

Şehir Hastanelerinin Sağlık Turizmine Etkisinin Swot Analizi İle Değerlendirilmesi

Çiğdem ALBAYRAK^{1}, Abdülkadir GÜÇLÜ²*

ÖZ

Şehir hastaneleri Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında planlanmıştır. Bir kısmı tamamlanmış ve insanımıza hizmet etmekte, bir kısmının yapımı devam etmekte ve bir kısmı da planlama aşamasında olmak üzere toplam yirmi beş şehir hastanesinin yapımı hedeflenmiştir. Büyük yatırımlar ile gerçekleştirilmekte olan hastanelerin ülkemiz ekonomisine etkisi de büyük olmaktadır.

Bu çalışmada, sağlık turizmi kavramı şehir hastaneleri ile birlikte ele alınmış ve dünyadaki örnekleri analiz edilmiştir. Sağlık sektörümüzün var olan potansiyeli ve şehir hastanelerinin işletilmesi ile kazanacağı potansiyelin barındırdığı fırsatlar ve güçlü yönleri belirlenmiştir. Bunların daha üst seviyeye nasıl çıkarılacağı tartışılmıştır. Ülkemizin sağlık turizmi için hangi eksikliklerinin olduğu, hangi tehditler ile karşı karşıya olduğu analiz edilmiştir. Burada literatüre dayalı olarak SWOT tekniği ile sonuçlar değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Şehir Hastaneleri, Sağlık Turizmi, Kamu-Özel Ortaklığı, SWOT Analizi

^{1*} İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğt. Enst. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sorumlu Yazar / Corresponding author: cigdemalbayrak@stu.aydin.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5274-2554>

² İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8005-5367>
Makale Geliş Tarihi / Received: 9.3.2020 – Makale Kabul Tarihi / Accepted: 15.4.2020
Doi Num: 10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v06i2004

Evaluation of the Effect of Integrated City Hospitals on Health Tourism by Swot Analysis

ABSTRACT

Twenty-five city hospitals are planned under the Health Transformation Program. Some of them have been completed and they serve our people, some of them are still under construction, and some of them are planned to be built. City.hospitals which are realized with large investments, also have a big impact on our country's economy.

In this study, the concept of health tourism is handled together with city hospitals and its examples in the world are analyzed. The existing potential and strengths of our health sector and the potential to be gained through the operation of city hospitals are determined. How to raise them to a higher level has been discussed. It is The defirences of health tourism of our country and the threats to be faced are analyzed.. Here are the results evaluated by the SWOT technique based on the literature.

Keywords: *City Hospitals, Health Tourism, Public-Private Partnership, SWOT Analysis*

Giriş

Sağlık, canlıların işlevsel veya metabolik verimlerinin seviyesidir. Bir insanın zihninin ve vücudunun genel durumudur. Genellikle hastalık, yaralanma veya ağrıdan uzak olmak anlamlarında kullanılır. Sosyal refah oluşturmak, bireysel özerkliği ve saygınlığı artırmak, teşvik etmek ve güvence altına almak günümüz toplumunun kilit zorluklarıdır (Larson, 1996; OECD, 2020).

Turizm sektörü, büyük ilgi çeken bir sektör olarak konumunu korumaktadır. Önemli bir gelir ve istihdam kaynağı olan bu alanda ülkelerin kalkınması için rekabet hızlanmış durumdadır. Dünya Turizm ve Seyahat Konseyi (WWTC)'nin 2016 yılı raporuna göre, seyahat ve turizmin gayri safi milli hasılaya toplam katkısı %10,2 olmuştur (OECD, 2020).

Sağlık turizminin özü, sağlık turistinin yaşadıkları yerden sağlık amacıyla başka bir yere seyahat etmesidir. Phua, sağlık turizmini “yaşadıkları yerlerden sağlık hizmeti amacıyla başka bir yere seyahat eden kişilerin

turizmi” olarak tanımlamıştır (Phua, 2016). Öte yandan, sağlık personeli ve doktorların tıbbi tedavi sağlamak için yaşadıkları yerden seyahat edebilmeleri için medikal turizm kavramı ele alınmakta ve örneğin “sınır ötesi çalışan doktorlar” bu tanımın içinde yer almaktadır (Erdoğan & Yılmaz, 2011).

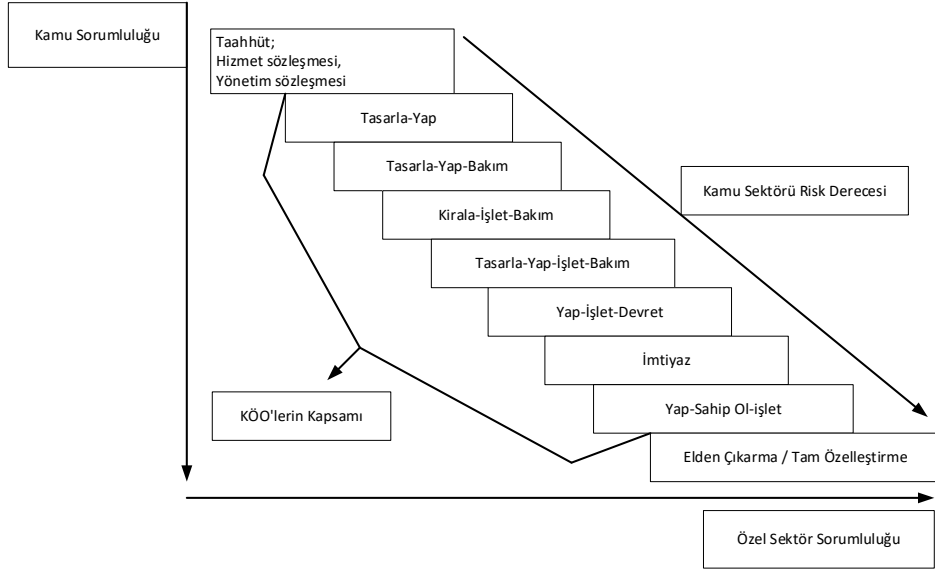
Sektöre talep bağlamında bir sınıflandırma Cohen (2008) tarafından yapılmıştır. Cohen, turistlerin veya ziyaretçilerin sağlık turizmi pazarında beş temel kategoriye ayrılabilceğini belirtmiştir (Herberholz & Supakankunti, 2009).

- Herhangi bir sağlık hizmetinden veya tedavisinden faydalanmayan düzenli turist grubu, tatillerini deniz, güneş ve kumsalda harcayan ilk gruptur.
- Tatildeyken tıbbi tedavi gören turistler, aniden ortaya çıkan bir hastalık veya kaza nedeniyle seyahatleri sırasında tıbbi bakım ve tedavi gören insanlardır. Bu turistler acil hasta kategorisine dâhil edilir.
- Üçüncüsü seyahat tedavi amaçlı turistlerdir. Bu gruba dahil turistler, sadece tıbbi nedenlerle seyahat ettikleri ülke veya bölgeye gitmezler.
- Diğeri, tedavi amaçlı olarak bir bölgeye giden turist hasta grubudur, ancak tedavi sırasında veya sonrasında bölgede seyahat ederler.
- Sonuncusu, çoğunlukla tıbbi turistler olan ve bir bölgeye seyahat etmelerinin tek nedeni, tedavi veya tıbbi bir operasyon almak olan ve eğlence amaçlı seyahat amacı olmayan düzenli hasta grubudur.

