kullanılmıştır. Ölçek sonuçları $5.00 - 1.00 = 4.00$ puanlık bir genişliğe dağılmışlardır. Bu genişlik beşe bölünerek ölçeğin kesim noktalarını belirleyen düzeyler belirlenmiştir. Ölçek ifadelerinin değerlendirilmesinde aşığıdaki kriterler esas alınmıştır.

¹⁶⁸ İrfan Yazıcıoğlu ve Sökmen, Alptekin, *Otel İşletmelerinin Yiyecek-İçecek Departmanlarında Görev Yapan İşgörenlerin İş Tatmin Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Adana'da Bir Uygulama*, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Bahar Dönemi, Sayı: 18, 2007, s.79.

Seçenekler	Puanlar	Puan Aralığı	Ölçek Değerlendirme
Hiç Katılmıyorum	1	1,00 - 1,79	çok düşük
	2	1,80 - 2,59	Düşük
	3	2,60 - 3,39	Orta
	4	3,40 - 4,19	Yüksek
Tamamen Katılıyorum	5	4,20 - 5,00	çok yüksek

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı t-testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde post-hoc Scheffe testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkiyi Pearson korelasyon, etki ise regresyon analizi ile test edilmiştir. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Bulguları

Bu başlık altında, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan çalışanlardan ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

3.6.1. Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1. Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Çalıştığı Yer	Ayvalık Devlet Hastanesi	128	49,2
	Edremit Devlet Hastanesi	132	50,8
	Toplam	260	100,0
Yaş	30' dan az	31	11,9
	31-40 arası	127	48,8
	41-50 arası	83	31,9
	50 yaşın üzeri	19	7,3
	Toplam	260	100,0
Cinsiyet	Kadın	195	75,0
	Erkek	65	25,0
	Toplam	260	100,0
Medeni Durum	Evli	217	83,5
	Bekar	43	16,5
	Toplam	260	100,0
Eğitim Düzeyi	Lise	31	11,9
	Yüksek Okul/önlisans	126	48,5
	Üniversite	84	32,3
	Lisansüstü	12	4,6
	Doktora	7	2,7
	Toplam	260	100,0
Meslekte Çalışma Süresi	5 yıl altı	26	10,0
	6-10 yıl	31	11,9
	11-15 yıl	40	15,4
	16-20 yıl	64	24,6
	20 yıl üstü	99	38,1
	Toplam	260	100,0

Çalışanlar çalıştığı yer değişkenine göre 128'i (%49,2) Ayvalık devlet hastanesi, 132'si (%50,8) Edremit devlet hastanesi olarak dağılmaktadır.

Çalışanlar yaş değişkenine göre 31'i (%11,9) 30'dan az, 127'si (%48,8) 31-40 arası, 83'ü (%31,9) 41-50 arası, 19'u (%7,3) 50 yaşın üzeri olarak dağılmaktadır.

Çalışanlar cinsiyet değişkenine göre 195'i (%75,0) kadın, 65'i (%25,0) erkek olarak dağılmaktadır.

Çalışanlar medeni durum değişkenine göre 217'si (%83,5) evli, 43'ü (%16,5) bekar olarak dağılmaktadır.

Çalışanlar eğitim düzeyi değişkenine göre 31'i (%11,9) Lise, 126'sı (%48,5) Yüksek okul/Önlisans, 84'ü (%32,3) Üniversite, 12'si (%4,6) Lisansüstü, 7'si (%2,7) Doktora olarak dağılmaktadır.

Çalışanlar meslekte çalışma süresi değişkenine göre 26'sı (%10,0) 5 yıl altı, 31'i (%11,9) 6-10, 40'ı (%15,4) 11-15 yıl, 64'ü (%24,6) 16-20 yıl, 99'u (%38,1) 20 yıl üstü olarak dağılmaktadır.

3.6.2. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatminine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatmini Düzeyleri

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
İçsel Tatmin	260	2,981	0,801	1,000	5,000
Dışsal Tatmin	260	2,706	0,752	1,000	5,000
Genel Tatmin	260	2,871	0,741	1,000	5,000
Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim	260	2,474	0,617	1,000	4,000
Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi	260	2,621	0,906	1,000	5,000

Araştırmaya katılan çalışanların “içsel tatmin” düzeyi orta ($2,981 \pm 0,801$); “dışsal tatmin” düzeyi orta ($2,706 \pm 0,752$); “genel tatmin” düzeyi orta ($2,871 \pm 0,741$); “dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim” düzeyi orta ($2,474 \pm 0,617$); “dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi” düzeyi orta ($2,621 \pm 0,906$); olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan çalışanların Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim ile ilgili ifadelerine verdiği cevapların dağılımları Tablo 3’de görülmektedir.

Tablo 3. Çalışanların Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları

	Yapılmadı		Yeterli Düzeyde Yapılmadı		Bilgilendirici Düzeyde Yapıldı		Benimsemeyi Sağlayıcı Düzeyde Yapıldı		Ort	Ss
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Hastane Seçme Hakkının Uygulanmasıyla Değişen İşlem Süreçleri Hakkında Hastane Personeline Hizmetiçi Eğitim,	95	36,5	78	30,0	75	28,8	12	4,6	2,020	0,917
Hastane Personeline, Hekim Seçme Hakkı İle İlgili Uygulama Hakkında Hizmetiçi Eğitim,	92	35,4	78	30,0	79	30,4	11	4,2	2,030	0,910
Hastane Personeline, Kalite Çalışmaları İle İlgili Uygulama Hakkında Hizmetiçi Eğitim,	15	5,8	36	13,8	140	53,8	69	26,5	3,010	0,798
Hastane Personeline, Hasta Hakları ve Uygulaması Hakkında Hizmetiçi Eğitim,	20	7,7	33	12,7	150	57,7	57	21,9	2,940	0,808
Hastane Personeline, Evrak İşlemlerinin Sadeleştirilmesi ve Bilgi Otomasyonu Sisteminin Kullanımı Hakkında Hizmetiçi Eğitim,	62	23,8	70	26,9	98	37,7	30	11,5	2,370	0,972

Araştırmaya katılan çalışanların Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim ile ilgili ifadelerle verdiği cevaplar incelendiğinde; “Hastane seçme hakkının uygulanmasıyla değişen işlem süreçleri hakkında hastane personeline hizmetiçi eğitim,” ifadesine çalışanların, %36,5’i (n=95) yapılmadı, %30,0’ı (n=78) yeterli düzeyde yapılmadı, %28,8’i (n=75) bilgilendirici düzeyde yapıldı, %4,6’sı (n=12) benimsemeyi sağlayıcı düzeyde yapıldı yanıtını vermiştir. Çalışanların “hastane seçme hakkının uygulanmasıyla değişen işlem süreçleri hakkında hastane personeline hizmetiçi eğitim,” ifadesine zayıf (2,020 ± 0,917) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“Hastane personeline, hekim seçme hakkı ile ilgili uygulama hakkında hizmetiçi eğitim,” ifadesine çalışanların, %35,4’ü (n=92) yapılmadı, %30,0’ı (n=78) yeterli düzeyde yapılmadı, %30,4’ü (n=79) bilgilendirici düzeyde yapıldı, %4,2’si (n=11) benimsemeyi sağlayıcı düzeyde yapıldı yanıtını vermiştir. Çalışanların “hastane personeline, hekim seçme hakkı ile ilgili uygulama hakkında hizmetiçi eğitim,” ifadesine zayıf ($2,030 \pm 0,910$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“Hastane personeline, kalite çalışmaları ile ilgili uygulama hakkında hizmetiçi eğitim,” ifadesine çalışanların, %5,8’i (n=15) yapılmadı, %13,8’i (n=36) yeterli düzeyde yapılmadı, %53,8’i (n=140) bilgilendirici düzeyde yapıldı, %26,5’i (n=69) benimsemeyi sağlayıcı düzeyde yapıldı yanıtını vermiştir. Çalışanların “hastane personeline, kalite çalışmaları ile ilgili uygulama hakkında hizmetiçi eğitim,” ifadesine orta ($3,010 \pm 0,798$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“Hastane personeline, hasta hakları ve uygulaması hakkında hizmetiçi eğitim,” ifadesine çalışanların, %7,7’si (n=20) yapılmadı, %12,7’si (n=33) yeterli düzeyde yapılmadı, %57,7’si (n=150) bilgilendirici düzeyde yapıldı, %21,9’u (n=57) benimsemeyi sağlayıcı düzeyde yapıldı yanıtını vermiştir. Çalışanların “hastane personeline, hasta hakları ve uygulaması hakkında hizmetiçi eğitim,” ifadesine orta ($2,940 \pm 0,808$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“Hastane personeline, evrak işlemlerinin sadeleştirilmesi ve bilgi otomasyonu sisteminin kullanımı hakkında hizmetiçi eğitim,” ifadesine çalışanların, %23,8’i (n=62) yapılmadı, %26,9’u (n=70) yeterli düzeyde yapılmadı, %37,7’si (n=98) bilgilendirici düzeyde yapıldı, %11,5’i (n=30) benimsemeyi sağlayıcı düzeyde yapıldı yanıtını vermiştir. Çalışanların “hastane personeline, evrak işlemlerinin sadeleştirilmesi ve bilgi otomasyonu sisteminin kullanımı hakkında hizmetiçi eğitim,” ifadesine zayıf ($2,370 \pm 0,972$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan çalışanların Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ile ilgili ifadelerle verdiği cevapların dağılımları Tablo 4’de görülmektedir.

