



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Sağlık Yönetimi

Yüksek Lisans Tezi

**SAĞLIK POLİTİKALARINDA YAPILAN DEĞİŞİKLİKLERİN SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞI ÜZERİNE ETKİSİ: BİR ALAN
ARAŞTIRMASI**

Azime DEMİR DERER

ORCID: 0009-0000-2765-8054

Danışman

Doç. Dr. Aydan YÜCELER

ORCID: 0000-0002-4322-4528

Konya –2024

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Eğitimim ve tez çalışmam süresince kıymetli bilgi birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösteren değerli danışman hocam Doç. Dr. Aydan YÜCELER'e

Hayatımın her aşamasında koşulsuz sevgi ve desteğiyle yanımda olarak bugünlere gelmemi ve kendi ayaklarımın üstünde durmamı sağlayan canım annem Hacer DEMİR'e Biricik kardeşim, en büyük destekçim Azize YAVAŞ'a beni hiç yalnız bırakmayan tüm zorluklarımda yanımda olan hem ev arkadaşım hem en yakın arkadaşım Tuğba EKMEKÇİ'ye hayatımda çok büyük yeri olan tüm mülakat sürecinde benden desteğini esirgemeyen manevi babam olarak gördüğüm Mehmet Cemil ALPAYDIN ve ailesine, kıymetli eşim Mehmet DERER'e ve biricik kızım Nil DERER'e

Teşekkürü bir borç bilirim.

Azime DEMİR DERER

Aralık 2024

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ (TEŞEKKÜR)	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TEZ ONAY SAYFASI	vi
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU.....	vii
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
TABLolar LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT.....	xiii
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Sağlık Politikası Kavramı	3
2.1.1. Sağlık politikası hedefleri	4
2.1.2. Sağlık politikası oluşturma.....	6
2.1.3. Sağlık politikası döngüsü	7
2.1.4. Sağlık politikalarının sınıflandırılması	13
2.1.5. Sağlık politikalarının gelişimi	14
2.1.6. Küreselleşen dünyada sağlık ve sağlık politikası	15
2.1.7. 2002 Sonrası Türkiye'de sağlık politikasının dönüşümü	22
2.2. Örgütsel Bağlılık	27
2.2.1. Örgütsel bağlılık kavramı.....	27
2.2.2. Örgütsel bağlılığın önemi.....	28
2.2.3. Örgütsel bağlılığın oluşumu	31
2.2.4. Örgütsel bağlılığın gelişim süreci.....	32
2.2.5. Örgütsel bağlılığın sınıflandırılması	34
2.2.6. Örgütsel bağlılığın göstergeleri	37
2.2.7. Örgütsel bağlılığı etkileyen faktörler	39
2.2.8. Örgütsel bağlılık yaklaşımları	43
2.2.9. Örgütsel bağlılığın alt boyutları.....	53
2.2.10. Örgütsel bağlılığın sonuçları	56
2.2.11. Sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık.....	60
3. YÖNTEM.....	67
3.1. Araştırma Modeli.....	67

3.2. Çalışma Grubu.....	67
3.3. Veri Toplama Araçları.....	68
3.4. Veri Analizi Yöntemi.....	69
3.5. Etik İlkeler ve Güvenirlilik	69
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	69
4. BULGULAR	71
4.1. Normallik Analizi.....	71
4.2. Güvenilirlik Analizi.....	71
4.3. Demografik Veriler.....	72
4.4. Fark Analizleri.....	73
4.4.1. Yaş ile ölçek puanları arasındaki farklar.....	73
4.4.2. Cinsiyet ile ölçek puanları arasındaki farklar.....	75
4.4.3. Medeni durum ile ölçek puanları arasındaki farklar.....	75
4.4.4. Çalışılan pozisyon ile ölçek puanları arasındaki farklar	76
4.4.5. Çalışma süresi ile ölçek puanları arasındaki farklar	79
4.5. Korelasyon Tablosu	80
5. TARTIŞMA	83
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	85
6.1. Sonuç.....	85
6.2. Öneriler.....	86
7. KAYNAKLAR.....	87
8. EKLER	95
8.1. EK1: Anket Formu	95
8.1. EK2: Etik Kurul Onayı	104
8.1. EK3: Kurum İzni	105

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Azime DEMİR DERER 'in “**Sağlık Politikalarında Yapılan Değişikliklerin Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılığı Üzerine Etkisi: Bir Alan Araştırması**” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 19.12.2024

Tez Danışmanı Doç. Dr. Aydan YÜCELER
Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sağlık Yönetimi

Jüri Üyesi Prof. Dr. Ş. Didem KAYA
Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sağlık Yönetimi

Jüri Üyesi Doç. Dr. Fatma Özlem YILMAZ
Konya Selçuk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sağlık Yönetimi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 15/01/2025 tarih ve 02/17 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL
Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Sağlık Politikalarında Yapılan Değişikliklerin Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılığı Üzerine Etkisi: Bir Alan Araştırması başlıklı tez çalışmamın toplam **84** sayfalık kısmına ilişkin, 13.01.2025 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%25** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

13.01.2025

Azime DEMİR DERER

Doç. Dr. Aydan YÜCELER

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, dönem projesi içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca dönem projesi hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

19/12/2024

Azime DEMİR DERER

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

DB: Dünya Bankası

df: Serbestlik Derecesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DTÖ: Dünya Ticaret Örgütü

F: Varyans Değeri

GSS: Genel Sağlık Sigortası

IMF: Uluslararası Para Fonu

n: Örneklem/ Gruptaki Örneklem Sayısı

p: Anlamlılık Düzeyi

SHSK: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SS: Standart Sapma

STK: Sivil Toplum Kuruluşu

t: t Değeri

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1: Sağlık Politika Döngüsü	7
Şekil 2. Allen ve Meyer'in Örgütsel Bağlılık Sınıflandırmasının Boyutları	48
Şekil 3: Örgütsel Bağlılığın Boyutları ve Özellikleri.....	55

TABLULAR LİSTESİ

Tablo No:

Sayfa No:

Tablo 1: Sağlık Politikalarında Makro ve Mikro Ayrımı	13
Tablo 2. Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Faktörler.....	39
Tablo 3. Örgütsel Bağlılığın Sonuçları.....	57

ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Sağlık Yönetimi
Yüksek Lisans Tezi

SAĞLIK POLİTİKALARINDA YAPILAN DEĞİŞİKLİKLERİN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞI ÜZERİNE ETKİSİ: BİR ALAN ARAŞTIRMASI

Azime DEMİR DERER

Konya- 2024

Bu çalışmada, sağlık sektöründe çalışan bireylerin sağlık politikalarındaki değişikliklere karşı örgütsel bağlılık düzeyleri incelenmiştir. Araştırmada, yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma pozisyonu ve çalışma süresi gibi demografik faktörlerin çalışan memnuniyeti ve bağlılık üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir. Verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanılmıştır. Anketler yüz yüze görüşülerek katılımcılara ulaştırılmıştır. Çalışmamızın evrenini 1581 sağlık çalışanı oluşturmuş evren için 315 kişiye ulaşılmıştır. Verilerin analizi sonucunda, değişim ve örgütsel bağlılık arasında bazı demografik değişkenlere göre farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Normallik analizi, verilerin parametrik analizler için uygun olduğunu göstermiştir. Araştırmanın bulgularına göre, 26-35 yaş aralığındaki bireylerin örgütsel bağlılıklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet değişkeni açısından ise kadın ve erkek katılımcılar arasında sağlık politikalarında değişim ve bağlılık düzeyleri arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Medeni durumun örgütsel bağlılık üzerinde etkili olduğu, evli bireylerin bekârlara göre daha yüksek bağlılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışma süresine göre değişim parametresi incelendiğinde, 0-5 yıl arasında çalışanların sağlık politikalarındaki değişime karşı değerlerin daha yüksek olduğu, ancak çalışma süresi arttıkça değerlerin azaldığı görülmüştür. Korelasyon analizi, sağlık politikalarında değişim ile örgütsel bağlılık arasında zayıf bir pozitif ilişki olduğunu göstermiştir. Bu durum, sağlık politikalarındaki değişimin örgütsel bağlılıkta da bir miktar artış oluşturabileceğine işaret etmekle birlikte, bu ilişkinin güçlü olmadığını göstermektedir. Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının bağlılığını artırmak için genç çalışanlara yönelik destekleyici politikalar geliştirilmesi, evli bireyler için aile dostu stratejiler uygulanması ve uzun süreli çalışanların motivasyonlarını koruyacak programların sunulması önerilmektedir. Çalışmanın bulguları, sağlık hizmetlerinin daha etkili yönetilmesi ve çalışan memnuniyetinin artırılması için önemli ipuçları sunmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Örgütsel bağlılık, sağlık çalışanları ve sağlık sektörü.

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Institute of Health Sciences,

Department of Health Management,

Master's Thesis in Health Management

THE EFFECT OF CHANGES MADE IN HEALTH POLICIES ON ORGANIZATIONAL COMMITMENT OF HEALTH WORKERS: A FIELD STUDY

Azime DEMİR DERER

Konya-2024

In this study, the organizational commitment levels of individuals working in the health sector towards changes in health policies were examined. In the study, the effects of demographic factors such as age, gender, marital status, working position and working hours on employee satisfaction and commitment were evaluated. The survey method was used to collect data. The surveys were delivered to the participants through face-to-face interviews. The universe of our study was composed of 1581 health workers and 315 people were reached for the universe. As a result of the analysis of the data, it was determined that there were differences between change and organizational commitment according to some demographic variables. Normality analysis showed that the data was suitable for parametric analyses. According to the findings of the study, it was determined that individuals between the ages of 26-35 had higher organizational commitment. In terms of the gender variable, no significant difference was observed between the levels of change and commitment in health policies between female and male participants. It was determined that marital status had an effect on organizational commitment and that married individuals showed higher commitment than singles. When the change parameter is examined according to the length of service, it is seen that the values are higher against the change in health policies of the employees between 0-5 years, but the values decrease as the length of service increases. The correlation analysis showed that there is a weak positive relationship between the change in health policies and organizational commitment. This situation indicates that the change in health policies may also create a slight increase in organizational commitment, but this relationship is not strong. As a result, it is suggested that supportive policies should be developed for young employees, family-friendly strategies should be implemented for married individuals, and programs should be provided to maintain the motivation of long-term employees in order to increase the commitment of health workers. The findings of the study provide important clues for more effective management of health services and increasing employee satisfaction.

Keywords: Organizational commitment, healthcare professionals and the healthcare industry.

1. GİRİŞ

Sağlık örgütlerinin başarılı olmasında insan faktörü büyük önem taşımakta ve önemi her geçen gün daha da artmaktadır. Kurumlarına bağlı olan sağlık çalışanları örgütlerin üstün hizmet vermesinde büyük yararlar sağlayacağından çalışanların memnuniyetleri, örgütlerine olan bağlılıklarını ve kurumun desteğini alarak örgütün vermeyi amaçladığı sağlık hizmetinin kalitesini ve verimliliğinin artmasını sağlamaktadır. Bu yüzden meydana gelen sistem değişikliğinin çalışanların örgütsel bağlılık oranlarına etkisinin göz önünde bulundurulması büyük önem arz etmektedir.

Değişim her alanda olduğu gibi sağlık sisteminde de kaçınılmazdır. Gelişen sağlık sistemine uyum sağlamak, hasta ihtiyaçlarına zamanında ve uygun cevaplar vermek bunun yanında çalışanların taleplerini de göz önünde bulundurmak sağlık sisteminin kaçınılmaz gerçekleridir.

Örgütsel bağlılık çalışanların çalıştıkları örgüte karşı duydukları psikolojik bağlılığını ifade eder. Kurumlarına bağlı olan sağlık çalışanlarının kurumlarında hizmetin kalitesini ve verimliliğini arttırdığı düşünülmektedir. Yapılması planlanan köklü değişikliklerin örgütsel bağlılık oranlarına etkisinin göz önünde bulundurulması başarı açısından büyük önem arz etmektedir.

Bu çalışmanın amacı, sağlık politikalarında yapılan değişikliklerin sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeyleri üzerindeki etkilerini analiz etmektir. Çalışma, Türkiye’de sağlık sektöründe çalışan bireylerin örgütsel bağlılık düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemeyi ve bu doğrultuda öneriler sunmayı hedeflemektedir. Araştırma kapsamında, sağlık politikalarının sağlık çalışanları üzerindeki etkileri incelenerek, örgütsel bağlılık düzeylerini artırmaya yönelik stratejiler geliştirilecektir. Çalışmanın, sağlık politikaları ve örgütsel davranış alanlarına özgün bir katkı sunması beklenmektedir.

Araştırmanın Genel Bilgiler bölümünde Sağlık Politikaları ve Örgütsel Bağlılık kavramlarıyla ilgili ayrıntılı bilgiler yer almaktadır. Gereç ve Yöntem kısmında ise araştırmanın modeline, evren ve örnekleme, veri toplama aracına, veri analizine, araştırmanın varsayımları ve sınırlarına yer verilmiştir. Bulgular kısmında araştırmanın sonucunda elde edilen bulguların her birine yer verilmiş, tartılma ve sonuç kısmında ise elde edilen bulgular ilgili literatürde denk olan veya farklılık gösteren yönleri tartışılmış Sağlık

Politikalarında Yapılan Değişikler ve Örgütsel Bağlılık kavramları arasındaki ilişki genel bir çerçeve halinde sunulmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Politikası Kavramı

Lasswell, siyaseti "kimin neyi, ne zaman ve nasıl alacağını belirleyen faaliyet" olarak tanımlar. Uzlaşma, çatışma ve düzen kurma faaliyeti olarak anlam ve özünü değiştiren siyaset kavramını, "herkesin yararına bir toplumsal düzen kurma girişimi" olarak tanımlamak mümkündür (Kapanı, 2012). Bu doğrultuda, sağlık politikasını, sağlık sisteminin unsurlarının düzenlenmesinde etkili olan faaliyetlerin tümü olarak tanımlayabiliriz. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili bir sözlük, bir sağlık politikasını şu şekilde tanımlar: "Kurumlarda (özellikle hükümette) sağlık ihtiyaçlarına, mevcut kaynaklara ve diğer politika faktörlerine yanıt olarak eylem için öncelikleri ve parametreleri tanımlayan resmi bir beyan veya prosedür." Benimsenen sağlık politikası felsefesine göre ülkede sağlık sektörünün düzenlenmesini ve yapılandırılmasını tanımlayan Akdur, sağlık sektörünün yapılandırılmasının araçlarını veya alt politikalarını tanımlamış; finansman, organizasyon ve insan kaynaklarıdır (Akdur, 2006). Sağlık politikası, sağlığı etkileyen tüm politikaların yanı sıra sağlık hizmetleri alanında geliştirilen politikaları da içermektedir (Tatar,2006).

Sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin şekillenmesinde, sağlık hizmetlerinin özellikleri ise sağlık politikalarının yaşa bağlı gereksinimleri karşılayacak şekilde değiştirilmesinde etkilidir. Ülkedeki sağlık hizmetlerinin ve sağlık politikalarının oluşumunda tarihi ve kültürel yapının, ekonomik durumun ve salgın hastalıkların etkisi olduğu söylenebilir. Ekonomik ve sosyal politikaların da sağlık politikaları üzerinde etkisi vardır.

Ülkelerin gelişmişlik düzeyini, sağlıklı insanların varlığı ve sağlıklı bir toplum belirlemektedir. Sağlıksız bir topluma sahip bir ülke, gelişemediği için, nüfusu üretken olamadığı için toplumu iyileştirmekte maddi zorluk çekecektir. Bu nedenle ülkelerin temel hedefleri, sağlıklı toplumlar olabilmesi için sağlığın korunması ve korunma tedbirleri de dahil olmak üzere uzun vadeli sağlık politikaları geliştirmek olmalıdır. Sağlık her şeyin başlangıcı olduğu, sağlığın başlangıcının da etkin bir şekilde planlanmış ve uygulanmış bir politika olduğu ilkesinden hareketle, ülkemizdeki sağlık politikasının mevcut sağlık sistemini nasıl etkilediği aşağıdaki bölümlerde anlatılmaktadır.

2.1.1. Sağlık Politikası Hedefleri

Sağlık İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi 25. Yazıda belirtilen; "Herkes, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve refahı için yiyecek, giyecek, barınma ve tıbbi bakım hakkı vardır" ifadesiyle güvence altına alınan bir haktır; Ayrıca, işsizlik, hastalık, sakatlık veya kontrolleri dışındaki koşullar nedeniyle geçimini sağlayamama durumunda güvenlik hakkını da içerir. 1982 Anayasası'nın 56. ve 60. maddeleri. Madde; "Sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamak herkesin hakkıdır. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve kirliliği önlemek Devletin ve vatandaşların görevidir. Devlet, her insanın beden ve ruh sağlığı içinde yaşamasını sağlar; Ekonomiyi ve insan ve malzeme kaynaklarının verimliliğini artırarak, işbirliğinin uygulanması için sağlık kuruluşlarını tek elden planlama ve bakım için organize eder. Devlet bu sorumluluğunu, kamu ve özel sektördeki sağlık ve sosyal kurumları kullanarak ve denetleyerek yerine getirir. Genel sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin geniş bir şekilde sunulması için kanunla kurulabilir" ifadesi, vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ve bu hakkın kullanılmasının Devletin görevi olduğu anlamına gelir. Anayasal haklar ve uluslararası evrensel sözleşmelerle güvence altına alınan yaşam hakkına uygun olarak, bireyin eşit ve adil sağlık hizmeti almasını sağlayacak sağlık ve sosyal güvenlik ağlarının kurulmasını da güvence altına alır. Bu hakka göre "sağlık politikasının amacı; Sağlıklı insanlardan oluşan sağlıklı bir topluma ulaşmak için İnsan Hakları ve Tıp Etiği Evrensel Beyannamesi'ni (Önal,2015) temel alan politikalar geliştirilmelidir."

Sağlık politikası iki ana konuya odaklanmaktadır. Sağlığı toplumsal bir olgu, sağlık hizmetlerini toplumsal bir görev ve sorumluluk, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış temel bir insan hakkı olarak ele alan birinci politikada, sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilmesi devlete bir sorumluluk ve yükümlülük yüklemektedir. Sağlık hizmetlerini bir toplumsal dayanışma aracı olarak ele alan bu politika, hizmet sunumunda eşitlik ilkesini de bünyesinde barındırmaktadır. Sağlığı bireysel bir olgu olarak gören diğer politikalar; Bu hakkın kullanılmasını tamamen arz ve talebin piyasa kurallarına bırakarak, kişilerin bu hakkı yetenekleri oranında kullanmalarını şart koşmakta ve bu nedenle sağlık hizmetlerini bir kazanç aracı olarak görmektedir. Bu yaklaşımla, müşteri bir vatandaşın yerini alır ve müşteri bu hakları elinden gelen en iyi şekilde kullanır (finansal yetenekler). Bu bağlamda, işletme mantığı yardımıyla işlenen tıbbi hizmetler, kar amaçlı bir araç haline getirilmektedir.

Aslında sağlık sekt6ru, diğer sosyal alanlar gibi politik alanı ve politik tercihleri yansıtılmaktadır. Sağlık politikasının belirlenmesinde d6nyada genel olarak yukarıda bahsedilen bu iki yaklaşım etkili olmaktadır. Sağlık politikasına ilişkin bu temel determinizm, sağlık sisteminin diğer unsurlarını ve uygulamalarını da şekillendirmektedir. Sağlık politikasının belirlenmesinde birinci yaklaşımı kullanan, sağlık hizmetlerinin finansmanında toplumsal dayanışma ve risk paylaşımı anlayışıyla hareket eden, sağlık hizmetlerini kamu kaynaklarından (ortak b6t6e veya devlet sigortası) finanse eden, kamu kuruluşları ve kamu personeli aracılığıyla hizmet sunan bir yapı. Piyasa modelinde ise finansman aracı olarak cepten 6deme ya da 6zel sigorta kullanılmakta, hizmet sunumu 6zel kurumlar tarafından ger6ekleştirilmektedir (Akdur,2006).

D6nya Sağlık 6rg6t6, herkese y6ksek kalitede sağlık hizmeti sunmaya uygun bir sağlık sistemi oluşturmaya 6alışmaktadır. G6n6m6zde, toplumlar geliştik6e ve modernleştik6e, insanlar yaşamlarını ve ailelerinin değişen ihtiya6larını karşılamak i6in sağlık sistemlerinden daha iyi ve daha uygun fiyatlı sağlık hizmeti talep etmektedir. Bu gerekliliklerde temel beklentiler; Ayrımcılığın olmadığı, adaletin olduğu, hizmet alanların ve sunanların daha mutlu olduğu bir hizmet anlayışıdır. İnsanların beklenti ve ihtiya6larına odaklanan bir sağlık hizmeti sunum sistemi oluşturmak i6in sağlık politikasının toplumun genel sağlık yapısı i6inde koruyucu ve 6nleyici bir b6t6n olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu ama6 doğrultusunda tanımlanacak hedefler şu şekilde form6le edilebilir: "Sağlığın geliştirilmesi i6in sekt6rler arası işbirliğinin g6c6lendirilmesi, gerekli 6evre sağlığı 6nlemlerinin alınması ve bu konudaki iyileştirmelerle insanların yaşam standardının iyileştirilmesi i6in 6alışılması" (6nal,2015)".

Halka kaliteli, kolay ulaşılabilir ve g6ler y6zld6 hizmet sunulması i6in sağlık hizmetlerinin sunumuna y6nelik plan ve programların oluşturulmasında temel hedeflerden biri olarak t6m imkanların seferber edilmesi gerektiğini belirten Recep Akdağ, Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı'nda ideal bir sağlık sisteminin 6zelliklerini şu şekilde sıralıyor: "Uygun fiyatlı, kaliteli, etkin ve s6rd6r6lebilir, insan merkezli, sistemik bir yaklaşımla, finansal hakkaniyet ilkesine bağlı kalarak, insanların ihtiya6 duydukları sağlık hizmetlerine adil ve zamanında erişebilmeleri gerekmektedir (Akdağ,2012)."

2.1.2. Sağlık Politikası Oluşturma

Sağlık politikası, sağlık hizmetlerine ve programlarına erişimi sağlayan düzenlemeleri ve teşvikleri tanımlayan mevzuatta veya diğer kural koyma biçimlerinde yer almaktadır. Bir sağlık politikası, diğer tüm politikalar gibi, bir ülkenin temel verileri değerlendirilerek oluşturulur. Politikaların, değişen ve gelişen teknolojilere ve dünyanın sağlık anlayışındaki değişimlere ayak uyduracak düzeyde tasarlanması gerekmektedir. Mevcut politikalardan eksiklikler ve sapmalar tespit edilmeli ve bu politikaların uygulanabilirliği, sağlık politikasının belirlenmesinden sorumlu kurulların oluşturduğu bir grup tarafından gözden geçirilmelidir. Siyasi çözümlerin uzun vadeli ve başarılı olmasını sağlamanın yolu; Kişinin ihtiyaçlarının tam olarak karşılanmasına bağlıdır. Bu nedenle politika formülasyonunda; bu ülkede yaşayan insanların en iyiyi hak ettiğine göre, en etkili hizmeti, en etkili personeli ve en başarılı planı buna göre hazırlanmalıdır. Sağlık politikaları, sağlık hizmetleri kimin sağlayacağını, finansman kaynaklarını, hizmetlerin hizmet sağlayıcılara nasıl ödeneceğini ve hizmetlerin nasıl satın alınacağını belirlemektedir (Önal,2015).

Sağlık politikasının modern tutumlar dikkate alınarak aşağıdaki ilkelere dayandırılması önerilmektedir (Akdur,2006):

- Tıbbi hizmetler; Kamu hizmeti olduğu kadar eğitim, adalet ve güvenlik hizmetleri de olmalıdır.
- Sağlık hizmeti, vatandaşların hizmet için para ödemedi kullanabileceği bir hizmet olmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin amacı herkese eşit hizmet sunmak olmalıdır.
- İnsan sağlığını ve sağlık hizmetlerini etkileyen olumsuz faktörlerin ortadan kaldırılması ve olumlu faktörlerin geliştirilmesi temel politika olmalıdır.
- Koruyucu sağlık hizmetlerine büyük önem verilmeli, özellikle nüfusun sağlık eğitimine öncelik verilmelidir.
- Evde veya sağlık ocaklarında hasta bakım hizmetleri birbirini destekleyecek ve tamamlayacak şekilde düzenlenmelidir.
- Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve evde ayakta tedavi hizmetleri, tedavi hizmetleri ile uyumlu bir şekilde yürütülmeli, hizmet veren ekip toplumla bütünleştirilmelidir.

- Sağlık hizmetleri bir komuta hizmeti olarak örgütlenmeli ve sürekli denetim altında olmalı, sağlık hizmetleri dayanışma içinde sunulmalıdır.
- Tüm sağlık personelinin sürekli eğitimini sağlamak Devletin sorumluluğundadır.

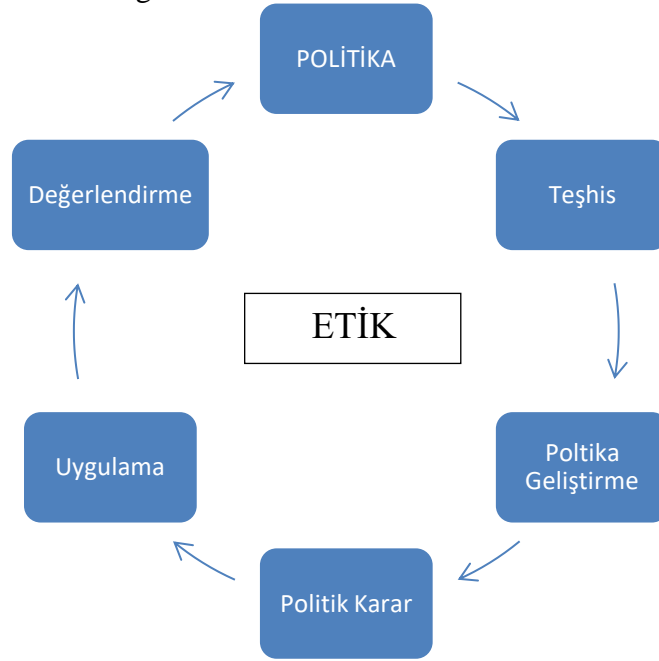
Topluma daha iyi hizmet sunmayı amaçlayan sağlık politikaları, toplumun ihtiyaçlarını, beklentilerini ve kolay erişilebilirliğini hedeflemelidir. Sağlık politikaları belirli bir plan ve hedeflere göre oluşturulur. Bu politika, sağlık hizmetlerinin adil ve verimli bir şekilde sunulması ve zor zamanlarda bu hizmetin kolayca kullanılması yoluyla insan sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla tasarlanmalıdır. Sağlık politikasının oluşturulmasında, sağlık hizmetlerinin kimler tarafından sunulacağı, finansmanının nasıl yapılacağı, hizmetlerin nasıl satın alınacağı ve hizmet sunucularının maaşlarının nasıl ödeneceği belirlenecek yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır (Akdağ,2012).

Her ülkede olduğu gibi ülkemizde de sağlık politikasını oluşturma görevi, Sağlık Politikası Konseyi adı verilen bir grup uzmanın sorumluluğundadır. Konsey, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sistemi yönetimi ve politika geliştirme ile ilgili temel sorumluluklarını yerine getirmekle görevli Bakan Yardımcıları ve Bakan Yardımcılarının yanı sıra on bir üyeden oluşur. Kurul üyeleri, en az lisans mezunu ve sekiz yıllık tecrübeye sahip olanlar arasından Sağlık Bakanı tarafından atanır. Görev süresi iki yıl olup, görev süresi biten üyeler yeniden görevlendirilebilir. Kurul Başkanı, Sekreter Yardımcısıdır ve gerektiğinde Sekreter Yardımcısının görevlendireceği yardımcılardan biri de başkanlık edebilir.

2.1.3. Sağlık Politikası Döngüsü

Sağlık politikası çerçevesinde ele alınması gereken önemli unsurlardan biri sağlık politikası döngüsü ya da diğer adıyla sağlık politikası çemberidir. Bu kavram, sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanması sırasında izlenen süreci açıklamaktadır. Şekil 4'da ifade edildiği üzere politika döngüsü belli aşamalardan oluşmaktadır.

Şekil 1:Sağlık Politika Döngüsü



Kaynak: (Roberts ark., 2004; Akdağ,2008)

a) Teşhis

Sağlık sisteminde reform çalışmalarının ilk adımı, problemin tanımlanması ve teşhis sürecidir. Bu aşama, mevcut sistemde sorun olarak değerlendirilen unsurların belirlenmesi ve analiz edilmesini içerir. Problemlerin tanımlanması süresinde sistemin eksiklerini doğru değerlendirebilmek için temel sağlık göstergeleri (Anne ölüm hızı, sağlık hizmetlerine erişim, hastalık yükü, yaşam beklentisi vb.) birey memnuniyeti ve finansal risklerden korunma gibi kriterleri dikkate almak gerekir.

Bu süreç, sağlık sisteminin mevcut durumunun kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini sağlar. Problemin doğru teşhisi, reformun başarısı için kritik bir adımdır çünkü çözüm önerileri, teşhisin doğruluğuna ve kapsamına bağlı olarak şekillenir(Sabatier ve Jenkins-Smith, 1993;Roberts ark., 2004).

b) Politika Geliştirme

Sağlık politikası döngüsünün ikinci aşaması olan politika geliştirme, bir önceki aşamada tanımlanan problemlere yönelik çözümler üretmek için planlama ve karar alma süreçlerini kapsar. Bu aşama, sağlık sisteminde karşılaşılan öncelikli sorunların çözümü için

stratejilerin oluşturulması ve uygulamaya hazırlık adımlarını içerir (Sabatier ve Jenkins-Smith, 1993; Roberts ark., 2004).

Politika Geliştirme Sürecinin Temel Özellikleri;

- Veri ve Değerlendirmelere Dayanma: Problemin tanımlanması ve teşhis aşamasında elde edilen veriler temel alınır. Sağlık göstergeleri, birey memnuniyeti ve diğer analizler politika geliştirme sürecine rehberlik eder.
- Ülke Şartlarına Uyum: Ülkelerin sosyal, ekonomik, kültürel ve diğer yapısal özellikleri göz önünde bulundurulur. Sağlık sisteminin mevcut kapasitesi ve kaynakları dikkate alınır.
- Sorulara Yanıt Üretme: Politikalar; Ne yapılacak?(Çözümün kapsamı ve içeriği) Nasıl yapılacak? (Uygulama yöntemleri ve süreçleri) Ne zaman yapılacak? (Planlanan faaliyetlerin zamanlaması) Nerede yapılacak? (Politikanın uygulanacağı alanlar veya hizmet noktaları) Kim/kimler tarafından yapılacak? (Politikanın uygulanmasında görev alacak taraflar) sorularına yanıt verecek şekilde planlanır.
- Simülasyon ve Planlama: Çözüm önerileri üzerinde analizler ve simülasyonlar gerçekleştirilir. Farklı senaryolar değerlendirilerek en etkili ve uygulanabilir olan strateji seçilir.
- Katılımcılık ve İletişim: Politika geliştirme sürecinde, ilgili paydaşların görüş ve önerilerinin alınması sağlanır. Taraflar arasındaki iletişim güçlendirilir ve politikaların ortak bir zemin üzerinde şekillenmesi hedeflenir.

Bu aşama, sağlık sistemindeki öncelikli sorunların çözümü için bir yol haritası oluşturmayı hedefler. Başarılı bir politika geliştirme süreci, stratejik planlama ile sağlık reformlarının uygulanabilirliğini ve etkisini artırır. Aynı zamanda, bu süreçte alınan kararlar, sağlık politikası döngüsünün bir sonraki aşaması olan uygulama için temel oluşturur.

c) Politik Karar

Sağlık politikası döngüsünün üçüncü aşaması olan politik karar, bir önceki aşamada geliştirilen politikaların uygulanabilirliği ve hayata geçirilip geçirilmeyeceğine ilişkin bir karar sürecini kapsar. Bu aşama, politika geliştirme sürecinin sonuçlarının somut eylemlere dönüşüp dönüşmeyeceğinin belirlendiği kritik bir noktadır.

Politik Karar Sürecinin Özellikleri:

- Karar Verme Mekanizması:Geliştirilen politikaların uygulanması veya reddedilmesi yönünde karar alınır.Kararlar genellikle siyasi irade tarafından alınsa da bu süreç, geniş bir aktör yelpazesinin etkisi altında şekillenir.
- Siyasi İktidarın Rolü:Ülkenin mevcut siyasi iktidarının sağlık politikalarına yaklaşımı belirleyicidir.Siyasi ideolojiler, hükümet öncelikleri ve toplumsal ihtiyaçlar bu kararları etkiler.
- Çıkar Grupları ve Meslek Kuruluşlarının Etkisi:
 - Meslek Kuruluşları: Sağlık personeli ve profesyonel örgütler, geliştirilmiş politikalara yönelik görüşlerini bildirir.
 - Çıkar Grupları: Sağlık sektöründeki özel ve kamu aktörleri, kendi çıkarlarını koruma amacıyla karar sürecinde etkin olabilir.
 - Hizmet Kullanıcıları: Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin ihtiyaç ve beklentileri, politik karar sürecini dolaylı olarak etkileyebilir.
- Mücadele ve Etkileşim:Sağlık politikalarının hayata geçirilmesi sürecinde farklı aktörler arasında bir mücadele yaşanabilir.Özellikle sağlık personeli, kuruluşlar ve diğer organizasyonlar, politikaların uygulanmasında yaşanabilecek potansiyel sorunları öne sürerek süreci etkileyebilir.
- Toplumsal ve Ekonomik Koşullar:Ülkenin mevcut toplumsal yapısı ve ekonomik durumu, politikaların uygulanabilirliği açısından önemli bir kriterdir.Bu koşullar, karar alıcıların önceliklerini ve uygulama kapasitelerini sınırlar.