Dünyada 2010 yılında sağlık turizmi gelirlerinin yaklaşık 40 milyar ABD doları olduğu bilinmektedir. Son beş yılda kaydedilen yıllık gelir artışı, Çek Cumhuriyeti (%28) ve Polonya (%42) gibi ülkeler için oldukça yüksek oranlara sahiptir. En önemli küresel medikal turizm destinasyonları arasında Türkiye, Brezilya, Tayland, Tayvan, Hindistan, Singapur, Pakistan, Kore, Meksika, Malezya, Orta ve Doğu Avrupa’da Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya, Romanya, Rusya ve Letonya sayılabilir (Beale, 2011).

Kamu-özel ortaklık (KÖO) yaklaşımı, dış kaynak kullanımından neredeyse tümüyle özelleştirmeye kadar geniş bir yelpazede olan modelleri kapsamaktadır. Genel olarak, “istenen kamu politikası sonucunu ortaya çıkarmak amacıyla kamu ve özel sektör arasında risk paylaşımı ilişkisini” içerir. Temel olarak, kamu-özel ortaklıkları fon yaratmanın başka bir yoludur. Grafik 1’de KÖO modelindeki sorumluluklar verilmektedir. Ortaklık düzenlemelerinde, özel sektör ortağı genellikle finansman düzenlemesinden sorumludur. Her iki durumda da, borcun geri ödenmesi kamu kesimine düşer. Sağlık bakım varlıkları için birçok kamu-özel karışım kombinasyonu mümkündür, risk yönetimi, finansman ve ödeme mekanizmalarının yapılandırılmasında büyük farklılıklar vardır (Roehrich vd., 2014).

Bu ortaklıkların sağlık hizmetlerinde kullanılmasına yönelik hem destek hem de ciddi eleştiriler vardır. Tablo 1’de genel kabul görmüş avantaj ve dezavantajlar özetlenmektedir. Potansiyel faydaların, sağlık hizmeti sağlayıcılarının altyapıyı yönetmek yerine klinik hizmetlere konsantre olmalarını ve proje sunumunda etkinliği arttırmalarını içerdiği söylenebilir.



Grafik 1: Özel ve Kamu Sorumluluğunun Ölçeği ve Kapsamı (Roehrich vd., 2014)

Tablo 1: KÖO Avantaj ve Dezavantajları (Beale, 2011)

Avantaj ve Dezavantaj	Kısa Açıklama
Kamu kesimi sermaye kıtlığı çözümü (+)	Kamu-özel ortaklık yatırımları finanse edilmesi zor olabilen varlıklar olabilir
Sağlık hizmeti sağlayıcıları klinik hizmetlere daha fazla konsantre olabilir (+)	Klinik olmayan hizmetler (bakım ve güvenlik gibi) özel yükleniciye bırakılmıştır
Özel sektör verimliliğini artırır (+)	Zamanında ve bütçede proje teslimi sağlanır
Yeni teknoloji ve yönetim modellerinin benimsenmesi (+) veya yeniliğin sağlanamaması (-)	Hizmet seviyelerini belirterek performansı arttırmak; çıktı özellikleri ile yenilik ve iyi tasarım
Daha yüksek işlem, izleme ve kurulum maliyetleri (-)	Karmaşık, uzun vadeli sözleşmeler ve kurumlar arası ilişkiler kurulmalı ve yönetilmelidir; Sözleşmelerin değiştirilmesi ve izlenmesi zor olduğundan, sözleşme esnekliğinin azaltılması
Klinik modeller ve altyapı tasarımı arasında entegrasyon eksikliği (-)	Altyapı ve klinik hizmetlerin sorumluluğu çoğunlukla tek bir kuruluş tarafından sağlanmadığından, teşviklerin uyumlaştırılması çok önemlidir
Uzun süreli ilişkinin yönetimi zor (-)	30 yıla kadar bir zaman dilimi boyunca geniş bir ağı (bankalar, tedarikçiler, danışmanlar dahil) yönetme ihtiyacı
Risk dağılımı (+/-)	Risklerin taraflara en iyi şekilde yönetilebilmesi; Nihai risk kamu sektörüne aittir; Uzun vadeli ve yüksek sözleşme değeri nedeniyle artan ticari riskler

Bu çalışmada, literatürde sağlık turizmini başarılı uygulayan ülkeler ve geliştirdikleri politikalar analiz edildikten sonra, şehir hastanelerinin işleme geçmesi ile birlikte ülkemizde sağlık turizminin gelişmesi için neler yapılacağı tartışılmaktadır. Literatüre dayalı olarak SWOT tekniği ile sonuçlar değerlendirilmiştir.

Materyal ve Metot

Bu çalışmada ilk olarak Web of Science ortamında şehir hastaneleri ile literatür taraması gerçekleştirilmiştir. Literatür taraması sonucunda 26 makale ve 34 bildiri metni elde edilmiştir. Bildiriler bu çalışmada değerlendirilmemiştir. Ayrıca makaleler tek tek incelendiğinde sağlık turizmi kapsamında şehir hastanelerinin değerlendirildiği 14 çalışma elde edilmiştir. Bu çalışmada literatürde sağlık turizmini başarılı bir şekilde uygulayan ülkeler ve geliştirdikleri politikalar analiz edildikten sonra, şehir hastanelerinin işleme geçmesi ile birlikte ülkemizde sağlık turizminin gelişmesi için neler yapılacağı tartışılmaktadır.

Malezya, modern özel sağlık tesisleri ve yüksek verimli tıp uzmanları tarafından tercih edilen medikal turizm destinasyonlarından biri olarak ünlenmiştir (Gorener & Tascı, 2016). Ülkenin 2020 medikal turizm hedefi, 1,9 milyon yabancı hastadan yaklaşık 3,2 milyar ABD doları gelir elde etmeyi hedeflemektedir. Bu hedefe ulaşmak için Malezya hükümeti, 2009'dan bu yana Sağlık Bakanlığı bünyesinde Malezya Sağlık Seyahat Konseyi (MHTC) kurulmasını sağlamıştır. Malezya, 2013 yılında 216 milyon USD gelir elde eden 770.134 yabancı hasta kabul etmiştir (Musa vd., 2012). Müslüman bir ülke olarak Malezya, Orta Doğu ve Kuzey Afrika (MENA) ülkelerinden gelen tıbbi turistleri çekmek için gereken her şeye sahipken, şu anda, en fazla Endonezya'dan yabancı hasta çekmektedir (N. Lunt & Horsfall, 2014). MHTC, yerel ve denizaşırı tanıtım faaliyetleri (örn. fuarlar, ağ oturumları, paketleme atölyeleri, sağlık görüşmeleri, tanıtım turları, vb.) ve tıbbi turizmi teşvik etmek için birlikte çalışarak ve ilgili paydaşları bir araya getirerek aktif Kamu-Özel Ortaklığını (PPP) desteklemektedir (Top & Sungur, 2019). Özel bir turizm web sitesi, bir çağrı merkezi, medikal turizm konsiyerjleri ve uluslararası havalimanlarında ve yurt dışı temsilcilik salonları, ilgili bilgi ve katma değerli hizmetler (örneğin hastane randevuları, tıbbi araştırmalar, turizm önerileri, vb.) sağlamak için kurulmuştur. Malezya hükümeti, Malezya'ya giren yabancı hastalara, tıbbi turistler için vizenin gerektiğinde 30 günden 90 güne uzatıldığı tedavi için esnek bir giriş kolaylığı sağlar (N. Lunt & Horsfall, 2014).