Tablo 4. Çalışanların Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi İle İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları

	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum		Ort	Ss
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Uygulanmasıyla Hastanemizin Yönetsel Organizasyonu Olum Yönde Düzelmıştır.	57	21,9	57	21,9	77	29,6	59	22,7	10	3,8	2,650	1,165
SDP Nin Uygulanmasıyla Hastanemizin Sağlık Hizmet Verme Süreçleri, Olumlu Yönde Düzelmıştır.	33	12,7	69	26,5	81	31,2	67	25,8	10	3,8	2,820	1,075
SDP'nin Uygulanmasıyla Hastanemizin Sağlık Hizmeti Sunum Anlayışı Olumlu Yönde Düzelmıştır.	30	11,5	67	25,8	83	31,9	71	27,3	9	3,5	2,850	1,055
SDP Sonrası Çalışanların İlişkileri Daha İyi Düzenlenmiştir,	66	25,4	80	30,8	59	22,7	45	17,3	10	3,8	2,430	1,156
SDP Sonrası Çalışanların Performansı Daha Adaletli Değerlendirilir Olmuştur,	79	30,4	87	33,5	46	17,7	36	13,8	12	4,6	2,290	1,171
SDP Sonrası Çalışanlar Arasındaki İşyükü Daha Adaletli Hale Gelmiştir,	79	30,4	76	29,2	45	17,3	48	18,5	12	4,6	2,380	1,222
SDP Sonrası Hastanelerin Yükü Hafiflemiştir,	72	27,7	87	33,5	58	22,3	37	14,2	6	2,3	2,300	1,092
SDP Sonrası Hastane İçi Bilgiye Erişim Kolaylaşmıştır,	35	13,5	64	24,6	71	27,3	75	28,8	15	5,8	2,890	1,139
SDP Sonrası Çalışan Motivasyonuna Daha Çok Önem Verilmiştir,	90	34,6	79	30,4	46	17,7	34	13,1	11	4,2	2,220	1,177
SDP Sonrası Hizmet Kalitesine Verilen Önem Artmıştır,	36	13,8	52	20,0	61	23,5	91	35,0	20	7,7	2,980	1,111

Araştırmaya katılan çalışanların Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ile ilgili ifadelerine verdiği cevaplar incelendiğinde;

“Sağlıkta dönüşüm projesinin uygulanmasıyla hastanemizin yönetsel organizasyonu olumlu yönde düzelmiştir.” ifadesine çalışanların, %21,9’u (n=57) hiç katılmıyorum, %21,9’u (n=57) katılmıyorum, %29,6’sı (n=77) kararsızım, %22,7’si (n=59) katılıyorum, %3,8’i (n=10) tamamen katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların “sağlıkta dönüşüm projesinin uygulanmasıyla hastanemizin yönetsel organizasyonu olumlu yönde düzelmiştir.” ifadesine orta ($2,650 \pm 1,165$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“SDP nin uygulanmasıyla hastanemizin sağlık hizmet verme süreçleri, olumlu yönde düzelmiştir.” ifadesine çalışanların, %12,7’si (n=33) hiç katılmıyorum, %26,5’i (n=69) katılmıyorum, %31,2’si (n=81) kararsızım, %25,8’i (n=67) katılıyorum, %3,8’i (n=10) tamamen katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların “SDP nin uygulanmasıyla hastanemizin sağlık hizmet verme süreçleri, olumlu yönde düzelmiştir.” ifadesine orta ($2,820 \pm 1,075$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“SDP nin uygulanmasıyla hastanemizin sağlık hizmeti sunum anlayışı olumlu yönde düzelmiştir.” ifadesine çalışanların, %11,5’i (n=30) hiç katılmıyorum, %25,8’i (n=67) katılmıyorum, %31,9’u (n=83) kararsızım, %27,3’ü (n=71) katılıyorum, %3,5’i (n=9) tamamen katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların “SDP nin uygulanmasıyla hastanemizin sağlık hizmeti sunum anlayışı olumlu yönde düzelmiştir.” ifadesine orta ($2,850 \pm 1,055$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“SDP sonrası çalışanların ilişkileri daha iyi düzenlenmiştir,” ifadesine çalışanların, %25,4’ü (n=66) hiç katılmıyorum, %30,8’i (n=80) katılmıyorum, %22,7’si (n=59) kararsızım, %17,3’ü (n=45) katılıyorum, %3,8’i (n=10) tamamen katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların “SDP sonrası çalışanların ilişkileri daha iyi düzenlenmiştir,” ifadesine zayıf ($2,430 \pm 1,156$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“SDP sonrası çalışanların performansı daha adaletli değerlendirilir olmuştur,” ifadesine çalışanların, %30,4’ü (n=79) hiç katılmıyorum, %33,5’i (n=87) katılmıyorum, %17,7’si (n=46) kararsızım, %13,8’i (n=36) katılıyorum, %4,6’sı (n=12) tamamen katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların “SDP sonrası çalışanların performansı daha adaletli değerlendirilir olmuştur,” ifadesine zayıf ($2,290 \pm 1,171$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“SDP sonrası çalışanlar arasındaki işyükü daha adaletli hale gelmiştir,” ifadesine çalışanların, %30,4’ü (n=79) hiç katılmıyorum, %29,2’si (n=76) katılmıyorum, %17,3’ü (n=45) kararsızım, %18,5’i (n=48) katılıyorum, %4,6’sı (n=12) tamamen katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların “SDP sonrası çalışanlar arasındaki işyükü daha adaletli hale gelmiştir, ” ifadesine zayıf ($2,380 \pm 1,222$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“SDP sonrası hastanelerin yükü hafiflemiştir,” ifadesine çalışanların, %27,7’si (n=72) hiç katılmıyorum, %33,5’i (n=87) katılmıyorum, %22,3’ü (n=58) kararsızım, %14,2’si (n=37) katılıyorum, %2,3’ü (n=6) tamamen katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların “SDP sonrası hastanelerin yükü hafiflemiştir,” ifadesine zayıf ($2,300 \pm 1,092$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“SDP sonrası hastane içi bilgiye erişim kolaylaşmıştır,” ifadesine çalışanların, %13,5’i (n=35) hiç katılmıyorum, %24,6’sı (n=64) katılmıyorum, %27,3’ü (n=71) kararsızım, %28,8’i (n=75) katılıyorum, %5,8’i (n=15) tamamen katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların “SDP sonrası hastane içi bilgiye erişim kolaylaşmıştır,” ifadesine orta ($2,890 \pm 1,139$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“SDP sonrası çalışan motivasyonuna daha çok önem verilmiştir,” ifadesine çalışanların, %34,6’sı (n=90) hiç katılmıyorum, %30,4’ü (n=79) katılmıyorum, %17,7’si (n=46) kararsızım, %13,1’i (n=34) katılıyorum, %4,2’si (n=11) tamamen katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların “SDP sonrası çalışan motivasyonuna daha çok önem verilmiştir,” ifadesine zayıf ($2,220 \pm 1,177$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“SDP sonrası hizmet kalitesine verilen önem artmıştır,” ifadesine çalışanların, %13,8’i (n=36) hiç katılmıyorum, %20,0’ı (n=52) katılmıyorum, %23,5’i (n=61) kararsızım, %35,0’ı (n=91) katılıyorum, %7,7’si (n=20) tamamen katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların “SDP sonrası hizmet kalitesine verilen önem artmıştır,” ifadesine orta ($2,980 \pm 1,111$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

Tablo 5. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatmini Düzeylerinin Eğitim Düzeyine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim	Lise	31	2,574	0,516	2,024	0,092
	Yüksek Okul/önlisans	126	2,491	0,615		
	Üniversite	84	2,426	0,636		
	Lisansüstü	12	2,683	0,606		
	Doktora	7	1,943	0,690		
Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi	Lise	31	2,677	0,904	1,376	0,243
	Yüksek Okul/önlisans	126	2,660	0,859		
	Üniversite	84	2,583	0,928		
	Lisansüstü	12	2,773	1,182		
	Doktora	7	1,883	0,870		
İçsel Tatmin	Lise	31	2,895	0,761	1,305	0,269
	Yüksek Okul/önlisans	126	2,985	0,826		
	Üniversite	84	3,016	0,771		
	Lisansüstü	12	3,250	0,767		
	Doktora	7	2,429	0,881		
Dışsal Tatmin	Lise	31	2,673	0,746	1,130	0,343
	Yüksek Okul/önlisans	126	2,729	0,779		
	Üniversite	84	2,720	0,704		
	Lisansüstü	12	2,781	0,897		
	Doktora	7	2,125	0,451		
Genel Tatmin	Lise	31	2,807	0,715	1,314	0,265
	Yüksek Okul/önlisans	126	2,883	0,778		
	Üniversite	84	2,898	0,693		
	Lisansüstü	12	3,063	0,743		
	Doktora	7	2,307	0,619		

Araştırmaya katılan çalışanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=2,024$; $p=0,092>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,376$; $p=0,243>0.05$).