Politik karar aşaması, sağlık politikası döngüsünde stratejik bir adımı temsil eder. Bu aşamada alınan kararlar, sağlık reformlarının uygulamaya geçişini ve başarısını doğrudan etkiler. Siyasi iradenin yanı sıra, meslek kuruluşları ve çıkar grupları gibi aktörlerin etkisi, karar alma sürecinde işbirliği veya çatışma ortamı yaratabilir. Bu nedenle, sürecin etkin yönetimi, sağlık politikalarının hayata geçirilmesinde büyük önem taşır.

d) Uygulama

Sağlık politikası döngüsünün dördüncü aşaması olan uygulama, politika sürecinin somut eyleme dönüştüğü ve karar aşamasında kabul edilen politikaların fiilen hayata

geçirildiği kritik bir adımdır. Bu aşama, döngünün önceki aşamalarında yapılan planlamaların pratikte nasıl gerçekleştiğini belirler ve politika sonuçlarının topluma yansıdığı süreçtir.

Uygulama Aşamasının Temel Özellikleri:

- **Planların Gerçekleştirilmesi:** Politika geliştirme aşamasında oluşturulan planların ve stratejilerin uygulanması başlar. Bu süreçte, politikaların sağlık sisteminde öngörülen değişiklikleri sağlaması hedeflenir.
- **Resmi Tatbik:** Politik karar aşamasında onaylanan politikalar, resmi olarak yürürlüğe konur. Yasalar, yönetmelikler, yönergeler ve prosedürler gibi hukuki araçlarla uygulama çerçevesi çizilir.
- **Sağlık Sistemindeki Aktörlerin Rolü:** Uygulama sürecinde sağlık personeli, sağlık kuruluşları ve diğer ilgili kurumlar aktif rol oynar. Bu aktörlerin politikaları doğru anlaması ve iş birliği içinde hareket etmesi uygulamanın başarısı için kritiktir.
- **Kaynak Yönetimi:** Politikaların uygulanabilmesi için gerekli insan gücü, finansal kaynaklar ve altyapı planlanır ve tahsis edilir. Etkin kaynak yönetimi, uygulamanın verimliliğini artırır.
- **Adımların Atılması:** Uygulama sürecinde, belirlenen hedeflere ulaşmak için önceden planlanan adımlar atılır. Politikaların hayata geçirilmesi sırasında ortaya çıkan sorunlar çözülerek uygulama süreci iyileştirilir.
- **Sürekli İzleme ve Değerlendirme:** Uygulama sırasında yapılan faaliyetlerin etkileri ve başarısı düzenli olarak izlenir. Geri bildirim mekanizmaları devreye sokularak uygulamada aksayan yönler tespit edilir ve düzeltilir.

Uygulama aşaması, sağlık politikası döngüsünün en somut ve görünür aşamasıdır. Başarılı bir uygulama, yalnızca iyi tasarlanmış bir politikanın değil, aynı zamanda doğru bir şekilde hayata geçirilmiş bir stratejinin sonucudur. Bu nedenle, uygulama sürecinde karşılaşılabilecek zorlukların önceden öngörülmesi ve çözüme yönelik mekanizmaların oluşturulması büyük önem taşır. Sağlık sistemindeki tüm paydaşların iş birliği, uygulamanın başarısını artıracak en önemli faktörlerden biridir(Sabatier ve Jenkins-Smith 1993).

e) Değerlendirme

Sağlık politikası döngüsünün son aşaması olan değerlendirme, uygulanan politikaların başarı düzeyini ölçmek, süreçteki eksiklikleri tespit etmek ve politika geliştirme sürecine katkı sağlamak amacıyla yürütülen bir süreçtir. Bu aşama, döngüyü tamamlayan ve yeni döngülerin başlamasına temel oluşturan kritik bir adımdır.

Değerlendirme Aşamasının Temel Özellikleri:

- Uygulama Sonuçlarının İzlenmesi: Politika uygulamalarının belirlenen hedeflere ulaşp ulaşmadığı değerlendirilir. Elde edilen sonuçlar, önceden belirlenen performans kriterleri ile karşılaştırılır.
- Başarı ve Performans Analizi: Politikanın hedeflenen başarı düzeyine yaklaşma oranı ölçülür. Süreç boyunca elde edilen kazanımlar ve performans göstergeleri detaylı olarak analiz edilir.
- Sorunların Tespiti: Uygulama sürecinde karşılaşılan sorunlar ve engeller belirlenir. Eksik ya da yetersiz kalan alanlar analiz edilerek politika süreçlerine yönelik iyileştirme önerileri geliştirilir.
- Politikanın Etkinliği ve Etkisi: Politikanın sağlık sistemi üzerindeki kısa ve uzun vadeli etkileri değerlendirilir. Toplumsal, ekonomik ve sistemsel değişiklikler üzerindeki yansımaları analiz edilir.
- Geri Bildirim ve Döngünün Yeniden Başlatılması: Değerlendirme sürecinde elde edilen bulgular, politika geliştirme sürecine aktarılır. Bu aşama, sağlık politikası döngüsünün yeniden başlaması için bir temel oluşturur ve sürekli iyileştirme döngüsünü destekler.

Değerlendirme aşaması, sağlık politikalarının etkisini ölçerek döngüye bilgi sağlar ve karar alıcılar için rehber niteliği taşır. Uygulamanın etkinliği ve başarısı hakkındaki veriler, gelecek politika süreçlerinin daha bilinçli ve etkili bir şekilde yürütülmesine olanak tanır. Bu aşamanın doğru bir şekilde yapılması, sağlık politikalarının sürdürülebilirliğini ve sağlık sisteminin genel performansını artırmada önemli bir rol oynar (Sabatier ve Jenkins-Smith, 1993; Roberts ark., 2004)

2.1.4. Sağlık Politikalarının Sınıflandırılması

Sağlık, doğası gereği çok sayıda aktörün etkileşimde bulunduğu ve koordinasyonun kritik olduğu çok boyutlu bir alan olarak dikkat çeker. Bu alan, kamu otoriteleri, sağlık profesyonelleri, hastalar, sivil toplum kuruluşları, özel sektör ve akademik kuruluşlar gibi çeşitli paydaşların katkı sağladığı karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu durum, sağlık hizmetleriyle ilgili politika sürecini hem stratejik hem de operasyonel açıdan önemli hale getirmektedir.

Sağlık politikalarının geliştirilmesi, ülkedeki sağlık sisteminin hem **makro** (genel sağlık politikalarının çerçevesi, finansman modelleri, altyapı planlaması gibi) hem de **mikro** (yerel sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, bireysel hasta hizmetleri, sağlık personelinin dağılımı gibi) karakterini şekillendirmektedir.

Tablo 1: Sağlık Politikalarında Makro ve Mikro Ayrımı

	Makro Politikalar	Mikro Politikalar
Politika Türü	Sistemin Bütünüyle İlgili Politikalar	Sektörle İlgili Politikalar
Politika Düzeyi	Ulusal (Devlet, Hükümet)	Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü Yerel Yönetim Birimleri
Politika Örneği	Özel Sektörün Faaliyetlerinin Düzenlenmesi Ülke Geneline Sağlık Personelinin Hizmet Sunum Kriterlerinin Belirlenmesi	Bağışıklama Politikasında Değişim Kanser tarama programlarının hayata geçirilmesi Evde Sağlık Hizmeti Uygulamalarının Başlatılması

Kaynak: (Walt,1994)

Sağlık politikalarının düzeyel olarak tasnif edilmesi, politika süreçlerinin anlaşılmasını ve bu süreçlerde yer alan aktörlerin rollerinin netleştirilmesini kolaylaştırır. Makro ve mikro **düzeyde** yapılan bu sınıflandırma, sağlık hizmetlerinin yönetim ve uygulama süreçlerinin farklı ölçeklerde nasıl organize edildiğini ortaya koyar.

Makro Sağlık Politikaları

- **Tanım:** Devlet ve devlete bağlı teşkilat yapıları tarafından geliştirilen, ulusal düzeyde sağlık sisteminin genel çerçevesini belirleyen politiklardır.
- **Kapsam:** Sağlık sisteminin finansman modeli, sağlık reformları, ulusal sağlık hedefleri, sağlık altyapısının geliştirilmesi gibi geniş kapsamlı konuları içerir.
- **Nitelik:** Daha karmaşık ve çok aktörlü bir süreçtir. Genellikle uzun vadeli stratejik hedefler içerir ve farklı sektörlerden paydaşların katkısını gerektirir.
- **Örnekler:** Genel sağlık sigortası politikası, ulusal bağışıklama programları, sağlık bilgi sistemlerinin dijitalleşmesi.

Mikro Sağlık Politikaları

- **Tanım:** Devletin bünyesinde yer alan alt düzey teşkilat birimleri ve organizasyonlar tarafından oluşturulan, daha yerel veya kurumsal düzeyde etkili olan politiklardır.
- **Kapsam:** Hastane yönetimi, bir sağlık birimindeki personel dağılımı, hasta bakım protokolleri, yerel sağlık sorunlarına yönelik çözümler gibi spesifik konular.
- **Nitelik:** Daha açık, şeffaf ve uygulamaya yönelik süreçleri içerir. Yerel ihtiyaçlara daha hızlı yanıt verebilir.
- **Örnekler:** Bir ilçede belirli bir hastalığın kontrolüne yönelik kampanya, bir hastane için acil servis düzenlemesi.

Bu iki düzey, sağlık sisteminin genel yapısının birbiriyle uyumlu bir şekilde işlemlerini sağlar. Makro politikalar büyük resmi çizerken, mikro politikalar uygulama düzeyinde somut sonuçlar elde edilmesine odaklanır (Walt,1994)

2.1.5. Sağlık Politikalarının Gelişimi

Osmanlı Devleti'nin 19. yüzyıldaki sağlık politikalarına yönelik çabaları, modernleşme ve Batı'daki gelişmeleri takip etme girişimleriyle şekillenmiştir. Bu dönemde,

özellikle sağlık alanındaki düzenlemeler ve kurumlaşmalar, genellikle bireysel hayırseverlik veya kısıtlı devlet müdahaleleri ile sınırlı kalmıştır. Sağlık hizmetlerinin devletin asli görevlerinden biri olarak benimsenmesi ise 19. yüzyılın sonlarına doğru gerçekleşmeye başlamıştır. 1876 tarihli Kanun-u Esasi, Osmanlı Devleti'nin ilk anayasası olmasına rağmen, sağlık hakkı veya sağlık hizmetlerine dair doğrudan bir düzenleme içermemiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin dönemin öncelikleri arasında henüz tam anlamıyla yer almadığını göstermektedir. Ancak zamanla, Osmanlı'nın son dönemlerinde ve Cumhuriyet'in ilk yıllarında sağlık politikaları devletin daha etkin müdahalesine konu olmuş, halk sağlığı ve modern sağlık hizmetleri giderek daha fazla önem kazanmıştır. Cumhuriyet dönemine geçişle birlikte, sağlık politikaları devlet politikalarının merkezi bir parçası haline gelmiş ve özellikle koruyucu sağlık hizmetleri, halk sağlığı ve yaygın sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmiştir (Er,2011)

Cumhuriyet öncesi dönemde sağlık alanında devletin etkisi sınırlı kalmışken, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılışından kısa bir süre sonra 03 Mayıs 1920 tarihinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kurulması, sağlık politikalarının artık bir devlet politikası olarak ele alınmaya başladığını göstermektedir. Bu adım, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması ve modernleşmesi açısından bir dönüm noktası olmuştur. Bakanlık, sağlık hizmetlerindeki öncelikleri belirleme, halk sağlığını iyileştirme, kaynakları verimli bir şekilde kullanma gibi hedefler doğrultusunda çalışmalarına başlamıştır. Bu çerçevede, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, salgın hastalıklarla mücadele, sağlık personeli eğitimi ve sağlık altyapısının geliştirilmesi temel öncelikler olarak belirlenmiştir. Türkiye'nin ilk Sağlık Bakanı olan Dr. Adnan Adıvar, bu kritik dönemde sağlık politikalarının temelini atarak modern Türkiye'nin sağlık sistemine yönelik adımları başlatmıştır. Onun liderliğinde yapılan çalışmalar, Cumhuriyet dönemindeki daha geniş kapsamlı sağlık reformlarının temelini oluşturmuştur (Yeginboy ve Sayın,2008).

2.1.6. Küreselleşen Dünyada Sağlık ve Sağlık Politikası

Sağlık, bireylerin ve bir bütün olarak toplumun yaşamında önemli bir yer kaplayan, bir bütün olarak fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanan, özellikle hizmet sektöründe Devletlerin temel yapı taşlarını oluşturan önemli bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) (1978) tanımladığı gibi: "Sağlık, sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması hali değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyi olma

halidir" (Ünsal,2000;Orhan,2006). Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumların sağlığını korumak ve geliştirmek, hasta olan kişileri tedavi etmek, tam olarak iyileşmemiş ve engelli kalanların başkalarına bağımlı olmadan bağımsız olarak yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlığını geliştirmek ve geliştirmek için planlı araştırmalar ve çabalar bütünüdür (Sözlü, 2002; Orhan, 2006). Sağlık sistemi ise, birincil amacı sağlığın iyileştirilmesi, korunması ve geliştirilmesi ile sağlık hizmetlerinin sunumunu yönetmek olan tüm faaliyetleri içeren bir organizasyon, finansman ve kaynaklar bütünü olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre ise sağlık sistemi, amacı sağlığı doğrudan geliştirmek, birey ve toplum sağlığını istenilen düzeye getirmek olan ve aynı zamanda her türlü hizmeti içeren, sosyal, kültürel, ekonomik, tıbbi, örgütsel, fiziksel, altyapısal ve teknolojik niteliklere sahip, girdi, teknolojik, çıktı ve sonuç unsurlarından oluşan bir bütündür (Yıldırım ve Menderes,2000; Orhan,2006).

Ayrıca sağlık, sosyal dokuyla ayrılmaz bir şekilde bağlantılı bir konudur. Parsons (2001), sağlıkla ilgili sorunların biyolojik gibi görünmesine rağmen, sadece biyolojik değil, aynı zamanda sosyal olarak da kabul edildiğini savunmaktadır. Aynı yönde görüşler ileri süren Mechanic (1978), sağlık ve hastalığın bir sosyal yapı içinde ortaya çıktığını ve şekillendiğini savunur. Nitekim sağlık hizmetlerinin toplumsal ve siyasal yapıya göre şekillendiğini gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (Mechanic, 1978; Parsons,2001; Karakaş,2020). Böylelikle bir bütün olarak sağlık hizmetleri, sunulan sağlık hizmetleri ve devletlerin uyguladığı politikalar ile şekillenen sağlık sistemleri, devlet; Sosyal, siyasal ve ekonomik yönlerden etkilenirler ve bu etkilere uygun olarak dönüşüm süreçleri geçirirler.

Küreselleşme, sağlık sistemlerindeki küresel politikalarla sağlık sektörünün yapısını çok farklı bir boyuta taşımıştır. Bu bağlamda, sağlığın küreselleşmesi ile ilgili birçok eleştiri ve konu gündemde geniş bir şekilde tartışılmaktadır. Bu talepler şu şekildedir: Sağlık sektöründeki reformların olumsuz yansımaları, sağlık hizmetlerinin kapsayıcılık ve eşitliğe aykırı yönleri, risk grupları, sağlık sistemini şekillendirmek için oluşturulan modeller, sağlık sektörünün özelleştirilmesi, sağlık reform paketleri, çocuk ve ergenlerde internet bağımlılığı önemli başlıklardır.

Hizmet reformlarının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri

Sağlığın, ülkelerin ekonomik, politik, politik ve sosyal yönlerinden birinci derecede etkilenen önemli bir faktör olmasının nedeni, küreselleşmenin birinci derece hizmet sektörünü şekillendirmek için yarattığı veya dayattığı uygulama ve politikalarından

kaynaklanmaktadır. "Sağlık reformu" yani "iyileştirme" başlığı altında sunulmakta, böylece bu politika ve uygulamaların sağlık sistemlerini etkileyen olumsuz yönleri görünmez kalmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Save the Children (UNICEF), Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ), Dünya Bankası (DB) ve Avrupa Birliği (AB) gibi küreselleşme sürecindeki aktif ve aktif aktörler tarafından oluşturulan ve desteklenen bu reformların temel zihniyeti, sağlık hizmetlerinin piyasa temelli olarak yeniden yapılandırılmasıdır.

Peki hizmet sektörü küresel oligopoller ve aktörler için neden bu kadar önemli? Zira dünya ticaretinde etkin rol oynayan küresel devlerin mal ticaretinden ziyade hizmet ticaretini tercih etmelerinin ve ülkelerin hizmet sektörüne yönelmelerinin üç temel nedeni vardır: Birincisi, hizmet ticaretinin uluslararası ticaretin %20'sini oluşturması ve uluslararası ticarete en hızlı büyüyen sektör olması, ikincisi ise hizmet ticaretinin ticari büyüme için büyük bir potansiyel teşkil etmesidir. Birincisi, ticaret ilk sırada yer alır ve gelişmiş ekonomilerin %80'i hizmetlere dayalıdır ve ikincisi, hizmet ticaretinin sunulması kolay olma ve hızla büyüme eğilimindedir (Ostry,2000; Nüktedanlık, 2002; Yıldız ve Turan,2010). Diğer bir ifadeyle, hizmet sektörünün hızla büyümesi, bugün ve gelecek için büyük bir potansiyele sahip olması, sunum kolaylığı ve elbette ticaretteki payının yüksek olması gibi birçok neden, küresel oligopollerin ve aktörlerin bu alana yönelmelerine ve bu tür uygulama ve politikalarla bu alanı kendi çıkarları için önemli bir alan haline getirmelerine yol açmıştır. özelleştirme olarak. reform, iyileştirme ve geliştirme.

Sağlık hizmetlerinin kapsayıcılık ve eşitlik ile çelişen yönleri ve risk altındaki

gruplar

Sağlık alanında küreselleşmenin en önemli adımı hiç şüphesiz 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) "tüm insanların mümkün olan en yüksek sağlık standardına ulaşması" sloganı ve politikasıyla oluşturulması ve bu yöndeki eylemleridir. Uzun zamandır siyasi liderliği ana hedef olarak gören Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2000 yılında Almatı'da yapılan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Asamblesi'nde "Herkes İçin Sağlık Bildirgesi" yayınlamış, ancak toplumun her kesimine ulaşmayı hedefleyen, ücretsiz, teknolojik olarak gelişmiş ve toplum denetiminde sağlık hizmetleri sunmayı hedeflediğini belirtmiştir. Herkesin eşit şekilde yararlanacağını ve bunun dünyaya yayılması için aslında bunu yapanın Dünya Bankası (DB) olduğunu Metne eklenen "giderler vergilendirme ile karşılanamaz ve

kişiler cepten ödemek zorundadır" gibi ifadeler, şekilde gösterildiği gibi durumun eşit, adil, kapsayıcı ve şeffaf olmadığını açıkça göstermektedir ve farklı hedeflerin takip edildiğini.

Nitekim uzun süredir etkin küresel aktörlerden biri olan Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) tarafından aynı amaçla sağlık hizmeti alan kişilerin aldıkları sağlık hizmetlerine yönelik doğrudan ödeme kavramı ve politikasının sistematikleştirilmesi ve buna bağlı olarak birçok ulus devletin sağlık politikalarında aleniyet işlevinin hızla ve etkileyici bir şekilde ortadan kalkması, amacın kanıtlanması yönünde bir adım atıldığını göstermektedir (Aksakoğlu, 2003). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) öncülüğünde başlatılan ve akabinde Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) gibi birçok küresel aktörün katılımıyla hızlı ve yaygın hale gelen bu süreç, sağlık sektöründe sosyal devlet anlayışına taban tabana zıt politikaların uygulanması yoluyla sektörün baskın kamusal yönünün hafifletilmesine ya da yok edilmesine yol açmıştır. Bu durumun sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi amacına hizmet ettiği ve sonuç olarak toplumun tüm üyelerinin sunulan tıbbi hizmetlerden eşit ve adil bir şekilde yararlanmasına izin vermediği söylenebilir.

Küreselleşme süreci, ülkeler arasında sağlık hizmetlerinin kullanımında önemli eşitsizliklere yol açmıştır. Araştırmalar, toplam küresel hastalık yükünün %92'sinin düşük ve orta gelirli ülkelerde yoğunlaştığını göstermektedir. Aynı zamanda, sağlık hizmetlerine erişim mücadelesi veren yoksul ülkelerde yoğunlaştığını göstermektedir. Buna ek olarak, gelişmekte olan ülkelerin küresel olaylara ve eylemlere karşı savunmasızlığı, uluslararası topluluklara, oligopollere ve önemli rol oynayan küresel aktörlere mali ve teknik bağımlılıklarının yanı sıra yoksul ülkelerin kırılabilir politikaları, kurumlarının yarı özerk doğası ve merkezi hükümetleri tarafından uygulanan dengeyi korumak için yeterli güce sahip olmamaları ve zayıf hesap verebilirlik sistemlerine sahip olmaları da önemli faktörlerdir. refah devleti özelliklerine sahip olmadıkları ve bu ülkelerdeki sağlık politikaları üzerindeki küresel eğilimlerin ve baskıların çok yüksek olduğu görülmektedir (Zaei,2014; Çiftçi ve ark.,2017). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2002 yılında yayınladığı bir rapor, küresel eğilimlerin bireyler ve toplumlar nezdinde yarattığı eşitsizliklerin boyutunu açıkça ortaya koymaktadır. Ana gündem maddesi olarak "ilerlemenin yavaşladığı ve sağlık açığının genişlediği" iddiası yer aldı. Özellikle eşitsizliğin, yoksulluğun ve açlığın zirvede olduğu yoksul Afrika ülkelerinde, mevcut yetişkin ölüm oranı 30 yıl öncesine göre daha yüksektir. Ayrıca anne ve bebek ölüm hızları, temel sağlık hizmetlerine erişim ve sağlıklı iş gücünün dağılımı gibi önemli parametrelerin olumsuz anlamda endişe verici

olduğu ve acilen ele alınması gerektiği belirtildi. Ancak aynı rapor, adil, kapsayıcı ve eşitlikçi uygulamalardan yoksun sağlık politikaları nedeniyle her yıl 10 milyon çocuğun öldüğünü tahmin etmektedir (DSÖ, 2002; Yıldız, 2008). Başka bir deyişle, küreselleşme, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin ekonomilerine ve politikalarına büyük ölçüde sızmış ve onları küresel oligopollere bağımlı hale getirmiştir. Bu durum insan sağlığını olumsuz etkileyerek sağlık sistemlerinde radikal dönüşümlere yol açmaktadır. Sonuç olarak, yoksul ülkelerdeki sağlık eşitsizlikleri endişe verici seviyelere ulaşıyor.

Küresel sağlık politikalarının ve uygulamalarının dünyanın en yoksul ülkelerinin çocukları üzerindeki en acımasız etkilerini görmek mümkün. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2011 yılında yaptığı araştırmalar, az gelişmiş ve gelişmekte olan yoksul ülkelerde 5 yaşın altındaki çocukların %17'sinin, dünyada ise her altı çocuktan birinin düşük kilolu, yani yeterli beslenme gibi temel insan haklarından yoksun olarak doğduğunu iddia etmektedir (Conk ve ark., 2013; Kahraman ve Bolışık, 2014). Küreselleşmenin dayattığı küresel model, politikalar ve uygulamalar, yalnızca beslenme eşitsizlikleri ve eksikliklerinde değil, aynı zamanda diyetlerde de değişikliklere neden oluyor. Fast-food, yüksek yağlı ve yüksek şekerli gıdaların ve yemek kültürünün dünya genelinde hızla yayılmasıyla çocuklar arasında obezite oranları artıyor.

Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2010 yılında yapılan bir araştırma, 15 yaş ve üzeri nüfusun %16,9'unun obez, %33'ünün ise fazla kilolu olduğunu ortaya koymuştur. Bunun en önemli nedeninin kötü beslenme alışkanlıkları olduğu açıkça belirtilmektedir (Conk ve ark., 2013; Kahraman ve Bolışık, 2014). Küreselleşmenin sağlık alanındaki en acımasız olumsuz sonuçlarından biri, ulusların geleceğinde önemli bir rol oynayacak olan çocuk ve gençlerin, dayatılan küresel sağlık politikaları nedeniyle bir yandan temel beslenme ihtiyaçlarını karşılayamamaları, diğer yandan da sağlıksız beslenme biçimleriyle yaşamlarını sürdürmeleridir.

Küreselleşmenin baskısı altında sağlık hizmetlerinin piyasaya taşınması sonucunda düşük gelirliler insanların ve sağlık güvencesi olmayanların bu hizmetlere erişemediğini, hizmet başına ücret sağlık hizmetlerinin yoksulları vurduğunu ve Dünya Bankası'nın (WB) yoksul ülkelerde sağlık ücretlerinin ödenmesini sağlamak için uyguladığı yapısal uyum politikalarını belirten Brendan Martin (1994), özellikle sağlık hakkı ve eşitsizlik bağlamında bu ülkelerin sağlığına ciddi şekilde bağlıdır. (Brendan,1994; Yıldız,2008). Dünya Bankası (DB) gibi küresel aktörlerin öncülüğünde başta sağlık alanında olmak üzere hangi politika

ve uygulamaların hayata geçirildiğini görmek kolaydır. Bu politikaların bugüne kadar yoksul ve az gelişmiş ülkelerin kalkınmasına ve sağlığına katkıda bulunmadığı, aynı zamanda bu ülkelere ağır ve yıkıcı bir darbe indirdiği ve bunun sonucunda birçok insanın sosyal ve ekonomik yaşam unsurlarını ve sağlıklı yaşam hakkını kaybettiği açıktır.

Küreselleşme sürecinde en acil sağlık sorunlarından biri, toplumun tüm kesimlerinin eşitlik ilkesine uygun olarak eşit ve aynı kalitede sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanıp yararlanmadığıdır. Etnik köken, sosyal sınıf, yoksulluk, coğrafi koşullar, meslek, gelir düzeyi, istihdam veya işsizlik ve medeni durum gibi sosyodemografik ve sosyo-ekonomik değişkenlerin sağlık eşitsizliklerinin temel belirleyicilerinin etnik köken, sosyal sınıf, yoksulluk, coğrafi koşullar, meslek, gelir düzeyi, istihdam veya yokluk ve medeni durum gibi sosyodemografik ve sosyoekonomik değişkenler olduğu ileri sürülmüştür (Vagerö,1995; Tekingündüz ve ark., 2016). Ancak küreselleşmenin aynı toplumda yaşayan insanlar arasında yarattığı gelir eşitsizlikleri, yoksulluk ve yoksullaşmanın az gelişmiş ülkelerin kaderi üzerindeki etkisi gibi önemli faktörler, ulus devletler ve bireyler arasında sağlık hizmetlerine erişim açısından birçok uygulamanın hakkaniyet, kapsayıcılık ve hakkaniyet ilkeleriyle örtüşmediği anlamına gelmektedir. Bu gerçek, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yıldan yıla değişen söylemlerinde ve raporlarında görülmektedir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1999 yılında yayınladığı bir raporda, "21. yüzyılda herkes için sağlık" hedefleri dezavantajlı bireylerin ve toplumların karşılaştığı eşitsizlikleri gidermeye yönelik politikalar iken, 2008 raporunda "kuşaklar arası uçurumun kapatılması, sağlığın sosyal belirleyicilerine karşı sağlıkta eşitlik" söylem ve politikalarına kaymıştır. Eşitsizliklerin yıllar içinde daha da kötüleştiğini ve hedeflere ulaşmanın sadece bir söylemden ibaret olduğunu belirtmiştir³⁹ (WHO,1999; WHO,2008; Avcı,2009; Tekingündüz,ve ark.,2016).

Sağlık sistemini şekillendirmek için oluşturulan modeller

Küreselleşme ve sağlık arasındaki ilişkiyi gösterebilmek için çeşitli modeller geliştirilmiş, daha doğrusu küresel oligopoller ve sağlık küreselleşmesinin küresel aktörleri tarafından birçok model geliştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) geliştirdiği modelde üçü doğrudan, ikisi dolaylı olmak üzere toplam beş noktaya odaklanmaktadır. Modelde odaklanılan doğrudan etkiler; Sağlık sistemi, sağlık politikalarının etkileri, bulaşıcı hastalıklar ve sigara pazarı gibi piyasa temelli politika ve düzenlemeleri içerir. Dolaylı etkiler şunlardır: Sağlık sektörünün ulusal ekonomi aracılığıyla yönetilmesi, beslenme ve

yaşam koşulları gibi küresel bağlamda sosyal yaşamla ilişkili riskleri içerir (Labonte ve Schrecher, 2006; Yıldız ve Turan, 2010). Bu modele daha yakından bakıldığında sağlık sistemi, uygulanan sağlık politikaları, sigara piyasası, sağlık sektörünün ülke ekonomisi üzerinden yönetilmesi gibi isimlerin ve içeriklerin esasen bir bütün olarak sağlık sektörünün küreselleşmesinin önünü açan isim türleri olduğu açıkça görülmektedir.

Sağlık sektörünün özelleştirilmesi

Aktif küresel aktörlerden biri olan ve ticari faaliyetleriyle ülkelerin küreselleşmesinde önemli rol oynayan Dünya Ticaret Örgütü'nün (DTÖ) temel amacı; Ticaretin serbestleştirilmesi ve böylece imzacı ülkelerin eğitim, sağlık, ulaşım, telekomünikasyon, posta, inşaat, turizm gibi tüm kamu sektörlerinin sosyal özelliklerinden arındırılması ve özelleştirilmesi sağlanmalı ve devlet müdahalesi tamamen ortadan kaldırılmalıdır. Daha yakından incelendiğinde, Dünya Ticaret Örgütü'nün (DTÖ) faaliyetleri doğrultusunda yürütülen kamu hizmetlerinin özelleştirilmesi yoluyla hizmetlerin maliyetini artırarak vergi yükünü artırdığı, hizmetlerin kalitesini baltaladığı ve emek faktörünün sömürsünü artırdığı ileri sürülmektedir (Orhan ve Şahin,2006). Özellikle küreselleşme sürecinde etkin rol oynayan Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ), ülkeleri ekonomik olarak bağımlı hale getirmek için dünya genelinde özelleştirme ve reform politikalarının uygulanmasını sağlamak için oldukça dikkatli ve hassas davranmaktadır. Başta sağlık sektörü olmak üzere birçok sektörde ulus devletleri özelleştirme politikaları izlemeye zorlayan faaliyetler sonucunda ülkelerin egemen olduğu bölgeler olan kamusal alanların sınırları tahrip edilmiştir.

Küresel oligopoller ve aktörler tarafından yaratılan "Birinci Özelleştirme Dalgası" olarak adlandırılan politika ve uygulamalar sırasında devletler kamusal alandaki faaliyetlerini satış vb. yollarla özel sektöre kaydırmışlardır. Bu konuyu ele almak için politikalar geliştirmek (Goldman ve Mokuvos, 1991; Broadbent ve Laughlin, 2003; Broadbent ve Laughlin, 2005; Hemming, 2006; Chenel Tekin, 2017). Özellikle sağlık sektörü söz konusu olduğunda artan fiyat baskıları, artan rekabet, artan sağlık tesisi sayısı, sağlık alanındaki hızlı teknolojik değişimler, değişen hasta-hekim ilişkileri, tüketici bilinci ve tüketici memnuniyetsizliği sağlık sektörünü küreselleşme sürecine sokmakta ve küreselleşmeye maruz bırakmaktadır (Tengilimoğlu,2010).

Ancak yapılan birçok araştırma ve uygulama açıkça göstermektedir ki, Devletin mali sıkıntı yaşaması ve vatandaşların hizmetlere erişiminin kısıtlı olması ya da kalitesiz hizmet

sunulması gerekçesiyle özel sektöre devredilen birçok hizmet için Devletin finansman açısından daha fazla kayba uğradığı görülmektedir. Örneğin, sağlık sektöründe uygulanan küresel politikaların, aynı ülkedeki fakir ve zengin insanlar arasında bile sağlık hizmetleri düzeyinde önemli eşitsizlikler yarattığı, fakir ve zengin ülkeler arasındaki sağlık hizmetleri düzeyindeki farktan bahsetmediği birçok çalışmada açıkça ortaya konmuştur (Fan,2016; Ertaş ve Çiftçi Kırac, 2017).