Tayland uluslararası turistler için egzotik plajlar, eğlence olanakları ve tıbbi tedaviler ile cazip bir konumdur. Aslında, Tayland medikal turizmi 1970'lerden bu yana başlamıştır (Rerkrujipimol & Assenov, 2011).

Tayland, yaklaşık 2.53 milyon sağlık turisti aldığını ve 2012’de yaklaşık 4 ila 4.6 milyar ABD doları arasında bir gelir elde ettiğini bildirmektedir. Tayland’daki sağlık turistlerinin çoğunluğu Japon, Amerikalı, İngiliz, Orta Doğu ve Avustralyalı iken, sağlık turizmi gelirlerinin yaklaşık %35’inin Güney Doğu Asya ülkelerinden gelen hastalardan edinildiği bilinmektedir (Herberholz & Supakankunti, 2009). Tayland’a gelen sağlık turistleri ülkeye kolayca girebilirler. Girişte vize çoğu ülke için geçerlidir. Sağlık turistleri, göçmen olmayan bir vize için tıbbi nedenlerle ülkede 90 gün kalmalarını sağlayan başvuruda bulunabilirler.

Singapur, küçük bir nüfusa sahip bir şehir devletidir, dolayısıyla bu, sağlık hizmeti finansmanının özelleştirilmesinde ve sağlık hizmeti sunumunun kurumsallaştırılmasında daha belirleyici olmasını sağlamaktadır. Singapur hükümeti 1 milyon sağlık turisti getirmeyi hedeflerken, 2012 yılında Singapur Turizm Kurulu (850.000) tarafından bildirilen istatistikler sağlık turizmi ilgilileri tarafından eleştirel bir grafikte değerlendirildi. IMTJ, sayıların, eşlik eden aile üyeleri ve yerel gurbetçilere dahil olduğu, bu nedenle Singapur’a giden gerçek sağlık turisti sayısının yalnızca yaklaşık 200.000 olduğu, bunun %47’sinin Endonezya’dan ve %12’sinin Malezya’dan geldiği bildirilmiştir (Neil Lunt vd., 2011). Malezya’ya benzer şekilde, Singapur Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında bir devlet-sanayi ortaklığı olan Singapur Tıp’ı kurmuştur.

Hindistan, bugün dünyanın en düşük maliyetli ve en hızlı büyüyen medikal turizm merkezlerinden biri olarak ortaya çıkmıştır (Herberholz & Supakankunti, 2009). Hindistan’ın benzersizliği unani, yoga, meditasyon, ayurveda ve homeopatik tedaviler gibi alternatif tıp hizmetleri sunma kabiliyetinden gelmektedir (Roehrich vd., 2014). Düşük tıbbi maliyetlere sahip olmanın avantajına rağmen, Hindistan hükümeti sağlık turizminin önemini vurgulayarak sağlık turizmi endüstrisinin tanıtımında farklı bir yaklaşım izlemektedir. Sağlık sistemini daha da genişletmek ve kalitesini arttırmak için hükümet aktif olarak doğrudan yatırımlar için teşvikler ve yabancı firmalara özel onaylar vermektedir (Herberholz & Supakankunti, 2009).

Küresel sağlık harcamalarının 2014’ten 2017’ye kadar %5,3 oranında artması ve gayri safi yurt içi hasılda (GSYİH) ortalama %10’unun üzerinde olması tahmin edilmektedir Sağlık, gelişmiş ülkeler arasında harcanan en

yüksek ikinci kalem olma niteliğindedir [ABD'deki GSYİH'nın %17.4'ü (ABD), Batı Avrupa'daki GSYİH'nın %10.7'si]. Artan tıbbi maliyetler nihayetinde gelişmekte olan ülkelerden gelen insanları (ABD, İngiltere, Avustralya), özellikle de sigortaları kapsamında olmayan tedavileri (göz, diş, kozmetik ve doğurganlık tedavisi gibi) denizaşırı ülkelerden tedavi talep etmektedir. Mevcut Asya döviz kuru değişim oranı 90'ların sonlarına göre en az avantajlı olmakla birlikte, ABD ile Asya sağlık turizmi destinasyonları arasında birkaç popüler tedavi maliyetinin karşılaştırılması yine de %40 ile %95 arasında bir maliyet tasarrufuna işaret etmektedir. ABD ve Avustralya'daki sigorta şirketleri tarafından sunulan sağlık turizmi sigortası poliçesi, denizaşırı ülkelerden tedavi talep ederken sağlık turistlerinin de rahat hissetmelerini sağlamaktadır (Aslan vd., 2012).

Türkiye, şu anda sayısı 49 olan en fazla JCI onaylı hastane sayısına sahip ülkeler arasında sayılan bir sağlık turizmi varış ülkesi olarak kabul edilmektedir. Diğer birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sektörel planları içeren kalkınma planları yapılmıştır. Mevcut kalkınma planı 2014-2018 Onuncu Kalkınma Planını almaya hak kazanmıştır ve sağlık harcamalarının artması beklenmektedir. Bu sürecin gelen sağlık turizmini teşvik edeceği belirtilmektedir. Ayrıca, turizm sektöründeki ürün teklifinin çeşitlendirilmesinin önemi, Türkiye'nin küresel sağlık turizmi sektöründeki sıralamasını artırmak amacıyla, sağlık turizmi iyileştirme programı kapsamında sağlık turizmine verilen özel bir odaklanma ile vurgulanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, kurumsal ve yasal altyapının iyileştirilmesi ve kamu ile özel sektör arasındaki işbirliğinin güçlendirilmesi gerektiği özel olarak belirtilmiştir.

Bulgular ve Tartışma

SWOT (Güçlü Yönler-Zayıf Yönler-Fırsatlar-Tehditler) strateji uygulamak amacıyla TOWS (Tehditler-Fırsatlar Zayıf Yönler-Güçlü Yönler) matrisi oluşturmak için uygulanabilir. Zayıflıkları en aza indirerek tehditleri önlemek için güçlü yönleri ve fırsatları kullanmak SWOT Analizinin temel amacıdır (Aslan vd., 2012).