Araştırmaya katılan çalışanların içsel tatmin puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,305$; $p=0,269>0.05$).

Araştırmaya katılan çalışanların dışsal tatmin puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,130$; $p=0,343>0.05$).

Araştırmaya katılan çalışanların genel tatmin puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,314$; $p=0,265>0.05$).

Tablo 6. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatmini Düzeylerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim	5 yıl altı	26	2,154	0,710	4,850	0,001	3 > 1
	6-10 yıl	31	2,258	0,658			5 > 1
	11-15 yıl	40	2,560	0,553			3 > 2
	16-20 yıl	64	2,416	0,565			5 > 2
	20 yıl üstü	99	2,628	0,590			5 > 4
Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi	5 yıl altı	26	2,601	0,896	0,882	0,475	
	6-10 yıl	31	2,408	0,733			
	11-15 yıl	40	2,766	0,910			
	16-20 yıl	64	2,553	0,892			
	20 yıl üstü	99	2,680	0,964			
İçsel Tatmin	5 yıl altı	26	2,891	0,908	1,593	0,177	
	6-10 yıl	31	2,790	0,706			
	11-15 yıl	40	2,921	0,886			
	16-20 yıl	64	2,914	0,793			
	20 yıl üstü	99	3,133	0,760			
Dışsal Tatmin	5 yıl altı	26	2,779	0,725	2,058	0,087	
	6-10 yıl	31	2,464	0,603			
	11-15 yıl	40	2,753	0,821			
	16-20 yıl	64	2,576	0,717			
	20 yıl üstü	99	2,827	0,776			
Genel Tatmin	5 yıl altı	26	2,846	0,805	1,791	0,131	
	6-10	31	2,660	0,615			
	11-15 yıl	40	2,854	0,827			
	16-20 yıl	64	2,779	0,720			
	20 yıl üstü	99	3,011	0,724			

Araştırmaya katılan çalışanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanları ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,850$; $p=0.001<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslekte çalışma süresi 11-15 yıl olanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanları ($2,560 \pm 0,553$), meslekte çalışma süresi 5 yıl altı olanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanlarından ($2,154 \pm 0,710$) yüksek bulunmuştur. Meslekte çalışma süresi 20 yıl üstü olanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanları ($2,628 \pm 0,590$), meslekte çalışma süresi 5 yıl altı olanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanlarından ($2,154 \pm 0,710$) yüksek bulunmuştur. Meslekte çalışma süresi 11-15 yıl olanların dönüşüme

yönelik hizmetiçi eğitim puanları ($2,560 \pm 0,553$), meslekte çalışma süresi 6-10 olanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanlarından ($2,258 \pm 0,658$) yüksek bulunmuştur. Meslekte çalışma süresi 20 yıl üstü olanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanları ($2,628 \pm 0,590$), meslekte çalışma süresi 6-10 olanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanlarından ($2,258 \pm 0,658$) yüksek bulunmuştur. Meslekte çalışma süresi 20 yıl üstü olanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanları ($2,628 \pm 0,590$), meslekte çalışma süresi 16-20 yıl olanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanlarından ($2,416 \pm 0,565$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi puanları ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,882$; $p=0,475>0.05$).

Araştırmaya katılan çalışanların içsel tatmin puanları ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,593$; $p=0,177>0.05$).

Araştırmaya katılan çalışanların dışsal tatmin puanları ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=2,058$; $p=0,087>0.05$).

Araştırmaya katılan çalışanların genel tatmin puanları ortalamalarının meslekte çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,791$; $p=0,131>0.05$).

Tablo 7. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi Ve İş Tatmini Düzeylerinin Yaşa Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim	30'dan az	31	2,168	0,506	4,251	0,006	2 > 1 3 > 1 4 > 1
	31-40 arası	127	2,479	0,622			
	41-50 arası	83	2,513	0,606			
	50 yaşın üzeri	19	2,768	0,644			
Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi	30'dan az	31	2,446	0,662	0,829	0,479	
	31-40 arası	127	2,696	0,909			
	41-50 arası	83	2,605	0,930			
	50 yaşın üzeri	19	2,483	1,115			
İçsel Tatmin	30'dan az	31	2,815	0,726	1,976	0,118	
	31-40 arası	127	2,908	0,841			
	41-50 arası	83	3,143	0,668			
	50 yaşın üzeri	19	3,040	1,081			
Dışsal Tatmin	30'dan az	31	2,633	0,546	0,822	0,483	
	31-40 arası	127	2,653	0,771			
	41-50 arası	83	2,807	0,748			
	50 yaşın üzeri	19	2,737	0,919			
Genel Tatmin	30'dan Az	31	2,742	0,617	1,630	0,183	
	31-40 arası	127	2,806	0,776			
	41-50 arası	83	3,008	0,649			
	50 yaşın üzeri	19	2,918	0,992			

Araştırmaya katılan çalışanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,251$; $p=0.006<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 31-40 arası olanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanları ($2,479 \pm 0,622$), yaşı 30'dan az olanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanlarından ($2,168 \pm 0,506$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 41-50 arası olanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanları ($2,513 \pm 0,606$), yaşı 30'dan az olanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanlarından ($2,168 \pm 0,506$) yüksek bulunmuştur. yaşı 50 yaşın üzeri olanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanları ($2,768 \pm 0,644$), yaşı 30'dan az olanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanlarından ($2,168 \pm 0,506$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,829$; $p=0,479>0.05$).

Araştırmaya katılan çalışanların içsel tatmin puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,976$; $p=0,118>0.05$).

Araştırmaya katılan çalışanların dışsal tatmin puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=0,822$; $p=0,483>0.05$).

Araştırmaya katılan çalışanların genel tatmin puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1,630$; $p=0,183>0.05$).

Tablo 8. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatmini Düzeylerinin Cinsiyete Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim	Kadın	195	2,447	0,619	-1,207	0,228
	Erkek	65	2,554	0,609		
Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi	Kadın	195	2,673	0,876	1,589	0,113
	Erkek	65	2,467	0,981		
İçsel Tatmin	Kadın	195	2,991	0,766	0,334	0,759
	Erkek	65	2,953	0,906		
Dışsal Tatmin	Kadın	195	2,723	0,722	0,642	0,521
	Erkek	65	2,654	0,839		
Genel Tatmin	Kadın	195	2,884	0,708	0,478	0,661
	Erkek	65	2,833	0,835		

Araştırmaya katılan çalışanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-1,207$; $p=0,228>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=1,589$; $p=0,113>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların içsel tatmin puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0,334$; $p=0,759>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların dışsal tatmin puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0,642$; $p=0,521>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların genel tatmin puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0,478$; $p=0,661>0,05$).

Tablo 9. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatmini Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim	Evli	217	2,509	0,615	2,061	0,040
	Bekar	43	2,298	0,608		
Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi	Evli	217	2,638	0,922	0,667	0,505
	Bekar	43	2,537	0,827		
İçsel Tatmin	Evli	217	3,018	0,817	1,662	0,098
	Bekar	43	2,797	0,696		
Dışsal Tatmin	Evli	217	2,728	0,775	1,077	0,212
	Bekar	43	2,593	0,614		
Genel Tatmin	Evli	217	2,902	0,761	1,516	0,131
	Bekar	43	2,715	0,616		

Araştırmaya katılan çalışanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=2,061$; $p=0,040<0,05$). Evlinin dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanları ($x=2,509$), bekarın dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanlarından ($x=2,298$) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanların dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0,667$; $p=0,505>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların içsel tatmin puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=1,662$; $p=0,098>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların dışsal tatmin puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek

amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=1,077$; $p=0,212>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların genel tatmin puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=1,516$; $p=0,131>0,05$).