Ayrıca, refah devletinin temel özelliğine sahip olan ulus devletlerin sağlık hizmetlerindeki rolünün geri plana atılması nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerinin olmaması gibi olumsuz sonuçların geri plana atılması ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve sağlık hizmetlerine ayrılan fonların artması sonucunda en çok yoksulların, kadınların ve çocukların zarar gördüğü belirtilmektedir (Labonte ve Schrecker,2006; Yıldız ve Turan,2010).

2.1.7. 2002 Sonrası Türkiye'de Sağlık Politikasının Dönüşümü

Türkiye'deki sağlık reformlarına bakacak olursak, 1920 TBMM'sinde savaştan yararlananların tedavisinin cumhuriyet döneminde kurumsallaştığını ve Sağlık Bakanlığı'nın kurulduğunu görebiliriz. Bu dönemlerde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin yanı sıra bazı kanunlar çıkarılmıştır. Ayrıca vizyon ve misyonlar tanımlandı. Daha sonraki dönemlerde ise sağlık hizmetlerinin devlet eliyle sağlanması, uygun kurumların kurulması ve sağlık hizmetlerinin ülke geneline dağıtılması önerilmiştir.

Ancak, çeşitli siyasi nedenlerle, planlanan ve planlanan durumlar yarım kaldı. Özal döneminde özellikle neoliberal sistemin etkisiyle çeşitli adımlar atıldı. Ancak Özal'ın ölümüyle birlikte çalışmalar yarım kaldı. 2002'den sonra dönüşüm programı ile büyük adımlar atılmasına karar verildi ve birçok adım atıldı, adımlar da devam edecek gibi görünüyor. Bunlardan biri de birinci basamak sağlık hizmetlerine büyük önem verilmesi, aile hekimlerinin oluşturulması ve hekimlere yaptıkları işe göre maaş ödenmeleridir. Ancak bu durum, alacakların nasıl tahsil edileceği konusunda hala bir kesinlik olmaması nedeniyle bazı belirsizlikleri de beraberinde getirmektedir (Çağlar ve ark., 2008).

16 Kasım 2002'de açıklanan 58. Hükümetin Herkes İçin Sağlık Acil Durum Planı, sağlık alanında ulaşılması gereken temel hedefleri ortaya koymaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir (Aktel ve ark., 2013):

- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve işlevsel olarak yeniden düzenlenmesi,

- Tüm kişilerin GSS kapsamına dahil edilmesi,
- Sağlık kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına başlanması,
- Anne ve çocukların sağlığına daha fazla özen göstermek,
- Koruyucu hekimliğin aktivasyonu,
- Üretimin geliştirilmesi için özel sektörün sağlık hizmetlerine yatırım yapmasının desteklenmesi,
- Tüm devlet kurumlarında daha alt kademelere yetki devri,
- Kalkınmaya en çok ihtiyaç duyulan bölgelerdeki sağlık çalışanı açığının giderilmesi,
- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin başlatılması.

Bu hedefler doğrultusunda 2003 yılı başında Sağlık Bakanlığı, ülkemizde sağlık alanında bir dönüm noktası sayılabilecek "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı hazırlamış ve uygulamaya koymuştur. Hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 8 ana tema etrafında gelişeceği varsayılmaktadır. Ana temalar şunlardır (Ünal,2011):

- Sağlık Bakanlığı'nın planlamacısı ve denetimi,
- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- Geniş tabanlı, kolay ulaşılabilir ve dost canlısı bir sağlık sistemi,
 - Birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği hizmetlerinin güçlendirilmesi,
 - Verimli ve kademeli tedarik zinciri,
 - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- Bilgi ve beceriye sahip, motivasyonu yüksek sağlık iş gücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkin tıbbi hizmetlerin kalitesi ve akreditasyonu,
- İlaç ve malzemelerin sağlıklı yönetiminde kurumsal yapılanma,
- Karar vermede etkin bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

Ayrıca bu temel hedeflerden sonra etik, politik ve metodolojik bir şekilde hayata geçirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Birinci; Mevcut sorunun tanımlanmasında temel göstergeler vatandaşın finansal riskten korunması ve vatandaşın memnuniyetinin

sağlanmasıdır. Saniye; Politika oluşturma sürecinde sağlıkta dönüşüm planlamasını belirleyin. Üçüncüsü, sadece siyasi iradeyi değil, etkili politikaları belirleyen bir karar vermek gerekiyor. Dördüncüsü, tüm bu kararlardan sonra nitelikli, verimli ve sürekli bir irade ile uygulamayı en iyi şekilde yapabilir. Beşinci olarak, tüm döngünün etkin bir şekilde izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekir. Bu sayede dönüşüm siyaseti başarılı bir şekilde halka hizmet edecektir (Recep,2008).

Bir dönüşüm programındaki gelir koşullandırması, bir pazar gibi, gelecekte sorunlara yol açacaktır. Devlet tarafından karşılanır ve genel sağlık sigortası kapsamında geliri olmayanlara ödenir. Ancak asgari ücretin üçte birinden fazla geliri olanlar ikramiye ödeyecek. Aslında, tüm işçiler devlet tarafından istihdam edilmemektedir ve devlet dışı sektördeki istihdamın artması, çoğu insanın işini kaybetmesine neden olacak olası bir ekonomik krize yol açacaktır. Burada devlet sağlık politikasını bunun üzerine kurgularsa sağlık hizmetlerinde yetersizlik yaşanacak, sigorta primi ödemeyen kişiler sağlık hizmeti almakta da sorun yaşayacak, toplumda sağlık güvencesi olmayanlar büyük sıkıntılar yaşayacaktır. Ancak sağlık hizmetleri sıradan vatandaşların verebileceği bir durum olmadığı için bu hizmeti alacak olanların belirli yerlerde alması gerekmektedir. Bu durum insanların yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Çağlar ve ark.,2008).

Türkiye'de izlenen sağlık politikası her dönemde değişime uğramıştır. Reform öncesi sağlık politikalarına baktığımızda şöyle bir tablo dikkatimizi çekiyor: Sağlık hizmetlerine erişimi olanlar, erişimi kısıtlı olanlar ve hiç erişimi olmayanlar olarak üçe ayrabiliriz. Ayrıca, özel sektör de dahil edilmelidir. Elbette sağlık hizmetlerine erişim kategorileri, kişinin sağlık sigortasına ve istikrarsız olup olmadığına göre değerlendirilmelidir. Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, Yeşil Kart ve Emeklilik Fonu olanlar sağlık hizmetlerine erişimde daha az bürokrasi ile karşı karşıya kaldılar ve genellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde tedaviye erişebildiler ve genel olarak memnun kaldılar. Tabii ki, devlette geçen bunca yıldan sonra bunun bir hak olduğunu söyleyecekler. Öte yandan SSK'lı kişiler SSK Hastaneleri dışındaki hastanelere girememe sorunu yaşıyordu ama özellikle tedavi açısından anlaşmalı oldukları eczanelerde yetersiz tedavi ya da ilaç eksikliğinden kaynaklanan sorunlar yaşanıyordu. Çiftçiler sigorta primlerini ödeyemiyor ve bunun sonucunda borç biriktiriyor, borçlarını ödemezlerse sağlık hizmetlerinden yararlanamıyorlardı. Öte yandan asgari ücretin üçte birinden daha az gelire sahip kişilerin yeşil kartı vardı ve yeşil kartlılar birinci basamakta ayakta tedavi gibi hastane tedavilerini

kullanıyorlardı ve sorunlarla dolu bir durum söz konusuydu. Reformdan önce, bürokrasi ile ilgili sorunlar nüfusun sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırıyordu. Ayrıca hizmet kalitesi düşüktü ve daha yüksek bir kaliteden yararlanmak isteyenler bir doktorun özel muayenehanesine gidip cebinden fazladan ödeme yapmak zorunda kalıyordu. Bu sorunların hepsi sağlık politikalarıyla ilgiliydi(Çağlar ve ark., 2008).

Dönüşümün ardından çeşitli yenilikler ve köklü değişimlerle oluşturulan sağlık hizmetlerinin sunumu çok fazla özveri ve sağlam bir teori gerektirdi. Dönüşümün farklı aşamalarında değişiklikler yapılmıştır (Çağlar ve ark.,2008).

Bu dönüşümle birlikte SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na bağlanmış, SSK'lıların anlaşmalı olduğu eczaneler dışında hemen hemen tüm eczanelerle anlaşmalar yapılarak özel anlaşmalı hastanelerde tedavi olma imkanı sağlanmış; Ancak, cepten yapılan ödemeleri ve fazla katkı paylarını ödemek zorunda kaldılar. Ayakta tedavinin yanı sıra yatarak tedavi imkanı sağlanmış, eczanelerden ilaç alımı yapılabilmiş, asgari ücretin 1/3'ünden daha az geliri olan kişiler GSS yeşil kart bölümünden yararlanmıştır (Çağlar ve ark.,2008).

Dünya, sağlık tarafından kapsanmak için eşitlik ilkesine dayalı olarak sağlık sigortası kapsamını genişletecek politikalar geliştirmek istedi. Sonuç olarak, %27'si birinci sınıf sağlık sigortasına sahipken, %73'ü yoktu. Bu bağlamda, 2000'li yılların başında, küreselleşme nedeniyle, herkes için sosyal güvenlik ilkesi getirilmeye çalışılmıştır. Ve Dünya Bankası bunun için kredi vermedi. Türkiye, bunun standartlarını karşılamak için bir sağlık dönüşüm programından geçti. 2016 verilerine göre 67,9 milyon kişi sağlık sigortası kullanmış, 8,6 milyon kişi devlet tarafından finanse edilmiştir (yeşil kart). Bu verilere göre nüfusun yüzde 97,2'si genel sağlık sigortası (GSS) kapsamındadır. Ancak bunlar sayısal rakamlardır. Geçici işlerde çalışıp işten ayrılan birçok kişinin kayıt dışı kaldığı görülmektedir (Yusuf, 2011).

Ülkemizde sağlık alanında bir dönüm noktası olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile; Sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde sunulduğu, sağlık hizmetlerinin finanse edildiği ve sunulduğu tespit edilmiştir. Uygulamada uygulanan bu hizmet programının temel noktaları şunlardır: Antropojenik temel, sürdürülebilirlik ve süreklilik anlayışına dayanır. Bu program sayesinde sağlık sistemi son 10 yılda yeniden düzenlendi ve yol boyunca uzun mesafeler kat edildi. Sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için sağlık politikalarının olumlu değişim, sağlığın ihtiyaçlarını dikkate alan politika ve stratejilerin gözden geçirilmesi, tüzüklerin oluşturulması, siyasi irade, destek ve kararlılığın

sürdürülmesi, siyasi ve ekonomik istikrarın korunması, sürekli iyileştirmelerin sağlanması, sistemi tehdit edebilecek girişim ve uygulamalardan kaçınılması temelinde hazırlanması büyük önem taşımaktadır (Recep,2008).

Sağlıkta dönüşüm programının temel hedefleri şöyle sıralanabilir:

- Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme rolünün yeniden yapılandırılması,
- Toplumun tamamına hitap edecek bir SDP 'nin oluşturulması,
- Ülke genelinde kolay ulaşılabilir, kaliteli sağlık hizmeti sunmak,
- Yeterli beşeri sermaye birikimine sahip, motivasyonu yüksek sağlık çalışanlarının harekete geçirilmesi,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve öğretim birimlerinin kurulması,
- Nitelikli ve etkin sağlık hizmetlerinin kalite güvencesi ve akreditasyonu,
- İlaç ve malzemelerin sağlıklı yönetiminde kurumsal yapılanma,
- Oluşturulmakta olan sağlık bilgi sistemi ile etkin bilgiye erişimin sağlanması.

Bu temel hedefler doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm Programı 9 ana alanda toplanmıştır (Doğan,2017);

- **İnsan Merkezlilik:** Sağlık sisteminin bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini ön planda tutarak hizmet planlaması ve sunumu gerçekleştirilmesi.
- **Sürdürülebilirlik:** Sağlık sisteminin ülkenin mevcut kaynaklarına uyumlu bir şekilde sürekliliği sağlama yeteneği.
- **Sürekli Kalite Gelişimi:** Mevcut sağlık hizmetlerinin yeterli görülmeyip, sistemdeki hataların geri bildirim mekanizmaları ile düzeltilmesini hedefleme.
- **Katılımcılık:** Tarafların görüş ve önerilerinin alınarak sağlık sistemine dahil edilmesi ve sağlık sektöründeki tüm bileşenlerin uygulamalarda birliği sağlanması.
- **Uzlaşmacılık:** Sağlık kararlarında ve uygulamalarda standart ve kontrol mekanizmalarında uyum sağlanması.
- **Gönüllülük:** Sağlık hizmeti sunan veya kullanan bireylerin, belirlenmiş hedeflere uygun bir şekilde sistem içinde yer alması.
- **Güçler Ayrılığı:** Sağlık hizmetlerinin finansmanı, planlanması ve denetiminin farklı birimlere ayrılarak çıkar çatışmasının önlenmesi ve etkinliğin artırılması.

- **Desantralizasyon:** Merkeziyetçi yapıların yerel yönetimlerle değiştirilerek sağlık sisteminin daha dinamik ve verimli hale getirilmesi.
- **Hizmette Rekabet:** Monopol piyasalarının önlenerek sağlık sektöründe rekabetçi bir ortamın oluşturulması ve hizmet kalitesinin artırılması.

Bu ilkeler, sağlık hizmetlerinin daha etkili, erişilebilir ve sürdürülebilir olmasını amaçlayan bir sistem yaklaşımı ortaya koymaktadır.

2.2. Örgütsel Bağlılık

2.2.1. Örgütsel Bağlılık Kavramı

Örgütsel bağlılık kavramı pek çok bilimsel alanda yapılmış olan araştırmalara konu olmuştur. Sosyoloji, felsefe ve psikoloji gibi çeşitli alanlarda farklı yönleriyle değerlendirilmektedir. Bu sebeple örgütsel bağlılık kavramına ilişkin benzer düşüncelerin kapsamında fikir birliğine varılan bir tanımın olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla yapılmış olan çeşitli tanımların incelenmesinin örgütsel bağlılık kavramının farklı yönleri ile algılanmasında önemli rol oynamaktadır (Gedik ve Üstüner, 2017). Örgütsel bağlılığa ilişkin ilk açıklamanın 1966'da Grusky tarafından yapıldığı bilinmektedir. Grusky “çalışanın örgüte dair bağlılığının gücü” şeklinde örgütsel bağlılığı tanımlamaktadır. Başka bir tanımda ise örgütsel bağlılığın kişilerin bağlılık yaklaşımlarının neticesinde oluşan davranışsal faaliyetler olduğundan söz edilmektedir. Kidron tarafından yapılan çalışmada ise “daha iyi seçeneklere ulaşabilme durumunda örgütte üyeliğini devam ettirme isteğinin olması” şeklinde açıklanmaktadır. Bir diğer tanımda bağlılığın, kişi ve örgüt arasındaki algılanan uyumun bir fonksiyonu olduğu belirtilmektedir. Diğer bir ifade örgütsel bağlılığı, işle ilgili prensipler ve örgütsel teşvikler arasındaki uyum sürecinin fonksiyonu şeklinde tanımlanmaktadır (Sağcan,2013).

Kavramsal olarak incelendiğinde örgütsel bağlılığın, çalışanlar tarafından örgütsel süreçlerin kabul edilmesi şeklinde ifade edildiği görülmektedir. Özellikle çalışanların saygı, iş ahlakı, güven, iletişim, takım çalışması, katılım, örgütsel vatandaşlık anlayışı işe devam, kurum politikaları ve paylaşım ile ilgili süreçlerin kabul edilmesinin örgütsel bağlılık olduğu belirtilmektedir (Demirel, 2009). Diğer bir deyişle çalışanın kurumun üyesi olarak kalmak istemesi, kurum için istenenden daha çok çaba harcamak istemesi ve kurum hedef ve değerleri inancının birleşmesinden oluşan bir kavram olarak açıklanmaktadır

(Gündoğan,2010). Choi ve ark. (2015) örgütsel bağlılığı “çalışanların örgüte psikolojik olarak bağlanma düzeyleri” şeklinde tanımlamışlardır.

Günce (2013) işe bağlılığı, kurumun hedef ve prensiplerine en yüksek seviyede inanılması, içselleştirilmesi, örgütün menfaatleri için önemli bir çabanın gösterilmesi arzusu ve örgüt içinde yer almak ile örgüt üyeliğini sürdürmek adına hissedilen kuvvetli arzu, örgütte var olan niteliklerinin, vizyon ve değerlerinin çalışanın da benimsemesi, çalışan ile örgüt arasındaki bağı ağıklayan, örgüt içerisinde varlığını sürdürme kararına neden olan psikolojik bir hal şeklinde açıklamaktadır. Sevinç ve şahin (2012) ise örgütsel bağlılığı iş görenlerin örgütsel hedef ve prensipleri kabullenmeleri, bu prensiplere ulaşmak adına uğraş göstermeleri ve kurum üyeliğini sürdürme isteklerinin olması şeklinde tanımlanmaktadır.

2.2.2. Örgütsel Bağlılığın Önemi

Örgütsel davranış literatürüne bakıldığında örgütsel bağlılık üzerine oldukça fazla çalışma yapıldığı görülmektedir. Nitelikli çalışanın örgüt içerisinde kalmasının sağlanması için çalışanların örgütsel bağlılık düzeylerinin yüksek tutulmasının ciddi düzeyde önemli olduğu belirtilmektedir. Zira örgütlerin hedeflerine ulaşabilmeleri ve faaliyet alanları kapsamında başarılı olabilmelerinin nitelikli çalışan ile gerçekleştirebileceği bilinmektedir. Bu bağlamda çalışanların örgütsel bağlılık düzeylerinin yüksek olması için örgütlerin çalışanlarının psikolojik ve toplumsal ihtiyaçlarını gidermek durumunda oldukları anlaşılmaktadır (Karataş ve Güleş, 2010). Örgütsel bağlılığı gerek çalışanlar gerekse de örgütsel açıdan önemli hale getiren unsurlar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;

- Örgütsel bağlılık düzeyi yüksek olan çalışanlarda iş tatmin düzeyi de yüksektir (Lumley ve ark., 2011). Bu nedenle yüksek örgütsel bağlılık düzeyine sahip olan çalışanlar örgüt yararına davranışları (örgütsel vatandaşlık davranışı vb.) daha fazla sergilemektedir (Bolat ve Bolat, 2008).

- Yüksek örgütsel bağlılık düzeyine sahip olan çalışanların işten ayrılma niyetleri düşük düzeydedir. Bu durum örgütlerde işgücü devir hızının düşük olmasına katkı sağlamaktadır (Sabuncuoğlu,2007).

- Örgütsel bağlılığı yüksek olan iş görenlerin çalışma güdüleri ve başarımları yüksektir (Ertürk ve Aydın, 2016). Bu durum aynı zamanda örgütsel performansı ve iş verimini de olumlu yönde etkilemektedir (Gangai ve Agrawal,2015; Boz ve ark., 2021).

Porter, Steers ve Boulian'a (1973) göre, bireyin örgütün hedefleri ve örgütsel değerleri ile kendi arasında ortak yanlar bulup onları kabul etmesi ve bütünleşmesi örgütsel bağlılıktır. Bu bağlamda, örgütsel bağlılık üç önemli unsura sahiptir. Buna göre, ilk olarak bireyin örgütün amaçlarını kabul etmesi ve bunlara kuvvetli inanç duyması gerekmektedir. Örgütsel amaçların içselleştirilmesi en etkili güdüleme yöntemlerinden biridir. Örgütsel amaçları benimseyip içsel olarak güdülenen bireyler örgütsel beklentilere gönüllü olarak cevap verirler, emirlere itaat ederler. İkinci olarak, birey, örgüt amaçları için beklenenden daha çok gayret gösterme isteğine sahip olmalıdır. İnsanı yetiştirmeyi ve dönüştürmeyi amaçlayan okul söz konusu olduğunda öğretmenlerin çoğunun kanun ve yönetmeliklerle tanımlanan görevlerinden daha fazlasını gerçekleştirmeye istekli olmasına gereksinim duyulmaktadır. Son olarak ise birey, örgütte kalmak için mutlak arzu göstermelidir. Bireylerin sadece fiziksel olarak örgütte bulunması yeterli değildir. Fiziksel mevcudiyetin yanında örgütle duygusal olarak da bütünleşmek gerekmektedir.

Modern dünyada insanlar, sosyal yaşama ve çalışma hayatına kendilerinden bir şeyler katmak istemektedirler. Yapılan işin insani boyutu daha çok önem arz etmekte, çalışanların hisleri, ilgileri ve güdeleri gibi insani vasıfları daha çok göz önüne alınmaktadır. Modern insan, gelişen teknolojik ve maddi olanaklar doğrultusunda örgütsel süreçlere daha fazla katılım istemektedir. Bireyler, maddiyattan daha çok karar verirken özerk olma, bireysel tercihlere saygı ve özgürlük gibi haklar arzu etmektedir (Balay,2014).

Krishna ve Marquardt'a (2007) göre kırk yılı aşkın süredir örgütsel bağlılığın, örgütün büyümesine ve varlığını sürdürmesine nasıl katkı sağladığı ile alakalı kapsamlı araştırmalar yapılmıştır. Ancak bağlılığı geliştirecek örgütsel süreçler üzerine yeterli araştırma yapılmamıştır. Koşulların sürekli değiştiği dünyada bireyleri güçlendirmek, köklü örgütsel değişimleri gerçekleştirebilmek ve örgütsel bağlılığı geliştirmek için daha yeni yollara ihtiyaç vardır. Günümüz iş gücüne fırsatlar ile harekete geçen daha yenilikçi bakışı açısı hâkimken ve görev süresi yani kıdeme göre ilerlemeyi kabul eden gelenekçi eğilim azalmaktadır.

Bağlılık teorisini anlamak günümüz yöneticileri için önemli uygulanabilir fikirler sunmaktadır. İlk olarak bireyler için bağlılığın gerekliliğini anlayarak, yöneticiler çalışanları daha iyi motive edebilirler ve örgüte olan katkılarını arttırabilirler. Daha yüksek duygusal bağlılığa sahip bireyler işleriyle alakalı sosyal etkinliklere olumlu karşılık verebilirler. Yüksek düzeyde hesapçı bağlılığa sahip bireyler ise maaş zammı gibi daha somut

güdüleyicilere ihtiyaç duyabilirler. İkinci olarak ise; bağlılığın önemini anlamak, yöneticilerin çalışanların bağlılık profilini tanımlamasını sağlayabilir. Çalışanların işyerindeki davranışlarını yönlendirmek için hangi tür bağlılık yaklaşımının uygun olduğu veya çalışanların refahı için hangi bağlılık yaklaşımının daha iyi olduğu sorularına cevap bulunabilir. Bağlılık yaklaşımlarını anlamak insan kaynaklarının seçiminde ve yönetilmesinde örgütlere yardımcı olabilir (Cohen,2014).

Eğitim örgütleri, ülkelerin gelişmesi ve kalkınması, yurttaşlarının da rahat ve varlık içinde hayatlarına devam edebilmesi için önemli roller üstlenmektedir. Üstlendikleri rolleri gerçekleştirebilmek eğitim örgütlerinin örgütün yapısı, yönetim şekli, çalışanlarının bağlılık düzeyleri ve görevlerini beklenen şekilde ifa edip edemedikleri ile alakalıdır. Okulların koydukları hedefleri gerçekleştirebilmesi ve beklenen çıktıları elde edebilmesi için okul yöneticilerinin, öğretmenlerin veya destek personelinin becerilerini ortaya koyması yeterli değildir. Daha fazlası olarak yeteneklerini ortaya koyarken bağlılık ve adanmışlık hissetmeleri hedeflere ulaşma konusunda enikonu önem arz etmektedir (Avcı, 2017).

Örgütsel bağlılık, kalifiye öğretmenleri örgütte tutmak ve örgütü onlar için cazip hale getirmek için elzem bir kavramdır, çünkü sadece mesleki tatmine sahip ve örgüte bağlı öğretmenler örgütle bağlantısını sürdürmek ve hedefleri başarmak için çaba sarf etmeye isteklidirler. Bir öğretmenin işine karşı gösterdiği olumlu tutum, örgüte göstereceği yüksek bağlılığa öncül olmaktadır. Eğitim kurumları, işine karşı yüksek bağlılığa sahip bireyleri arzu etmektedir ki böylece bu bireyler, samimiyetle tüm paydaşların isteklerine katkıda bulunabilsin. Yüksek bağlılık duygusuna sahip öğretmenler, hangi işle uğraşırsa uğraşsın dürüsttür ve öz motivasyona sahiptirler (Nagar,2012).

Eğitim ortamlarında öğretmenlerin birbirleriyle olan ilişkileri, öğrenci ile iletişimleri, uygulamadaki prosedürlerin kalitesi ve işe karşı tutumları öğretmenlerin örgütsel bağlılıklarını etkilemektedir. Düşük bağlılık, okulun etkili olma derecesini ve öğretmenlerin mesleki performanslarını olumsuz etkilemektedir. Düşük bağlılık gösteren öğretmenler, hem eğitim ortamlarında zorluklara neden olmakta hem de okulun amaçlarını gerçekleştirme konusunda aksamalara neden olmaktadır (Celep,2000).

Bu nedenle, örgütsel bağlılığın eğitim yöneticileri tarafından iyi anlaşılması gereken bir konu olduğu söylenebilir. Konunun daha iyi anlaşılması için örgütsel bağlılığın gelişim sürecine aşağıda yer verilmiştir.

2.2.3. Örgütsel Bağlılığın Oluşumu

Allen ve Meyer'e (1997) göre örgütsel bağlılık bir çalışanın örgütle ilişkisini ve örgütte kalma kararını düzenleyen çok boyutlu bir kavramdır. Örgütsel bağlılığın oluşumu uyum boyutu, özdeşleşme boyutu ve içselleştirme boyutu olarak üç aşamada ifade edilir (Balay,2014).

Uyum Boyutu

Uyum, bağlılığın ilk aşaması olarak kabul edilir. Bu aşamada işgören, örgüt mensubu diğer kişilerin etkilerini örgütten ödeme, terfi, gibi fayda elde edebilmek için kabul eder. (Balay,2014).

Bazı durumlar dahilinde insanlar yüzeysel olarak örgütü destekler. Bu durum örgütün amaçlarına inanmaktan çok uyumlu eylemler yoluyla olası cezadan kurtulmayı ve bazı ödülleri kazanmayı isterler. Bu aşamada bireyler, örgüt mensuplarının etkilerini sadece kendi lehine kazanımlar elde etmek için kabul eder (Balay, 2014).

İşgörenlerin örgüte karşı gösterdiği yüzeysel bağlılık, uyum boyutu olarak ifade edilmektedir. Örgüt içinde uygulanan kurallar, eylemler ve yetki kullanımı çoğunlukla uyum davranışı ile sonuçlanır. Uyum zorunluluk bildirdiği için işgören yaptığını zorunlu olduğundan yapar. İşgören açısından bu uyum gönülsüzdür, yetkiyi elinde bulunduran yönetici açısından kısa süreli acil durumlar için çözüm olarak geçerli olsa da uyum güvene değil kontrole dayanarak işgörene seçme imkânı tanımaz (Balay,2014).

Japon örgütleri işgören ve işveren ilişkileri görev bilinci ve sadakate dayanan model olarak sunulabilir. Çünkü işgören ile işveren arasında karşılıklı yerine getirilmesi gereken sorumluluklar vardır. İşgörenler örgütleri ile karşılıklı psikolojik ve ekonomik çıkarlar yerine, karşılıklı anlaşmadan kaynaklı ilişkiden dolayı huzurlu ve mutludur. Bu sebepten işgörenlerin iş tatmini de artmaktadır (Balay,2014).

Özdeşleşme boyutu

Kişilerin örgüt mensuplarına yakın olma isteğine dayalı örgütsel bağlılık düzeyidir. Başka bir ifadeyle bireyler diğer kişi ya da kişilerle iletişime geçmek ve bu iletişimi devam ettirmek amaçlı örgüt mensuplarının hareket ve davranışlarını içselleştiriyorsa özdeşimin varlığından söz edilebilir (Balay,2014).

Bağlılığın ikinci aşaması olan özdeşleşme boyutunda işgörenlerin örgütsel aidiyet kazanmaları ve karşılıklı yakın ilişki kurmaları önem arz etmektedir. Özdeşleşmede birey kendini ifade edebildiği sürece çevrenin kendisine etkisini kabul etmektedir. Özdeşleşme, işgörenin bakış açısına göre hayati önem arz eden şeyler karşılığında mensubu olduğu örgüt ile kişilik bütünleşmesine girmesidir. Örgütün amaçlarına ulaşması konusunda başarı ve başarısızlığı üstlenen işgören ihtiyaçları karşılandığı sürece, mesleki doyum ve motivasyonu sağlandığı ölçüde örgütüne bağlılığını korurken, bu faktörler sağlanmadığında da bağlılığını devam ettiriyorsa bağlılık, özdeşleşmeye dönüşür (Başaran,2000).

İçselleştirme Boyutu

Bağlılığın son aşaması olarak içselleştirme düzeyinden bahsedilebilir. Bu aşamada örgütün amaç ve değerleri ile bireyin amaç ve değerleri örtüşür. Bu bağlamda işgörenin davranışları üzerinde örgütün değerleri etki göstermektedir. İçselleştirme; işgörenin, örgütün değerlerini kendi değer ve yargıları doğrultusunda kabullenmesidir. Farklı bir bakış açısıyla ile bireyin değer ve amaçlarıyla bireyin değer ve amaçları örtüştüğü ölçüde içselleştirilmektedir (İnce ve Gül, 2005).

Bireysel ya da örgütsel değerlerin karşılıklı uyumuna dayanır. Örgütsel değerler işgörenin değerleriyle uyumlu olduğu sürece işgören daha mutlu bir şekilde çalışır ve örgütle birlikteliğini istekle sürdürmeye devam eder (Balay,2014).

İşgörenin işe başlamasının akabinde oluşması gereken örgütsel bağlılık unsurlarının; görünürlük, davranışların geriye döndürülemez oluşu, özgür irade- kişisel sorumluluk ve açıklık olduğu açıkça ifade edilmiştir (Tepe, 2004).

2.2.4. Örgütsel Bağlılığın Gelişim Süreci

İlk kez meslek gruplarında, siyasi örgütlerde ve ütöpik toplumsal hareketlerde angajman çalışmaları yapılmıştır. Dini örgütler, siyasi örgütler ve ütöpik toplumsal hareketler çok güçlü ve etkili ideolojilere sahiptir, ancak meslek örgütleri uzun bir sosyalleşme sürecinin bir sonucu olarak değerlere bağlılık geliştirir. Bu nedenle, profesyonel örgütlerde bağlılık geliştirmeye olan ilgi sınırlı kalmaktadır (Sheldon, 1971).

Bağlılık çalışmalarında mevcut durumu anlayabilmek için, bağlılık kavramının ve örgütsel bağlılığın ölçeğinin evrimini ve bu değişikliklerin bağlılığın mevcut yorumunu nasıl etkilediğini açıklamak gerekir. Konseptin erken gelişimi: yan bahis olarak bağlılık; Orta

Vade: Psikolojik Bağlılık Yaklaşımı; Üçüncü dönem: Çok boyutlu yaklaşımlar olarak üç dönemde ele alınabilir. Her dönem, günümüzün örgütsel bağlılık araştırmaları üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir (Cohen,2007).

Erken dönem: yan bahis olarak bağlılık

Örgütsel bağlılığın erken dönemine ilişkin hakim görüş, Howard Becker'in (1960) yan bahislere yaklaşımına dayanmaktadır. Bu yaklaşımın, bağlılık için kavramsal bir çerçeve sunmaya yönelik ilk girişimlerden biri olduğu söylenebilir. Bu teoriye göre, insanların kendilerini meşgul hissetmelerinin nedeni, organizasyonda tamamen veya bir şekilde gizli bir yatırıma sahip olmalarıdır. Yan oran kavramı, örgütten ayrılırsa kaybedeceği ve kendisi için değerli olan örgütsel yatırımı ifade eder (Cohen, 2007).

Meyer ve Allen'a (1984) göre, Becker'in (1960) yan bahislere yaklaşımı ve benzer görüşler bir devam yükümlülüğü olarak sınıflandırılabilir. Öte yandan, devam zorunluluğunun genellikle ekonomik nedenlere dayandığı düşünülebilir. Yan tekliflere yaklaşımı ölçmeye yönelik ana strateji, yan teklifin sayısı veya ölçüsü arttıkça etkileşimin de arttığını kanıtlamaktır. Bu çalışmada, uyumu ölçmek için Ritzer ve Trice (1969) tarafından geliştirilen ve daha sonra diğer araştırmacılar tarafından düzeltilen R-TS (Ritzer ve Trice Ölçeği) ve H-AS (Ridge ve Aluttu Ölçeği) ölçekleri kullanılmıştır.