Bu çalışmada ilk olarak literatürde sağlık turizmi alanında önde gelen ülkeler ile ilgili yapılan SWOT analizleri, ayrıca diğer ülkelerin sağlık turizm potansiyellerini analiz eden çalışmalar değerlendirilmiştir. Son olarak ise ülkemizin sağlık sistemini ve sağlık turizmini analiz eden

çalışmalar incelenmiştir. Ülkemizin sağlık turizmi potansiyeli için dikkate alınması gereken faktörler belirlenmiştir. Bu faktörler Tablo 2’de verilmektedir.

Sağlık turizmi kapsamında yetişmiş, uluslararası mevzuata hakim ve birden çok yabancı dile sahip kalifiye yönetici eksikliği büyük bir sorun olmaktadır. Özel sektörün özellikle sigorta şirketlerinin uluslararası akreditasyonlarının eksiklikleri de yine sağlık turistleri için önemi bir dezavantajı oluşturmaktadır. Sağlık turizmi paydaşlarının tek bir çatı altında yönetilmemesi, sektörde herkesin başına buyruk olması da önemli bir sorun olarak görülmektedir. Sağlık personelinin yabancı dil eksikliği, hasta ve yakınları ile iletişimde önemli sorunlar doğurmaktadır. İletişim teknolojilerinin gelişmesi ile birlikte tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin daha kolay ve ucuz olacağı söylenebilir.

Tablo 2: Ülkemizin Sağlık Turizminin Değerlendirilmesinde Dikkate Alınması Gereken Faktörler

Güçlü Yönler	Zayıf Yönler
Coğrafi konum	Bölgesel istikrarsızlıklar
Dünyanın çeşitli yerlerindeki soydaşlar	Sağlık turizmi yönetim eksikliği
Yeterli kalifiye personel	Sağlık turizminde tanıtım/pazarlama
Yüksek teknoloji kullanımı	Sağlık turizminde standardizasyon eksiklikleri
Devlet desteğinin olması	Sağlık turizmi bilincinin yerleşmiş olmaması
Uluslararası sertifikasyona sahip hastane sayısı	Sağlık personelinin yabancı dil eksikliği
Sağlık hizmetlerinin nispeten ucuz olması	Sigorta şirketlerinin uluslararası deneyim eksikliği
Diğer turizm kollarının olması	Uluslararası sağlık mevzuatını bilen yönetici eksikliği
Coğrafi konum itibariyle sahip olunan lojistik imkânlar	Kurumlar arası koordinasyon ve iletişim eksikliği
	Yetişmiş insan gücünün göç etmesi

Fırsatlar	Tehditler
Şehir hastanelerinin yapılması	Bölgesel terör ve savaş
Gelişen bilgi teknolojileri	Ülkemizin yurt dışındaki olumsuz imajı
Bölgesinde siyasi istikrara sahip tek ülke olması	Ekonomik istikrarın sağlanamamış olması
Devlet teşvikinin olması	Sağlık turizminde uluslararası rekabet
Sağlık turizminin devlet tarafından stratejik alan olarak belirlenmesi	Sağlık turizmi paydaşlarının bir arada hareket etmemesi

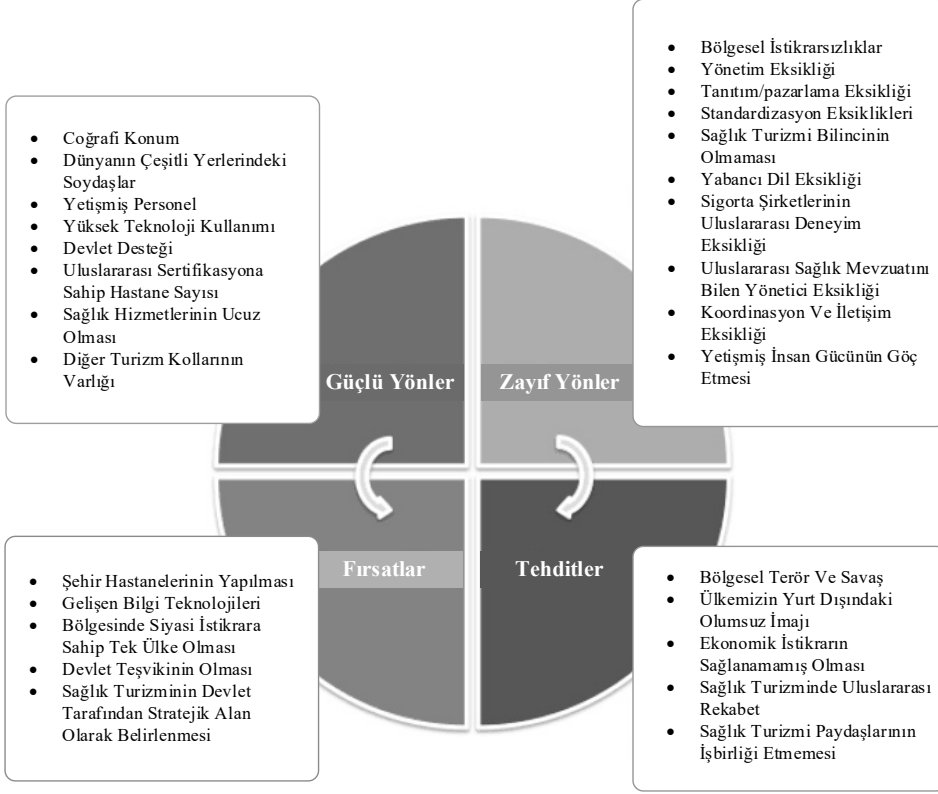
Sağlık sisteminin dönüşümün gerçekleştirilmesi kapsamında yapımı bitmiş ve halen devam etmekte olan şehir hastaneleri ülkemizin sağlık sektörünü bir üst sınıfa çıkaracağı düşünülmektedir. Sağlık sektörüne yapılan bu büyük yatırımların sağlık turizmine olumlu yansıtacağı açıktır. Böylesi büyük yatırımların iyi yönetilmesi ve sağlık turizmi kapsamında en üst seviyede fayda sağlamasını beklemek yerinde olacaktır. Şehir hastanelerinin sağlık sektörüne getireceği faydalar dört başlık altında verilebilir (Aslan vd., 2012).