Tablo 10. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatmini Düzeylerinin Çalıştığı Yere Göre Ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	p
Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim	Ayvalık Devlet Hastanesi	128	2,444	0,577	-0,773	0,440
	Edremit Devlet Hastanesi	132	2,503	0,655		
Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi	Ayvalık Devlet Hastanesi	128	2,646	0,855	0,425	0,671
	Edremit Devlet Hastanesi	132	2,598	0,955		
İçsel Tatmin	Ayvalık Devlet Hastanesi	128	3,040	0,816	1,156	0,249
	Edremit Devlet Hastanesi	132	2,925	0,787		
Dışsal Tatmin	Ayvalık Devlet Hastanesi	128	2,662	0,679	-0,922	0,357
	Edremit Devlet Hastanesi	132	2,748	0,816		
Genel Tatmin	Ayvalık Devlet Hastanesi	128	2,889	0,718	0,375	0,708
	Edremit Devlet Hastanesi	132	2,854	0,765		

Araştırmaya katılan çalışanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim puanları ortalamalarının çalıştığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0,773$; $p=0,440>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi puanları ortalamalarının çalıştığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0,425$; $p=0,671>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların içsel tatmin puanları ortalamalarının çalıştığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=1,156$; $p=0,249>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların dışsal tatmin puanları ortalamalarının çalıştığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=-0,922$; $p=0,357>0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların genel tatmin puanları ortalamalarının çalıştığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0,375$; $p=0,708>0,05$).

Tablo 11. Dönüşüme Yönelik Hizmetçi Eğitim, Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi ve İş Tatmini Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Analizi

		İçsel Tatmin	Dışsal Tatmin	Genel Tatmin
Dönüşüme Yönelik Hizmetçi Eğitim	r	0,347**	0,382**	0,380**
	p	0,000	0,000	0,000
Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi	r	0,576**	0,681**	0,650**
	p	0,000	0,000	0,000

Dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim ile içsel tatmin arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0.347$; $p=0,000<0.05$). Buna göre dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim arttıkça içsel tatmin artmaktadır.

Dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim ile dışsal tatmin arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0.382$; $p=0,000<0.05$). Buna göre dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim arttıkça dışsal tatmin artmaktadır.

Dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim ile genel tatmin arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0.38$; $p=0,000<0.05$). Buna göre dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim arttıkça genel tatmin artmaktadır.

Dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi ile içsel tatmin arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0.576$; $p=0,000<0.05$). Buna göre dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi arttıkça içsel tatmin artmaktadır.

Dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi ile dışsal tatmin arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0.681$; $p=0,000<0.05$). Buna göre dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi arttıkça dışsal tatmin artmaktadır.

Dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi ile genel tatmin arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0.65$; $p=0,000<0.05$). Buna göre dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi arttıkça genel tatmin artmaktadır.

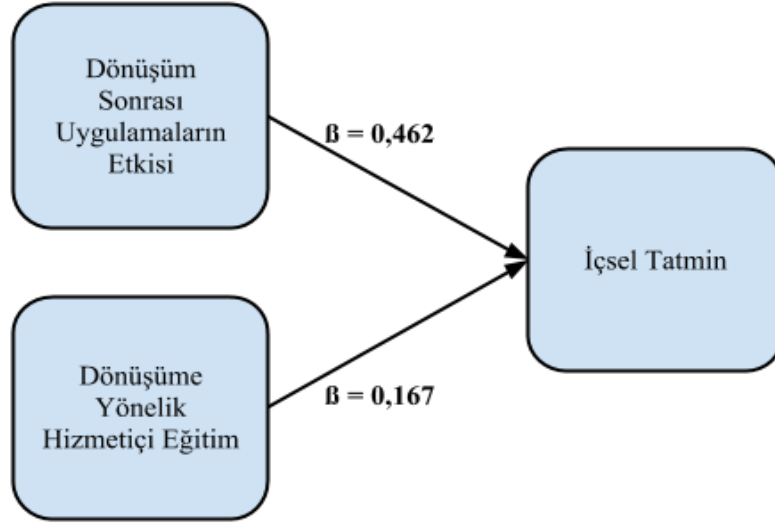
Dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi ile dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0.418$; $p=0,000<0.05$). Buna göre dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi arttıkça dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim artmaktadır.

Tablo 12. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim ve Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisinin İçsel Tatmin Üzerine Etkisini Belirlemek Üzere Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R^2
İçsel Tatmin	Sabit	1,359	7,734	0,000	67,658	0,000	0,340
	Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi	0,462	9,389	0,000			
	Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim	0,167	2,313	0,022			

Dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi, dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim ile içsel tatmin arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan stepwise regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=67,658$; $p=0,000<0.05$). İçsel tatmin düzeyinin belirleyicisi olarak dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi, dönüşüme

yönelik hizmetiçi eğitim değişkenleri ile ilişkisinin(açıklayıcılık gücünün) güçlü olduğu görülmüştür ($R^2=0,340$). Çalışanların dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi düzeyi içsel tatmin düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,462$). Çalışanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim düzeyi içsel tatmin düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,167$).

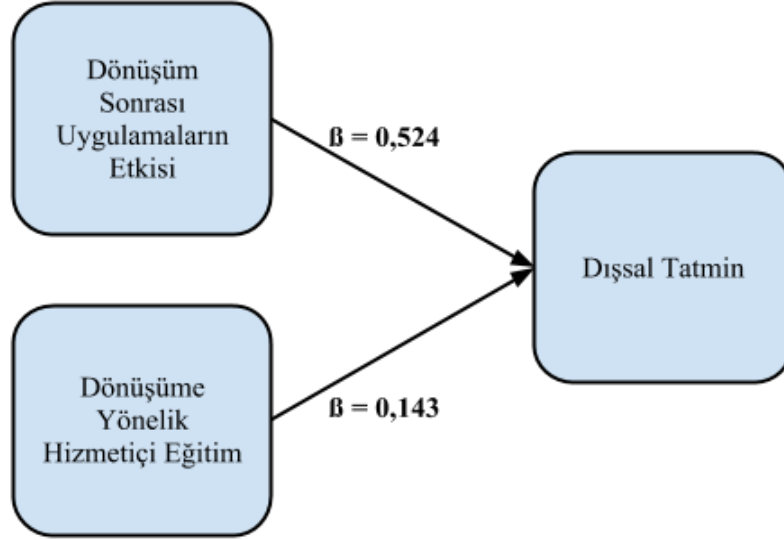


Tablo 13. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim ve Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisinin Dışsal Tatmin Üzerine Etkisini Belirlemek Üzere Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R^2
Dışsal Tatmin	Sabit	0,978	6,634	0,000	116,523	0,000	0,471
	Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi	0,524	12,714	0,000			
	Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim	0,143	2,360	0,019			

Dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi, dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim ile dışsal tatmin arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan stepwise regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=116,523$; $p=0,000<0.05$). Dışsal tatmin düzeyinin belirleyicisi olarak dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi, dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim değişkenleri ile ilişkisinin(açıklayıcılık gücünün) çok güçlü olduğu görülmüştür ($R^2=0,471$). Çalışanların dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi

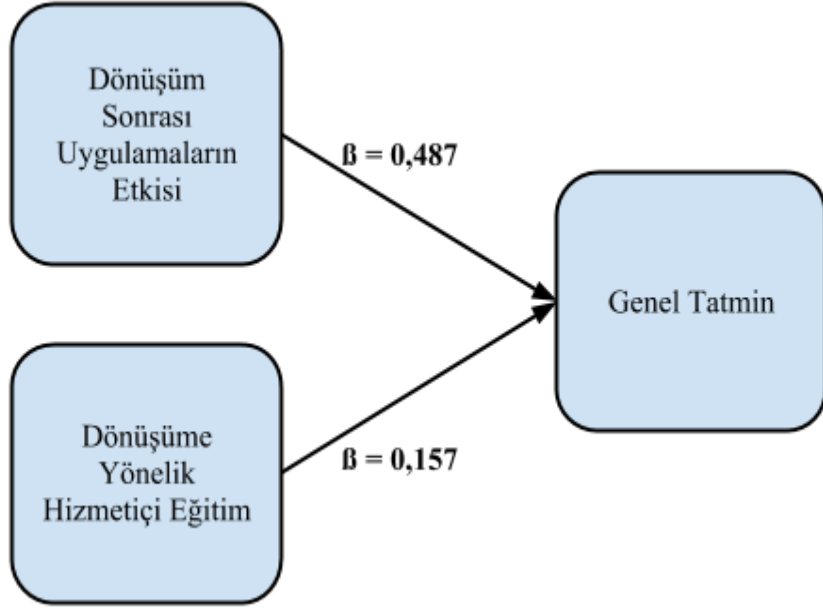
düzeı dışsal tatmin düzeını arttırmaktadır ($\beta=0,524$). Çalışanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim düzeını dışsal tatmin düzeını arttırmaktadır ($\beta=0,143$).



Tablo 12. Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim ve Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisinin Genel Tatmin Üzerine Etkisini Belirlemek Üzere Regresyon Analizi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R^2
Genel Tatmin	Sabit	1,206	8,012	0,000	99,646	0,000	0,432
	Dönüşüm Sonrası Uygulamaların Etkisi	0,487	11,551	0,000			
	Dönüşüme Yönelik Hizmetiçi Eğitim	0,157	2,543	0,012			

Dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi, dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim ile genel tatmin arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan stepwise regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=99,646$; $p=0,000<0.05$). Genel tatmin düzeyinin belirleyicisi olarak dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi, dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim değişkenleri ile ilişkisinin(açıklayıcılık gücünün) çok güçlü olduğu görülmüştür ($R^2=0,432$). Çalışanların dönüşüm sonrası uygulamaların etkisi düzeyi genel tatmin düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,487$). Çalışanların dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitim düzeyi genel tatmin düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,157$).