Orta Dönem: psikolojik bağlılık yaklaşımı

Örgütsel bağlılık ile ilgili araştırmaların orta döneminin 1974 yılında Porter ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma ile başladığı söylenebilir. Odak noktası artık somut yan bahisler değil, bireyin örgüte olan psikolojik bağlılığıdır (Cohen, 2007). Porter vd. (1974) örgütsel bağlılığı ölçmek için Örgütsel Bağlılık Anketi'ni geliştirmiş ve örgütsel bağlılığı, örgütün amaç ve değerlerini kabul etme ve bunlara sıkı sıkıya inanma, örgüt için önemli çabalar gösterme ve örgütün bir üyesi olmaya devam etme arzusu olarak tanımlamıştır. Bu ifadeler ise duygusal bağlanma olarak nitelendirilebilecek bağlılık boyutuyla örtüşmektedir (Meyer ve Allen,1984).

Üçüncü dönem: çok boyutlu yaklaşımlar

Porter ve arkadaşları tarafından geliştirilen 15 maddelik Örgütsel Bağlılık Anketi, 1970'lerin başından 1980'lerin ortalarına kadar örgütsel bağlılık araştırmalarında önemli bir yer tutmuştur. Ancak örgütsel bağlılığın çok boyutlu bir kavram olarak daha iyi

anlaşılabileceğini savunan Allen ve Meyer, 1984 yılında iki boyutlu bir örgütsel bağlılık ölçeği geliştirmişlerdir. İlk boyut, örgütle özdeşleşmeyi ve örgüte bağlılık ve katılım göstermeyi içeren duygusal bağlılık boyutudur. İkinci husus ise bireylerin örgütten ayrılmaları halinde karşılaştıkları maliyetlerle orantılı olarak sorumlulukları olarak tanımlanan devam yükümlülüğüdür. Daha sonra buna ek olarak, bireyin örgütte kalma yükümlülüğü duygusu olarak tanımlanan normatif bağlılık adı verilen üçüncü bir boyut eklenmiştir (Cohen, 2014).

Meyer ve Allen'in geliştirdikleri örgütsel bağlılık yaklaşımının o zamana kadar geliştirilen yaklaşımlardan farkı, bağlılığın duygusal, süregelen ve normatif boyutlarını bağlılık türleri olarak değil, bağlılığı oluşturan boyutlar olarak değerlendirmeleri ve bunları kendi yaklaşımlarında birleştirebilmeleridir. Birey aynı anda her üç boyuta da sahip olabilir, ancak farklı düzeylerde örgütsel bağlılık sergileyebilir (Çakmak, 2011).

Bu nedenle, örgütsel bağlılık ilk dönemlerde ekonomik nedenlere dayalı bir yan bahis olarak tanımlanmıştır. Araştırmalar genişledikçe, örgütsel bağlılığın sadece bir yan bahis olarak tanımlanamayacağı ve bireyin örgüte karşı hissettiği psikolojik bir bağ olduğu ortaya çıkmıştır. Son zamanlarda yapılan araştırmalardan yola çıkarak, birey ile örgüt arasındaki duygusal ilişkinin, bireyin örgütten ayrılması durumunda karşılaşılabileceği maliyetlere ve bireyin iyi niyetle örgütte kalma görev duygusuna dayanan çok boyutlu bir kavram olarak görüldüğü söylenebilir.

2.2.5. Örgütsel Bağlılığın Sınıflandırılması

Örgütsel bağlılığa ilişkin alan yazında yer edinen çalışmalarda birçok yaklaşıma ve sınıflandırmaya rastlamak mümkündür.

Allen ve Meyer'in sınıflandırması

Allen ve Meyer örgütsel bağlılığı; devamlılık bağlılığı, normatif bağlılık ve duygusal bağlılık olmak üzere üç ayrı gruba ayırarak incelemiştir (Sürücü ve Maşlakçı2018). Çalışanların adeta bir kâr-zarar tespiti yaptığı, örgütten ayrıldıkları takdirde kendileri açısından oluşacak zarar ile örgütte kalmaları halinde elde edecekleri yararı kıyasladıkları bağlılık türü devam bağlılığı olarak ifade edilmektedir. Örgütte kalmanın yararlarının daha fazla olduğu durumda çalışanların devamlılık sağlaması söz konusu olmaktadır. İş görenlerin örgütün hedef, amaç ve değerlerini içselleştirme biçiminde ortaya çıkan bağlılık

türü duygusal bağlılık olarak ifade edilmektedir. Örgütte kalma zorunluluğu olarak ortaya çıkan normatif bağlılık ise bir diğer örgütsel bağlılık türünü oluşturmaktadır Allen ve Meyer'ın (1990) yapmış olduğu söz konusu sınıflandırma, alanyazında yer bulduğu zamandan günümüze kadar çok sayıda çalışmanın esasını oluşturmayı başarmıştır (Mermer Üzümlü,2019).

O'Reilly ve Chatman 'ın sınıflandırması

Örgütsel bağlılık kavramını; özdeşleşme bağlılığı, uyum bağlılığı ve içsel bağlılık biçiminde inceleyen O'Reilly ve Chatman'ın sınıflandırmasında uyum bağlılığı, iş görenlerin bir ödül elde etmek veya cezadan kaçınmak üzere sergiledikleri bağlılığı ifade eder. İş görenlerin birlikte çalışmaktan memnuniyet duyduğu özdeşleşme bağlılığı ikinci bağlılık türünü oluşturmaktadır. Örgüte ait hedef, değer ve amaçların iş görenler tarafından kendi hedef, değer ve amaçları ile bütünleştirildiği bağlılık ise içselleştirme bağlılığı olarak adlandırılmaktadır.

Kanter'in sınıflandırması

Örgütü, üyelerin oluşturduğu sosyal bir sistem olarak gören Kanter (1968) iş görenlerin çalıştıkları örgüte karşı gücünü ve sadakatini gönüllü olarak ortaya koyma ve kişisel özellikleri ile ihtiyaç ve arzularını tatmin edecek sosyal ilişkileri özdeşleştirme halini örgütsel bağlılık kavramı ile açıklamaktadır (Budak 2009). Kanter, örgütsel bağlılığı hem sosyal açıdan hem de kişilik özellikleri açısından devama yönelik bağlılık, kontrol bağlılığı ve kenetlenme bağlılığı olacak şekilde üç 13 başlık altında incelemiştir. Söz konusu incelemenin kaynağını ise örgütün, iş görenlerden uygulamasını beklediği davranışsal talepler oluşturmaktadır.

Etzioni'nin sınıflandırması

Etzioni örgüt üyelerinin örgüte karşı gösterdiği bağlılık türlerini; ahlaki bağlılık, yabancılaştırıcı bağlılık ve hesapçı bağlılık olmak üzere üç kategoriye ayırarak açıklamıştır (Doğan ve Kılıç, 2007). Ona göre ahlaki bağlılık, örgütsel hedef, amaç ve değerlerin örgüt üyelerince benimsenmesi olarak ifade edilebilecektir. Hesapçı bağlılık ise örgütün üyeleri ile karşılıklı bir alışveriş ilişkisi çerçevesinde hareket ettiği anlamına gelmektedir. Aslen örgüte yabancı kalan, psikolojik bir bağlılık hissetmeyen iş görenin buna rağmen örgüt üyesi olarak kalmaya devam etmesi ise yabancılaştırıcı bağlılık olarak göze çarpmaktadır.

Penley ve Gould'in sınıflandırması

Penley ve Gould, Etzioni'den etkilenmiş ve onun örgütsel bağlılığa ilişkin ayrımını temel almıştır. Bu doğrultuda Penley ve Gould da örgütsel bağlılığı üç kategoride açıklamaya çalışmıştır: ahlaki bağlılık, yabancılaştırıcı bağlılık ve çıkarıcı bağlılık (Budak, 2009). Penley ve Gould'un ahlaki bağlılık tanımı, Etzioni'nin tanımına paralellik göstererek örgüt üyelerinin, örgütün hedef ve amaçlarını kendileri ile bütünleşmesi şeklindedir. Hesaplılığına yakın olan çıkarıcı bağlılıkta çalışanların ödül, ikramiye ve çeşitli teşviklere yönelik iş gördükleri, alışveriş esasına dayalı bir örgütsel bağlılık ifade edilmektedir. Çalışanların, örgüt üzerinde kontrol veya hakimiyet sağlamasının mümkün olmadığı ya da yeni iş fırsatlarının bulunmadığına dair algıya sahip oldukları bağlılık türü ise yabancılaştırıcı bağlılık kavramı ile açıklanmıştır (Cengiz, 2001; Budak, 2009).

Kahn ve Katz'in sınıflandırması

Bireylerin iç ve dış ödüller vasıtasıyla görevlerini ifa ettiklerini ifade eden Kahn ve Katz, iç ödülleri anlatmaya dayalı olarak isimlendirirken dışödülleri araçsal olarak ifade etmektedir. İçsel ve dışsal ödüllerin farklı yanının kaynağı olarak iş görenin örgüte duyduğu sadakat gösterilmektedir (Bayram, 2005; Karayazı, 2020).

Mowday'in sınıflandırması

Örgütsel bağlılığı tutumsal bağlılık ve davranışsal bağlılık olarak iki başlık altında inceleyen Mowday'in ayrımı kavramın tür sayısı bakımından diğer 14 sınıflandırmalardan farklılık arz etmektedir (Bayram, 2005). Çalışanların kendilerini örgütün hedef ve amaçları ile bütünleştirdikleri bağlılık tutumsal bağlılık adını almaktadır. Davranışsal bağlılık ise çalışanların fiili olarak gösterdikleri faaliyetlere olan bağlılıklarını ifade etmektedir. Tutumsal ve davranışsal bağlılığın birbiri ile olan ilişkisi, alanyazında birçok araştırma sonucu ile ortaya konulmuştur.

Wiener'in sınıflandırması

Örgütsel bağlılığı iki başlık altında inceleyen Wiener'a göre örgütsel bağlılık, araçsal ve örgütsel olmak üzere iki kategoriden oluşmaktadır. Araçsal bağlılık ilgi ve menfaat odaklı olup iş görenin bizzat kendisinden kaynaklanır ve bu nedenle içsel güdülerin etkisi altındadır. Değerlere dönük olan örgütsel bağlılık ise örgüt kaynaklı bir bağlılık türü olup dışsal güdülerin etkisi sonucu görülmektedir.

Balcı'nın sınıflandırması

O'Reilly ve Chatman'ın örgütsel bağlılık ayırımına benzerliği ile dikkat çeken Balcı'nın sınıflandırmasında örgütsel bağlılık üç boyut altında açıklanmaktadır: uyum, özdeşleştirme ve içselleştirme bağlılığı. Örgütsel bağlılığın ilk aşaması denilebilecek uyum bağlılığı, yüzeyseldir ve ödül-ceza esasına dayanmaktadır. Özdeşleşme bağlılığı olarak adlandırılan ikinci aşamada, çalışanların örgüte ve örgütün diğer üyelerine yakınlık hissettiği göze çarpmaktadır. Üçüncü aşamayı ifade eden içselleştirme bağlılığında, çalışanların kişisel değerlerini örgütün değerleri ile özdeşleştirdiği görülmektedir.

2.2.6. Örgütsel Bağlılığın Göstergeleri

Örgütsel bağlılık kavramının tanımlanması ve izlenmesi açısından çeşitli göstergeler vardır. Kurumsal taahhütler öznedir ve yere, zamana ve kişiye göre değişir. Bir kişinin bir kuruma olan bağlılığını gösteren birçok faktör vardır (Acar, 2019). Bu bölüm örgütsel bağlılık göstergelerini sunar; örgütsel hedeflerin kabulü, çalışanların fedakârlık duygusu, çalışanların örgütte kalma isteği ve örgütsel değerlerin çalışanlar tarafından içselleştirilmesi açısından ele alınacaktır.

Organizasyonel hedeflerin onaylanması

Hedefler, belirli bir süre içinde ulaşılması beklenen soyut veya somut sonuçlardır (Öztürk, 2013). Örgütsel bir taahhüdün gerçekleşebilmesi için her şeyden önce örgütün ve bireyin hedeflerinin birbiriyle örtüşmesi gerekir. O'Reilly ve Chatman (1986), örgütsel bağlılığın, bireylerin örgütsel hedefleri kabul etmelerini ve bu hedeflere ulaşmak için çaba göstermelerini sağladığını öne sürmüşlerdir (O'Reilly ve Chatman 1986;Aka 2017). Örgütün amaçlarına inanmak ve kabul etmek, örgütsel bağlılığın ön koşulu olarak kabul edilir. Bu amaca ulaşmada bireyin istekleri ile örgütün sağladıkları arasındaki uyum önemlidir (Acar, 2019).

Örgütsel hedeflerin örgüt üyeleri tarafından kabul edilmesini sağlamak; güven verici, kabul edilebilir, uygulanabilir olmalı ve bu hedeflere ulaşmak için çalışacak kişilerin rolleri açık ve anlaşılır olmalıdır (Özgörü, 2019).

Çalışanların fedakârlık anlayışı

Bir örgütün hedeflerine ulaşabilmesi, sürekliliğini ve ilerlemesini sağlayabilmesi için örgüt üyelerinin çok çaba sarf etmesi gerekmektedir (Özgörü 2019). Çalışanların, örgütün

amaçlarına ulaşmak için herhangi bir maddi kazanç elde etmeden fedakarlık yapması, çalışanın örgütle özdeşleşmesinin ve örgütsel bağlılığının bir göstergesidir (Acar 2019). Örgütsel taahhütler sayesinde, birey örgütün bir parçası olduğunu hisseder. Hal böyle olunca emek ve gayrette karşılıksız üstünlük göstermektedir (Aka, 2017).

Örgüt ve birey arasında karşılıklı yarar sağlayan bir ilişki vardır. Bir kuruluş, üyelerinin sorunlarını çözer, onlara destek olur ve ihtiyaçlarını karşılırsa, örgüt üyeleri olumlu duygular yaşayacaktır. Bu onların kuruma olan bağlılıklarını artıracaktır. Örgüte bağlılığı yüksek olan üyeler, örgüt uğruna fedakârlık yapmaktan kaçınmayacaklardır (Öztürk 2013). Bunun en bilinen örneği, Japonya'nın II. Dünya Savaşı'ndan sonraki kısa sürede elde ettiği ekonomik başarıdır. Japonların anavatanlarına ve çalıştıkları kuruluşlara olan yüksek sadakatleri nedeniyle fedakârlık yaptılar. Böylece örgüt ve dolayısıyla ülke büyük bir başarı göstermiştir (Acar, 2019).

Çalışanların kurumda kalma isteği

Bir çalışanın kuruma karşı olumlu duyguları nedeniyle örgüte bağlılığının bir sonucu olarak örgütte kalma isteğidir (Yıldız 2019). Bir kuruluş çalışanlarına değer veriyorsa, endişelerini algılıyor ve destekliyorsa, bağlılığını artırır. Örgütsel bağlılık arttığında örgüt içinde kalmak ve örgüt için çaba göstermek isteyeceklerdir (Özgörü 2019). Bu gibi durumlarda, yeni boş pozisyonların veya iş tekliflerinin mevcudiyeti bireyi etkilemez. Birey örgütte kalmayı tercih etmektedir (Bayram, 2019; Altay, 2019).

Örgütsel değerlerin çalışanlar tarafından içselleştirilmesi

Bu, kuruluşun ve çalışanın hedef ve değerlerinin birbiriyle uyumlu olması anlamına gelir. Bireyin, kuruluşun değerlerini ve yargılarını onaylaması ve kabul etmesidir. Böyle bir durum hemen değil, uzun vadede ortaya çıkar (Özgörü, 2019). Çalışanların değerleri ile örgütün değerlerini karşılaştırdığında, uyum açısından örgütten memnundur. Bu nedenle çalışan kurumdan ayrılmak istemez ve kuruma olan bağlılığı artar. Bunun sonucunda da içselleşme gerçekleşir (Bayram, 2019).

İçselleştirmenin bir sonucu olarak çalışanlar, davranışlarını kurumun değerleri doğrultusunda yönlendirir. Bir yöneticinin davranışı, kuruluşun değerlerini içselleştirmede önemli bir rol oynar. Bir yöneticinin örgütün değerleri doğrultusunda davranışlar sergilemesi, çalışanın örgütün değerlerini içselleştirmesini sağlar. Bu, çalışan performansını,

memnuniyetini ve organizasyonel bağlılığı artıracaktır. Örgüte bağlılığı artırmak, örgütle özdeşleşmenize ve örgütsel değerleri içselleştirmenize olanak tanır (Aka, 2017).

2.2.7. Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Faktörler

Örgütsel açıdan bağlılık tek bir nedene bağlanabilecek kadar basit bir olgu olmadığı için örgüt içerisinde ve örgüt dışında birçok faktörden etkilenmektedir. Mowday ve ark. (1982), bu faktörleri örgüt içi yapı ile ilişkili faktörler, örgüt içi yapılan iş ve çalışan rolleri ile ilişkili faktörler, çalışanın tüm hayatı boyunca iş serüvenlerine ilişkin deneyimsel faktörler ve çalışanın bireysel özellikleri ile ilişkili faktörler olmak üzere 4 temel başlıkta incelemiştir. Balay (2000)'da örgütsel bağlılık faktörlerini çalışanın bireysel, sosyo-demografik özelliklerine ilişkin faktörler, örgüt içi ve çalışanın görevinden kaynaklı faktörler, mevcut durum nedeni ile oluşan faktörler ve çeşitli diğer faktörler olmak üzere benzer şekilde incelemiştir.

Örgütsel bağlılık; zamanla çalışanların örgüt içindeki verimliliğini ve işlerinden ayrılma nedenlerini açıklaması sebebi ile incelenen ve dikkate alınan bir konu haline gelmiştir. Bu bağlamda örgütsel bağlılığı etkileyen faktörler her ne kadar farklı araştırmacılar tarafından araştırılsa da (Balay,2000; Mowday ve ark.,1982), temelde benzer başlıklar altında gruplandırılmıştır. Bu çalışmada (Tablo 1.); örgütsel faktörler, çevresel faktörler ve bireysel faktörler olarak üç ana başlıkta incelenmektedir.

Tablo2. Örgütsel Bağlılığı Etkileyen Faktörler

Bireye Yönelik Faktörler	Örgütün İç Yapısından Kaynaklı Faktörler	Örgüt Dışı Faktörler
*Bireyin Sosyo- Demografik Özelliklerine İlişkin Faktörler (Yaş, Cinsiyet, Meslekteki Toplam Çalışma Süresi, Öğrenim Düzeyi Medeni Durumu)	*Örgütteki İşin Yapısı Ne Niteliği *Örgüt İçi Adalet *Örgüt İçi Grup Çalışmaları *Yönetici Liderin Çalışana Karşı Sergilediği Tutum Ve Davranış	*Çevrede Aynı Veya Farklı Sektörlerdeki İş Fırsatları *Çalışanın Deneyim Süresi *Profesyonelleşme Düzeyi
*Çalışan Ve Örgüt Arasında Oluşan Psikolojik Sözleşmeler,	*Örgüt İklimi Ve Örgütsel Kültür	

Beklentileri	*Örgütün Ücret Politikası, Ödül Sistemleri *Örgüt İçi Denetim Mekanizmalarının Yapısı *Örgüt İçi Rol Ve Görev Belirsizliklerinden Kaynaklı Çalışan Örgüt Çatışması.
--------------	---

Kaynak: (İnce ve Gül, 2005)

Bireysel faktörler; işgörenlerin demografik ve sosyo-kültürel özellikleri, çalıştıkları işten ve kurumdan beklentileri, kurumları ile olan psikolojik bağları gibi faktörlerdir. Örgüt içi faktörler; liderin tutumu, yöneticinin davranışları, işgörenin çalıştığı işin gerektirdiği nitelikler ve önem düzeyi, ücret, denetim mekanizması, örgüt içi adaletin olup olmayışı, örgüt kültürü, örgüt tarafından gerçekleştirilen ödüllendirme faaliyetleri, işgörenler arası yardımlaşma faaliyetleri ve takım çalışması, yetki ve sorumlulukların netliği, örgüt içi çatışma gibi faktörlerdir. Örgüt dışı faktörler ise; çevrede oluşan yeni iş olanakları, profesyonelleşme düzeyi ile örgüte dışarıdan etki eden diğer tüm etmenlerdir (İnce ve Gül, 2005).

Bireysel faktörler

Bireysel faktörlerden yaş ile örgütsel bağlılık arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişkiden söz edilmektedir. Çalışanların yaşı arttıkça çalıştıkları örgüte olan bağlılıkları da benzer olarak artmaktadır. Bu durumun temel sebebi olarak yaş ilerledikçe alternatif iş bulma umutları ve yeni eğitim alma isteklerinin azalması gösterilmektedir. Bu azalış sonucu da mevcut örgüt kültürüne bağlılık artarak devam etmektedir (Çakı, 2017).

Medeni duruma göre örgütsel bağlılık incelendiğinde, evlilerin bekârlara göre çalıştıkları örgüte olan bağlılık puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun temel nedeni, evli olan bireylerin sahip olduğu ekonomik ve ailesel sorumluluklarının olduğu öne sürülmektedir (Kılıçarslan, 2010).

Çalışanların eğitim düzeyleri işe bakış açısını ve işten beklentilerini etkileyen önemli bir değişkendir. Bu bağlamda eğitim düzeyleri daha yüksek olan çalışanların örgütsel bağlılık düzeyleri yüksek bulunmaktadır. Eğitimle birlikte oluşan uzmanlaşma düzeyi ve

kıdem artışı çalışanın örgütün amaçları ile özdeşleşmesine ve bağlılığının artmasına neden olabilir (Çakı, 2017).

Çalışma süresi ile örgüte olan bağlılık ilişkisi incelendiğinde, özellikle Becker'in yaklaşımının da bir sonucu olarak uzun süre aynı örgüt için çalışan bireylerin örgüte yönelik gerçekleştirdiği bireysel yatırımların maliyetinin yüksek olması ile örgüte olan bağlılığını artırdığı belirtilmektedir (Cengiz,2001).

Çalışan ve örgüt arasında oluşan psikolojik sözleşmeler ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki incelenmektedir. Psikolojik sözleşmeler, kurum ile iş gören arasında olan, üstü kapalı, sözel olarak ifade edilemeyen, iki tarafın iş ilişkisi çerçevesinde birbirleri ile paylaştıkları psikolojik dayanışmayı temsil eden anlaşmalardır (Mimaroglu, 2008). Dayanışmanın artması beraberinde örgütsel bağlılığın artmasını sağlayabilir.

Örgütsel faktörler

Örgütsel bağlılığı etkileyen örgütsel faktörleri ise, işin niteliği ve önemi, rol belirsizliği ve rol çatışması, örgüt kültürü, ücret, ödüller ve örgütsel adalet biçiminde sınıflandırılabilir.

İşin önemi, örgüt içinde ya da özel yaşamda işin birey üzerinde meydana getirdiği etkiler olarak tanımlanabilir. İşe yönelik motivasyon düzeyi, işin zorluk düzeyi gibi faktörler örgütsel bağlılığı doğrusal bir şekilde etkilemektedir. Örnek olarak yetki ve sorumluluk devrinin işin algılanan önemini artıracığı, böylece örgüte olan bağlılığın artacağı öngörülmektedir (İnce ve Gül, 2005).

Rol çatışması, çalışana verilen görevler ile çalışanın kendisine yüklenen görev ve sorumluluklardan beklentilerinin uyuşmamasıdır. Rol belirsizliği ise; işverenlerin çalışanların görev yetki ve sorumluluklarını tam olarak netleştirmemesidir. Bu iki kavramın örgüt içinde yüksek düzeyde olması, çalışanların örgüte olan bağlılığını azaltmaktadır (Kılıçarslan, 2010).

Örgüt kültürü ortak amaç ve çıkarların, çalışanlar arasında inanç, değer, tutum ve davranışların paylaşılması olarak tanımlanabilir. Bu bağlamda incelendiğinde örgüt kültürü tam anlamıyla oturmuş bir işletmede örgüt bağlılığı da yüksek düzeyde olacaktır (Eren, 2007).

Ücret, işe bağlılığı etkileyen en önemli unsurlardan birisidir. Çalışanlar hedeflerini gerçekleştirmek için yaptıkları iş karşılığında bir ücret beklentisine girmekte ve bu ücret kişileri tatmin etmez ise bağlılık azalmaktadır. Bu duruma ek olarak örgüt içindeki ücret dağılımında sağlanan adalet de bağlılığı doğrudan etkilemektedir. Çalışanlar buldukları örgütte uygulanan ücret politikalarını ne kadar adil olarak algılayarsa, o düzeyde örgüte bağlı olacaklardır (Demirgil, 2008).

Örgütsel adalet, örgüt içerisindeki görev, sorumluluk, yetki devri, ücret politikası, görevde yükselme sistemleri gibi birçok işlemin her çalışana eşit şartlarda ve eşit fırsatlar verilerek gerçekleştirilmesini ifade eden kavramdır. Çalışanlar örgütlerinde tüm süreçlerde adil olunmasını beklemekte, verilen emeklerin karşılığını adil olarak almak istemektedir. Örgütsel adaletin yeterince sağlanamadığı durumlarda çalışanlar örgütte çalışma hevesini yitirmekte ve buldukları örgüte yönelik olan bağlılıkları giderek azalmaktadır (Tekçam,2015).

Örgütsel ödüller, örgütün çalışana sağladığı, statü, tanınma, kariyer, takdir edilme, ücret artışı, sosyal yaşama yönelik destekleyici politikalar gibi daha içsel ödüllendirmeleri kapsamaktadır. Bu nedenle örgütlerde ödüllendirme sistemlerinin fazlalığı çalışanların örgüte olan bağlılığını artıran önemli bir unsurdur (Yürür, 2005).

Örgüt dışı (çevresel) faktörler

Örgütsel bağlılığı etkileyen örgüt dışı faktörlerden birisi alternatif iş imkânlarıdır. Özellikle gelişmekte olan ya da az gelişmiş ülkelerde işsizlik oranlarının oldukça yüksek olması bu faktörün önemini artırmaktadır. İş olanakları ve alternatif iş yalnızca işgörenlerin bireysel yetenekleri ile alakalı değil aynı zamanda işletmenin içinde olduğu sektöre, ülkenin sosyo-ekonomik durumuna göre de değişim göstermektedir. Çevrede iş imkânlarının yetersizliği zorunlu da olsa çalışanları örgütte bulunmaya mecbur bırakmaktadır. Bu durum, isteyerek ya da istemeyerek örgütsel bağlılığı artırmaktadır (İnce ve Gül,2005).

Son olarak, çalışanın deneyim süresi ve profesyonelleşme düzeyi, çalışanın örgütten çok mesleğine ve yaptığı işe yönelik olan bağlılığını ifade etmektedir. Profesyonelleşme, çalışanların mesleği ile kendisini özdeşirmesi, mesleğinin değerlerini kabullenerek içselleştirmesi ve meslekte geçirdiği sürenin artışı ile daha yetkin bir hale gelmesidir. Deneyim süresi ve profesyonelleşme düzeyi örgütlerde bağlılığı hem olumlu hem de olumsuz biçimde etkileyebilir (Cengiz,2001).

2.2.8. Örgütsel Bağlılık Yaklaşımları

Örgütsel bağlılık, tutumsal bağlılık ve davranışsal bağlılık olmak üzere iki temel yaklaşımda ele alınmıştır. Tutumsal bağlılık, çalışanların örgüte olan duygusal ve bilişsel bağlılıklarını incelerken, davranışsal bağlılık, bireylerin örgütte kalma nedenleriyle ilgilenir. Ayrıca, bazı sınıflandırmalar çoklu bağlılık kavramını da içerir.

Tutumsal Bağlılık Sınıflandırmaları

- Etzioni'nin Sınıflandırması (1975): Bağlılığı, ahlaki, hesaplayıcı ve zorunlu bağlılık olarak üç farklı şekilde ele alır.
- Mowday'ın Sınıflandırması (1979): Örgütsel bağlılığı, çalışanların örgütün amaç ve değerlerine olan inancı ve örgüt içinde kalma isteği ile tanımlar.
- Kanter'in Sınıflandırması (1968): Örgütsel bağlılık, bireylerin örgüt içerisindeki rollerine olan yatırımları üzerinden açıklanır.
- O'Reilly ve Chatman'ın Sınıflandırması (1986): Bağlılığı uyum, özdeşleşme ve içselleştirme süreçleriyle tanımlar.
- Penley ve Gould'un Sınıflandırması (1988): Bağlılık türlerini, normatif, devamlılık ve duygusal bağlılık olarak üçe ayırır.
- Allen ve Meyer'in Sınıflandırması (1990): En yaygın kullanılan sınıflandırmalardan biridir ve duygusal, normatif ve devamlılık bağlılığı olmak üzere üç boyut sunar.

Davranışsal Bağlılık Sınıflandırmaları

- Becker'in Yan Bahis Yaklaşımı (1960): Çalışanların örgüte yaptığı yatırımlar ve örgütten ayrılmanın maliyetine odaklanır.
- Salancik'in Yaklaşımı (1977): Bireylerin davranışlarının, çevresel faktörler ve tutumları üzerindeki etkilerini inceler.

Örgütsel bağlılık literatüründe en yaygın kabul gören yaklaşımlar, Allen ve Meyer'in üç boyutlu modeli ile O'Reilly ve Chatman'ın içselleştirme temelli yaklaşımıdır. Bu modeller, örgütsel bağlılığı hem bireysel hem de örgütsel düzeyde anlamayı kolaylaştırır.

Tutumsal bağlılık yaklaşımları

Örgütsel davranış alanındaki çalışmalar, genellikle tutumsal bağlılık kavramına odaklanmaktadır. Tutumsal bağlılık, bireyin örgütün amaç ve değerlerini benimsemesi ve bunları kendi kişisel amaç ve değerleriyle bağdaştırması sürecini ifade eder. Bu süreçte birey, örgüte duygusal bir bağ geliştirir ve bu bağ, örgüte karşı bir aidiyet hissi yaratır.

Tutumsal Bağlılığın Unsurları

- **Amaç ve Değerlerin Özdeşleşmesi:** Çalışanın, örgütün misyonu, vizyonu ve değerleriyle kendi inanç ve değerleri arasında bir uyum hissetmesi.
- **Duygusal Bağlılık:** Örgütle kurulan bağın rasyonel bir temelden öte, duygusal bir ilişki boyutunda gelişmesi.
- **Kalma İsteği:** Bireyin, örgütte kalma motivasyonunun yalnızca maddi faydalardan değil, örgüte duyduğu bağlılık ve aidiyet hissinden kaynaklanması.

Tutumsal bağlılık, örgütün hedeflerine katkıda bulunma, iş tatmini, düşük işten ayrılma oranı ve artan iş performansı gibi olumlu sonuçlara yol açar. Bu nedenle, örgütsel bağlılık kavramı yönetim ve organizasyon literatüründe önemli bir yere sahiptir (Gül 2002).

a) Etzioni'nin (1975) örgütsel bağlılık modeline göre, çalışanların örgütlerine olan bağlılıkları üç farklı kategoride değerlendirilebilir:

- **Ahlaki (Moral) Bağlılık:** Çalışan, örgütün amaçlarını ve değerlerini içselleştirmiştir. Örgüt içindeki konumundan tatmin duymakta ve kendi amaçlarını örgüt hedefleriyle uyumlu hale getirmiştir. Bu bağlılık türü pozitif bir bağlılık örneği olarak kabul edilir.
- **Hesapçı Bağlılık:** Çalışan, örgüte olan bağlılığını tamamen karşılıklı bir çıkar ilişkisine dayandırır. Örgüte verdiği emeğin karşılığını alacağına inandığı sürece örgüte bağlı kalır. Bu bağlılık nötr bir nitelik taşır, çünkü çalışan tamamen fayda-maliyet analizine odaklanmıştır.
- **Yabancılaştırıcı Bağlılık:** Çalışan, örgüte karşı olumsuz duygular besler ve örgüt içinde baskı altında hisseder. Başka iş alternatifi bulunmadığı için iş

yerinde kalmaya devam eder. Bu bağıllık türü genellikle negatif bir bağıllık türü olarak değerlendirilir ve “çalışanın örgütüne karşı negatif duygular beslemesi” ile tanımlanır.

Bu model, çalışanların örgütle kurdukları ilişkiyi ve bu ilişkinin doğasını anlamada önemli bir çerçeve sunar. (Etzioni, 1961). Hapishaneler veya askeri kamplar gibi davranışların şiddetli olarak kısıtlandığı mekanlarda daha çok yabancılaştırıcı bağıllık görülmektedir.

b) Kanter'in (1968) örgütsel bağıllık modeli, çalışanın örgütle kurduğu ilişkinin üç temel boyutta ele alınmasını ifade eder: Devam bağıllığı, kenetlenme bağıllığı ve kontrol bağıllığı. Bu model, bireyin örgütüne karşı duyduğu bağıllık düzeyini ve bu bağıllık türlerini açıklamaktadır.

- Devam Bağıllığı: Çalışan, ne olursa olsun örgütün sürdürülebilmesi için çaba gösterir ve bağıllığını sürdürür. Bu bağıllık türünde birey, iş güvencesi ve çıkarlar nedeniyle örgütüne bağlı kalma eğilimindedir.
- Kenetlenme Bağıllığı: Bireyin sosyal ilişkileri ve örgütsel ağlarla olan bağlantısı temel alınır. Bu bağıllık türü, bireyin sosyal etkileşimler ve grup içindeki bağlar aracılığıyla örgütüne olan bağıllığını ifade eder. Demirgil (2008) bu durumu, çalışanların sosyal ilişkilerinden vazgeçmesi veya grup dayanışmasını koruma çabasıyla tanımlar.
- Kontrol Bağıllığı: Çalışanın kurallara ve örgütsel normlara bağıllık göstermesi anlamına gelir. Bu bağıllık türünde bireyin etik değerleri, örgütün normları ile uyum içerisinde. Gül (2002) ve Samadov (2006) gibi kaynaklar, bu bağıllık türünde bireyin ahlaki ve etik değerlerinin örgütünkilerle uyumlu olduğunu vurgular.