- Yapısal avantajlar
- Enerji ihtiyacının doğalgaz ve biyogaz sistemlerinden elde edilmesi
- Geri dönüşümlü su sistemlerinin bulunması (gri su)
- Depreme sürtünmeli sarkaç sistemi ile dayanıklı olması
- Yatak başına kapalı alanın dünya standartlarında olması
- Araç trafiğini azaltmak için açık ve kapalı otopark sistemleri
- Geniş alanlarda rahat dolaşmak için yürüyen merdiven ve hastane içi yeşil enerjili araçlar
- Spor merkezlerinin olması
- Hasta yakınları için otel
- Kreş ve gündüz bakım evlerinin olması
- Ekonomik avantajlar
- Kamu arazilerinin değerlendirilmiş olması
- Kamu-özel ortaklığı olduğu için kamu borcunun azalması
- Hastaların yatış sürelerini azaltması
- Hastanelerde oluşan enfeksiyonları azaltmak için maliyetleri azaltmak
- Teknolojik uygulamaların maliyetini düşürmek
- Tıbbi avantajlar

- Uygulanan tedavi çeşitlerinin ülke geneline yaygınlaşması
- Sağlık hizmeti kalitesinin artması
- Yeterli sayıda yatak kapasitesi
- Sağlık hizmeti sunumunda yeni yaklaşımların ve teknolojilerin kullanılması
- Hasta ve yakınları üzerinde olumlu psikolojik etkilerin olması
- Tıbbi yeniliklere ulaşımın sağlanması
- Hastaların nitelikli oda kullanmaları
- İç avantajlar
- Sağlık çalışanları için konforlu çalışma ortamları
- Çalışan güvenliği, kolaylığı ve memnuniyetinin artması
- İş gücü ve sağlık çalışanı kalitesinin artması
- İşletme anlamında yüksek standartlar sağlanması

Dünyada, şehir hastaneleri yapıldıktan sonra daha çok inşaat sürecinde dikkate alınmayan ya da özenli davranılmaması sonucu çeşitli sorunlar yaşanmıştır. Bunlar bakım maliyetlerinin öngörülenden yüksek çıkması, hastanelerin tesisatlarındaki bozulmalar/tıkanmalar, hastanenin bazı yerlerinde ucuz malzeme kullanılması sonucu oluşan olumsuzluklar, hastanelerin büyük olması sebebiyle yatalak hastaların taşınmasındaki zorluklar, hastanedeki havalandırma sistemlerinin ve filtrelerin sürekli bozulması, hastanelerdeki asansörlerin sürekli olarak arıza vermesi şeklindedir (Herberholz & Supakankunti, 2009).

Şehir hastanelerinin Tablo 2’de verilen ülkemizin sağlık turizminin SWOT analizi sonucunda ortaya çıkan zayıf yönler ve tehditleri ne ölçüde gidereceği tartışılmalıdır. Şehir hastanelerinin işleme geçmesi ile birlikte sağlık turizmi paydaşları bölgesel olarak konumlanacakları ve iletişim koordinasyon kuracakları birimlere erişimleri kolaylaşacaktır. Grafik 2’de SWOT analizi sonuçları verilmektedir.



Grafik 2: SWOT analizi sonuçları

Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Sağlık Turizmi birimi Şehir hastaneleri eli ile sağlık turistlerinin sigorta işlemlerini, vize işlemlerini daha kolay izleyebilecektir. Şehir hastanesi bünyesindeki sağlık turizmi birimi ile hastane düzeyinde ve zamanla vatandaş düzeyinde sağlık turizmi bilinci gelişecektir. Beş yıldızlı otel konforu, yüksek teknoloji ve kaliteli hizmet sunması beklenen şehir hastaneleri gelen hastalar üzerinden kalıcı reklam oluşturacaktır. Kalıcı reklam sayesinde ülkemize karşı oluşan olumsuz imaj da zamanla azalacaktır. Bu aynı zamanda konforlu çalışma ortamı sağlandığı için sağlık çalışanlarının (özellikle doktor) beyin göçünü engelleyebileceği söylenebilir. Şehir hastaneleri zaman içerisinde sağlık turizminde belli bir standardizasyonu yakalayabilecektir. Şehir hastanelerinin Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık turizmini yürütmesi ile kurumlar arası koordinasyon sorunu ortadan kalkacaktır. Sağlık turizminin

önemli bir rekabet oluşturduğu günümüz dünyasında, şehir hastaneleri sayesinde hem ülke sağlık sektörü gelişecek hem de uluslararası rekabette ülkemizin elini güçlendirecektir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık turizminde uluslararası mevzuata hâkim nitelikli yönetici eksikliği ülkemizin önündeki önemli sorunlardan biridir. Şehir hastaneleri bünyesindeki sağlık turizmi birimlerinin önündeki en büyük engel de budur. Bunun aşılması durumunda ise pazarlama ve tanıtım faaliyetleri de daha nitelikli hale gelecektir. Ayrıca sağlık personelinin yabancı dil eksikliği her ne kadar Sağlık Bakanlığı çabaları ile giderilmeye çalışılsa da henüz istenen seviyede değildir.

Birinci sınıf ameliyathanelerin ülke geneline yayılması sonucunda asistan doktorların tecrübe kazanması ve kendilerini yetiştirmelerine şehir hastaneleri katkı sağlayacaktır. Ayrıca bölgesel olarak daha fazla sayıda ve çeşitli vakaların hastanede değerlendirilmesi ile sağlık çalışanlarının bilgi ve tecrübe edinmesi ve paylaşması sonucunda ihtisaslarına olumlu katkıları olacaktır. Şehir hastanelerinin büyüklüğü ve kapasitesi göz önüne alındığında özellikle lise ve yüksekokul düzeyinde stajyer öğrencilerin deneyim kazanması olasıdır.

Literatürde yapılan çalışmalarda Şehir hastanelerine bakış çok da olumlu değildir. Bunun nedenlerinden biri sağlık çalışanları açısından taşeronlaşmanın artacağına dair inancın olmasıdır. Sağlıkta ticarileşeceğini ifade eden bazı çalışmalarda ise sağlık kavramının insan hayatı için çok önemli olduğu ama şehir hastaneleri ile bu kavramın içinin boşaltılacağı ve sağlık kavramına tamamen ticari bir bakış açısının gelişeceği düşünülmektedir.

Grafik 2’de de verildiği gibi Şehir hastanelerinin Sağlık sektörüne sunacağı potansiyelin iyi değerlendirilebilmesi için sigortacılık, sağlık mevzuatı ve pazarlama yeteneklerinin üst seviyede olduğu nitelikli insan profiline ihtiyaç vardır. Bu insan kaynağının yetiştirilmesi için özellikle üniversitelere önemli görevler düşmektedir. Eğitimlerin İngilizce olarak yapılması, dünya literatürünü bilen insan kaynağının yetiştirilmesi son derece önemlidir.