SONUÇ

Hastane çalışanlarının, sağlıkta dönüşüm projesi sonrası yapılan uygulamalara ve dönüşüme yönelik hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin memnuniyetleri üzerindeki etkileri belirlemek ve hastane çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre, SDP sonrası yapılan uygulamalara, SDP'ye yönelik verilen hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin ve memnuniyet düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığını incelemek amacıyla gerçekleştirilen araştırma Ayvalık Devlet Hastanesi ve Edremit Devlet Hastanesinde görev yapan 260 hastane çalışanı üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmamda ulaşılan sonuçlara aşağıda yer verilmektedir:

Araştırmaya katılanların memnuniyet durumları, içsel tatmin, dışsal tatmin ve genel tatmin olmak üzere üç boyutta incelenmiştir. Beş üzerinden yapılan değerlendirmeye göre çalışanların içsel memnuniyet düzeylerinin ortalaması 2,981, dışsal tatmin düzeylerinin ortalaması 2,706 ve genel tatmin düzeylerinin ortalaması 2,871'dir. Diğer bir ifade ile üç boyuta ilişkin çalışanların orta düzeyde işlerinden tatmin duymaktadırlar.

Araştırmaya katılan çalışanların dönüşüm sonrası yapılan uygulamaların etkisine ilişkin görüşlerinin ortalaması beş üzerinden 2,621'dir. Diğer bir ifade ile çalışanlar sağlıkta dönüşüm programı sonrasında yapılan uygulamaların orta düzeyde etkili olduğu görüşündedirler. SDP'ye yönelik hizmetiçi eğitimler ise 4 üzerinden değerlendirilmiş ve çalışanların bu eğitimleri ortanın üzerinde iyi düzeye yakın değerlendirdikleri belirlenmiştir (ort.2,474).

İfade bazında dönüşüme yönelik yapılan hizmetiçi eğitimler değerlendirildiğinde çalışanların en olumlu "Hastane Personeline, Kalite Çalışmaları İle İlgili Uygulama Hakkında Hizmetiçi Eğitim" ifadesini değerlendirdikleri (ort:3,010), en olumsuz ise "Hastane Seçme Hakkının Uygulanmasıyla Değişen İşlem Süreçleri Hakkında Hastane Personeline Hizmetiçi Eğitim" uygulamasını değerlendirdikleri belirlenmiştir (ort:2,020).

SDP sonrası yapılan uygulamaların etkisine ilişkin çalışanların görüşleri incelendiğinde ise en olumlu değerlendirmenin "Sdp Sonrası Hizmet Kalitesine

Verilen Önem Artmıştır,” ifadesine ilişkin olduğu (ort: 3,030), en olumsuz değerlendirmenin de “SDP Sonrası Çalışan Motivasyonuna Daha Çok Önem Verilmiştir” ifadesine yönelik olduğu belirlenmiştir (ort:2,220).

Araştırmada çalışanların tanımlayıcı özelliklerine göre sağlıkta dönüşüm projesi sonrası yapılan uygulamalara, dönüşüme yönelik verilen hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin ve memnuniyet düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiştir. Bu doğrultuda ele alınan ilk değişken olan çalışanların eğitim durumlarına göre SDP sonrası yapılan uygulamalara, dönüşüme yönelik verilen hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin ve memnuniyet düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile farklı eğitim düzeyinde bulunan çalışanlar SDP sonrası yapılan uygulamalara, dönüşüme yönelik verilen hizmetiçi eğitime ilişkin benzer görüşlere sahip ve işlerinden benzer düzeyde memnuniyet duymaktadırlar.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının meslekte çalışma sürelerine, yaşlarına ve medeni durumlarına göre memnuniyet düzeylerinin ve SDP sonrası yapılan uygulamalara ilişkin görüşlerinin farklılaşmadığı, SDP’ye yönelik yapılan hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin ise meslekte çalışma sürelerine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. 20 yıl ve üzeri çalışanların, 50 yaşın üzerindeki bulunanların ve evli olanların, SDP’ye yönelik yapılan hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin daha az çalışma süresine sahip, daha küçük yaşlardaki ve bekar çalışanlardan daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Farklı çalışma süresine sahip, farklı yaşlarda ve farklı medeni durumda bulunan hastane çalışanlarının SDP sonrası yapılan uygulamalara ilişkin benzer görüşlere sahip olduğu ve işlerinden benzer düzeyde memnuniyet duydukları sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının çalıştıkları yere ve cinsiyetlerine göre SDP sonrası yapılan uygulamalara, SDP’ye yönelik verilen hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin ve memnuniyet düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile farklı birimlerde çalışan kadın ve erkek çalışanlar SDP sonrası yapılan uygulamalara, dönüşüme yönelik verilen hizmetiçi eğitime ilişkin benzer görüşlere sahip ve işlerinden benzer düzeyde memnuniyet duymaktadırlar.

Araştırmada hastane alışanlarının SDP sonrası yapılan uygulamalara ve dönüşüme yönelik verilen hizmetiçi eğitime ilişkin görüşleri ile memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda, SDP sonrası yapılan uygulamalara ve dönüşüme yönelik verilen hizmetiçi eğitime ilişkin görüşleri ile içsel tatmin, dışsal tatmin ve genel tatmin düzeyleri arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile SDP sonrası yapılan uygulamalara ve dönüşüme yönelik verilen hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin olumlu veya olumsuz olması, memnuniyet düzeylerinin aynı doğrultuda artmasına veya azalmasına neden olmaktadır.

Araştırmada hastane alışanlarının SDP sonrası yapılan uygulamalara ve dönüşüme yönelik verilen hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin memnuniyet düzeyleri üzerindeki etkileri regresyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonucunda hastane alışanlarının SDP sonrası yapılan uygulamalara ve dönüşüme yönelik verilen hizmetiçi eğitime ilişkin görüşlerinin içsel tatmin, dışsal tatmin ve genel tatmin düzeylerini pozitif olarak etkilediği belirlenmiştir. Diğer bir ifade ile SDP sonrası yapılan uygulamalara ve dönüşüme yönelik verilen hizmetiçi eğitime ilişkin olumlu görüşleri, memnuniyet düzeylerini artırmaktadır.

ÖNERİLER

Araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

Araştırmada SDP'nin çalışan memnuniyetini olumlu olarak artırdığı saptanmıştır. Bu memnuniyetin kalıcı olması ve çalışanların memnuniyet düzeylerinin artırılması için, sistemin aksayan yönleri tespit edilmeli ve geliştirilmelidir.

Araştırmada SDP'ye yönelik verilen hizmetlerin orta düzeyde, yani yetersiz olduğu veya çalışanların beklentilerini karşılamadığı belirlenmiştir. Çalışanların eğitime ihtiyacı olduğu konular iyi analiz edilerek, bu eksikliğin giderilmesi hem hizmet kalitesine hem çalışan memnuniyetine olumlu yansımaları olacaktır.

Araştırmanın benzerlerinin daha fazla hastane ve hastane çalışanları üzerinde gerçekleştirilmesi, araştırma sonuçlarından genellemeye gidilmesine olanak sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Adıgüzel, O., Keklik. B., **Sağlık Kurumlarındaki İşgörenlerin İş Tatmini ve Bir Uygulama**, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı: 29, 2011, 305-318.
- Akçamete, G., Kaner, S., Sucuoğlu, B. **Tükenmişlik İş Doyumu ve Kişilik**, Nobel Yayınları, Ankara, 2001.
- Akdağ, R., (Ed). **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Program ve Temel Sağlık Hizmetleri. Kasım 2002-2008**, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008b.
- Akdağ, R., **İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008.
- Akdağ, R., Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Değerlendirme Raporu (2003-2010), 2010.
- Akdur, R., **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması**, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1999.
- Akdur, R., Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık. **12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi**, Ankara, 2008.
- Akıncı, Z., **Turizm Sektöründe İşgören İş Tatminini Etkileyen Faktörler: Beş Yıldızlı Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama**, Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi, Sayı: 4, 2002, 1-25.
- Aksu, G., Acuner, A. M., Tabak, R.S., **Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı Yöneticilerinin İş Doyumuna Yönelik Bir Araştırma (Ankara Örneği)**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt: 55, Sayı: 4, 2002, 271-282.
- Aksu, N., **İş Tatmininin Bazı Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi**, Polis Bilimleri Dergisi, Cilt:14, Sayı:1, 2012, 59-79.