Kanter'in modeli, bireyin örgütle olan ilişkisinin farklı yönlerini ortaya koyarak, bağıllık türlerinin nedenlerini ve sonuçlarını analiz eder.

c) Mowday ve arkadaşlarının (1979) örgütsel bağıllık tanımı, bireyin örgütle olan özdeşleşmesi ve örgüte katılım gücünü ifade etmektedir.

Geliştirdikleri örgütsel bağlılık anketi, bu alanda önemli bir ölçme aracı haline gelmiştir. Örgütsel bağlılık iki temel boyutta sınıflandırılır:

- Tutumsal Bağlılık: Çalışanın, kendi çıkarlarını örgüt amaçları doğrultusunda şekillendirmesi anlamına gelir. Birey, örgütün değerlerine ve hedeflerine duyduğu güvenle örgütte kalmayı arzular ve bu hedeflere yönelik bağlılık gösterir.
- Davranışsal Bağlılık: Bu bağlılık türünde, çalışan uzun süre aynı örgütte kaldığı için ayrılmanın getireceği zorluklar ve güvensizlik ortamı nedeniyle örgüte bağlı kalma davranışı sergiler. Çalışan, mevcut güvenli ortamı korumak ve olası olumsuz sonuçlardan kaçınmak için örgütle güçlü bir bağ kurar.

Mowday ve arkadaşlarının bu sınıflandırması, bireyin duygusal ve davranışsal bağını ölçmede önemli bir çerçeve sunar.

d) O'Reilly ve Chatman'in (1986) örgütsel bağlılık tanımı, bireyin örgütle olan psikolojik bağını ifade eder. Bu bağlılık üç temel boyutta ele alınmaktadır: uyum, özdeşleşme ve içselleştirme.

- Uyum Boyutu: Çalışan, belirli davranışları ödül kazanmak amacıyla gerçekleştirir. Birey, davranışa gerçekten inanmadan sadece olumlu sonuçları elde etmek için o davranışı sergiler.
- Özdeşleşme Boyutu: Bireyin diğer örgüt üyeleriyle tatmin edici ilişkiler kurma ve devamlılık sağlama amacıyla kabul ettiği bir boyuttur. Bu bağlamda, çalışan, örgütle kendini özdeşleştirir ve sosyal bir uyum oluşturur.
- İçselleştirme Boyutu: Bireyin kendi değer ve yargılarını örgütle tam anlamıyla bütünleştirdiği durumdur. Bu bağlılık boyutunda, bireyin davranışları örgütün çıkarları ve fikirleri ile tam uyum içerisindedir ve kişisel olarak içselleştirilmiştir.

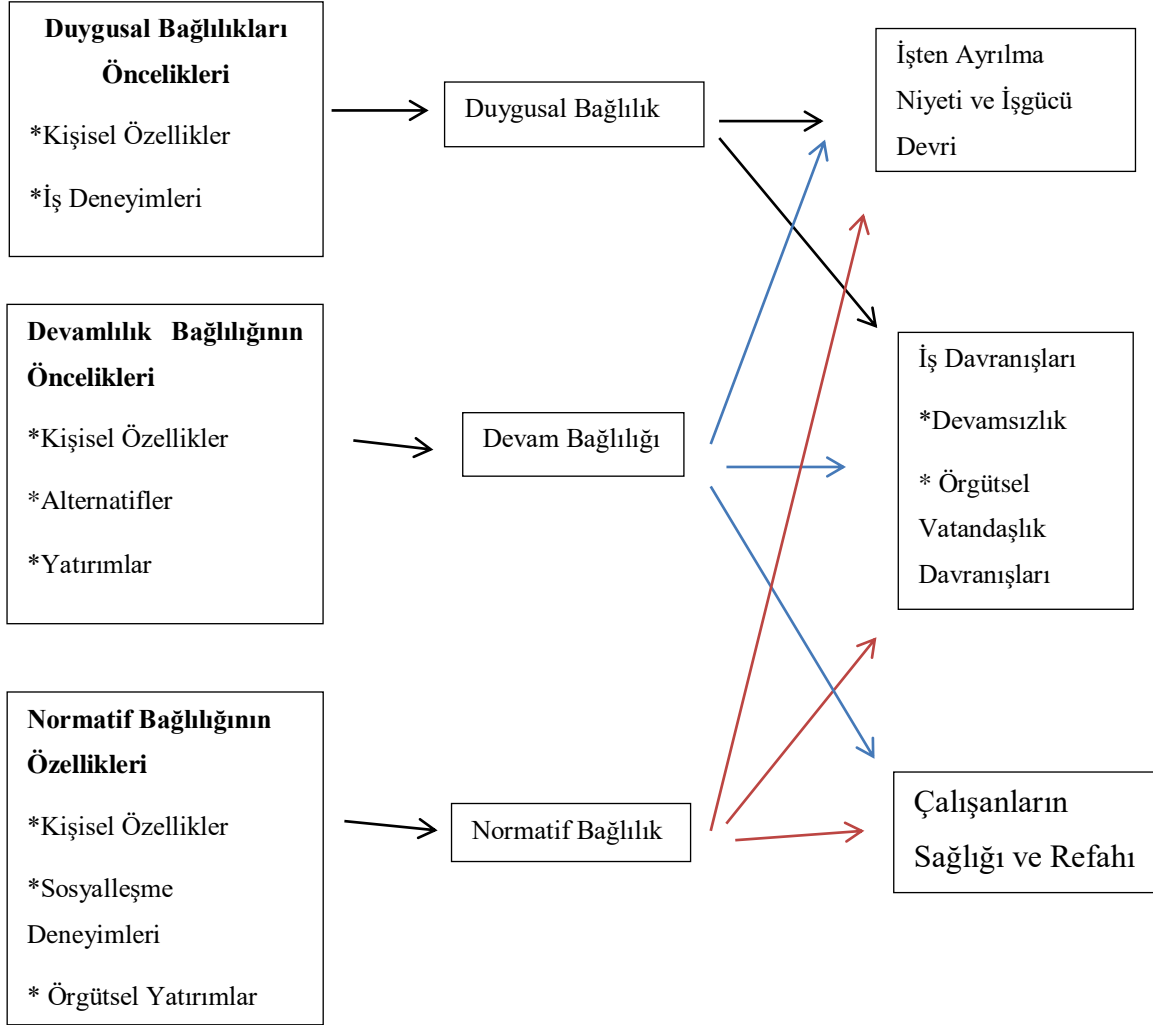
Bu model, bireyin duygusal ve davranışsal bağının farklı yönlerini açıklayarak örgütsel bağlılığın çeşitliliğini ortaya koyar.

e) Penley ve Gould (1988), Etzioni'nin sınıflandırmasından yola çıkarak örgütsel bağlılığı üç temel türe ayırmışlardır: Ahlaki bağlılık, çıkarıcı bağlılık ve yabancılaştırıcı bağlılık.

- Ahlaki Bağlılık: alışan, örgüt değerlerini içselleştirir ve kendi değerleriyle örtüştürerek örgütle güçlü bir bağ kurar. Bu bağlılık, bireyin örgütün amaçlarına gönüllü olarak destek verme isteğiyle ilişkilidir.
- ıkarcı Bağlılık: alışan, örgüte verdiği emeklerin karşılığını almayı beklediği bir bağlılık türüdür. Bu bağlılık, bireyin çıkar ilişkisine dayalıdır ve örgütte kalma kararı genellikle kişisel fayda odaklıdır.
- Yabancılaştırıcı Bağlılık: alışan, örgüte karşı olumsuz duygular besler ve genellikle iş koşulları nedeniyle örgütte kalır. Bu bağlılık türünde, birey farklı bir alternatif bulunmadığı için örgüte bağlı kalır, ancak bu durum olumsuz duygulara ve baskıya dayanır.
- Bu sınıflandırma, örgütsel bağlılık türlerinin farklı motivasyon ve duygusal durumlarını anlamada önemli bir çerçeve sunar.

f) Allen ve Meyer'e (1990) göre örgütsel bağlılığın üç farklı bileşeni vardır. Bunlar; duygusal bağlılık, devam bağımlılığı ve normatif bağlılıktır.

Şekil 2. Allen ve Meyer'in Örgütsel Bağlılık Sınıflandırmasının Boyutları



Kaynak: (Meyer ve ark., 2002)

- Duygusal bağlılık, literatürde tutumsal bağlılık olarak da ifade edilir ve bireyin örgütüne duyduğu duygusal bağlılık ile örgütte kendi isteğiyle kalma isteğini belirtir. Bu bağlılık türü, çalışanların örgütle güçlü duygusal bağlar kurdukları ve örgüte kendi iradeleriyle bağlı olduklarını gösterir. Çalışanlar, örgütle özdeşleşme duygusunu hissettiklerinde, örgütün değerlerini benimser, hedeflerine katkıda bulunur ve uzun vadeli bir bağlılık geliştirme eğilimi gösterirler. Bu bağlılık, bireyin kişisel ve duygusal olarak örgüte entegre olmasını ifade eder. (Yıldız, 2013). Bu

bağlılık türünün en önemli özelliği çalışanın örgütünde mecburiyetten değil, kendi isteği doğrultusunda kalmasıdır.

- Devam bağlılığı, bireyin örgütten ayrıldığında karşılaşacağı olumsuz sonuçlar nedeniyle örgütte kalma isteğini ifade eder. Meyer ve Allen'in (1990) modelinde bu bağlılık türü, çalışanların başka bir iş seçeneği bulunmaması veya örgütten ayrılmanın ciddi maliyetler getireceği endişesiyle örgütte kalmayı tercih etmesi olarak tanımlanır. Bu bağlılık türünde, birey örgütten ayrılmayı istemesine rağmen ekonomik, sosyal veya duygusal maliyetler nedeniyle bu kararı almakta tereddüt eder. Çalışan, örgütten çıkarsa ortaya çıkacak maddi kayıplar, kariyer kaybı veya sosyal izolasyon gibi olumsuz sonuçlardan endişe duyar ve bu nedenle örgütte kalmayı tercih eder. (Yıldız, 2013).

Devam bağlılığı, işgörenin yaptığı yatırımlarla doğrudan ilişkilidir. Meyer ve Allen'in (1990) modeli doğrultusunda, birey örgüt içinde yaptığı yatırımlar kıdem, eğitim, deneyim, kariyer fırsatları gibi arttıkça, bu yatırımların kaybı durumunda karşılaşacağı olumsuz sonuçlar nedeniyle örgütüne olan bağlılık da artar. Birey, yaptığı bu yatırımların değerini korumak amacıyla örgütte kalmayı tercih eder. Örneğin, uzun süredir çalışılan bir örgüt, edinilen uzmanlık, sosyal bağlar veya kariyer yükselme fırsatları gibi unsurlar bu bağlılık türünü güçlendiren faktörlerdir. Dolayısıyla, yüksek yatırımlar, örgütten ayrılmanın maliyetini artırarak devam bağlılığını artırır. (Gül,2002; Doğan ve Kılıç, 2007).

- Normatif bağlılık, literatürde zorunlu veya kuralcı bağlılık olarak da adlandırılır ve bireyin örgüte karşı hissettiği sorumluluk ve yükümlülükle ilişkilendirilmiştir. Meyer ve Allen'in (1990) modeline göre, bu bağlılık türü, çalışanların örgütle duyduğu etik veya ahlaki sorumluluk ile ortaya çıkar. Normatif bağlılıkta, birey örgüte minnettarlık duygusu taşır ve örgütün sağladığı kaynaklara karşı bir borç duygusu hisseder. Örneğin, örgüt bir çalışanına burs, eğitim veya diğer önemli mali destek sağladığında, bu destek karşılığında çalışan, örgütte kalma konusunda bir sorumluluk hissedebilir. Çalışan, bu borcun karşılığını ödeyene kadar örgütte kalmayı etik ve ahlaki bir yükümlülük olarak kabul eder. Bu bağlılık türü, işgörenin örgüt ile duygusal veya çıkar odaklı kazanç yerine etik değerlerle ilişkilendirdiği bağlılığı ifade eder. (Yıldız,2013).

Davranışsal bağlılık yaklaşımları

Davranışsal bağlılık, sosyo-psikolojik bir yaklaşımdır ve tutumsal bağlılığa karşılık olarak geliştirilmiştir. Bu bağlılık türü, örgütsel bağlılığı bireyin davranışları ve tutumlarını ayırarak açıklamaya çalışır. Davranışsal bağlılıkta, çalışanlar örgütün kendisine duyulan duygusal bağlılıktan çok, örgütün belirli davranışlarına bağlanırlar. Yani, birey, örgüt içindeki görevlerini yerine getirirken gösterdiği davranışlar ve performans üzerinden bağlılık kurar. Bu bağlamda, davranışsal bağlılık, işgörenin, örgütteki rollerini yerine getirirken gösterdiği sorumluluk ve iş disiplinine dayanır. Örgütün değerlerine ve normlarına uyum sağlama, görevlerini yerine getirme ve bu yönde sürekli bir performans gösterme durumu, davranışsal bağlılık kavramını oluşturur (Doğan ve Kılıç,2007).

Çalışan, işini bırakmamak için memnuniyetsiz olduğu durumları göz ardı ederek örgütte kalmaya devam eder. Bu durumda, birey çeşitli sebepler bularak örgütle olan bağıni sürdürür. Örgütteki varlığını devam ettirmek için, bazı davranışlar sergiler ve bu davranışlarını sürdürme çabasına girer. Bu davranışların sürekliliği, bireyin tutumlarını şekillendirir. Zamanla bu tutumlar, davranışları pekiştirir ve tekrar etme oranını artırır. Yani, bireyin örgüte karşı olan bağlılığı, sergilenen davranışlarla pekişir ve bu davranışlar, örgütle olan ilişkiyi daha güçlü hale getirir. Sonuç olarak, çalışan memnuniyetsizliklerine rağmen örgüt içindeki davranışlarını sürdürerek bağlılıklarını devam ettirir. (Karayiğit, 2008).

- g) Becker (1960), bireylerin örgütlerde "**yan bahis**" olarak adlandırdığı yatırım ve maliyetler üzerinden tutarlı davranışlar geliştirdiğini ifade eder. Birey, yaptığı bu yatırımlar zaman, çaba, sosyal bağlar veya eğitim gibi örgüt içerisindeki tutum ve davranışını sürdürmediğinde ortaya çıkacak olumsuz sonuçları değerlendirir ve bu nedenle tutarlı davranış çizgisini devam ettirme eğilimindedir. Yan bahisler, bireyin örgüte yaptığı yatırımlar ne kadar değerliyse, örgüte olan bağlılığı da o kadar artar. Bu yatırımların değeri arttıkça, birey bu yatırımın kaybını önlemek için daha yüksek bir bağlılık gösterir ve örgüt içindeki davranışlarını sürdürebilmek adına çaba harcar. Dolayısıyla, yan bahisler ne kadar büyükse, örgüte olan bağlılık da o kadar güçlü olur.

Becker (1960), bireylerin örgütlerdeki yan bahis kaynaklarını dört kategoriye ayırmıştır:

1. Toplumsal beklentiler: Bireylerin örgütsel bağlılıklarını artırmada önemli bir etkidir. Birey, içinde bulunduğu toplumun sosyal ve manevi yaptırımları nedeniyle davranışlarını sınırlamak zorunda kalır ve bu sebeple çeşitli yan bahislere girmektedir. Örneğin, sık sık iş değiştiren kişilere toplumsal olarak güvenilmemesi, toplumsal beklentiler doğrultusunda bireyleri daha az iş değiştirme veya daha uzun süre aynı örgütte kalma konusunda teşvik eder. Bu, bireylerin örgüt içindeki davranışlarını ve bağlılıklarını sürdürmelerini sağlar. Toplumsal normlar ve beklentiler, bireylerin örgütsel bağlarını pekiştiren önemli bir yan bahis kaynağıdır.
2. Bürokratik düzenlemeler: Bürokratik düzenlemeler, örgütlerin uzun vadeli çalışmayı teşvik eden ve ödüllendiren kuralları ve politikalarıdır. Powell ve Meyer'in (2004) bu yaklaşımına göre, kıdem tazminatı, emekli aylığı sistemi, ikramiyeler, sosyal yardım ve diğer faydalar bu düzenlemelere örnek olarak gösterilebilir. Birey, bu tür düzenlemelerden yararlanma şansını kaybetmemek adına örgüt içinde kalma yönünde bir yan bahse girer. Örgütten ayrılmak istediğinde bu avantaj ve haklardan faydalanamayacağı düşüncesi, bireyi uzun vadeli bağlılık göstermeye zorlar. Bu nedenle, bireyin bağlılığı, sunulan bu avantajların korunmasına dayalı olarak şekillenir.
3. Sosyal etkileşimler: Birey, örgüt içinde diğer çalışanlarla etkileşim halindeyken, bu ilişkiler doğrultusunda insanlar üzerinde bazı kanaatlar oluşturur. Bu kanaatlerin devam ettirilmesi için, birey belirli davranış formlarını sergilemek durumundadır. Örneğin, bir kişinin dürüstlüğü ile ilgili olumlu bir kanaat oluşmuşsa, bu bireyin dürüst davranması gerekmektedir. Bu tür bir bağlılık, kişinin dürüst davranışlarına karşı bir normatif bağlılık oluşturur. Yani, birey, sosyal kabul görmek ve olumlu kanaatleri sürdürmek adına dürüst ve ahlaki değerlere uygun bir şekilde davranır. Bu da bireyin örgüt içerisindeki davranışlarını belirli bir etik çerçevede tutmasına neden olur. (Karayiğit2008).
4. Sosyal roller: Birey, ait olduğu sosyal yapıyı özümseyip uyum sağladığında, bu sosyal rolü içselleştirmiştir. Bu içselleştirme süreci o kadar güçlüdür ki, birey farklı bir sosyal role uyum sağlamakta zorlanabilir. Kişinin sahip olduğu sosyal kimlik ve rol, onun davranışlarını, tutumlarını ve örgüt içindeki ilişkilerini belirler. Bu durum, örgütsel bağlılık açısından önemlidir çünkü bireyin mevcut sosyal rolüyle özdeşleşmesi, farklı bir sosyal role geçiş yapmasını zorlaştırabilir. Birey, bu sosyal

rolü devam ettirmek ve uyum sağlamak için çaba gösterir, çünkü sosyal kimliği ve aidiyeti bu role bağlıdır. Bu nedenle, bireyin örgüte olan bağlılığı, bu içselleştirdiği sosyal rolün etkisiyle pekişir (Gül,2002).

- b) Salancik'e (1977) göre, örgütsel bağlılıkta bireyin davranışları ve tutumları, bağlılığın temel bileşenleridir. Birey, diğer olanaklardan vazgeçerek kendi örgütüne bağlanmayı tercih eder. Bu bağlılık, bireyin örgüt içerisindeki davranışlarındaki uyum ve tutumlar yoluyla şekillenir.

Ancak, her davranışın bağlılık yarattığı anlamına gelmez. Bağlılık için bireyin davranışlarının isteğe bağlı, örgüt içinde fark edilir ve tekrarlanabilir olması gerekmektedir. Salancik'e göre, bağlılık anlamak için önce bireyin davranışının taahhüt edilen şey olduğunu anlamamız gerekir. Çünkü davranış, bireyin kim olduğunu ve gelecekte ne yapmayı niyetlediğini gösterir.

Bu davranışlar, gelecekteki beklentilere yol açar ve bireyin örgütsel bağlılığını şekillendiren önemli bir faktördür. Salancik, taahhütler ve ödüller olmaksızın, tutumların şekillendiğini ve davranışların sürdürüldüğünü belirtir. Bu nedenle, örgütsel bağlılık, bireyin davranışlarının sürekli ve fark edilir olmasıyla pekişir (Salancik, 1977).

Salancik (1977), Becker'ın (1960) aksine, bireyin örgütsel bağlılığını yapılan yatırımlara değil, örgüt ile sağlanan uyuma dayandırır. Becker, örgütsel bağlılığı kişinin yaptığı yan bahisler ve yatırımlar üzerinden şekillendirirken, Salancik, bireyin örgütle sağladığı uyumun ve davranışlarının bağlılığı oluşturduğunu vurgular.

Salancik'e göre, bireyin örgütteki davranışları, isteğe bağlı ve tekrarlayan biçimde olması durumunda, bireyin örgütsel bağlılığı da güçlenir. Bu bağlılık, bireyin örgütle olan uyumu ve sosyal bütünleşmesi ile ilgilidir. Dolayısıyla, bireyin örgüte sağladığı uyum ve çevresel koşullara adapte olması, bağlılığın temel unsuru olarak görülür. (Aslan ve Bakır, 2014)

2.2.9. Örgütsel Bağlılığın Alt Boyutları

Örgütsel bağlılığın çeşitli alt boyutları bulunmaktadır. Çalışmamızda Allen ve Meyer (1990)'in Bağlılık Modeli kullanıldığı için bu bölümde özellikle üzerinde durulacaktır. Alan yazında örgütsel bağlılıkla ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde en yaygın kullanılan sınıflandırmayı Allen ve Meyer (1990) yapmış olup; örgütsel bağlılığı, duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık olarak üç boyutta ele almıştır. Aşağıda başlıklar halinde bu boyutlara yer verilmiştir (Aslan,2008).

Duygusal bağlılık

Duygusal bağlılık, çalışan bireyin duygusal olarak örgütüne bağlanması, özdeşleşmesi ve kendi isteğiyle örgütte kalması durumudur. Örgüt ile çalışan bireyin amaç, değer ve beklentilerinin zaman geçtikçe uyum sağlaması sonucunda örgütüyle özdeşleşme gerçekleşecek ve arkasından örgüte duygusal olarak bağlılık ortaya çıkacaktır (Meyer ve Allen 1991). Duygusal bağlılık, örgüt içerisinde çalışan bireylerin olumlu tutum ve davranışlar göstermesini sağlamaktadır. Bu bağlılığın örgütleri çerçesinde olması örgüt için çok gereklidir. Çalışanları örgüt kültürünü ve örgütteki yapılan işi benimsediğinde, yaptığı işi en etkili ve verimli şekilde ortaya koymaktadır. Duygusal bağlılık beraberinde gönüllük esasını getirmekte işe mecburen veya zorunluluk hissederek değil gönüllü olarak bağlanmayı sağlamaktadır. Böylece bir bağlılık ve örgüt kültürü oluşmaktadır (Aslan, 2008). Çalışan bireylerin örgütsel etkinliklere aktif olarak katılım sağlaması, örgütteki diğer çalışanlarla olumlu ve destekleyici ilişkilerde bulunması ve örgütün bir parçası olarak devam etmeye duygusal olarak istekli olması duygusal bağlılığının önemli göstergelerinden biridir (Başar ve Basım, 2015).

Çalışan bireylerin duygusal bağlılıkları bazı şartlara bağlı olarak gelişmekte ve etkilenmektedir. Allen ve Meyer'e göre çalışan bireylerin duygusal bağlılıkları bakımında ortaya koyduğu hususlar; işin ilgi çekiciliği, rol açıklığı, amaç açıklığı-güçlüğü, önerilere açıklık, çalışan bireyler arasındaki uyum, örgütsel güvenilirlik, eşitlik ve işe katılım olarak sıralanabilmektedir (Allen ve Meyer,1990).

Devam bağlılığı

Devam bağlılığı başka bir ifadeyle rasyonel bağlılık çalışanın örgütten ayrıldığında oluşacak ekonomik kaybı yaşamak istememesinden ortaya çıkmaktadır. Çalışan örgütü için

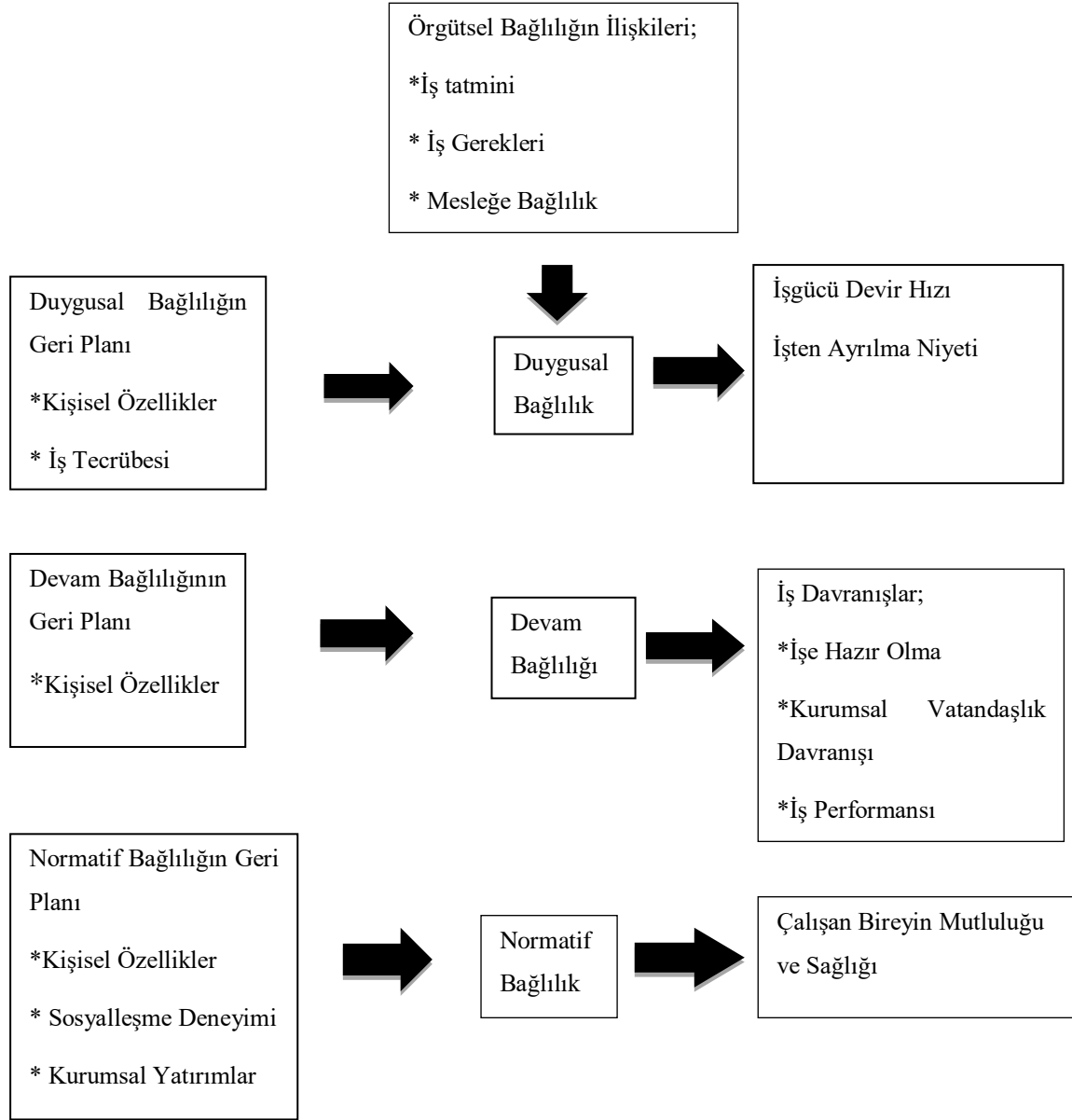
harcadığı zaman ve verdiği emeğinin karşılığını geri alabilmek için kurumda kalmak zorunda olmasını düşünmesi ile oluşan bağlılığı ifade etmektedir (Allen ve Meyer 1990). Çalışan bireylerin örgütten ayrılması sonucunda maliyetlerin artması ve iş bulma alternatiflerinin kısıtlı olması gibi nedenleri göz önünde bulundurarak örgütte kalmayı tercih etmektedirler. Devam bağlılığında çalışan birey örgüte ne kadar yatırım yaparsa, emek verirse sonunda örgütten ayrılmasının o kadar zor olacağı, elde ettiği kazanımları kaybedeceği fikrine dayanmaktadır (Boylu,2007).

Devam bağlılığında çalışan birey bazı nedenlerde dolayı kurumda mecburen ve isteksiz çalışmaya devam etmesi, bireyin yüksek performans ve verimlilik göstermesini olumsuz yönde etkilemesinden dolayı örgütler tarafından devam bağlılığı kabul edilen bir bağlılık türü değildir. Devam bağlılığı gösteren bireyler kurum içerisinde olumsuz tutum ve davranışlar sergilemektedir (Bayram,2005). Allen ve Meyer (1990) yaklaşımına göre devam bağlılığının gelişmesinde etkili olan faktörler; yetenekler, eğitim, rotasyon, bireysel yatırım, emeklilik primleri, toplum ve alternatif seçenekler olarak sıralanabilmektedir. Devam bağlılığında duygusal bağlılıktaki gibi duygular değil maliyet unsurları göz önünde bulundurulmaktadır (Yalçın ve İplik,2005).

Normatif bağlılık

Normatif bağlılık kurallara dayalı baskıyla meydana gelmiş bağlılıktır.Çalışan bireyi örgütün hedeflerine ulaşmasını sağlayacak şekilde davranışlar sergilemesi için yönlendirir. Normatif bağlılıkta birey örgütüne karşı sorumluluk ve yükümlülüğünün olduğunu düşündüğü için kurumda kalmaya mecbur hissetmektedir (Allen ve Meyer, 1990). Normatif bağlılığın diğer örgütsel bağlılık türlerine göre daha az olduğu görülmüştür. Çalışan birey kişisel olarak çıkar sağlamak için değil doğru olduğunu düşündüğü için kurumda kalmakta ve buna yönelik davranış göstermektedir. Birey sadakatin önemini kavramakta ve örgütüne olan bağlılıklarını ahlaki bir zorunluluk, gereklilik olarak görmektedirler. Bu açıdan bakıldığında normatif bağlılık kavramında gönüllülük ve zorunluluğun bir arada olduğu anlaşılmaktadır (Bayram,2005).

Şekil 6: Örgütsel Bağlılığın Boyutları ve Özellikleri



Kaynak:(Öztürk,2019)

Allen ve Meyer (1990) yaklaşımı üç boyutlu bir model olarak geliştirilmiştir. Şekil 6'de görüldüğü gibi solda üç bağlılık türünün geri planındaki etkenlere, sağ tarafında ise üç bağlılığın ortaya çıkardığı sonuçlarına yer verilmiştir. Bu bağlılık boyutlarını ortaya çıkaran etkenler birbirinden farklı olduğu için her birinin etkisi ve ortaya çıkardığı sonucu da farklılık göstermektedir. Bu örgütsel bağlılık modeline göre boyutlarının ortak noktası, çalışan bireyin örgütten ayrılma düşüncesini azaltan bir etkiye sahip olmasıdır ancak bu düşüncenin niteliği bağlılığın boyutlarına göre farklılık göstermektedir. Buna göre duygusal

bağlılıkları güçlü olan bireyler çalıştıkları örgütte kalmaya devam etmektedirler. Aynı şekilde devam bağlılığı güçlü olan bireylerin bazı ihtiyaç duygularından dolayı, normatif bağlılığı güçlü olan bireylerde zorunluluk ve ahlaki olarak öyle olması gerektiği için örgütte kalmaya devam etmektedirler (Allen ve Meyer, 1990). İstenen en yüksek bağlılık düzeyinin öncelikle duygusal bağlılık arkasından normatif bağlılığın ve son olarak devam bağlılığın olması gerektiği ifade edilmiştir. Bunun sebebi Allen ve Meyer'in üç boyutlu modeli içerisinde en yüksek ölçülebilme alanına sahip olan bağlılık boyutunun duygusal bağlılık olmasından dolayıdır (Brown,2003).

2.2.10. Örgütsel Bağlılığın Sonuçları

Örgütsel bağlılığın, bağlılık derecesinin olumlu ya da olumsuz getirileri olabilmektedir. Örgütün misyon ve vizyonun benimsendiği, örgüt kültürünün kabul edildiği örgütlerde yüksek bağlılık düzeyi görülürken, kabul görmediği ve benimsenmediği örgütlerde düşük bağlılık düzeyleri görülmektedir ve örgütün maddi manevi değer kaybetmesine kadar giden sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Balay,2000).

Randall (1987) çalışanların örgütsel bağlılık düzeyleriyle ilgili olarak düşük, ılımlı (orta) ve yüksek bağlılık olmak üzere üç bağlılık düzeyinden söz etmiştir. Bu bağlılık düzeylerinde örgütler açısından olumlu ya da olumsuz sonuçlar yaşanabilmektedir (Randall,1987).