Cumhuriyet öncesi ve sonrasında bireysel girişimcilik ülkemizde gelişen bir olgu değildir. Bireysel girişimler daha çok kısa süreli ticari ilişkiler üzerine kurulmaktadır. Bu nedenle devletin sağlık turizmi sektörünü özel sektöre bırakmamalı, teşvik ve denetimlerini, politikaları ile yönlendirmelidir. Grafik 2’de verildiği gibi bir diğer önemli sorun sağlık turizmi bilincinin ülkemizde yok denecek kadar az olmasıdır. Açıkçası sağlık turizminden önce, turizm bilincinin geliştirilmesi gerekmektedir. Devlet eli ile üniversiteler bünyesinde yıllardır eğitim veren turizm ile ilişkili bölümlerin bu problemi ortadan kaldırmadığı bilinmektedir. Bu nedenle turizm bilinci ve sağlık turizmi bilincinin geliştirilmesi için devlet ve özel sektörün ivedilikle çözümler üretmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- [1] Aslan, I., Çınar, O., & Kumpikaitė-Valiūnienė, V. (2012). Creating strategies from tows matrix for strategic sustainable development of Kipaş Group. *Journal of Business Economics and Management*, 13(1), 95–110. <https://doi.org/10.3846/16111699.2011.620134>
- [2] Beale, W. H. (2011). Book Review: Book Review. *Language and Literature: International Journal of Stylistics*, 20(2), 168–170. <https://doi.org/10.1177/0963947010395523>
- [3] Erdoğan, S., & Yılmaz, E. (2011). Medical Tourism: an Assessment on Turkey. *10th International Conference on Knowledge, Economy and Management*; , November 2012, 1045–1060.
- [4] Gorener, A., & Tascı, M. E. (2016). Evaluating the Strategies of Medical Tourism Sector Through Ahp and Moora in a Swot Framework. *Journal of Global Strategic Management*, 2(10), 15–15. <https://doi.org/10.20460/jgsm.20161024353>
- [5] Herberholz, C., & Supakankunti, S. (2009). *Medical tourism in malaysia, singapore and thailand*. 1–29.
- [6] Larson, J. S. (1996). The World Health Organization’s definition of health: Social versus spiritual health. *Social Indicators Research*, 38(2), 181–192. <https://doi.org/10.1007/BF00300458>

- [7] Lunt, N., & Horsfall, D. (2014). Medical Tourism. In *Encyclopedia of Health Economics*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00615-5>
- [8] Lunt, Neil, Smith, R., Exworthy, M., Stephen, T., Horsfall, D., & Mannion, R. (2011). Medical Tourism : Treatments , Markets and Health System Implications : scoping review. *Directorate for Employment, Labour and Social Affairs*, 1–55. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2012.05.009>
- [9] Musa, G., Doshi, D. R., Wong, K. M., & Thirumoorthy, T. (2012). How Satisfied are Inbound Medical Tourists in Malaysia? A Study on Private Hospitals in Kuala Lumpur. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 29(7), 629–646. <https://doi.org/10.1080/10548408.2012.720150>
- [10] OECD, *OECD Tourism Trends and Policies 2020 (Summary in Italian)*. <https://doi.org/10.1787/fa44fe1e-it>
- [11] Phua, K.-L. (2016). The Promotion of Cross-Border Medical Tourism in Developing Countries: Economic Growth at the Expense of Healthcare System Efficiency and Cost Containment? *The Open Public Health Journal*, 9(1), 98–105. <https://doi.org/10.2174/1874944501609010098>
- [12] Rerkrujipimol, J., & Assenov, I. (2011). Marketing strategies for promoting medical tourism in Thailand. *Journal of Tourism, Hospitality & Culinary Arts*, 3(2), 95–105.
- [13] Roehrich, J. K., Lewis, M. A., & George, G. (2014). Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social Science and Medicine*, 113, 110–119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.037>
- [14] Top, M., & Sungur, C. (2019). Opinions and evaluations of stakeholders in the implementation of the public-private partnership (PPP) model in integrated health campuses (city hospitals) in Turkey. *International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), e241–e263. <https://doi.org/10.1002/hpm.2644>

Sağlık Sektöründe Örgütsel İletişimin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkilerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma

Ayla BEKTAŞOĞLU^{1*}, Haluk ŞENGÜN²

ÖZ

Günümüz sağlık çalışanlarında örgütsel iletişimin örgütsel bağlılığı üzerinde etkileri incelenmiş ve bu anlamda pozitif bir örgüt içi iletişimin, örgütsel bağlılığı sağlayan ve bu bağlılığı arttıran bir unsur olduğu görülmüştür. Bu bilgilerden yola çıkılarak yapılan bu çalışmada örgütsel iletişime bağlı olarak örgütsel bağlılık oluşumunun nasıl etkilendiği araştırılmıştır. Bu araştırma, sağlık alanında hizmet veren Özel Şişli Memorial Hastanesi'ndeki sağlık çalışanlarından toplam 118 sağlık personeli (25 doktor, 55 hemşire, 21 sağlık memuru, 17 diğer) üzerinde örgütsel iletişimin örgütsel bağlılığa etkilerini araştırmaya yönelik anket çalışması ile gerçekleştirilmiştir. Anketimiz demografik sorular, örgütsel iletişim ölçeği, örgütsel bağlılık ölçeği soruları olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Elde edilen veriler SPSS 21.0 Paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmamızın amacı, çalışanların aralarındaki iletişime bağlı olarak, örgütsel bağlılıklarının nasıl etkilendiğini incelemektir. Çalışmamızda elde edilen bulgular, örgütsel iletişimin olumlu işleyişinin bağlılık algılamasını etkilediğini ortaya koymaktadır. Son olarak yapılan çalışma sonucu değerlendirilmiş ve bazı öneriler getirilmiştir. İstatistik analiz sonuçlarına göre, çalışanların, örgütsel iletişim ve örgütsel bağlılık bakımından farklı olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, araştırmada örgütsel iletişim arttıkça örgütsel bağlılık seviyesinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İletişim, Örgütsel İletişim, Örgütsel Bağlılık

^{1*} İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilimdalı,
Sorumlu Yazar / Corresponding author: ayla_lore@hotmail.com,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3986-436X>

² Doç. Dr., İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6830-6418>
Makale Geliş Tarihi / Received: 17.1.2020 – Makale Kabul Tarihi / Accepted: 25.4.2020
Doi Num: 10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v06i2005

A Research of The Effects of Organizational Communication on The Organizational Commitment in Healthcare Sector

ABSTRACT

The effects of organizational communication on the organizational commitment of healthcare workers in contemporary societies have been examined and it has been found that a positive communication within an organization is a factor which provides both the organizational commitment and the enhancement of it. Based on this finding, how is the formation of the organizational commitment influenced by the organizational communication has been studied within the scope of this research. In this research, a survey on the effects of organizational communication on the organizational commitment was carried out with 118 healthcare professionals (consisting of 25 doctors, 55 nurses, 21 health care staff and 17 others) working in Private Şişli Memorial Hospital. The survey comprises of three main parts; demographic questions, organizational communication scale and organizational commitment scale questions. The obtained data was assessed by using the SPSS 21.0 packet program. The aim of our study is to examine the influence of the communication among employees on their organizational commitment. The data gathered in our study reveals that there is a positive relationship between the organizational communication and the perception of organizational commitment. Finally, the findings of the study have been evaluated and some suggestions have been made. According to the statistical analysis results, a difference has been found between the organizational communication of employees and their organizational commitment. Also, it is concluded in the study that as the organizational communication increases, the level of organizational commitment increases, too.