- Altay, A., **Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi**, Sayıştay Dergisi, Cilt: 64, 2007, 33-58.
- Ardıç, K., Baş, T., Kamu ve Vakıf Üniversitelerindeki Akademik Personelin İş Tatmin Düzeylerinin Karşılaştırılması, **9. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi**, İstanbul, 24-26 Mayıs 2001: 479-484.
- Aşan, Ö., Özeyer, K., **Duygusal Bağlılık ile İş Tatmini ve İş Tatmininin Alt Boyutları Arasındaki İlişkileri Analiz Etmeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma**, SDÜ İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:13, Sayı:3, 2008, 129-151.
- Ateş, M., **Sağlık Sistemleri**, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, 2011.
- Aytaç, S., **Örgütsel Davranış Açısından Kişiliğin Önemi**, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 1, 2011.
- Barutçugil, İ., **Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi**, Kariyer Yayıncılık, İstanbul, 2004.
- Baş, T., **Öğretim Üyelerinin İş Tatmin Profillerinin Belirlenmesi**, D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt:17, Sayı: 2, 2002, 19-37.
- Başaran, İ.E., **Örgütsel Davranış İnsanın Üretim Gücü**, Siyasal Basın Dağıtım, Ankara, 2008.
- Batıgün, A. D., Şahin, N. H., **İş Stresi ve Sağlık Psikolojisi Araştırmaları İçin İki Ölçek: A-Tipi Kişilik ve İş Doyumu**, Türk Psikiyatri Dergisi, Cilt:17, Sayı:1, 2006, 32-25.
- Bayraktutan, Y., Pehlivanoglu, F., **Sağlık İşletmelerinde Etkinlik Analizi: Kocaeli Örneği**, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 23, 2012, 127- 162.

- Bostan, S., **Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi)**, Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon, 2009.
- Bozkurt, Ö., Bozkurt, İ., **İş Tatminini Etkileyen İşletme İçi Faktörlerin Eğitim Sektörü Açısından Değerlendirilmesine Yönelik Bir Alan Araştırması**, Doğu Üniversitesi Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 1, 2008, 1-18.
- Budak, G., Budak, G., **İşletme Yönetimi**, Hayat Yayıncılık, İzmir, 2004.
- Çalışkan, Z., **İş Tatmini: Malatya’da Sağlık Kuruluşları Üzerine Bir Uygulama**, Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları, Cilt: 3, Sayı: 1, 2005, 9-18.
- Çam, O., Akgün, E., Babacan Gümüş, A., Bilge, A., Ünal Keskin, G., **Bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Ortamlarını Değerlendirmeleri İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**, Anadolu Psikiyatri Dergisi, Cilt: 6, 2005, 213-220.
- Çarıkçı, İ. H., **Çalışanların İş Tatminlerini Etkileyen Kişisel Özellikler – Süpermarket Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma**, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Cilt:5, Sayı:2, 2000, 155-168.
- Çekmecelioğlu, H., **İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık Tutumlarının İşten Ayrılma Niyeti ve Verimlilik Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi: Bir Araştırma**, İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Cilt:8, Sayı:2, 2006, 153-168.
- Çelikay, F., Gümüş, E., **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı**, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:11, Sayı:1, 2009, 177-216.
- Çelikay, F., Gümüş, E., **Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, Cilt: 66, Sayı: 3, 2011, 55-92.

- Demirel, Y., Özçınar, M. F., **Örgütsel Vatandaşlık Davranışının İş Tatmini Üzerine Etkisi: Farklı Sektörlere Yönelik Bir Araştırma**, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 23, Sayı: 1, 2009, 129-145.
- Dinler, A., **Isparta İli Otel İşletmelerinde Çalışanların İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri İle Etkileyen Etmenler**, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta, 2010.
- Er, Ü., **Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası**, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2011.
- Erdil, O., Keskin, H., İmamoğlu, S. Z., Erat, S., **Yönetim Tarzı ve Çalışma Koşulları, Arkadaşlık Ortamı ve Takdir Edilme Duygusu İle İş Tatmini Arasındaki İlişkiler: Tekstil Sektöründe Bir Uygulama**, Doğu Üniversitesi Dergisi, Cilt: 5, Sayı:1, 2004, 17-26.
- Eren, E., **Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi**, Genişletilmiş Sekizinci Baskı, Beta Yayınları, İstanbul, 2004.
- Eroğlu, K., **Örgütsel İletişim ile İş Tatmini Unsurları Arasındaki İlişkiler: Kuramsal Bir İnceleme**, Ege Akademik Bakış, Cilt:11, Sayı:1, 2011, 121-136.
- Erol, A., Sarıççek, A., Gülseren, Ş., **Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi**, Anadolu Psikiyatri Dergisi, Cilt:8, 2007, 241-247.
- Ersöz, F., **Türkiye İle OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi**, İstatistikçiler Dergisi, Cilt: 2, 2008, 95-104.
- Filiz, Y., **Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi**, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2010.

- Gavcar, E., Topaloğlu, C., **Kamuya Ait Konaklama İşletmelerinin Yöneticilerinde İş Doyumu (Öğretmenevi Müdürleri Örneği)**, Yönetim Bilimleri Dergisi, Cilt: 6, Sayı:2, 2008, 59- 74.
- Güner, A.R., **Sağlık Hizmetlerinde Örgütsel Bağlılık, İşe Bağlılık ve İş Tatmini Arasındaki İlişkileri Modellenmesi**, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, 2007.
- Güney, S., **Yönetim ve Organizasyon El Kitabı**, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2000.
- İşcan, Ö. F., Sayın, U., **Örgütsel Adalet, İş Tatmini ve Örgütsel Güven Arasındaki İlişki**, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 24, Sayı: 4, 2010, 195- 216.
- Karabulut, K., Yapraklı, Ş., **Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi -Erzurum'da Bir Uygulama**, İktisadi ve idari Bilimler Dergisi, Cilt: 15, Sayı: 1-2, 2001, 117- 130.
- Karasar, N., **Bilimsel Araştırma Yöntemi**, Nobel Yayınları, Ankara, 2009.
- Karcıoğlu, F., M. Timuroğlu, K., Çınar, O., **Örgütsel İletişim ve İş Tatmini İlişkisi -Bir Uygulama**, Yönetim/İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi, Cilt: 20, Sayı: 63, 2009, 59-76.
- Keleş Çelik, H.N., **İş Tatmininin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisine İlişkin İlaç Üretim ve Dağıtım Firmalarında Yapılan Bir Araştırma**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2006.
- Keser, A., **Çağrı Merkezi Çalışanlarında İş Yükü Düzeyi ile İş Doyumu İlişkisinin Araştırılması**, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:11, Sayı: 1, 2006, 100-119.
- Koç, Y., **Kamunun Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemleri Stratejik Önemdedir**, Yol-İş Sendikası Dergisi, (Nisan 2008), 1-5.

- Kurt, A., Ö., Şaşmaz, T., **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003**, Lokman Hekim Journal, Cilt:2, Sayı:1, 2012, 21-30.
- Kuzulugil, Ş., **Kamu Hastaneleri Çalışanlarında İş Tatminini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma**, İşletme Dergisi/İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, Cilt: 41, Sayı: 1, 2012, 129-141.
- MEGEP. **İş Güvenliği ve İşçi Sağlığı**, T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2011c.
- MEGEP. **Sağlık Kurumları ve Personel Yönetimi**, T.C.Millî Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2011.
- MEGEP. **Tıbbi Bilişim**, T.C.Millî Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2011b.
- MEGEP. **Tıbbi Terminoloji (Tedavi Hizmetleri)**, T.C.Millî Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2008.
- Mete, C., **İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerin Kişilik Özellikleri İle İş Tatminleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2006.
- Mutlu, A., Işık, K., **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Kitabevi, Bursa, 2005.
- Oben, A., **Çalışanın İş Memnuniyetinin, Sağlığı İle Olan İlişkisi**, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2010.
- Oflezer, C., Ateş, M., Bektaş, G., İrban, A., **Bir Kamu Hastanesinde Çalışan İşçilerin İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler**, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 4, 2011, 203- 214.
- Oğuz, D., **Aile Hekimliği**, Güncel Gastroenteroloji, Cilt:13, Sayı:1, 2009, 8- 14.
- Orhaner, E., **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası**, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı:1, 2006, 1- 22.