Tablo 3. Örgütsel Bağlılığın Sonuçları

Bireysel		Örgütsel		
Olumlu	Olumsuz	Olumlu	Olumsuz	
Düşük	*Bireysel yaratıcılık, yenilikçilik ve özgünlük,	*Yavaş mesleki gelişme ve ilerleme	*Düşük performanslı çalışanların örgütten ayrılması ile örgüte yeni çalışanların alma ve örgütsel morali yükselterek işgücü devir hızını azaltma,	*Yüksek iş devri, gecikme, devamsızlık, örgütte kalmaya isteksiz, düşük iş kalitesi, örgüte sadakatsizlik, örgüte karşı yasa dışı faaliyetler,
	* İnsan kaynaklarının daha verimli kullanımı	* Dedikodu sonuçlu bireysel maliyetler *Olası ihraç, ayrılma veya örgütsel amaçları bozma	* Örgüt içi dedikoduların örgüt için yararlı olabilecek sonuçları	* Sınırlı rol üstü davranış, rol modeline zarar verme, zarara yol açıcı dedikodu, çalışan üzerinde sınırlı örgütsel kontrol
İlmlı	*İleri düzeyde sahiplenme duygusu, güvenlik, yeterlilik, sadakat ve görev	*Sınırlı mesleki gelişme ve ilerleme fırsatları,	* Kıdemli çalışan sayısında artış,	*Çalışanların daha fazla görev alma ve örgütsel vatandaşlık davranışlarının sınırlanması,
	* Yaratıcı çalışanlar * Bireysel kimliğin örgütten ayrı tutulması	*Bağlılık düzeyinin düşük, ılımlı veya yüksek olup olmadığının kolaylıkla anlaşılabilmesi	* Sınırlı ayrılma isteği, * Sınırlı iş devri * Yüksek iş tatmini	* Çalışanların görevleri dışındaki bireysel beklentileri ile örgütsel beklentileri dengelemesi *Örgütsel etkinliğin azalması
Yüksek	*Çalışanların mesleki gelişim ve yeterliliklerinin artması,	* Bireysel gelişme, yaratıcılık, yenilikçilik ve hareket olanaklarının bastırılması	* Güvenli ve istikrarlı işgücü	* İnsan kaynaklarının verimsiz kullanımı,
	* Olumlu davranışların ödüllendirilmesi, * Çalışanların işlerini tutkuyla yapmalarının sağlanması	* Değişime karşı bürokratik direnç, * Sosyal ve ailevi ilişkilerde gerilim, * Çalışanlar arasındaki dayanışmanın yetersizliği * Görev dışında da çalışanların bir araya gelmesi için sınırlı zaman ve enerji	* Daha yüksek üretim için çalışanların örgütsel beklentileri kabul etmesi, * Görev ve performans açısından çalışanlar arasında rekabetin artması, * Örgütsel amaçların tamamen karşılanması	* Örgütsel esneklik yenilikçilik ve uyum yoksunluğu, * Geçmişteki politika ve süreçlere aşırı güven duyma * Aşırı çaba gösteren çalışanlara karşı diğer çalışanların öfke ve düşmanlık beslemesi, * Örgüt yararına yasadışı ve etik olmayan eylemlere girişme

Kaynak: (Randall,1987)

Düşük örgütsel bağlılık sonuçları

Düşük örgütsel bağlılık, çalışanların çalıştıkları kurum ile arasındaki ilişkinin güçlü olmadığını bir ifadesidir. Dolayısıyla düşük örgütsel bağlılığa sahip çalışanlar istenmeyen çalışanlardır. Çünkü bu çalışanlar, karşılıklarına çıkacak imkanları değerlendirerek örgüt değiştirme yoluna gitmek istemektedirler (Koç,2009).

Düşük örgütsel bağlılıkta çalışanda,kendisini bulunduğu örgüte bağlayan güçlü bağlar yoktur. Bu bağlılıkta çalışanın güçlü tutum ve eğilimleri olmamakla birlikte yaratıcılığı ya da gelişmeye açıklığı ortaya çıkabilir. Düşük örgütsel bağlılığın bir sonucu olarak çalışan yeni iş imkânlarını araştırarak insan kaynaklarının daha etkili kullanılmasını sağlayabilir (Balay,2000). Bu bağlılık türü Allen ve Meyer'in (1990) devam bağlılığına denk gelmektedir.

Düşük örgütsel bağlılık düzeyine sahip çalışanlar bireysel olarak az emek verdikleri gibi grup bağlılığının sağlanmasında da emek vermekten kaçınırlar. Bu nedenle bu çalışanlar örgüt içinde “duygusuz çalışanlar” olarak adlandırılmaktadır. Düşük örgütsel bağlılığın bir sonucu olarak örgüt içerisinde gıybet, şikâyet ve itirazlar çalışanlar arasında huzursuzluğa sebep olur kurumun prestijini zedeler. Müşteri memnuniyetinin ve güveninin azalmasına ve buna bağlı olarak müşteri kaybı, ekonomik olarak zarar gibi sonuçlar ortaya çıkabilir. Örgüt içinde çalışanlar arasındaki huzursuzluklar örgüt yönetiminin otoritesini de zedeleyerek güveninin sorgulanmasına sebep olabilmektedir. (Randall, 1987).

Orta (ılımlı) örgütsel bağlılık sonuçları

Çalışanın deneyiminin güçlü, ama örgüt özdeşleşmesi ve örgüte olan bağlılığın tam olmadığı düzeydir. Örgüte ılımlı bağlılık gösteren çalışanlar, sistemin onları biçimlendirmesine izin vermeyerek bireysel kimliklerini korumaya çalışmaktadırlar. Bu çalışanlar, örgüte ait bazı değerleri kabul ederken bazılarını reddetmektedirler. Bir yandan örgütün beklentilerini karşılarken kişisel değerlerine de sahip çıkmaktadırlar. Bu çalışanlar, toplumsal sorumluluklarıyla örgütsel sadakat arasında bocalama yaşayabilmektedirler. Bu durum kararsızlığa dolayısıyla örgütün verimin düşmesine gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Bayram,2005). Bu bağlılık “şekilsel bağlılık” olarak da ifade edilebileceği gibi Allen ve Meyer'in (1990) normatif bağlılığına denk gelmektedir. Orta Örgütsel bağlılıkta, çalışan örgütte olmayı bir vazife olarak değerlendirmekte ve bulunduğu örgüte bağlılık göstermesi gerektiğini düşünmektedir (Allen ve Meyer,1990; Koç, 2009).

Çalışanların kimliklerini ve benliklerini korumak için çaba sarf etmeleri, her şeyi kabul etmemeleri karşılıklı uyumu yansıtan ılımlı örgütsel bağlılık olumlu sonuçlarıdır. Bunun sonucunda bağlılık düzeyi dengede kalmaktadır. Bu durumdaki çalışanların topluma karşı sorumlulukları ile örgütsel sadakat arasında bocalama ya da çatışma yaşamaları ise olumsuz bir sonuçtur (Bozkurt,2007).

Yüksek örgütsel bağlılık sonuçları

Çalışanın örgütünün misyon ve vizyonunu kabul ederek, örgütün tüm sistemini kabullendiği, örgütle bir bütün olduğu ve kendisini örgütüne adadığı bağlılık düzeyidir. Çalışan örgütün hedef ve amaçlarının gerçekleştirilmesi için büyük çaba sarf etmekte ve örgütünde kalmak için büyük bir istek duymaktadır (Bayram,2005). Allen ve Meyer'in (1990) duygusal bağlılık boyutuna denk gelen bağlılık düzeyidir (Allen ve Meyer1990).

Örgütsel bağlılık düzeyi yüksek çalışanlar, rekabet ortamında örgütlerinin başarıya ulaşmasına önemli katkı yaparlar. Bu başarıda yüksek bağlılık sergileyen çalışanların bazı özellikleri etkili olmaktadır. Bu özellikler şöyle sayılabilir (Özkan, 2019):

- Bu çalışanlar, daha az denetlenir ve kurallar daha az hatırlatılır.
- Örgütsel bağlılıkları düşük olan çalışanlara nazaran performansları daha yüksektir.
- Örgüt içi terfi ve yükselme olanağı ortaya çıktığında, yükselecekleri pozisyonu örgüte en yüksek katkı verecek bir araç olarak görürler.
- Önemli sağlık problemleri olmadığı sürece devamsızlık yapmazlar.
- Kriz ortamlarında örgüte bağlılık düzeylerinin güvenilir ya da samimi olduğu daha net ortaya çıkar.

Yüksek bağlılık gösteren, örgütüne sadakatle bağlı olan çalışan yetki devri ve üst kademedeki pozisyonlarda görevlendirilerek ödüllendirilmektedir. Bu çalışanlar, önemli sağlık problemleri olması dışında devamsızlık yapmaz. Bu durumlar yüksek bağlılığın olumlu yönleridir. Çalışanın gelişim ve hareketliliğinin kısıtlanması, yaratıcılığının yok olma ihtimali, iş dışı ilişkilerde fazla gerilim yaşaması ihtimali, örgüte fayda sağlamak adına suç işlemeye eğilim ve zorlamayla sağlanan uyumu beraberinde getirmesi olumsuz sonuçlarıdır. Bunun yanında yüksek bağlılık sergileyen çalışan aile sorumluluklarını ihmal ederek, kişisel ya da toplumsal yabancılaşma yaşayabilmektedir (Bozkurt,2007).

2.2.11. Sağlık Kurumlarında Örgütsel Bağlılık

Sağlık sektöründeki hızlı değişimlerle birlikte, bu çalışanların organizasyonel bağlılığını sağlamak kadar, değişimlere ayak uyduracak nitelikli çalışanlar bulmak da önemli hale gelmiştir. Sağlık profesyonellerinin örgütün amaçlarını içselleştirmesi ve örgüte entegre olması anlamına gelen örgütsel bağlılığın sağlanması, bunun yanı sıra çalışan kişilerin yaptıkları iş ve kurum hakkında kendilerini iyi hissetmeleri anlamına gelen iş tatmininin artırılması işin devamında önemli bir etken haline gelmiştir. İş tatmini ve örgütsel bağlılığa sahip çalışanlar, hasta memnuniyetine, hizmet kalitesine ve kurumsal karlılığa olumlu katkı sağlamaktadır (Hoş ve Oksay,2015).

Sağlık kurumlarında çalışan kişilerin örgütsel katılımının düşük olması, örgütün verimliliğini, hasta bakımının kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, hasta sadakatinde, şirketin sadakatinde ve karlılığında azalmaya yol açmaktadır. Bu bakımdan sağlık yöneticilerinin örgütsel bağlılık düzeyleri düzenli olarak ölçülmeli, değerlendirilmeli, gerekli strateji ve politikalar hayata geçirilmelidir. Bu bağlamda, çalışanların karar alma süreçlerine katılımına, çalışan ücretlerine, yönetimde şeffaf bir yaklaşıma, çalışan ihtiyaç ve beklentilerine öncelik verilmelidir (Gider,2011). Sağlık sektöründe çalışan bireylerin örgütsel bağlılığını etkileyen faktörler her kurum için ayrı ayrı değerlendirilerek belirlenmeli ve yöneticiler kurumda örgütsel bağlılığı artırıcı adımlar atmalıdır.

Dinamik bir ortamda faaliyet gösteren ve farklı geçmiş, deneyim ve deneyimlere sahip personel ile çalışan sağlık tesislerinin karmaşık yapısı göz önüne alındığında, sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılığına dikkat edilmelidir (Arbak ve Kesken,2005). Örgütsel Bağlılığın Artırılmasına Yönelik Öneriler (Gündoğan,2009; Doğan ve Kılıç,2007; Duigulu ve Abaan, 2007);

- Örgütsel bağlılığı sağlamak için aday seçme ve değerlendirme aşamasında çalışacak bireyin niteliklerine uygun iş olup olmadığının belirlenmesi,
- İşe yeni başlayan bireyler için uyum eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Özellikler genç çalışanların duygusal bağlılıklarını artıracak çalışmalar yapılmalı,
- Örgüt ikliminin sağlanması ve iyileştirilmesi,
- Bilgi alışverişi ve iletişime önem verilerek çalışana değerleri olduğu hissettirilmeli,
- Eğitim, kariyer ve yükselme imkanlarının sağlanması,

- İş rotasyonu yapılması,
- Ücret, prim, ödüllendirme uygulamaları haricinde, belge veya plaket verilerek çalışana değerli olduğu hissettirilmeli,
- Çalışma ortamının fiziki şartlarının iyileştirilmesi,
- Performans değerlendirmelerinin tarafsız yapılması,
- İnsan kaynakları ilke politikalarının açık ve net bir şekilde çalışanlarla paylaşılması.

Bu öneriler sağlık kurumu yöneticileri tarafından değerlendirmeye alınıp uygulandığı zaman sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerini olumlu yönde etkileyecektir. Örgütsel bağlılığın artması çalışan memnuniyetini de artırarak daha kaliteli ve verimli hasta bakım hizmeti vermesini sağlayacaktır. Özellikle sağlık sektöründe yetişmiş personelinin kaybetmek örgüt için maliyeti çok yüksek ve istenemeyen bir durumdur. Duygulu ve Abaan (2007) tarafından hemşirelerin örgütsel bağlılıkları üzerine yapılan çalışmada, hemşirelerin işlerinden ayrılması sonucu ortaya çıkan maliyet unsurlarının hemşirelerin toplam aldıkları maaşlarından %11 daha fazla olduğu ve kişi başı harcanan oryantasyon eğitimlerinin de ayrıca yüksek maliyetleri olduğu ortaya konmuştur.

Hemşirelerde Örgütsel Bağlılık

Hemşirelik mesleği, toplum için yaşamsal bir öneme sahiptir (Haydari ve ark.,2016). Hemşireler en büyük sağlık hizmeti sağlayıcıları grubunu oluşturur ve mesleki yetenekleri sağlık sisteminin yerine getirilmesinde önemli bir rol oynar. Hemşireler, uluslararası sağlık hizmetlerinin sağlanmasında yaşamsal bir rol oynamaktadır. Hemşirelik bakımı, bir hastanın sağlığını ve refahını iyileştirmek için fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal ihtiyaçları kapsar. Bakım, hemşireliğin merkezi ve özüdür. Bakımın önemli konusu, uygun bakıma erişim ve hasta memnuniyetinin artırılmasıdır. Hemşirelerin iş performansı, örgütsel bağlılık dahil birçok faktörden etkilenir (Algül ve ark.,2016).

Sağlık hizmeti sunumu ve sağlık standartları büyük ölçüde hemşirelik hizmetlerine dayanır. Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyleri 1970'lerin başlangıcından bu yana küresel olarak incelenmiştir. Bu önemli toplumsal sektörün refahı, doğrudan hemşirelerin örgütsel bağlılığı ve iş doyumunu ile ilgilidir ve hasta güvenliği için önem arz eder. Hemşirelerin örgütsel bağlılığa yönelik genel yaklaşıma ilişkin algıları, örgütsel davranışı anlamada önemli bir faktördür ve çalışana elde tutma, iş doyumunu, iş performansı için yormayıdır.

Hemşirelik personelinin hasta bakımını daha iyi yapabilmesi için artan örgüte bağlılığı ve iş doyumunu zorunludur (Özcan ve ark., 2016).

Hemşirelik yöneticileri tarafından işyeri yapısının değiştirilmesi ve hemşirelerin fırsatlara (organizasyonel destek, bilgi ve kaynaklar) ve güce (gelişim için ihtiyaç duyulan kaynaklar, çalışanların yetkinliklerini, becerilerini, ödülleri ve takdirlerini artırma fırsatları) erişimini iyileştirmek hemşirelik yöneticileri tarafından örgütsel bağlılık dahil olmak üzere hemşirelik uygulamasının farklı sonuçları bulunmaktadır. Örgütsel bağlılığa sahip çalışanlar, organizasyonel değişimlerde daha fazla esneklik, organizasyonun hedef ve değerlerine güven duyulması nedeniyle daha yüksek iş tatmini gösterir (Özgörü, 2019).

Hemşireler de dahil olmak üzere sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeyi, sağlık kurumları tarafından sağlanan bakımın üretkenliği ve kalitesiyle yakından bağlantılıdır. Bu nedenle, profesyonel ve özenli yetenekleri, farklı ülkelerdeki sağlık hizmetleri sistemi ve yetkililerinin endişelerinden biridir. Çok sayıda çalışma, genel olarak, yapısal yetkilendirmenin hemşirelerin örgütsel bağlılığı ile nispeten güçlü bir korelasyona sahip olduğunu göstermiştir (Toker ve ark.,2020).

Hastanelerde, özellikle hemşirelerde ve aynı zamanda hekimlerin meslek grubunda şiddetli işgücü kıtlığı zamanlarında büyük önem taşıyan bir ilişki bulunmaktadır. Hekimlerde yapılan örgütsel bağlılığın hasta güvenliği kültürünün iyileştirilmesi ile pozitif olarak ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, çalışan bağlılığını güçlendirebilecek faktörleri belirleme ve geliştirme ihtiyacını artırır. Hastanedeki en önemli mesleklerden biri olan hemşirelerin iş performansı, başta örgütsel bağlılık olmak üzere çeşitli faktörlerden etkilenir. Örgütsel bağlılık, örgütün performansı üzerinde potansiyel olarak ciddi etkileri olan çalışan davranışını anlamada önemli bir değişkendir ve bunu görmezden gelmek organizasyon için zararlı olmuştur. Çalışanların kuruma bağlılığının araştırılmaması ve incelenmemesi, personel devri ve yeni çalışanların işe alınması nedeniyle maliyetlerde büyük bir artışa, düşük performansa ve ayrıca hassas karmaşık kontrol mekanizmalarının kurulmasına neden olur (Algül ve ark.,2016)

Duygusal bağlılık ve sağlık çalışanları

Sağlık çalışanlarında duygusal bağlılık dereceleri sağlık hizmetinin kalitesini etkileyecek şekilde gerçekleşir. Duygusal bağlılık dereceleri yüksek olan çalışanlar, karşılaştıkları güçlüklerle daha iyi mücadele edecektir. Aynı zamanda çalıştıkları kurumun

sorunlarını benimseyerek, hızlı ve etkin çözüm yolları bulmaya gönüllü olacaklardır. Çalıştığı kuruma duygusal bağlılık hissetmeyen ancak devamlılık zorunluluğu olan çalışanlar, sorunlardan kaçmak isteyen ve çözüm üretmede kendilerini sorumlu hissetmeyen bireylerden oluşacaktır (Öztürk, 2017).

Duygusal bağlılık sağlık çalışanlarının kendi istekleri doğrultusunda örgütte kalmasını ve örgütle özdeşleşmesini ifade etmektedir. Bu sayede sağlık çalışanları zorluklarla mücadele, iş tatmini anlamında da örgütle bütünleşmiş olurlar (Tetik,2012).

Duygusal bağlılıkta çalışanların örgütlerine karşı duygusal bir bağ hissetmesi ve buna bağlı olarak örgütün kendilerinden beklenenin daha üstüne çıkarak çaba göstermeye istekli olması önemlidir. Çalışanlar örgütle aralarındaki benzerlikleri görerek örgüte karşı sempati duymaya, ilgili olmaya ve sevgi bağı geliştirmeye hazırlıklı olur (Dalkılıç,2017).

Sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerinin ölçülmesine yönelik yapılan araştırmalarda; sağlık çalışanlarının çalıştıkları kurumlara duygusal bağlılık düzeyleri düşük bulunmuştur. Özellikle ebe, hemşire ve asistan doktorların duygusal bağlılıkları, diğer meslek gruplarına kıyasla daha düşük çıkmıştır. Burada, bu meslek grubunda çalışan bireylerin daha stres altında ve fazla iş yükü ile çalışmalarını, ücretlerin tatmin edici olmaması önemli etkenler olarak düşünülmektedir. Literatür taramasında incelenen çalışmaların sonuçlarına bakıldığında da sağlık çalışanlarının mesleğe bağlılık düzeylerinin yüksek ancak duygusal bağlılık düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür (Öztürk, 2017).

Devamlılık bağlılığı ve sağlık çalışanları

Devamlılık bağlılığı, örgütsel bağlılık içinde en tercih edilmeyen modeldir. Çalışanlar zorunluluk ve ihtiyaç durumları sebebiyle örgüte olan bağlılık davranışını sergilemektedir. Diğer çalışanlar gibi sağlık çalışanlarının da bazı durumlarda bazı ihtiyaçlarını karşılamak ve örgütteki yerlerini kaybetmemek için örgütte kalmaya devam ettikleri görülür. Devamlılık bağlılığını ortaya çıkaran sebepler bunlardan oluşmaktadır. Devamlılık bağlılığı istenmeyen bir bağlılıktır. Ancak bu bağlılık düzeyi diğer bağlılıklar ile birlikte bulunduğu daha az olumsuz olacaktır. Çalıştığı kuruma duygusal bağlılık düzeyi yüksek olan bir sağlık çalışanı, bazı ihtiyaçlarını karşılamak zorunda olduğunda devamlılık bağlılığını göstermesi normaldir. Güçlü duygusal bağlılık ile devamlılık bağlılığı ortadan kalkmamaktadır (Öztürk,2017).

Devamlılık bağılılığında çalışanlar için örgütten ayrılma durumunda ciddi bir maliyetin ortaya çıkması ve bu sebeple örgüt üyeliğinin sürdürülmesi durumu vardır. Bu bağılılık türünde çalışanların isteği olsa da örgütten ayrılma durumu gerçekleşmemektedir. Çünkü örgütten ayrılmak çalışan için maliyet ile birlikte başka bazı zorlukları da beraberinde getirmektedir (Dalkılıç, 2017).

İncelenen literatür taraması sonuçlarına göre yapılan araştırmalarda, sağlık çalışanlarının duygusal bağılılık düzeylerinin düşük olmasına rağmen örgütte kalmaya devam ettikleri ve çalışanların devamlılık bağılılıklarının istenilmeyen seviyelerde yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanları, bazı sebeplerden ötürü kendilerini kurumlarına karşı duygusal olarak bağlı hissetmemiş olsalar da, devamlılık bağılılıkları olduğu için kurumda kalmayı sürdüreceklerdir. Bu durumun sonucunda çalışanlar bireysel performans ve enerjilerinde azalma görecektir. Bu da sağlık kurumlarının verdiği hizmetlerin kalitesini olumsuz etkileyecektir. Bu sebeple sağlık kurumunda çalışan sağlık personellerinin devamlılık bağılılıklarının yüksek olması durumu istenmemektedir (Öztürk,2017).

Normatif bağılılık ve sağlık çalışanları

Normatif bağılılık, sağlık çalışanların kendilerini örgüte borçlu hissettikleri için örgütten ayrılmaları durumunda örgütün zor durumda kalacağı düşüncesi ile sahip oldukları değerler arasında kalarak tüm zor şartlara rağmen örgütte kalmanın doğru bir karar olduğu yönündeki düşüncelerini kapsar (Öztürk,2017)

Çalışanlar örgütün amaç ve değerlerini içselleştirdikleri durumlarda örgüte bağılılık duyacaklardır. Yine kendi amaç ve değerleriyle örgütün amaç ve değerleri birleştiğinde bireysel ve örgütsel olarak amaç ve değerleri içselleştireceklerdir. Çalışanların kendi amaç ve değerlerini gerçekleştirirken örgütün amaç ve değerlerini de gerçekleştirmesi güçlü bir örgütsel bağılılık durumunu ortaya çıkarır (Arslanve ark.,2013).

İncelenen literatür çalışmalarına bakıldığında sağlık çalışanlarının normatif bağılılıklarının ortalama seviyede olduğu ortaya çıkmıştır. Ancak sağlık çalışanlarının vicdani sorumlulukları sebebiyle örgüte olan bağılılıklarını ifade eden durumlar ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışanların normatif bağılılık düzeyleri ile duygusal bağılılık ve devamlılık bağılılık düzeylerinin birbirinden etkilendiği, normatif bağılılık ve duygusal bağılılığın doğrudan birbiriyle ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanlarının duygusal bağılılık düzeylerinin düşük olması halinde, normatif bağılılık düzeylerinin de düşük olması

durumunun ortaya çıkacağı varsayılmaktadır. Düşük duygusal bağlılık düzeyi gösteren çalışanlar örgüte karşı borçluluk hissi hissetmezler. Çalışanların beklentilerinin karşılanmaması duygusal bağlılık düzeylerinin zayıf olmasına sebep olmaktadır. Bu kapsamda duygusal bağlılık düzeyinin, normatif bağlılık düzeyini belirlemede önemli bir etkisinin olduğu ortaya çıkmıştır (Öztürk, 2017).

3. YÖNTEM

Bu çalışmada, araştırmanın amacına ulaşmak için nicelaraştırma yöntemleri kullanılmıştır. Veriler, hem anket yöntemiyle toplanarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Aşağıda araştırma sürecine ilişkin detaylar açıklanmıştır.

3.1. Araştırma Modeli

Araştırmada, betimsel tarama modelleri kullanılmıştır. Betimsel model, mevcut durumu olduğu gibi ortaya koymayı amaçlamış; ilişkisel model ise değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelmiştir. Veriler, sağlık çalışanlarının sağlık politikalarındaki değişikliklere karşı örgütsel bağlılık düzeylerini anlamak amacı ile analiz edilmiştir.

3.2. Çalışma Grubu

Çalışmanın evrenini, Afyonkarahisar ilinde faaliyet gösteren 6 bloktan oluşan 880 yataklı Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesinde çalışan 1581 sağlık personeli oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken kurumda aktif olarak çalışan (doğum izninde, geçici görevde vs. olanlar hariç) sağlık çalışanlarının sayıları dikkate alınmıştır. Örneklem gerekli izinler alındıktan sonra evren üzerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmış olan çalışmada %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile evrende 333 kişilik örneklem yeterli olabilmektedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004).

Tablo 1. $\alpha=0,05$ Örneklem Büyüklükleri

Evren Büyüklüğü	$\pm 0,03$ örnekleme hatası (d)			$\pm 0,05$ örnekleme hatası (d)			$\pm 0,10$ örnekleme hatası (d)		
	p=0,5 q=0,5	p=0,8 q= 0,2	p=0,3 q=0,7	p=0,5 q=0,5	p=0,8 q= 0,2	p=0,3 q=0,7	p=0,5 q=0,5	p=0,8 q= 0,2	p=0,3 q=0,7
100	92	87	90	80	71	77	49	38	45
500	341	289	321	217	165	196	81	55	70
750	441	358	409	254	185	226	85	57	73
1.000	516	406	473	278	198	244	88	58	75
2.500	748	537	660	333	224	286	93	60	78
5.000	880	601	760	357	234	303	94	61	79

10.000	964	639	823	370	240	313	95	61	80
25.000	1023	665	865	378	244	319	96	61	80
50.000	1045	674	881	381	245	321	96	61	81
100.000	1056	678	888	383	245	322	96	61	81
1.000.000	1066	682	896	384	246	323	96	61	81
100.000.000	1067	683	896	384	245	323	96	61	81

Kaynak: (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004)

Çalışma grubunun demografik dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışma pozisyonlarına göre dağılımları ayrıntılı olarak analiz edilmiştir. Çalışma için toplam 315 sağlıklı çalışanına ulaşılabilmektedir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak anketler kullanılmıştır. Anket çalışması 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyo- demografik bilgileri içeren anket formu, ikinci bölümde değişime ilişkin ölçek ve üçüncü bölümde Meyer ve Allen'in üç boyutlu örgütsel bağlılık ölçeği kullanılacaktır.

- **Sosyodemografik bilgi Formu:** Katılımcıların sosyo-demografik bilgilerinin alınacağı bilgi formudur. 6 maddeden oluşmaktadır.
- **Değişime İlişkin Anket:** İnönü Üniversitesi Doktora öğrencisi Burhanettin COŞKUN tarafından hazırlanmış, Ağrı Devlet Hastanesi'nde görevli sağlık çalışanlarına yönelik bir pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Toplam 20 kişinin katılımı ile gerçekleştirilen pilot çalışma sonucunda anketin iç tutarlılığı, soruların açıklığı, soru formunun tasarımı, kullanılan analiz programının yeterliliği ve uygulama biçimi denenmiştir. Buna ek olarak bir tutarlılık analizi de yapılarak bir normal dağılım testi de gerçekleştirilmiştir. Yukarıda açıklanan pilot uygulama sonucunda, uzmanlardan gelen görüş ve önerilerin çerçevesinde anket soru ve cevaplarında çeşitli düzeltmeler yapılmıştır. Son olarak da anketin uygulanmaya hazır olduğuna karar verilmiş ve süreç başlatılmıştır ve 42 sorudan oluşmaktadır.

Meyer Ve Allen'in Üç Boyutlu Örgütsel Bağlılık Ölçeği: Meyer, Allen ve Smith (1993) tarafından geliştirilen Örgütsel Bağlılık Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması Abidin

DAĞLI, Zakir ELÇİÇEK ve Bünyamin HAN tarafından 2018 yılında yapılmıştır. Ölçek 23 sorudan meydana gelmektedir.

3.4. Veri Analizi Yöntemi

Toplanan veriler, normallik testine tabi tutulmuştur. **Analizler.docx** dosyasındaki bulgulara göre, çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ile +2 arasında olması nedeniyle, veriler parametre analizleri için uygun bulunmuştur. Bu doğrultuda veriler üzerinde **Bağımsız Örneklem T Testi** ve **Tek Yönlü ANOVA ve Korelasyon** analizleri yapılmıştır.

3.5. Etik İlkeler ve Güvenirlik

Araştırma sürecinde, katılımcılara ait bilgiler gizli tutulmuş ve yalnızca akademik amaçlarla kullanılmıştır. Katılımcılardan çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair onam alınmıştır. Verilerin güvenilirliğini artırmak için anket soruları pilot uygulamayla test edilmiş ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Bu yönetsel yaklaşım nicel veri toplama tekniklerini bir araya getirerek daha kapsamlı bir analiz sağlamayı amaçlamaktadır.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın Afyonkarahisar ilinde faaliyet gösteren bir kamu hastanesinde yapılması planlanmış ve kurum izni için Etik Kurul Kararı ile başvurmam istenilerek sözel olarak izin verilmiştir. Ancak Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararı ile yazılı olarak başvuru yaptığımda izin verilemeyeceği tarafıma iletildi. Daha sonra Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesine başvuru yapıp buradan gerekli izinleri almış bulunmaktayım. Ancak Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararı daha önce diğer hastane için alındığından tekrar başvurarak hastanenin değiştirilmesi talep edilmiş başvurumuz olumlu sonuçlanmıştır.

Çalışmanın bulguları ve Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi sağlık çalışanları ile sınırlı kalmaktadır. Diğer illerdeki sağlık personellerini kapsamamaktadır. Araştırmanın sonuçları ülkemiz sağlık kurumlarına genellenmemektedir.

Verilerin toplanması aşamasında hasta sirkülasyonunun fazla olması, iş yoğunluğu ve personelin isteksizliği gibi sebeplerden ile sağlık çalışanlarına ulaşmada zorluklar yaşanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Normallik Analizi

Değişken	Çarpıklık	Basıklık
Sağlık Politikaları	-0,127	0,688
Devam Bağlılığı	-0,327	-0,157
Duygusal Bağlılık	-0,158	-0,686
Normatif Bağlılık	-0,638	0,744

George Mallery'nin normallik kriterlerine göre, çarpıklık değerinin -2 ile +2 arasında ve basıklık değerinin -2 ile +2 arasında olması beklenen bir dağılımın normale yakın olduğunu önerir. Tüm değişkenler George Mallery'nin önerdiği çarpıklık ve basıklık aralıkları içerisinde yer almakta, bu da verilerin normale yakın olduğunu göstermektedir. Bu nedenle parametrik analizler kullanılmıştır.

4.2. Güvenilirlik Analizi

Ölçek Adı	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı	Güvenilirlik Seviyesi
Sağlık Politikaları	0.812	8	Yüksek Güvenilirlik
Örgütsel Bağlılık	0.735	7	Orta-Yüksek Güvenilirlik

Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda, "Sağlık Politikalarında Değişim" ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri **0.812** olarak hesaplanmıştır. Bu değer, ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir bir yapıya sahip olduğunu ve maddeler arasında güçlü bir iç tutarlılık bulunduğunu göstermektedir. "Örgütsel Bağlılık" ölçeği için ise Cronbach's Alpha değeri **0.735** olarak bulunmuş ve bu değer, ölçeğin orta-yüksek düzeyde güvenilir olduğunu ortaya koymuştur. Her iki ölçek için de Cronbach's Alpha değerleri, veri toplama araçlarının güvenilirliğinin yeterli olduğunu ve araştırma bulgularının sağlam temellere dayandığını ifade etmektedir.

4.3. Demografik Veriler

Katılımcılara ait tanımlayıcı istatistik bulgular Tablo 4'de gösterilmiştir. Çalışma katılımcılarının çoğunluğu (%52,4) 26-35 yaş aralığındadır. Bu gruptan sonra en çok temsil edilen yaş grubu %18,4 ile 36-45 yaş arasındadır. En az temsil edilen yaş grubu ise 18-25 yaş arasındadır (%11,1). 46 yaş ve üzeri katılımcıların oranı ise %18,1'dir.

Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi (%66) kadınsa, üçte biri (%34) erkektir. Bu dağılım, çalışma grubunun cinsiyet açısından daha fazla kadın içerdiğini göstermektedir.

Katılımcıların %55,2'si evliyken, %44,8'i bekar durumdadır. Bu oranlar, evli bireylerin hafif bir çoğunluğunu göstermektedir.