Keywords: *Communication, organizational communication, organizational commitment*

Giriş

Zamanımızdaki piyasa koşullarında firmalarının devamlılığını sürdürebilmeleri için iletişim kavramına önem vermeleri gerekmektedir. Kurum içi başarısının sağlanması çalışanlar arasında etkili bir iletişim ile gerçekleşir. İletişimi kontrol edemeyen gruplar arasında iletişim kopukluğu oluşur ve zamanla bu iletişim sıkıntısı kuruma zarar verebilecek seviyeye ulaşır. Kişilerin beraberliklerini uyum içerisinde sürdürebilmek için iletişim önemli bir yer kaplar. Örgütler birbirinden farklı duygu ve düşünce yapısında olan kişilerin bir amaç etrafında birleşmesiyle oluşur. Bu amacın varlığını sürdürebilmesi için, örgüt içi iletişimin kişilerini başarılarına, grup içerisinde uyumlarına, örgütlerine bağlılıklarına etki etmesinden dolayı çalışmanın konusu örgütsel iletişimin örgütsel bağlılığa etkisi olarak belirlenmiştir.

Yapılan bu çalışmada amaç; sağlık sektöründe örgütsel iletişimin örgütsel bağlılık üzerine etkilerini belirlemektir. Bu amaçla, örgütsel iletişim ve örgütsel bağlılık kavramlarına değinilmiş ve arasındaki ilişkinin boyutları açıklanmaya çalışılmıştır. Örgütsel iletişim, örgütler arası belirlenen amaca ulaşılabilme için kişilerin uyum içerisinde çalışmalarına uygun koşulları sağlamaktır.

İletişimi etkili bir firmanın izlemesi gereken yol, amacı belirlenmiş ve kişiler arası kabul edilmiş, bireylerin örgüt içerisinde görevlerinin bilincinde olan, kendini o örgütün parçası gibi görüp sorumluluklarını yerine getiren bir davranış şekli oluşturmaktır (Güllüoğlu , 2012).

Örgütsel bağlılık tanımı, kişilerin değişik açılardan birleşmesiyle oluşur. Gerekli olan öğeleri; çalışanlar arası belirlenen ortak hedefe duyulan inanç, kurumun başarılarının devamlılığını sağlamak adına beklenenin üzerinde bir istekle çalışma arzusudur (Reichers,1985).

Daha verimli olan personelin, örgütsel bağlılık seviyesi daha yüksek, bağlılık duygusu sorumluluklarının farkında olarak çalışmakta ve bunun sonucunda örgüte katkısı daha fazla, maliyeti daha az seviyede olacaktır (Bayram, 2005).

Allen ve Meyer, örgütsel bağlılığın var olması için bazı koşulların olması gerektiğini belirterek örgütsel bağlılığı, duygusal bağlılık, devam

bağlılığı ve normatif bağlılık olmak üç bölümde incelemiştir (Kaya, O. 2007). Duygusal bağlılık, örgütsel bağlılık tanımı incelendiğinde en çok tercih edilen bağlılık türü olduğu görülmüştür. Bireyin örgütün amaçlarını duygusal bir bağ ile benimsemesidir. Bu bağlılıkta, örgüt, kişi açısından büyük önem taşımakta ve bu örgüt içerisinde bağlılığını sürdürmek için beklentilerin üstünde bir çaba sarf etmektedir (Allen, Meyer,1990). Devamlılık bağlılığı ise, kişinin sarf ettiği çaba, var olduğu konum, kazandığı maaş gibi durumların işten ayrıldığı zaman, yok olacağı düşüncesiyle oluşan bağlılık boyutudur (Yalçın ve İplik, 2005). Bu sebeple kurumların fazla tercih ettiği bir bağlılık boyutu değildir. Çünkü burada, kişinin kurumu kabullenmesine rağmen kazandığı olanakları kaybetmek istememesi düşüncesi yatar. Bu koşullarda çalışan, örgütte varlığını sürdürebileceği zamana kadar çaba sarf etmektedir (Benligiray ve Sönmez,2011). Normatif bağlılık boyutunda ise kişinin çalıştığı kuruma karşı oluşturduğu zorunluluk düşüncesidir. Bu düşünce iş yeri çalışanlarının oluşturdukları iş yeri kültürüyle bağlantılıdır. Kişinin zaman içerisinde bu kuruma bağlı kalma zorunluluğu düşüncesinin yüksek olduğu bir bağlılık boyutudur. Çalışanın kendini kurumuna karşı zaman içerisinde vicdan yaparak bırakmama düşüncesidir (Demirel., 2008).

Örgütsel iletişim, Örgütlerin devamlılıklarını sürdürebilmek ve örgüt hedeflerini gerçekleştirebilmek için, örgütü sürekli bir bilgi alışverişine tutan ve bölümler içerisinde ilişkilerin gelişmesine olanak tanıyan bir süreçtir (Gümüşsuyu, Sönmez , Oyur, 2008). Başarılı bir yönetim, sağlıklı kurulan bir iletişim sistemi demektir (Öztek, 2002). Zamanla örgüt içi sistemlerin zorlaşması, teknolojinin giderek gelişmesi, örgütsel iletişimin anlamını ve gerekliliğini önemli kılan etkiler arasındadır (Yüksel ve ark 2003)

Yöntem

Bu çalışmada; sağlık kurumlarında örgütsel iletişim unsurları ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Araştırmamız özel bir kurum olan Özel Şişli Memorial Hastanesi'nde yapılmıştır. Bu kurumu seçmemizin en belirgin sebebi, Memorial Hastanesi'nin sağlık alanında hizmet veren bir kurum olması ve bizim araştırma konumuzun da örgütsel iletişimle örgütsel bağlılığın ilişkilerine odaklanmasıdır.

Araştırma problemine uygun olarak belirlenen modelde, örgütsel iletişimin örgütsel bağlılığın üç alt boyutu olan duygusal bağlılık, normatif bağlılık ve devam bağlılığını nasıl etkilediği araştırılacaktır.

Bu araştırmanın yöntemi literatür taraması ve uygulamalı bir çalışmayı kapsamaktadır. Araştırmanın uygulama kısmında; Özel Şişli Memorial Hastanesi'nde çalışanların, örgütsel iletişimi nasıl değerlendirdiği ve örgütsel bağlılığın sağlanması için neler yaptığı ölçülecektir. Bu araştırmanın uygulamasında söz konusu hastanede 118 sağlık personeli üzerinde 17.12.2019 ile 01.01.2020 tarihleri arasında veri toplama formunu içeren anket uygulaması yapılmıştır.

Araştırma evrenini; İstanbul Avrupa yakasında faaliyet gösteren Özel Şişli Memorial Hastanesi, örneklemini ise Özel Şişli Hastanesi'nde tıbbi ve idari bölümlerde çalışan doktor, hemşire ve sağlık memurundan oluşan sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırma veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu; uygulamanın gerçekleştirildiği özel hastanede çalışan 300 personelden, ulaşılabilecek azami örneklemeyle yüz yüze anket yöntemi ile uygulanmıştır (N=300).