- Özarslan, M. **Vali Yardımcılarının Kişilik Tipi ve İş Tatminlerine İlişkin Kuramsal ve Uygulamalı Bir Araştırma**, İdarecinin Sesi, Sayı: 143, 2011, 46- 51.
- Özbay, H., Erişti, H. E., Öncül, H.G., Arı, H.O., Çelepçikay, B. L., Gökçimen, M., Mollahaliloğlu, S., “Sağlık Hizmetleri Sistemi”, **Türkiye’de Sağlığa Bakış** (Editör: Salih Mollahaliloğlu ve diğerleri), T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Müdürlüğü Yayınları, Ankara, 2007.
- Özgen, H., Öztürk, A., Yalçın, A., **İnsan Kaynakları Yönetimi**, Nobel Yayıncılık, Adana, 2002.
- Öztek, Z., **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği**, Hacettepe Tıp Dergisi, Cilt: 40, 2009, 6-12.
- Öztürk, M., **Cumhuriyet Dönemi’nde Sağlık Hizmetleri**, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt: 6, Sayı:1, 1999, 37- 41.
- Paksoy, H. M., **Üniversitelerde Akademik Personelin İş Memnuniyeti: Harran Üniversitesi Örneği**, Selçuk Üniversitesi Karaman İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt: 12, Sayı:1, 2007, 38- 151.
- Papuccu, B., **Doğu Anadolu Bölgesinde Vergi İdaresinde Çalışan Personel İş Ortamındaki Memnuniyetinin Değerlendirilmesi**, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü, Isparta, 2011.
- Pekten, A., **Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler**, Sayıştay Dergisi, Sayı: 61, (Nisan-Haziran 2006), 119-138.
- Poyraz, K., Kama, B., **Algılanan İş Güvencesinin, İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi**, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 13, Sayı: 2, 2008, 143-164.
- Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Ankara, 2003.

- Salant, P., Dillman, D. A., **How to Conduct Your Own Survey**, John Wiley & Sons, Inc. Newyork, 1994.
- Saldamlı, A., **Otel İşletmelerinde Bölüm Yöneticilerinin İş ve Yaşam Tatminini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması**, Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt: XXV, Sayı: 2, 2008, 693-719.
- Saygun, M., Çakmak, A., Köse, K., **Kırıkkale İlinde Üç Farklı Hastanede Çalışan Hekimlerin İş Doymu**, Türk Klinikleri Tıp Dergisi, Sayı: 24, 2004, 219-29.
- Selçuk, E. B., Karataş, İ., **Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliğinin Gelişim Süreci**, Bozok Tıp Dergisi, Cilt:1, Sayı: 3, 2011, 23-28.
- Sevimli F., İşcan, Ö.F., **Bireysel ve İş Ortamına Ait Etkenler Açısından İş Doymu**, Ege Akademik Bakış, Cilt: 1, Sayı: 5, 2005, 55- 64.
- Sığrı, Ü., Basım, N., **İş Görenlerin İş Doymu İle Örgütsel Bağlılık Düzeylerinin Analizi**, Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 12, 2006, 131-154.
- Somunoğlu, S., **Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi**, *Sağlık Kurumları Yönetimi-I*. (Ed: Mehtap Tatar), Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir, 2012.
- Soyer, A., **Sağlıkta Dönüşüm’ün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor?**, DEUHYO ED, Cilt: 2, Sayı: 4, 2009, 179-182.
- Söyük, S., **Örgütsel Adaletin İş Tatmini Üzerine Etkisi ve İstanbul İlindeki Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelere Yönelik Bir Çalışma**, Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007.
- Sülkü, S.N. **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları**, Hermes Matbaacılık, Ankara, 2011.

- Şerefoglu, Ö.A. **Kahramanmaraş'ın Temel Sağlık Göstergeleri Açısından Türkiye İle Karşılaştırılması**, Yüksek Lisans Projesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş, 2007.
- Şimşek, M. Ş., Akgemci, T., Çelik, A., **Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış**, 7. Baskı, Gazi Kitapevi, Ankara, 2011.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M., **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, 5. Baskı, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2012.
- Tiryaki, A., **İşletmelerde Modern Liderlik ve Çalışan Motivasyonu İlişkisine Yönelik Bir Uygulama**, Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008.
- Tor, S. S., Esengün K., **Örgütlerde İş Tatminini Etkileyen Demografik Faktörler ve Verimlilik: Karaman Gıda Sektöründe Bir Uygulama**, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Cilt: 13, Sayı: 20, 2011, 53-63.
- Türker, D., **Enformasyon Paylaşımı, Bütçesel Katılım ve İş Memnuniyetinin Çalışan Performansı Üzerine Etkisi**, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gebze, 2010.
- Yapıcı, G., Balıkçı, S., Uğur, Ö., **Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların İlaç Kullanımı Konusundaki Tutum ve Davranışları**, Dicle Tıp Dergisi, Cilt: 38, Sayı: 4, 2011, 458-465.
- Yazıcıoğlu, İ., Sökmen, A., **Otel İşletmelerinin Yiyecek-İçecek Departmanlarında Görev Yapan İşgörenlerin İş Tatmin Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Adana'da Bir Uygulama**, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 18, 2007, 73-95.
- Yelboğa, A. **Bireysel Demografik Değişkenlerin İş Doyumu İle İlişkisinin Finans Sektöründe İncelenmesi**, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 4, Sayı. 2, (Aralık 2007), 1-18.

Yenimahalleli-Yaşar, G. **Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.

Yılmaz, B., Korku, Ş., Köse, E., **Ankara'daki Üniversite ve Halk Kütüphanelerinde Çalışan Kütüphanecilerin İş Doyumları Üzerine Bir Araştırma**, Bilgi Dünyası, Cilt:11, Sayı:1, 2010, 49-80.

Yılmaz, H., Karahan, A., **Bireylerin Kişisel Özellikleri Yönünden İş Doyum Düzeylerine Göre Tükenmişlikleri: Afyonkarahisar İlinde Bir Araştırma**, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 14, Sayı: 3, 2009, 197-214.

Yüksel, İ. **İletişimin İş Tatmini Üzerindeki Etkileri: Bir İşletmede Yapılan Görgül Çalışma**, Doğu Üniversitesi Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 2, 2005, 291-306.

İnternet Kaynakları:

Akdağ, R., **Sağlıkta Dönüşüm Programı**, 2010b.

http://www.uhbd.org/PDF/sunumlar/izmir_uhb_toplantisi_recep_akdag.pdf,

Erişim Tarihi: 15/05/2013.

Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS),

<http://www.saglik.gov.tr/SBSGM/belge/1-15472/cekirdek-kaynak-yonetim-sistemi-ckys.html>

Erişim Tarihi: 15/05/2013.

E-Radyoloji Projesi, <http://www.e-saglik.gov.tr/eradyoloji.aspx> Erişim Tarihi:

15/05/2013.

Feyzibeyoğlu, İ., **Sosyal Güvenlik Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı**,

<http://www.bilayvakfi.org.tr/raporlar/donusum.pdf> Erişim Tarihi: 15/05/2013.

<http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/akilliyim/1.pdf> Erişim Tarihi:

15/05/2013.

<http://www.sgkhitap.com/erecete/e-recete-uygulamasi.html> Erişim Tarihi:
15/05/2013.

<http://www.teis.org> Erişim Tarihi: 15/05/2013.

http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/20.html Erişim Tarihi: 15/05/2013.

Kostak, F., **Çalışan Memnuniyeti**, 2013,

<http://www.kazanmakisteyenler.com/2010/02/calisan-memnuniyeti/> Erişim
Tarihi: 15/05/2013.

Pala, K., Türkiye’de Sağlık Politikaları ve İstihdam, HASUDER Türkiye Raporu,
2012, Tarihi:

15/05/2013. http://hasuder.org.tr/anasayfa/images/stories/dosyalar/salk_politikalar_1.pdf

ÖZGEÇMİŞ

22 Eylül 1975 tarihi, Balıkesir ili doğumluyum. İlk, orta ve liseyi aynı ilde tamamladım. 1996 yılında Trakya Üniversitesi Ebelik Bölümü Ön Lisans programından mezun oldum. 2011 yılında 19 Mayıs Üniversitesi Ebelik Bölümü'nde lisansımı tamamladım. Aynı yıl Beykent Üniversitesi, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programı'na kaydoldum.

1994 yılından beri Sağlık Bakanlığına bağlı, ebe olarak çalışmaktayım. 2003 yılından bugüne de Ayvalık Devlet Hastanesi'nde görevime devam etmekteyim.

Evliyim ve iki çocuk annesiyim.

Aday: Yeşim Üneş

EKLER

Ek- 1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu

Sayın Başhekim/Sayın Meslektaşım;

Bilindiği gibi ülkemizde 2003 yılından itibaren Hükümet ve Sağlık Bakanlığı tarafından ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Projesi’’ sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması amacıyla sürdürülmektedir. Söz konusu proje ile sağlık hizmetlerindeki sorunların czm iyileştirilmesi ve standartların yükseltilmesi hedeflendirilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında yapılan calışmaların önemli bir kısmı sağlık calışanlarını ve sağlık hizmeti sunum süreçlerini etkilemektedir.

Bu araştırmanın anketi Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans programının ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Yapılan Uygulamaların Calışma Memnuniyeti zerindeki Etkisi’’ konulu araştırma projesi kapsamında düzenlenmiştir. Araştırma sonuçlarına ulaşmada, sizlerin anketlere vereceği cevaplar büyük önem taşımaktadır.