Hemşire, ebe veya sağlık memuru pozisyonları çalışma grubunda en fazla temsil edilen meslek gruplarıdır (%46). Hekimler ve laborantlar sırasıyla %18,1 ve %12,7 ile diğer önemli meslek gruplarını oluştururlar. Tıbbi sekreterler ve sağlık teknisyenleri daha az temsil edilirken (%6,7 ve %7,6), öğretim görevlileri ve fizyoterapistler en az temsil edilen pozisyonlardır (%2,2).

Katılımcıların yaklaşık yarısı (%49,2) hastanede 0-5 yıl arasında çalışmıştır. 6-10 yıl ve 11-15 yıl arası çalışma süreleri sırasıyla %16,2 ve %15,6'dır. 16-20 yıl ve 21 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olanlar daha az temsil edilmekte olup, bu süreler %10,5 ve %8,6'dır.

Tablo 4: Katılımcılara Ait Tanımlayıcı İstatistik Bulgular

Değişken	Kategori	Frekans	Yüzde
Yaş Grubu	18-25 yaş arası	35	11,1
	26-35 yaş arası	165	52,4
	26-45 yaş arası	58	18,4
	45 yaş üzeri	57	18,1
Cinsiyet	Erkek	107	34,0
	Kadın	208	66,0
Medeni Durum	Evli	174	55,2
	Bekar	141	44,8

Pozisyon	Hemşire/ Ebe/ Sağlık Memuru	145	46,0
	Laborant	40	12,7
	Tıbbi Sekreter	21	6,7
	Hekim	57	18,1
	Öğretim Görevlisi	7	2,2
	Sağlık Teknisyeni	24	7,6
	Fizyoterapist	7	2,2
	Diğer	14	4,4
Hastanede Çalışma Süresi	0-5 Yıl	155	49,2
	6-10 Yıl	51	16,2
	11-15 Yıl	49	15,6
	16-20 Yıl	33	10,5
	21 Yıl ve daha fazla	27	8,6

4.4. Fark Analizleri

4.4.1. Yaş ile Ölçek Puanları Arasındaki Farklar

Değişken	Gruplar	N	Ortalama	F	p
Sağlık Politikaları	18-25 yaş arası	35	3,413	2,536	0,057
	26-35 yaş arası	165	3,403		
	36-45 yaş arası	58	3,225		
	46 yaş ve üzeri	57	3,246		
Devam Bağlılığı	18-25 yaş arası	35	2,506	3,304	0,021
	26-35 yaş arası	165	2,971		

Değişken	Gruplar	N	Ortalama	F	p
	36-45 yaş arası	58	2,876		
	46 yaş ve üzeri	57	3,002		
Duygusal Bağlılık	18-25 yaş arası	35	2,405	3,349	0,019
	26-35 yaş arası	165	2,939		
	36-45 yaş arası	58	2,819		
	46 yaş ve üzeri	57	2,991		
Normatif Bağlılık	18-25 yaş arası	35	3,362	1,599	0,190
	26-35 yaş arası	165	3,303		
	36-45 yaş arası	58	3,124		
	46 yaş ve üzeri	57	3,164		

Sağlık Politikalarındaki değişikliklerin örgütsel bağlılığa düzeyleri yaş grupları arasında incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, ancak farkın anlamlılık sınırında olduğu görülmektedir ($F = 2,536$, $p = 0,057$). Bu durum, yaş grupları arasında sağlık politika değişikliklerin örgütsel bağlılık düzeylerinde önemli bir fark olabileceğine işaret etmekle birlikte, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir. Devam bağlılığı açısından yapılan analizlerde ise yaş grupları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($F = 3,304$, $p = 0,021$). Özellikle 18-25 yaş grubu, diğer gruplara kıyasla daha düşük örgütsel bağlılık puanlarına sahiptir. Benzer şekilde, duygusal bağlılık puanları açısından yapılan analizde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmiştir ($F = 3,349$, $p = 0,019$) ve yine 18-25 yaş grubu diğer gruplardan daha düşük duygusal bağlılık puanları almıştır. Bununla birlikte, normatif bağlılık puanları açısından yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ($F = 1,599$, $p = 0,190$) ve yaş grupları arasında normatif bağlılık düzeylerinde önemli bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

4.4.2. Cinsiyet ile Ölçek Puanları Arasındaki Farklar

Değişken	Gruplar	N	Ortalama	t	p
Sağlık Politikaları	Erkek	107	3,379	0,875	0,382
	Kadın	208	3,324		
Devam Bağlılığı	Erkek	107	2,920	0,188	0,851
	Kadın	208	2,901		
Duygusal Bağlılık	Erkek	107	2,928	0,797	0,426
	Kadın	208	2,836		
Normatif Bağlılık	Erkek	107	3,273	0,393	0,694
	Kadın	208	3,240		

Cinsiyet grupları arasında sağlık politikaları açısından yapılan t testi sonuçlarına göre, erkek ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($t = 0,875$, $df = 313$, $p = 0,382$). Bu durum, her iki cinsiyetin sağlık politikaları düzeylerinin benzer olduğunu göstermektedir. Devam bağlılığı puanları açısından yapılan t testinde de anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($t = 0,188$, $df = 313$, $p = 0,851$), dolayısıyla erkek ve kadın gruplarının devam bağlılığı düzeyleri arasında belirgin bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Duygusal bağlılık açısından yapılan analizde de cinsiyetler arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır ($t = 0,797$, $df = 313$, $p = 0,426$). Benzer şekilde, normatif bağlılık açısından yapılan analizde de istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış ($t = 0,393$, $df = 313$, $p = 0,694$), bu da erkek ve kadın gruplarının normatif bağlılık düzeylerinde belirgin bir farklılık olmadığını göstermektedir.

4.4.3. Medeni Durum ile Ölçek Puanları Arasındaki Farklar

Değişken	Gruplar	N	Ortalama	t	p
Sağlık Politikaları	Evli	174	3,344	0,045	0,964
	Bekar	141	3,341		

Değişken	Gruplar	N	Ortalama	t	p
Devam Bağlılığı	Evli	174	3,056	3,539	0,000
	Bekar	141	2,724		
Duygusal Bağlılık	Evli	174	2,984	2,372	0,018
	Bekar	141	2,723		
Normatif Bağlılık	Evli	174	3,295	1,255	0,211
	Bekar	141	3,197		

Medeni durum grupları arasında sağlık politikalarındaki değişim açısından yapılan t testi sonuçlarına göre, evli ve bekar bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = 0,045$, $df = 313$, $p = 0,964$). Bu durum, her iki grubun sağlık politikalarında değişim düzeylerinin benzer olduğunu göstermektedir. Devam Bağlılığı açısından yapılan analizde ise anlamlı bir fark saptanmış ($t = 3,539$, $df = 313$, $p = 0,000$) ve evli bireylerin örgütsel bağlılık puanlarının bekar bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Duygusal bağlılık açısından da benzer bir durum gözlenmiş ($t = 2,372$, $df = 313$, $p = 0,018$) ve evli bireylerin duygusal bağlılık puanlarının bekar bireylere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Normatif bağlılık açısından yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ($t = 1,255$, $df = 313$, $p = 0,211$) ve bu durum, evli ve bekar bireylerin normatif bağlılık düzeylerinin birbirine benzer olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, evli bireylerin devam bağlılığı ve duygusal bağlılık düzeylerinde daha yüksek değerlere sahip olduğunu göstermektedir.

4.4.4. Çalışılan Pozisyon ile Ölçek Puanları Arasındaki Farklar

Değişken	Gruplar	N	Ortalama	F	p
----------	---------	---	----------	---	---

Değişken	Gruplar	N	Ortalama	F	p
Sağlık Politikaları	Hemşire/Ebe/Sağlık Memuru	145	3,369	1,038	0,404
	Laborant	40	3,322		
	Tıbbi Sekreter	21	3,249		
	Hekim	57	3,327		
	Öğretim Görevlisi	7	3,691		
	Sağlık Teknisyeni	24	3,251		
	Fizyoterapist	7	3,578		
	Diğer	14	3,199		
Devam Bağlılığı	Hemşire/Ebe/Sağlık Memuru	145	2,859	1,809	0,085
	Laborant	40	3,091		
	Tıbbi Sekreter	21	3,304		
	Hekim	57	2,802		
	Öğretim Görevlisi	7	2,818		
	Sağlık Teknisyeni	24	2,792		
	Fizyoterapist	7	2,429		
	Diğer	14	3,202		
Duygusal Bağlılık	Hemşire/Ebe/Sağlık Memuru	145	2,762	2,683	0,010
	Laborant	40	3,175		
	Tıbbi Sekreter	21	3,357		
	Hekim	57	2,792		
	Öğretim Görevlisi	7	2,595		

Değişken	Gruplar	N	Ortalama	F	p
	Sağlık Teknisyeni	24	2,715		
	Fizyoterapist	7	2,286		
	Diğer	14	3,333		
Normatif Bağlılık	Hemşire/Ebe/Sağlık Memuru	145	3,343	1,500	0,167
	Laborant	40	3,163		
	Tıbbi Sekreter	21	3,222		
	Hekim	57	3,170		
	Öğretim Görevlisi	7	3,524		
	Sağlık Teknisyeni	24	3,028		
	Fizyoterapist	7	3,548		
	Diğer	14	3,036		

Meslek grupları arasında Sağlık politikalarında değişim düzeyleri açısından yapılan ANOVA analizi sonuçlarına göre, farklı meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 1,038$, $p = 0,404$). Bu durum, meslek gruplarının Sağlık politikalarında değişim düzeylerinin benzer olduğunu göstermektedir. Devam bağlılığı açısından yapılan analizde ise anlamlı bir fark sınırdadır bulunmuş ($F = 1,809$, $p = 0,085$), bu da bazı meslek grupları arasında devam bağlılığı düzeylerinde farklılık olabileceğini, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını işaret etmektedir. Duygusal bağlılık açısından yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($F = 2,683$, $p = 0,010$) ve tıbbi sekreterler ile laborantların diğer meslek gruplarına göre daha yüksek duygusal bağlılık puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Normatif bağlılık açısından yapılan ANOVA analizi sonucunda anlamlı bir fark bulunmamış ($F = 1,500$, $p = 0,167$) ve meslek gruplarının normatif bağlılık düzeylerinin benzer olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar duygusal bağlılık açısından bazı meslek gruplarının daha yüksek değerlere sahip olduğunu, diğer

değişkenlerde ise meslek grupları arasında belirgin bir farklılık olmadığını ortaya koymaktadır.

4.4.5. Çalışma Süresi ile Ölçek Puanları Arasındaki Farklar

Değişken	Gruplar	N	Ortalama	F	p
Sağlık Politikaları	0-5 Yıl	155	3,432	2,695	0,031
	6-10 Yıl	51	3,193		
	11-15 Yıl	49	3,291		
	16 Yıl ve daha fazla	33	3,340		
Devam Bağlılığı	0-5 Yıl	155	2,831	1,025	0,394
	6-10 Yıl	51	2,893		
	11-15 Yıl	49	3,016		
	16 Yıl ve daha fazla	33	3,115		
Duygusal Bağlılık	0-5 Yıl	155	2,798	0,880	0,476
	6-10 Yıl	51	2,811		
	11-15 Yıl	49	2,929		
	16 Yıl ve daha fazla	33	3,116		
Normatif Bağlılık	0-5 Yıl	155	3,340	2,686	0,031
	6-10 Yıl	51	3,085		
	11-15 Yıl	49	3,153		
	16 Yıl ve daha fazla	33	3,404		

Çalışma sürelerine göre gruplar arasında sağlık politikalarındaki değişim düzeyleri açısından yapılan ANOVA analizi sonuçlarına göre, istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmuştur ($F = 2,695$, $p = 0,031$). Bu durum, çalışma sürelerine göre sağlık politikalarındaki değişim düzeylerinin birbirinden farklı olduğunu göstermektedir. Devam bağlılığı puanları açısından yapılan analizde ise anlamlı bir fark saptanmamış ($F = 1,025$, $p = 0,394$), bu da kıdem grupları arasında örgütsel bağlılık düzeylerinin benzer olduğunu ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, duygusal bağlılık puanları açısından da anlamlı bir fark bulunmamış ($F = 0,880$, $p = 0,476$) ve kıdem gruplarının duygusal bağlılık düzeylerinde önemli bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Normatif bağlılık açısından yapılan analizde ise anlamlı bir fark saptanmış ($F = 2,686$, $p = 0,031$), bu da farklı çalışma sürelerine sahip sağlık çalışanlarının normatif bağlılık düzeylerinde önemli farklılıklar olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular, farklı çalışma sürelerinin sağlık politikalarında değişim ve normatif bağlılık düzeylerinde anlamlı farklılıklar olduğunu, ancak diğer değişkenler açısından benzerlik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

4.5. Korelasyon Tablosu

		Korelasyon			
		Sağlık Politikaları	Devam Bağlılığı	Duygusal Bağlılık	Normatif Bağlılık
Sağlık Politikaları	Pearson Correlation	1	,079	,056	,844**
	Sig. (2-tailed)		,160	,323	,000
	N	315	315	315	315
Devam Bağlılığı	Pearson Correlation	,079	1	,925**	,123*
	Sig. (2-tailed)	,160		,000	,029
	N	315	315	315	315
Duygusal Bağlılık	Pearson Correlation	,056	,925**	1	,050

	Sig. (2-tailed)	,323	,000	,378
	N	315	315	315
Normatif	Pearson Correlation	,844**	,123*	,050
Bağlılık	Sig. (2-tailed)	,000	,029	,378
	N	315	315	315

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

***.** Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Korelasyon analizine göre sağlık politikalarında değişim ile diğer değişkenler arasında genel olarak anlamlı ilişkiler bulunmamaktadır. Sağlık politikaları ile devam bağlılığı ($r = 0,079$, $p = 0,160$) ve duygusal bağlılık ($r = 0,056$, $p = 0,323$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte, sağlık politikaları ile normatif bağlılık arasında oldukça güçlü ve anlamlı bir pozitif ilişki olduğu görülmüştür ($r = 0,844$, $p < 0,01$).

Devam bağlılığı ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde duygusal bağlılık ($r = 0,925$, $p < 0,01$) ile güçlü pozitif ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Normatif bağlılık ile örgütsel bağlılık arasında ise zayıf ancak anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur ($r = 0,123$, $p < 0,05$).

Duygusal bağlılık ile normatif bağlılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($r = 0,050$, $p = 0,378$).

Bu bulgular, devam bağlılığı ve duygusal bağlılık değişkenleri arasında genel olarak güçlü pozitif ilişkiler olduğunu, ancak normatif bağlılık ve sağlık politikaları değişkenlerinin bu ilişkilerde farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Özellikle sağlık politikaları ile normatif bağlılık arasındaki güçlü ilişki dikkat çekicidir ve bu durum, normatif bağlılığın sağlık politikalarında değişim algısını önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın bulguları, sağlık politikalarında değişim ile örgütsel bağlılık gibi konuların demografik faktörlere göre farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Sağlık sektöründe çalışan bireylerin değişime karşı bağlılık düzeylerinin anlaşılması, hizmet kalitesinin artırılması için önemli bir temel sunmaktadır. Bu sonuçlar, sağlık hizmetlerinin bireysel ve kurumsal düzeyde daha etkin yönetilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Burhanettin Coşkun'un (2014) "Sağlık Hizmetleri Politikalarında Değişim ve Yönetim" başlıklı çalışması da bu doğrultuda sağlıkta değişim yönetiminin önemini vurgulamıştır. Coşkun (2014), sağlık hizmetlerinde değişim sürecinin yalnızca çalışan memnuniyeti açısından değil, aynı zamanda kurumsal performans ve verimlilik üzerindeki etkisinin de önemli olduğunu belirtmektedir. Mevcut çalışmadaki bulgular da bu görüşü desteklemektedir.

Çalışma, sağlık sektöründe çalışan bireylerin değişime karşı bağlılıklarının yaş, medeni durum, kıdem gibi demografik faktörlerden etkilendiğini göstermiştir. Özellikle 26-35 yaş grubundaki bireylerin örgütsel bağlılıklarının daha yüksek olması, bu yaş aralığındaki bireylerin kariyerlerine daha fazla odaklanmalarından kaynaklanabilir. Coşkun'un (2014) çalışmasında da yaşın, çalışanların performansı ve kuruma olan bağlılıkları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu vurgulanmıştır. Genç yaş gruplarının sağlık hizmetlerine daha motive yaklaşmaları, ilerleyen yıllarda performansın sürdürülebilmesi için kariyer gelişimi ve destekleyici politikaların önemini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, Erdem ve Yıldız'ın (2017) "Sağlık Sektöründe Kariyer Yönetimi" başlıklı çalışmasında kariyer gelişimi fırsatlarının çalışan motivasyonu üzerindeki etkisi detaylı bir şekilde ele alınmış ve bu konuda çeşitli stratejiler önerilmiştir.

Cinsiyetin memnuniyet ve bağlılık düzeyleri üzerinde anlamlı bir fark yaratmaması, sağlık sektöründe cinsiyet eşitliği açısından olumlu bir gösterge olarak değerlendirilebilir. Ancak, Coşkun'un (2014) çalışmasında da belirtildiği gibi, iş yükü ve sorumluluk dağılımında adaletin sağlanması, cinsiyet fark etmeksizin çalışan memnuniyetini artırmada kritik bir öneme sahiptir. Kadın ve erkek çalışanların benzer memnuniyet düzeylerinde olmaları, sağlık kurumlarının eşitlikçi bir yaklaşımla yönetildiğine işaret edebilir. Kaya ve Demir'in (2018) tarafından yapılan "Sağlık Kurumlarında Cinsiyet Eşitliği" başlıklı çalışmada eşitlikçi yönetim yaklaşımlarının çalışan memnuniyetine katkısını destekleyen bulgular sunmaktadır.

Medeni durumun örgütsel bağlılık üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür. Evli bireylerin daha yüksek bağlılık göstermesi, ailelerinin maddi güvenliği için işlerine daha fazla önem vermeleriyle açıklanabilir. Coşkun'un (2014) çalışmasında da benzer şekilde, aile sorumluluklarının işyerine bağlılık üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Kurumların, aile dostu politikalar geliştirmesi, çalışanların bağlılıklarını artırmak için etkili bir strateji olabilir. Bu konuda Yapıcı ve Arkadaşları (2019) tarafından yapılan araştırmada, aile dostu politikaların çalışan bağlılığına olan olumlu etkileri vurgulanmıştır.

Çalışma sürelerine göre değişime karşı bağlılık düzeylerinde farklılık göstermesi, özellikle 0-5 yıl arasında çalışan bireylerin daha yüksek bağlılık göstermesiyle dikkat çekmektedir. Bu bulgu, iş hayatına yeni başlayan bireylerin motivasyonlarının yüksek olduğunu ve ilerleyen yıllarda bu motivasyonu korumak için kurumların destekleyici politikalar geliştirmesi gerektiğini göstermektedir. Coşkun'un (2014) çalışmasında da uzun süreli çalışanların bağlılıklarının azalmasının, değişim yönetiminin sürekliliği ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Sağlık kurumlarının, uzun süreli çalışanların motivasyonlarını artırmak için kariyer gelişim fırsatları sunması ve çalışma koşullarını iyileştirmesi önemlidir. Bu konuda Öztürk ve Gökçe (2020) tarafından yapılan araştırmada, uzun vadeli çalışan memnuniyeti için stratejik yönetim yaklaşımlarının önemini ortaya koymuştur.

Korelasyon analizi, sağlık politikalarına değişim ile örgütsel bağlılık arasında zayıf da olsa pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Coşkun'un (2014) çalışması, sağlık sektöründeki değişimlerin yalnızca memnuniyeti değil, aynı zamanda kurumların performansını da artırabileceğini vurgulamaktadır. Benzer şekilde, Akıncı ve Yıldırım'ın (2021) sağlık sektöründe değişim yönetimi üzerine yaptığı araştırmada, değişim yönetiminin kurumsal başarıya etkisi detaylı olarak ele alınmış ve bu alanda farklı stratejilerin uygulanması gerektiği belirtilmiştir. Dolayısıyla sağlık kurumları değişime karşı bağlılık düzeylerini artırmak için daha bütüncül stratejiler geliştirmelidir.

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları ve Coşkun'un (2014) çalışması, sağlık sektöründe çalışan bağlılığının artırılmasında değişim yönetiminin kritik bir öneme sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık kurumlarının, çalışanlarının bağlılığını artırmak için kariyer gelişimi, aile dostu politikalar ve destekleyici çalışma koşulları sağlaması gerekmektedir. Ayrıca, sağlıkta dönüşüm programlarının etkin bir şekilde uygulanması hem bireysel hem de kurumsal performansı artıracaktır. Gelecekteki çalışmalar için daha geniş kapsamlı ve uzun vadeli araştırmalar yapılması önerilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının sağlık politikalarındaki değişime karşı düzeyleri ve örgütsel bağlılıkları çeşitli demografik faktörlere göre incelenmiştir. Araştırmanın temel amacı, sağlık çalışanlarının değişime karşı memnuniyet ve bağlılık düzeylerini etkileyen faktörleri anlamak ve bu doğrultuda politika önerileri geliştirmektir. Sağlık hizmetleri sektörü, insan sağlığına doğrudan etkisi nedeniyle memnuniyetin yüksek tutulmasının büyük önem taşıdığı bir alandır. Çalışmada, yaş, cinsiyet, medeni durum, pozisyon ve çalışma süresi gibi faktörlerin, çalışanların memnuniyet ve bağlılıkları üzerindeki etkileri kapsamlı bir şekilde analiz edilmiştir.

Bulgulara göre, yaş grupları arasında devam bağlılığı ve duygusal bağlılık açısından anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Özellikle 26-35 yaş grubunun örgütsel bağlılık puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olması, bu yaş grubundaki bireylerin kariyerlerinde istikrar sağladıkları bir dönemde olmalarıyla açıklanabilir. Öte yandan, 18-25 yaş grubundaki çalışanların devam bağlılığı ve duygusal bağlılık puanlarının daha düşük olması, bu grubun iş deneyimlerinin az olması ve geleceğe dair belirsizlik yaşamalarından kaynaklanabilir.

Cinsiyet açısından yapılan analizlerde, sağlık politikalarındaki değişim, devam bağlılığı, duygusal bağlılık, normatif bağlılık değişkenleri arasında kadın ve erkek çalışanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, sağlık sektöründe cinsiyetin çalışanların bağlılık düzeyleri üzerinde belirleyici bir etken olmadığını göstermektedir. Ancak literatürde yer alan bazı çalışmaların, kadın çalışanların sağlık hizmetlerinde daha fazla duygusal emek harcadığını ve bu durumun bağlılık üzerinde etkili olabileceğini öne sürdüğü göz önünde bulundurulduğunda, gelecekte bu konuda daha kapsamlı araştırmalar yapılması faydalı olabilir.

Medeni durum açısından yapılan analizlerde, evli bireylerin devam bağlılığı ve duygusal bağlılık puanlarının bekar bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Evli bireylerin aile sorumlulukları nedeniyle işlerine daha fazla bağlılık gösterdiği ve iş güvencesine daha fazla önem verdiği düşünülebilir.

Meslek gruplarına göre yapılan analizlerde, sağlık politikalarındaki değişim, devam bağlılığı, duygusal bağlılık ve normatif bağlılık değişkenleri açısından meslek grupları

arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum farklı meslek gruplarında çalışanların genel olarak benzer çalışma koşullarına sahip olduklarını göstermektedir.

Çalışma sürelerine göre yapılan analizlerde, sağlık politikaındaki değişim ve normatif bağlılık açısından anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Özellikle 0-5 yıl kıdeme sahip çalışanların bağlılık düzeylerinin daha yüksek olması, iş hayatının başlangıcında olan bireylerin motivasyonlarının yüksek olması ve yeni işe başlamanın getirdiği heyecandan kaynaklanabilir. Normatif bağlılık açısından 16-20 yıl kıdeme sahip çalışanların daha yüksek puan alması, bu gruptaki bireylerin uzun yıllar boyunca aynı kurumda çalışmalarını nedeniyle kurumsal normları daha fazla içselleştirmiş olmalarıyla açıklanabilir.

Korelasyon analizine göre, sağlık politikalarındaki değişim ile normatif bağlılık arasında güçlü bir pozitif ilişki bulunmuştur. Bu sonuç, sağlık politikalarında değişim puanları arttığı durumlarda normatif bağlılık düzeyinin de artabileceğini göstermektedir. Devam bağlılığı ile duygusal bağlılık değişkenleri arasında güçlü pozitif ilişkiler bulunmuş, bu durum çalışanların duygusal olarak işlerine bağlandıkça ve işlerine yatırım yaptıkça örgütsel bağlılıklarının da arttığını göstermektedir.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçlarına dayanarak, sağlık çalışanlarının değişime karşı bağlılıklarını artırmak için bazı öneriler sunulabilir. Öncelikle, genç çalışanlar için destekleyici politikalar geliştirilmesi, onların işlerine olan motivasyonlarını artırabilir. Ayrıca, evli çalışanlar için aile dostu politikalar geliştirerek bağlılıklarının artırılması sağlanabilir. Çalışma süresi uzadıkça bağlılığın azaldığı göz önünde bulundurularak, uzun süreli çalışanlara yönelik motivasyon artırıcı programlar uygulanabilir. İç iletişim ve destek mekanizmalarının güçlendirilmesi de çalışanların bağlılıklarını artırmak için etkili bir strateji olabilir.

Bu araştırma, sağlık sektöründe çalışanların değişime karşı bağlılık düzeylerini anlamak ve bu doğrultuda geliştirilecek politikalara katkı sağlamak açısından önemli bulgular sunmaktadır. Gelecek çalışmalarda, farklı sektörler ve daha geniş örneklem grupları üzerinde benzer analizler yapılarak, sonuçların genelleştirilebilirliği test edilebilir. Ayrıca, çalışanların değişime karşı bağlılıklarını etkileyen faktörleri daha iyi anlamak için nitel araştırma yöntemleriyle derinlemesine görüşmeler yapılabilir. Böylece, sağlık sektöründe çalışanların bağlılıklarını artırmak için daha etkili stratejiler geliştirilebilir.

7. KAYNAKLAR

- Acar, E. (2019). Taşeronlaşmanın sağlık çalışanlarında örgütsel adalet ve örgütsel bağlılık üzerindeki etkisi: Çanakkale'de bir uygulama. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Çanakkale.
- Ak, B., & Sevin, H. (2000). Hizmet sektörünün genel yapısı ve sağlık hizmetlerinin özellikleri. 1. ulusal sağlık idaresi kongresi kitabı. Ankara: Minpa Matbaacılık.
- Aka, B. (2017). Kamu ve özel sektörde çalışan yöneticilerin kuşak farklılıkları ve örgütsel bağlılık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: İzmir İlinde Bir Araştırma. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi. İzmir.
- Akdağ, R. (2012). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu. (2003-2011) Herkes İçin Sağlık. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akdur R. (2006). Sağlık sektörü temel kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde durum ve Türkiye'nin uyumu. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akdur, R. (1998). Çağdaş sağlık ve sağlık hizmetleri kavramları bu kavramlara etki eden dinamikler. Ankara: Halk sağlığı, antıp aş tıp kitapları ve bilimsel yayınlar.
- Aksakoğlu, G. (2003). Dünya sağlık örgütü ve sağlık politikalarında değişim, sol 2003, 199:41-45.
- Aksoy, M. ve Subaşı, A. T. E. (2015). "Quality and worker satisfaction in health care services: in Diyarbakir". *The Russian Academic Journal*, 31 (1), 27-33.
- Aktel, M., Altan Y., Kerman U., Eke E., (2013), "Türkiye'de sağlık politikalarının dönüşümü: programı: Sağlık Bakanlığının taşra örgütlenmesi üzerinden bir analiz", *Sosyal Bilimler Dergisi*,
- Allen, N. J. & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *journal of occupational psychology*, 63, 1-18.
- Altay, A. (2019). İşletmelerde örgütsel güvenin örgütsel bağlılık üzerindeki etkisi: beyaz eşya bayileri üzerinde bir araştırma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Arbak, Y. ve Kesken, J. (2005). Örgütsel bağlılık sağlık hizmetlerinde sürekli gelişim için davranışsal yaklaşım. birinci baskı, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, s.368.
- Arslan, R. ve Efe, D. ve Aydın, E. (2013) Duygusal zeka ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişki: sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma, *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 5(3), s. 169-180.
- Aslan, M., ve Bakır, A. A. (2014). Öğretmenlerin okullarındaki örgütsel bağlılığa ilişkin görüşleri. *The journal of academic social science studies*, 25(1), 189-206.
- Aslan, Ş. (2008). "Örgütsel vatandaşlık davranışı ile örgütsel bağlılık ve mesleğe bağlılık arasındaki ilişkilerin araştırılması". *Yönetim ve ekonomi dergisi*, 15(2), ss.163- 178.
- Avcı, A. (2017). Örgütsel bağlılık: kavramsal çerçevesi ve eğitim örgütleri açısından etkileri. *Journal Of Turkish Studies*, 12(6), 55-76. <https://doi.org/10.7827/turkishstudies.11535>
- Ay, F. A. (2013). Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler. Nobel tıp kitapevleri ltd. şti.
- Balay, R. (2000). "Özel ve resmi liselerde yönetici ve öğretmenlerin örgütsel bağlılığı", (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Balay, R. (2000). Yönetici ve öğretmenlerde örgütsel bağlılık. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara. 1.Baskı, s.: 50-65.
- Balay, R. (2014). Örgütsel bağlılık. Ankara: Nobel Kitapevi.
- Balay, R. (2014). Yönetici ve öğretmenlerde örgütsel bağlılık. Ankara: Pegem Akademi.
- Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expanded chronic care model. *Hosp Q*, 7(1), 73-82.
- Başar, U. ve Basım, N. (2015). "Effects of organizational identification on job satisfaction: moderating role of organizational politics". *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 22 (2), ss.663-683.
- Başaran, İ. E. (2000). Yönetim. Ankara: Feryal Matbaası.

- Bayram, K. Örgüt kültürünün örgütsel bağlılık ve tükenmişlikle ilişkisi. Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi . İstanbul, (2019).
- Bayram, L. (2005). "Yönetimde yeni bir paradigma: örgütsel bağlılık", *Sayıştay Dergisi*, Sayı 59, Ss. 125-139.
- Becker, H. S. (1960). Notes on the concept of commitment. *American Journal of Sociology*, 66, 32-42.
- Bolat, O. İ. ve Bolat, T. (2008). Otel işletmelerinde örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışı ilişkisi. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(19), 75-94.
- Boylu, Y., Pelit, E. ve Güçer, E. (2007). "Akademisyenlerin örgütsel bağlılık düzeyleri üzerine bir araştırma". *Finans, Ekonomi ve Ekonomik Yorumlar Dergisi*, 44(511), ss.55- 74.
- Boz, D., Duran, C. ve Uğurlu, E. (2021). Örgütsel bağlılığın iş performansına etkisi. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(1), 345-355.
- Bozkurt, F. (2007). "Denizcilik sektöründe çalışan gemi adamlarının demografik özellikleri ile örgütsel bağlılık, örgütsel vatandaşlık davranışı ve algılanan örgütsel destek düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik bir araştırma", (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Brendan, M. (1994). "Özelleştirme kamu yararına mı?" Türk Harb-İş Sendikası Yayını: Ankara.
- Broadbent, J. and Laughlin, R. (2005). The role of pfi in the uk governments modernisation agenda. *Financial Accountability and Management*, 21, 1.
- Broadbent, J. and Richard, L. (2003). public private partnerships: an introduction. *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 16, 3, 332-341.
- Brown, B.B. (2003). "Employees organizational commitment and their perception of supervisors". *Relations-Oriented and Task Oriented Leadership Behaviors*, State University, 52.
- Budak, T. (2009). İlköğretim okullarında görev yapan kadrolu ve sözleşmeli öğretmenlerin örgütsel bağlılıkları (kocaeli ili örneği). Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Celep, C. (2000). Teachers' Organizational commitment in educational organizations. *National Forum of Teacher Education Journal*, 10(3), 1-22.
- Cengiz, A. A. (2001). Kişisel özelliklerin örgütsel bağlılık üzerindeki etkileri ve Eskişehir'de sağlık personeli üzerinde bir uygulama. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Choi, D., Oh, I. S. and Colbert, A. E. (2015). understanding organizational commitment: a metaanalytic examination of the roles of the five-factor model of personality and culture. *Journal Of Applied Psychology*, 100(5), 1542.
- Cohen, A. (2007). Commitment before and after: an evaluation and reconceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 17(3), 336-354. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2007.05.001>
- Cohen, A. (2014). Organizational commitment theory. İçinde *Encyclopedia of Management Theory*, 526-529. SAGE Publications. <http://rgdoi.net/10.13140/2.1.4327.4881>
- Conk, Z., Başbakkal, Z. ve Yardımcı, F. (2013). Çocuk sağlığına genel bakış. Editör: Pediatri Hemşireliği, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, Türkiye.
- Çağlar K. Nazan Ü., Tuba A. ve Çağrı Y., "Avrupa'da ve Türkiye sağlık politikaları", 2008, Birinci Baskı, s.55
- Çakı, N. (2018). Önsan kaynakları yönetim uygulamalarının örgütsel bağlılık üzerindeki etkisi: Pilotlar üzerine bir alan araştırması. Gazi Üniversitesi Doktora Tezi. Ankara.
- Çakmak, K. Ö. (2011). Çalışma yaşamında güncel gelişmeler doğrultusunda değişen kariyer yaklaşımları ve örgüte bağlılığa etkisine ilişkin bir araştırma [Yayınlanmamış doktora tezi]. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çoban, H. Sağlık ekonomisi ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması. Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Maliye Anabilim Dalı, İzmir, (2009).
- Dalkılıç, E. (2017). Stanford işte varolamama ölçeğinin türkçe'de geçerlik ve güvenilirliği: hemşireler üzerinde bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, (2017).