Anketimize ayırdığımız kıymetli zamanınız, emeğiniz, samimi ve iten cevaplarınız için minnettarlığımı bildirir. Calışmalarınızda başarılar dilerim.

YEŞİM NEŐ
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ
YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİSİ

I. BÖLÜM. KİŞİSEL BİLGİLER

1. HASTANENİN ADI :

2. YAŞINIZ () 30'dan az () 31-40 arası
() 41-50 arası () 50 yaşın üzeri

3. CİNSİYETİNİZ () KADIN () ERKEK

4. MEDENİ DURUM () EVLİ () BEKAR

5. HASTANEDEKİ GÖREVİNİZ :

6. EĞİTİM DURUMU () Lise () Y.Okul/Önlisans () Üniversite
() Lisansüstü () Doktora

7. MESLEKTE ÇALIŞMA SÜRESİ () 1 Yıdan az () 1-5 yıl () 6-10 yıl
() 11-15 yıl () 16-20 yıl () 20 yıl üstü

II. BÖLÜM. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRECİNDE KURUMSAL HİZMETİÇİ EĞİTİM ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Lütfen aşağıda verilen ifadeleri dikkatle okuduktan sonra kendinize yakın bulduğunuz ifadenin karşısındaki parantezin içine çarpı (X) işareti koyarak görüşünüzü belirtiniz.

1-Hastane seçme hakkının uygulanmasıyla değişen işlem süreçleri hakkında hastane personeline hizmetiçi eğitim,

- () yapılmadı
() yeterli düzeyde yapılmadı
() bilgilendirici düzeyde yapıldı
() benimsemeyi sağlayıcı düzeyde yapıldı

2-Hastane personeline, hekim seçme hakkı ile ilgili uygulama hakkında hizmetiçi eğitim,

- () yapılmadı
() yeterli düzeyde yapılmadı
() bilgilendirici düzeyde yapıldı
() benimsemeyi sağlayıcı düzeyde yapıldı

3-Hastane personeline, kalite çalışmaları ile ilgili uygulama hakkında hizmetiçi eğitim,

- () yapılmadı
() yeterli düzeyde yapılmadı
() bilgilendirici düzeyde yapıldı
() benimsemeyi sağlayıcı düzeyde yapıldı

4- Hastane personeline, hasta hakları ve uygulaması hakkında hizmetiçi eğitim,

- () yapılmadı
() yeterli düzeyde yapılmadı
() bilgilendirici düzeyde yapıldı
() benimsemeyi sağlayıcı düzeyde yapıldı

5- Hastane personeline, evrak işlemlerinin sadeleştirilmesi ve bilgi otomasyonu sisteminin kullanımı hakkında hizmetiçi eğitim,

- () yapılmadı
() yeterli düzeyde yapılmadı
() bilgilendirici düzeyde yapıldı
() benimsemeyi sağlayıcı düzeyde yapıldı

III. BÖLÜM. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ SONRASI UYGULAMALAR

Lütfen aşağıda verilen ifadeleri dikkatle okuduktan sonra kendinize yakın bulduğunuz ifadenin karşısındaki parantezin içine çarpı (X) işareti koyarak görüşünüzü belirtiniz.

	KATILMA (KABUL ETME) DERECEİ				
	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1-Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Uygulanmasıyla Hastanemizin Yönetmelik Organizasyonu Olum Yönde Düzelmştir.	()	()	()	()	()
2-SDP' Nin Uygulanmasıyla Hastanemizin Sağlık Hizmet Verme Süreçleri, Olumlu Yönde Düzelmştir.	()	()	()	()	()
3-SDP' Nin Uygulanmasıyla Hastanemizin Sağlık Hizmeti Sunum Anlayışı Olumlu Yönde Düzelmştir.	()	()	()	()	()
4-SDP Sonrası Çalışanların İlişkileri Daha İyi Düzenlenmiştir,	()	()	()	()	()
5-SDP Sonrası Çalışanların Performansı Daha Adaletli Değerlendirilir Olmuştur,	()	()	()	()	()
6-SDP Sonrası Çalışanlar Arasındaki İşyükü Daha Adaletli Hale Gelmiştir,	()	()	()	()	()
7-SDP Sonrası Hastanelerin Yükü Hafiflemiştir,	()	()	()	()	()
8-SDP Sonrası Hastane İçi Bilgiye Erişim Kolaylaşmıştır,	()	()	()	()	()
9-SDP Sonrası Çalışan Motivasyonuna Daha Çok Önem Verilmiştir,	()	()	()	()	()
10-SDP Sonrası Hizmet Kalitesine Verilen Önem Artmıştır,	()	()	()	()	()

IV. BÖLÜM. İŞ TATMİNİ

Lütfen aşağıda verilen ifadeleri dikkatle okuduktan sonra kendinize yakın bulduğunuz ifadenin karşısındaki parantezin içine çarpı (X) işareti koyarak görüşünüzü belirtiniz.

	KATILMA (KABUL ETME) DERECESİ				
	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1) Yaptığım işten her zaman memnuniyet duyuyorum	()	()	()	()	()
2) İşimde bağımsız çalışma imkanlarının olduğunu düşünüyorum	()	()	()	()	()
3) İşimde arada sırada tekdüzelikten uzaklaşarak değişik şeyler yapma şansım oluyor	()	()	()	()	()
4) Toplum içerisinde 'saygın kişi' olma şansını bana verdiğini düşünüyorum	()	()	()	()	()
5) İş ortamındaki yöneticilerin yönetim tarzından memnunum	()	()	()	()	()
6) Yöneticilerin karar verme yeteneklerini memnun edici buluyorum	()	()	()	()	()
7) İş yerinde bana verilen sorumluluğu memnun edici buluyorum	()	()	()	()	()
8) İşimi, bana garantili bir gelecek sağlaması bakımından yeterli buluyorum	()	()	()	()	()
9) Yaptığım iş başkaları için bir şeyler yapabilme hissi açısından yeterli buluyorum	()	()	()	()	()
10) Diğer çalışanların yönlendirilmesinde aldığım yetkiden memnunum	()	()	()	()	()
11) Kendi bilgi ve yeteneklerime uygun bir iş yapmaktayım	()	()	()	()	()
12) İşle ilgili alınan kararların uygulamaya konması açısından memnun edici buluyorum	()	()	()	()	()
13) Aldığım ücretin yaptığım işin karşılığı olduğunu düşünüyorum	()	()	()	()	()
14) Yaptığım işle ileride terfi şansı elde edeceğimi düşünüyorum	()	()	()	()	()
15) Kendi fikir ve kanaatlerimi kullanabildiğim bir işte çalışmaktayım	()	()	()	()	()
16) İşim bana kendi yöntemlerimi kullanma serbestliği tanıyor	()	()	()	()	()
17) Çalışma şartları ve saatlerini uygun buluyorum	()	()	()	()	()
18) İş ortamındaki arkadaşlık ilişkilerinin işimden, duyduğum memnuniyeti etkileyeceğini düşünüyorum	()	()	()	()	()
19) Yapılan işin takdiri açısından memnun edici olduğunu düşünüyorum	()	()	()	()	()
20) Bu gün işe girecek olsam çalıştığım kuruma tekrar başvuruda bulunurum	()	()	()	()	()

Ek- 2: Anket İzinleri

KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ İZİN BELGESİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : B.10.1.TKH.4.10.0.02-770-1779
Konu : Anket Uygulaması

19.12/2012

AYVALIK DEVLET HASTANESİ BAŞTABIPLIĞINA

Balıkesir Ayvalık Devlet Hastanesinde Ebe olarak görev yapan ve İstanbul Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi yüksek lisans öğrencisi olan Yeşim ÜNEŞ'in bitirme tezi olarak "Sağlıkta Dönüşüm Projesi Kapsamında Yapılan Uygulamaların Çalışan Memnuniyeti Üzerindeki Etkisi" konusundaki anketi Ayvalık Devlet Hastanesi ve Edremit Devlet Hastanesi çalışanlarına uygulaması, anket sonucunun Genel Sekreterliğimizin izni olmadan paylaşılmaması ve anket sonucunda Kurumun bilgilendirilmesi şartıyla Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel
Belge Tarihi 19/12/2012
Geldiği Yer BALIKESİR KAMU
Kayıt Tarihi 24/12/2012
Konusu ANKET UYGULAMASI
Gideceği Yer
201200566

Dr. Hasan YILMAZ
Genel Sekreter

EKLER:

- 1- Dilekçe örneği (1 adet)
- 2- Anket Formu (4 sayfa)

DAĞITIM:

- Ayvalık Devlet Hastanesi
- Edremit Devlet Hastanesi

Senem Seber 74. Ünes
Sag. Bal. Hast. E.
24.12.12

Ayvalık Devlet Hastanesi
Ayşegül OZCAN
Tıbbi Sekreter
Sicil No: K74467