- Demirel, Y. (2009). örgütsel bağlılık ve üretkenlik karşıtı davranışlar arasındaki ilişkiyekavramsal yaklaşım. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(15), 115-132.
- Demirgil, A. (2008). İşletmelerde mobbing uygulamaları ile örgütsel bağlılık ilişkisinin incelenmesine yönelik bir araştırma. Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Dikici, M.F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoglu, A.S. ve Yarış, F. (2007). Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplinin tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27:412-418.
- Doğan, S. & Kılıç, S. (2007). Örgütsel bağlılığın sağlanmasında personel güçlendirmenin yeri ve önemi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Sayı: 29, Sayfa: 37-61.
- Dolapoğlu, N. (2018). Toplam kalite yönetimi ile çalışan memnuniyeti ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin belirlenmesi: Devlet ve özel hastane örneği. İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Duygulu, S. ve Abaan, S. (2007). “örgütsel bağlılık: çalışanların kurumda kalma ya da kurumdan ayrılma kararının bir belirleyicisi”. *Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 14(2), ss.66-69.
- ER, Ü., (2011), Sağlıkta dönüşümün aracı genel sağlık sigortası, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Erdoğan, F. B. ve Sökmen, A. (2019). Örgütsel bağlılık ile iş tatmini ve işten ayrılma niyeti ilişkisinde örgütsel vatandaşlık davranışının aracılık rolü. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 7(1), 244-264.
- Eren, E. (2007). Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul. 13. Baskı, s.: 60-73.
- Eren, N. (2000). Sağlık yönetimine giriş. 216
- Ertaş, H. ve Çiftçi Kıraç, F. (2017). Küreselleşmenin sağlık sistemleri ve politikaları üzerine etkileri. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:17, Sayı:3.
- Ertürk, R. ve Aydın, B. (2016). Öğretmenlerin iş motivasyonları ile örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişki. *Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi*, 9, 147-173.
- Etzioni, A. (1975). Comparative analysis of complex organizations. New York: Free Press.
- Gangai, N. K. and Agrawal, R. (2015). Job Satisfaction And Organizational Commitment: Is it Important For Employee Performance. *International Journal of Management And Business Research*, 5(4), 269-278.
- Gedik, A. ve Üstüner, M. (2017). Eğitim örgütlerinde örgütsel bağlılık ve iş doyumunu ilişkisi: Bir meta analiz çalışması. *E-Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 41-57.
- Gider Ö., Şimşek G., Ocağ S. ve Top M. (2011). “Hastane organizasyonlarında örgütsel bağlılık ve iş doyumunun analizi: hemşireler ve tıbbi sekreterler üzerine bir araştırma”. *Öneri Dergisi*, 9(35), ss.93-101.
- Goldman, H. ve Mukovus, S. (1991). dividing the pie between public and private. r.l. kemp (ed.), privatization: the provision of public services by the private sector, McFarland And Company, Inc., Publishers, USA.
- Gül, H. (2002). Örgütsel bağlılık yaklaşımlarının mukayesesi ve değerlendirmesi. *Ege Academic Review*, 2(1), 37-56.
- Güler, Ç. (1987). Sağlık Eğitimi (3 B.). Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
- Günce, S. (2013). İlköğretim okullarında örgütsel adalet ile örgütsel bağlılık ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Harran Üniversitesi.
- Gündoğan, T. (2009). Örgütsel Bağlılık: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası uygulaması. Uzmanlık Yeterlilik Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası İnsan Kaynakları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Gündoğan, T. (2010). İş tatmini ve örgütsel bağlılık: bir insan kaynakları bölümünde uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara Üniversitesi.
- Güvercin, A., H. İ. Mil, B. Tarım. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*.
- Hayran, O. (2006). Küresel sağlık sorunları ve sağlık diplomasisi. sağlık düşüncesi ve tıp kültürü platformu, <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilar/494/Kuresel-saglik-sorunlari-vesaglik-diplomasisi.aspx>

- Hayran, O. (2019). Koruyucu hizmetler sağlık harcamalarını azaltabilir mi? *Journal of BSHR*, 2019;3(3): 170-175.
- Hemming, R. (2006). Public-private partnerships, government guarantees, and fiscal risk. international monetary fund, Washington D.C.
- Hoş, C. ve Oksay, A. (2015). "Hemşirelerde örgütsel bağlılık ile iş tatmini ilişkisi, Süleyman Demirel Üniversitesi". *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(4), ss.1- 24.
- Hunt, X., Carew, M. T., Braathen, S. H., Swartz, L., Chiwaula, M., & Rohleder, P. (2017). The Sexual And Reproductive Rights And Benefit Derived From Sexual And Reproductive Health Services Of People With Physical Disabilities In South Africa: Beliefs Of NonDisabled People. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 66-79.
- İnce, M. ve Gül, H. (2005). Yönetimde yeni bir paradigma: örgütsel bağlılık. Ankara: Çizgi Kitabevi Yayınları.
- Kahraman, A. ve Bolışık, B. (2014). Küreselleşmenin çocuk sağlığına etkileri. *The Journal Of Pediatric Research*, 1(3): 108-12.
- Kapani, M. (2012). Politika Bilimine Giriş. Ankara: Bilgi Yayınları.
- Karakaş, M. (2020). Covid-19 Salgınının çok boyutlu sosyolojisi ve yeni normal meselesi. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, 40(1): 541-573
- Karataş, S. ve Güleş, H. (2010). İlköğretim okulu öğretmenlerinin iş tatmini ile örgütsel bağlılığı arasındaki ilişki. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 74-89.
- Karayazı, T. (2020). Beden eğitimi öğretmenlerinin atanma usüllerine göre örgütsel bağlılık, mesleki stres ve diğer kamalık düzeylerinin incelenmesi. Doktora Tezi, Kütahya Dumlupınar Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kütahya.
- Karayiğit, K. Y. (2008). Örgütsel özdeşleşme ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişkiler üzerine bir araştırma. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir
- Kavak, B., ve Yılmaz, İ. (2003). Kritik olaylar tekniğinin otel işletmelerindeki hizmet kalitesinin ölçümü ve iyileştirilmesinde kullanılabilirliği: Servqual Tekniği İle Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. *Daii Turizm Araştırmaları Dergisi*, Bahar-Güz, Cilt 4, Sayı 1-2, S. 13-35.
- Kavuncubaşı, Ş. (2013). Hastane organizasyonu içinde hastane yönetimi. H. Sur, & T. Palteki. içinde İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Kavuncubaşı, Ş., & Kısa, A. (2011). N. Tokgöz içinde, Sağlık kurumları yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1178.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2010). Hastane ve sağlık kurumları yönetimi. Ankara: Siyasal Yayın-Dağıtım
- Kılıçaslan, S. (2010). Örgütsel adalet algısı ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişkilere kurumsal bir yaklaşım. İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Koç, H. (2009). "Örgütsel bağlılık ve sadakat ilişkisi", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 8, Sayı 28, Ss. 200-211.
- Krishna, V. ve Marquardt, M. J. (2007). A framework for the development of organizational commitment using action learning. online submission. International Research Conference in The Americas of the Academy of Human Resource Development, Indianapolis. <https://eric.ed.gov/?id=ED504566>
- Kubar, Y. (2018). Teorik açıdan sağlık ekonomisi analizi. teoride ve uygulamada sağlık ekonomisi ve politikaları güncel sorunlar ve araştırmalar içinde, yazar Özge Uysal Şahin ve Nilay Köseoğlu. Çanakkale: Rating Academy Yayınları.
- Labonte, R. ve Schrecker, T. (2006). Globalization and social determinants of health: analytic and strategic review paper. Canada: Ottawa Institute Of Population Health.
- Lim, T. (2010). Relationships among organizational commitment, job satisfaction, and learning organization culture in one korean private organization. *Asia Pacific Education Review*, 11(3), 311-320.

- Lumley, E. J., Coetzee, M., Tladinyane, R. and Ferreira, N. (2011). exploring the job satisfaction and organisational commitment of employees in the information technology environment. *Southern African Business Review*, 15(1), 100-118.
- Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology*. The Free Press.
- Mermer Üzümlü, A. (2019). çalışanların örgütsel bağlılığını etkileyen faktörler üzerine projektif bir çalışma. *Ata İlet Dergisi*, Sayı: 17, Sayfa: 111-132.
- Meyer, J. P. ve Allen, N. J. (1984). Testing the “side-bet theory” of organizational commitment: Some methodological considerations. *Journal of Applied Psychology*, 69(3), 372-378. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.69.3.372>
- Meyer, J.P. and Allen, N.J. (1991). “A Three- Component Conceptualization of Organizational Commitment”. *Human Resource Management Review*, 1(1), ss.61-89.
- Mimaroğlu, H. (2008). Psikolojik sözleşmenin personelin tutum ve davranışlarına etkileri: Tıbbi satış temsilcileri üzerinde bir araştırma. Adana Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi.
- Mowday, R. T., Steers, R. M. ve Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-247.
- Mowday, R.T., Lyman, W.P., Richard, M.S. (1982). Employee- organization linkages. the psychology of commitment, absenteeism and turnover. Academic Press. New York, London. 1nd Ed., s.: 18-27.
- Nagar, K. (2012). Organizational commitment and job satisfaction among teachers during times of burnout. vikalpa: the journal for decision makers, 37(2), 43-60. <https://doi.org/10.1177/0256090920120205>
- Oral, A.İ. (2003). ABD ve İngiltere kamu sağlık sigortası programları üzerine karşılaştırmalı bir değerlendirme. *T.C. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:2, Sayı:2.
- O'Reilly, C. A., ve Chatman, J. (1986). Organizational commitment and psychological attachment: the effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 492.
- Orhan, Ö. ve Şahin, Y.E. (2006). Küreselleşme süreci ve türkiye’de sağlık politikaları. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı.
- Ostry, S. (2000). The uruguay round north-south grand bargain: implications for future negotiations, the political economy of international trade law. minnesota: The Political Economy Of International Trade Law University.
- Ostry, S. (2002). Globalization and the g8: could kananaskis set a new direction? Canada: Queen’s University.
- Önal, E.A. (2015). “Türkiye’de sağlık politikaları”. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Sunum Transkripti. <http://slideplayer.biz.tr/slide/1891796/>
- Özgör, H. (2019). Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyleri ve verimlilik tutumları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi . İstanbul.
- Özkan, U. (2019). "Konaklama işletmelerinde çalışanların iş tatmini algılarının örgütsel bağlılıkları üzerindeki etkisi", (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özmen, R. (2016). Tıp ve sağlık mevzuatı (Cilt 7. Baskı). Seçkin Yayıncılık San.Ve Tic.A.Ş.S.
- Öztürk, B. (2019). Sağlık alanı meslek dersi öğretmenlerinin örgütsel bağlılık ve iş tatmin düzeylerinin incelenmesi: Ankara İli Örneği. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Büro Eğitimi Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Öztürk, M. (2013). Örgütsel bağlılık ve sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeyleri (Kırklareli örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi . İstanbul.
- Öztürk, M. (2017). Örgütsel bağlılık ve sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeyleri (Kırklareli örneği). Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Beykent Üniversitesi,
- Parsons, T. (2001). Sağlık ve hastalık: sosyolojik bir eylem perspektifi. Çev. T. Kurtarıcı, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, Toplumbilim, 13, 99-107.
- Penley, L. E., ve Gould, S. (1988). etzioni's model of organizational involvement: a perspective for understanding commitment to organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 9(1), 43-59.

- Powell, D., ve Meyer, J. (2004). Side-bet theory and the three-component model of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 65, 157-177
- Randall, D. (1987). "Commitment and the organization: the organization man revisited", *The Academy Of Management Review*, Cilt 12, Sayı 3, Ss. 460- 471.
- Recep A., "Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı ilerleme raporu", Ankara2008, s.20
- Rose, R. C., Kumar, N. and Pak, O. G. (2009). The effect of organizational learning on organizational commitment, job satisfaction and work performance. *journal of applied Business Research*, 25(6), 55-66.
- Sabuncuoğlu, E. T. (2007). Eğitim, örgütsel bağlılık ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 7(2), 613-628.
- Sağcan, A. (2013). Özel dershanelerde görev yapan öğretmenlerin iş tatminleri ve örgütsel bağlılıkları arasındaki etkileşim ile ilgili bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uşak Üniversitesi.
- Salancik, G. R. (1977). Commitment is Too Easy. *Organizational Dynamics*, 6(1): 62-80.
- Sargutan, A. E. (2005). "Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Sayım, F. (2009). Sağlık hizmetleri ve sağlık sektörünün piyasa yapısı. Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi içinde, yazan Ali Coşkun ve Ahmet Akın. Ankara: Seçkin Yayınları'ndan uyarlandı.
- Sevinç, İ. ve Şahin, A. (2012). Kamu çalışanlarının örgütsel bağlılığı: karşılaştırmalı bir çalışma. *Maliye Dergisi*, 162, 266-281.
- Sheldon, M. E. (1971). Investments and Involvements as Mechanisms Producing Commitment to the Organization. *Administrative Science Quarterly*, 16(2), 143-150. <https://doi.org/10.2307/2391824>
- Somunoğlu, S. (1999). "Kavramsal açıdan sağlık". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 4 (1), 51-62.
- Soyluoğlu, B. (2003). Çağdaş sağlık anlayışı., Erişim 9.09.2022 <http://bilheal.bilkent.edu.tr/aykonu/Ay2003/kasim03/cagdassaglik.html>, Bilkent Üniver., Eğitimi Sempozyumu, 23-26 Nisan, Gebze.
- Sözen, C., ve Özdevecioğlu, M. (2002). Sağlık hizmetlerinde ve işletmelerinde yönetimi. Ankara: Nobel Yayınları
- Sürücü, L. & Maşlakçı, A. (2018). Örgütsel bağlılık üzerine kavramsal inceleme. *International Journal of Management and Administration*, Sayı: 3, Sayfa: 49-65.
- Şenatarlar, B. (2003). Sağlık ekonomisine genel bir bakış. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* s. 1.
- Şenel Tekin, P. (2017). Küresel kamu özel ortaklığı uygulamaları ve Türkiye sağlık sektörü açısından bir değerlendirme. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:16, Sayı:2.
- Tarım, M. (2009). A. Coşkun, & A. Akın içinde, Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. Sağlık Hizmetleri Yönetim Rehberi (s. 65-89). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tatar, M. (2006). Sağlık politikası ve planlaması. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü Açık Kaynak. <http://www.belgeler.com/blg/29qs/salik-poltkasi-ve-planlamasi>
- Tekçam, M. (2015). Kurum içi iletişimin örgütsel bağlılığa etkisi üzerine gübre sektöründe bir araştırma. Marmara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Tekin, F. (1987). "Türkiye' de sağlık hizmetleri ve finansmanı". *Eskişehir Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(1), 263- 298.
- Tekingündüz, S., Kurtuldu, A. ve Işık Erer, T. (2016). Sağlık hizmetlerinde eşitsizlik ve etik. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8 (4), 32-43.
- Tengilimlioğlu, D., Akbolat, M., & Işık, O. (2015). Sağlık işletmeleri yönetimi. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Ticaret LTD.ŞTİ.
- Tengilimoğlu vd., (2018). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayıncılık, Ankara. ss: 74
- Tengilimoğlu, D. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Karması Elemanları ve Özellikleri. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 55(1), 187-202.

- Tepe, A. (2004). Örgütsel iletişimin örgütsel bağlılığa etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Terris, M. (1992). Concepts Of Health Promotion:Dualities İn Public Health Theory. *Journal Of Public Health Policy*, 13(3), S. 267-276.
- Tetik, S. (2012). Sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerini belirlemeye yönelik bir araştırma, *Sosyal Ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4(1), s. 275-286.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1961), 49. Madde. (Resmi Gazete Tarihi: 20.07.1961 Resmi Gazete Sayısı: 10859). <https://www.anayasa.gen.tr/1961ay.htm>
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982), 56. Madde. (Resmi Gazete Tarihi: 09.11.1982 Resmi Gazete Sayısı: 17863 (Mükerrer))://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.doc#:~:text=Madde%2056%20E2%80%93%20Herkes%2C%20sa%C4%9F1%C4%B1k%C4%B1%20ve,%C3%B6nlemek%20Devletin%20ve%20vatanda%C5%9Flar%C4%B1n%20C3%B6devidir. 73
- Ulutürk, S. (2015). Sağlık Ekonomisi, sağlık statüsü, sağlığın ölçülmesinde kullanılan ölçütler ve önemi: Türkiye örneği. *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar* c. 52 s. 603: 47-63.
- Ünal E., “Sağlıkta dönüşümün aracı genel sağlık sigortası”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,2011, Ankara
- Ünsal, E. (2000). sağlık mal ve hizmetlerinde piyasa aksaklıkları. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Vagerö, D. (1995). Health Inequalities as Policy Issues – Reflections on Ethics, Policy and Public Health. *Sociology of Health & İlness*, 17 (1).
- WHO (1999). Health 21: the health for all policy framework for the who european region Denmark. <http://www.euro.who.int/data/assests/pdf-file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf>
- WHO (2002). World Health Report 2002. http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_ch4.pdf.
- WHO (2008). Closing the Gap in a Generation Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf,
- Wiener, Y. (1982). Commitment in organizations: a normative view. *the academy of management review*, 7(3): 418-428.
- World Health Organization. (2009). Basic documents, 47th ed. World Health Organization. Erişim 05.09.2022, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44192>.
- Yalçın, A. ve İplik, F. N. (2005). “Beş yıldızlı otellerde çalışanların demografik özellikleri ile örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma: Adana ili örneği”. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(1), ss.395- 412.
- Yazgan, M. (2009). Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesinin sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti alan taraflarca değerlendirilmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Yeginboy, Y., Sayın, Ş.K., (2008), “Cumhuriyet döneminden günümüze sağlık politikaları ve sorunları”. 2.ulusal İktisat kongresi, İzmir.
- Yıldırım, H. ve Menderes, T. (2000). Karşılaştırmalı Sağlık sistemleri: Türkiye için çıkarılacak dersler. I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi, 20-21 Mayıs, Ankara, http://www.absaglik.net/hhy_kss.pdf.
- Yıldız, H. H. (2019). Düzce acil sağlık hizmetleri çalışanlarının etik iklim algılarının örgütsel güven ve örgütsel bağlılık ile ilişkisi. Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi . Düzce.
- Yıldız, H. ve Turan, M. (2010). Küreselleşme ve sağlık. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 36(1), 39-41.
- Yıldız, K. (2013). Örgütsel bağlılık ile örgütsel sinizm ve örgütsel muhalefet arasındaki ilişki. *Electronic Turkish Studies*, 8(6), 853-879.
- Yıldız, N. (2008). Neoliberal küreselleşme ve eğitim. *D.Ü. Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11, 13-32.
- Yorulmaz, A. ve Çelik, S. (2016). İlkokul öğretmenlerinin örgütsel bağlılık, örgütsel sinizm ve örgütsel vatandaşlık davranışları arasındaki ilişki. *Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 161-193.

Yusuf A., “Sosyal güvenlik reformu ile ilgili gelişmeler (2008-2016)”, *Sosyal Siyasal Konferans Dergisi*,2011-2012, Sayı;68, s.4-23

Zaei Mansour, E. (2014). Globalization of national policy-making: an international perspective. *Viesojı Politika Ir Administrawımas Public Policy and Administration*, 13(2), 331-340.

8. EKLER

8.1. EK 1 Anket formu

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetleri ve politikalarındaki değişikliklerin sağlık çalışanlarının örgütsel bağlılıkları üzerine etkisini ölçmek amacıyla yüksek lisans tezi kapsamında yapılmaktadır. Cevaplarınız bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Vereceğiniz samimi cevaplar araştırmanın amacına ulaşmasında önem arz etmektedir. Kişisel bilgilerinizi lütfen yazmayınız.

Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Aydan YÜCELER
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimler Fakültesi
Öğretim Üyesi

Tezi Hazırlayan

Azime DEMİR DERER
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrenci

A- Sosyo-demografik Bilgiler:

1. *Yaşınız:*

2. *Cinsiyetiniz:*

1.() Kadın 2.() Erkek

3. *Medeni Durumunuz:*

1.() Evli 2.() Bekar

4. Çalıştığınız hastanedeki pozisyonunuz nedir?

1. () Hekim
2. () Hemşire/ ATT/ Sağlık Memuru
3. () Tıbbi Sekreter
4. () Veri Hazırlama Kontrol İşletmeni
5. () Eczacı
6. (Pozisyonunuz yukarıdaki şıklardan biri değilse buraya yazabilirsiniz).

5. Kaç yıldır bu hastanede çalışıyorsunuz?

1. () 0-5 yıl
2. () 6-10 yıl
3. () 11-15 yıl
4. () 16-20 yıl
5. () 21 yıl ve daha fazla

6. Eğitim durumunuz:

1. () Lise
2. () Ön Lisans
3. () Lisans
4. () Yüksek Lisans
5. () Doktora

B- Değişime İlişkin Sorular:

N O	Aşağıda çalıştığınız kuruma yönelik çeşitli ifadeler yer almaktadır. Lütfen her bir ifadeye kriterler doğrultusunda yanıt veriniz.	Kesinlikle	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle
		Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Katılıyorum
1.	Sağlık reformlarının kamu yararı ve toplumsal fayda açısından insan onuru, hakkaniyet, dayanışma ve meslek ahlakı kurallarına dayandırıldığına katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
2.	Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün teknolojik gelişmeler olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
3.	Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün ekonomik gelişmeler olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
4.	Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün vatandaşların beklentilerinde meydana gelen değişimler olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
5.	Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün finans harcamalarındaki düzenlemeler olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
6.	Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktör Sivil Toplum Kuruluşlarının çalışmaları olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5

7.	Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın değişim reformları yapmaya sebep olan faktör Uluslararası Kuruluşlar olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
8.	Kamu yararının artırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nın değişim reformları yapmasına sebep olan faktörün kamudaki yönetim anlayışının vatandaş tarafından sorgulanması olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
9.	Kamu kurumlarında oluşturulan değişim ve dönüşüm programlarının Afyonkarahisar ilinde toplumsal fayda sağladığına ve kamu yararını artırdığına inanıyor musunuz?	1	2	3	4	5
10.	Kamu yararının artırılması ve toplumsal faydanın gelişim ve dönüşümünün kamu kurumlarında öngörülen kurumsal gelişim ve dönüşümle paralellik arz ettiğine inanıyor musunuz?	1	2	3	4	5
11.	Sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Afyonkarahisar ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Aile Hekimliği uygulaması alanında olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
12.	Sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Afyonkarahisar ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Hastanelerin Birleştirilmesi olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
13.	Sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Afyonkarahisar ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Acil Sağlık Hizmetlerinin gelişimi olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5

14.	Sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Afyonkarahisar ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Akılcı İlaç Yönetimi olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
15.	Sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Afyonkarahisar ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Genel Sağlık Sigortasının tesis edilmesi olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
16.	Sağlık hizmetleri kapsamında yapılan ve Afyonkarahisar ilinde kalıcı olacağına inandığınız en önemli değişim çalışmasının Sağlık Bilgi Sisteminin oluşturulması olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
17.	Sağlık hizmetlerindeki reformlar sonrasında öngörülen sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine ve sonrası dönemde kalıcı etki bırakacağına inanıyor musunuz?	1	2	3	4	5
18.	Kurumunuzda değişime ihtiyaç duyulması durumunda değişimin gerekli olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
19.	Kurumsal değişim ve reform çalışmalarının devamlılığının, sağlık hizmetlerinin kalıcılığına katkı sağladığına inanıyor musunuz?	1	2	3	4	5
20.	Sağlık konusunda oluşturulan reformların kalıcı olmasına, çalışanların direnç göstermelerinin etki ettiğine katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
21.	Sağlık Bakanlığı'nın reform çalışmalarının zamanlamasının uygun olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
22.	Afyonkarahisar ilinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmeti alımı konusunda yaşayabileceği eşitsizliklerin ortadan kalkmasında, Sağlık Bakanlığı'ndaki sağlık çalışanlarının motivasyonlarının artması/azalması konusun etkili olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5

23.	Afyonkarahisar ilinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmet alımı konusunda yaşayabileceği eşitsizliklerin ortadan kalkmasında, Sağlık Bakanlığı'ndaki Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin geliştirilmesinin etkili olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
24.	Afyonkarahisar ilinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmet alımı konusunda yaşayabileceği eşitsizliklerin ortadan kalkmasında en etkili reformun, Sağlık Bakanlığı'ndaki Hizmet Kalitesinin Yükseltilmesi olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
25.	Afyonkarahisar ilinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmet alımı konusunda yaşayabileceği eşitsizliklerin ortadan kalkmasında, Sağlık Bakanlığı'ndaki sağlık hizmetlerindeki reformlarının en çok Sağlık Bakanlığı'nın planlama, düzenleme ve denetleme rolünün güçlendirilmesi olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
26.	Afyonkarahisar ilinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmet alımı konusunda yaşayabileceği eşitsizliklerin ortadan kalkmasında, Sağlık Bakanlığı'ndaki sağlık hizmetlerindeki reformlarının en çok Tedavi Edici ve Rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
27.	Kurumunuzun devamlı bir değişim içinde olduğu görüşüne katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
28.	Kurumunuzun çoğunlukla kriz durumunda bir değişim içine girdiğine katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
29.	Kurumunuzun çoğunlukla hükümet kararıyla bir değişim içine girdiğine katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
30.	Kurumunuzun çoğunlukla rekabet durumunda bir değişim içine girdiğine katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5

31.	Kurumunuzun çoğunlukla sivil toplum kuruluşları etkisi ile değişim içine girdiğine katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
32.	Kurumunuzun çoğunlukla nedensiz bir şekilde bir değişim içine girdiğine katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
33.	Sağlık hizmetlerinde yapılan reformların Afyonkarahisar ilinde yaşayan vatandaşlar arasında sağlık hizmeti alımında yaşanan eşitsizlikleri ortadan kaldırdığına inanıyor musunuz?	1	2	3	4	5
34.	Kurumunuzdaki değişime olan direncin kaynağının çalışanların yeni duruma uyacak kapasitesi olmamasından kaynaklandığına inanıyor musunuz?	1	2	3	4	5
35.	Kurumunuzdaki değişime olan direncin kaynağının çalışanların işlerini kaybedecekleri korkusundan kaynaklandığına inanıyor musunuz?	1	2	3	4	5
36.	Kurumunuzdaki değişime olan direncin kaynağının çalışanların mevcut gelirlerini kaybedecekleri korkusundan kaynaklandığına inanıyor musunuz?	1	2	3	4	5
37.	Kurumunuzdaki değişime olan direncin kaynağının çalışanların değişimin içeriği hakkında yeterli bilgi sahibi olmamalarından kaynaklandığına inanıyor musunuz?	1	2	3	4	5
38.	Kurumunuzdaki değişime olan direncin kaynağının yönetime güven duyulmamasından olduğuna inanıyor musunuz?	1	2	3	4	5
39.	Sağlık reformlarının neden olduğunu düşündüğünüz sorun veya sorunların çözümü için köklü değişimin gerektiğine katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5

40.	Sağlık reformlarının neden olduğunu düşündüğünüz sorun veya sorunların çözümü için değişimin derhal uygulanmasının gerektiğine katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
41.	Sağlık reformlarının neden olduğunu düşündüğünüz sorun veya sorunların çözümü için değişimden etkilenenlerin görüşleri çerçevesinde hareket etmenin gerektiğine katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5
42.	Sağlık reformlarının neden olduğunu düşündüğünüz sorun veya sorunların çözümü için değişme öncesi duruma dönmenin gerekli olduğuna katılıyor musunuz?	1	2	3	4	5

C- Örgütsel Bağlılığa İlişkin Sorular

NO	Aşağıda çalıştığınız kuruma yönelik çeşitli ifadeler yer almaktadır. Lütfen her bir ifadeye kriterler doğrultusunda yanıt veriniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Kariyerimin kalan kısmını bu kurumda geçirmekten mutlu olurum.	1	2	3	4	5
2	Bu kurumun problemlerini kendi problemlerim gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
3	Duygusal olarak kendimi bu kuruma ait hissediyorum.	1	2	3	4	5
4	Bu kuruma karşı güçlü bir bağlılık hissediyorum.	1	2	3	4	5
5	Bu kurumda kendimi “ailenin bir parçası” gibi hissediyorum.	1	2	3	4	5
6	Bu kurumun benim için kişisel anlamı büyüktür.	1	2	3	4	5
7	Bu kurumdan söz etmekten çok hoşlanıyorum.	1	2	3	4	5
8	Bu kurumdan başka bir kuruma bağlanabileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5
9	Benim için şu anda bu kurumda kalmak; bir istek olduğu kadar bir ihtiyaçtır da.	1	2	3	4	5
10	İstesem bile şu anda bu kurumdan ayrılmak benim için çok zor olurdu.	1	2	3	4	5
11	Şu anda bu kurumdan ayrılırsam hayatım büyük ölçüde altüst olurdu.	1	2	3	4	5
12	Şu anda bu kurumdan ayrılmayı düşünemeyecek kadar az seçeneğim olduğunu hissediyorum.	1	2	3	4	5
13	Bu kuruma kendimden bu kadar şey katmamış olsaydım, başka bir kurumda çalışmayı düşünebilirdim.	1	2	3	4	5
14	Bu kurumdan ayrılmanın olumsuz sonuçlarından biri, alternatiflerin az oluşudur.	1	2	3	4	5
15	Bu kurumdan ayrılmamın maliyeti çok yüksek olurdu.	1	2	3	4	5
16	Sık kurum değiştirilmesini uygun bulmuyorum.	1	2	3	4	5
17	Benim için avantajlı olsa bile, bu kurumu terk etmenin doğru olacağını sanmıyorum.	1	2	3	4	5
18	Şu anda bu kurumdan ayrılamam, çünkü diğer çalışanlara karşı sorumluluk hissediyorum.	1	2	3	4	5
19	Bu kuruma çok şey borçluyum.	1	2	3	4	5
20	Bu kurumdan şimdi ayrılırsam, kendimi suçlu hissederdim.	1	2	3	4	5
21	Daha iyi bir teklif alsam da bu kurumdan ayrılamam.	1	2	3	4	5
22	Tek bir kurumda çalışmayı tercih ederim.	1	2	3	4	5
23	Kurumda kalmayı etik olarak zorunlu görüyorum.	1	2	3		

8.1.EK 2 Etik kurul onayı



T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı: 51	Toplantı Tarihi: 08.01.2025
---------------------	-----------------------------

Karar Sayısı:2025/933:(Başvuru ID: 22763) N.E.Ü. Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlık Hizmetleri Yönetimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Aydan YÜCELER'in "Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Politikalarında Yapılan Değişikliklerin Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılığı Üzerine Etkisi: Bir Alan Araştırması" başlıklı yüksek lisans tez çalışması başlığının "Sağlık Politikalarında Yapılan Değişikliklerin Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılığı Üzerine Etkisi: Bir Alan Araştırması" başlığıyla değiştirme talebi ile ilgili dilekçesi görüşüldü. Yüksek lisans tez başlık değiştirme talebinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Aydan YÜCELER

Yardımcı Araştırmacılar: Yüksek Lisans Öğrencisi Azime DEMİR DERER

ASLI GİBİDİR
08.01.2025

Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Etik Kurul Başkanı

8.1.EK 3Kurum izni

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.11.2023-E.211554



T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı :E-70847213-604.01.01-211554
Konu :Çalışma İzni

Azime DEMİR DERER

İlgi : 27.11.2023 tarihli ve 1 sayılı yazı.

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Enstitüsü'nde Yüksek Lisans öğrencisi olarak öğrenim gördüğünüzden **"Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Politikalarında yapılan değişikliklerin Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılığı Üzerine Etkisi: Bir Alan Araştırması"** konulu çalışmayı yapma isteğiniz Başhkekimliğimizce uygun görülmüş olup, çalışmalarınıza Etik Kurul Onayı alındıktan sonra başlanması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Murat ÇİLEKAR
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Ek:AZİME DEMİR DERER

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSU5T0ZMBS Pin Kodu :30492

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/afsu-ebys>

Adres:Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörlüğü Zafer Sağlık Külliyesi Dörtüyl Mah.

Bilgi için: Handan ERDOĞAN YÖRÜK

2078 Sok. No:3 AFYONKARAHİSAR

Telefon:(272) 246 33 35

Web:www.afsu.edu.tr

Keş Adresi:afsu@hs01.kep.tr

Unvanı: Büro Personeli