$n=Nt^2p.q/d^2(N-1)+t^2p.q$ formülü kullanılarak evrenden örneklem çekilmesi işlemi yapılmıştır. Bu hesaplamayla yaklaşık 150 personele anket yapılması planlanmış, anketler dağıtılmıştır. Uygulamanın yürütüldüğü dönemde, araştırma evreninde tabakalı örnekleme yöntemi ile 150 kişiye anket uygulaması gerçekleştirilmiş, 120 anket doldurulmuş bir şekilde geri alınmıştır. 120 anket içerisinde eksik ve yarım doldurulan 2 anket elenip 118 anketin eksiksiz ve doğru olmasına bağlı olarak, araştırmanın örneklem büyüklüğü $n=118$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak literatür tarama ve anket yöntemi tercih edilmiştir. Literatür taramasından ve geçmiş yıllarda örgütsel iletişim ve örgütsel bağlılık üzerine yapılan bilimsel araştırmalardan elde ettiğimiz 16 soruluk Karlane ve Charles'in (Karlane, Charles 1974) örgütsel iletişim ölçeği ile Meyer ve Allen'in (Allen, Meyer,1990). üç boyutlu 23 soruluk örgütsel bağlılık ölçeği kullanılmıştır. Anketimizin 11 soruluk demografik özellikleri tarafımızca hazırlanmış ve hastanedeki sağlık personeline uygulanmıştır. Anket formununun birinci bölümünde; araştırmaya katılan

sağlık personelinin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 11 soru yer almaktadır. Formun ikinci bölümünde; sağlık personelinin örgütsel iletişim ölçeğinde 16 soruluk Karlane ve Charles Örgütsel iletişim ölçeği kullanılmıştır. Üçüncü bölümde ise Meyer ve Allen'in üç boyutlu 23 soruluk örgütsel bağlılık ölçeği kullanılmış olup toplamda 50 soru sorulmuştur.

Araştırma konusuyla ilgili geniş bir literatür taraması yapılarak konu ile ilgili kavramsal çerçeveler ve alt boyutları ele alınmıştır. Literatür taramasının ardından hazırlanan anket İstanbul'da faaliyet gösteren Özel Şişli Memorial Hastanesi 150 çalışanına dağıtılmış, eksik ve boş bırakılanlar çalışma kapsamından çıkarıldıktan sonra 118 anket verisi daha analiz için uygun görülmüştür.

Özel Şişli Memorial Hastanesi sağlık çalışanlarına uygulanan anket sonuçlarında elde edilen veriler, bilgisayar kullanılarak SPSS 22.0 istatistik paket programında işlenmiş ve değerlendirilmiştir. Araştırmanın ilk aşamasında anketin geçerlilik ve güvenilirlik (içsel tutarlılık) analizi için Cronbach Alpha istatistik testi yapılmış ve tanımlayıcı istatistik testler ile tablolar oluşturulmuştur. Hipotezlerin sınanmasında ve anlamlılık değerlendirilmesinde normallik testini müteakiben elde edilen verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle ikili grup karşılaştırmalarında t testi yerine Mann Whitney U testi ve ikiden çok grup karşılaştırmalarında ise Varyans Analizi yerine Kruskal Wallis Varyans Analizi testi kullanılmıştır. Ayrıca değişkenler arası ilişki aranmasında ise Korelasyon Analizi ile test tamamlanmıştır.

Bulgular

Tablo 1: Demografik Değişkenlerin Dağılımı Özellikleri

Değişkenler	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Görev	Doktor	25	21,2
	Hemşire	55	46,6
	Sağlık Memuru	21	17,8
	Diğer	17	14,4
	Toplam	118	100,0
Cinsiyet	Kadın	79	66,9
	Erkek	39	33,1
	Toplam	118	100,0
Yaş	29 yaş ve daha küçük	69	58,5
	30-39 yaş arası	23	19,5
	40 yaş ve üzeri	26	22,0
	Toplam	118	100,0
Eğitim Düzeyleri	Sağlık Meslek Lisesi	31	26,3
	Lise	14	11,9
	Ön Lisans	24	20,3
	Lisans	21	17,8
	Lisans Üstü	7	5,9
	Toplam	118	100,0
Medeni Durum	Evli	55	46,6
	Bekâr	63	53,4
	Toplam	118	100,0
Meslek Seçimi	Evet	83	70,3
	Hayır	35	29,7
	Toplam	120	100,0

Çalıştığı Bölüm	Poliklinik	66	55,9
	İdari Bölüm	40	33,9
	Diğer	12	10,2
	Toplam	118	100,0
Memnuniyet	Evet	70	59,3
	Hayır	14	11,9
	Kısmen	34	128,8
	Toplam	118	100,0
Çalışma Saatleri	Sadece gündüz	81	68,6
	Nöbet usulü	37	31,4
	Toplam	118	100,0
Kurumda Çalışma Süresi	Bir yıldan az	30	25,4
	1-5 yıl arası	60	50,8
	6-10 yıl arası	17	14,4
	11 yıl ve üzeri	11	9,3
	Toplam	118	100,0
Meslek Hayatında Toplam Çalışma Süresi	Bir yıldan az	12	10,2
	1-5 yıl arası	53	44,9
	6-10 yıl arası	19	16,1
	11-15 yıl arası	16	13,6
	15 yıl ve üstü	18	15,3
	Toplam	118	100,0

Yapılan araştırmaya katılanların 79'u kadın 39'u erkektir. Kadınlar araştırmanın %66,9'luk kısmını, erkekler ise %33,1'lik kısmı oluşturmaktadırlar. Ankete katılanların yaş aralığına bakıldığında, %58,5'inin 29 yaş ve daha küçük, %19,5'inin 30-39 yaş arası, %22'sinin ise 40 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların eğitim durumu incelendiğinde; sağlık meslek lisesi mezunu olanların sayısı 31'dir. Yapılan araştırmanın %26,3'lük bölümünü, lise mezunu olanların sayısı ise 14 olup araştırmanın %11,9'luk kısmını, ön lisans mezunu olanların sayısı 24 ve araştırmanın %20,3'lük kısmını, Tıpta uzmanlık mezunu olanların sayısı ise 21 olup %17,8'lik bölümünü ve lisansüstü mezunlar ise 7 kişi olup %5,9'luk bölümü oluşturmaktadırlar.

Ankete katılan evli kişi sayısı 55 olup araştırmada % 46'lık bölümü oluşturmaktadırlar. Araştırmaya katılan bekâr katılımcı sayısı ise 63'tür. Araştırmanın % 53'lük kısmını oluşturmaktadırlar. Meslek seçimi kısmında ise evet diyenlerin sayısı 83 ve % 70,3'lük bölümü oluşturmakta ve hayır diyenler ise 35 kişi olup % 29,7'lik bölümü oluşturmaktadırlar. Kurumda çalışmaktan memnun olanlar 70 kişi olup % 59,3'lük bölümü, memnun olmayanlar ise, 14 kişi olup % 11,9'luk bölümü ve kısmen memnun diyenler ise 34 kişi olup % 28,8'lik bölümü oluşturmaktadır. Sadece gündüz çalışanların sayısı 81 personeldir ve % 68.6'lık kısmı ve nöbet usulü çalışanlar ise 37 olup araştırmanın % 31,4'lük kısmını oluşturmaktadırlar. Çalışma süresi bir yıldan az olanların sayısı 30 olup % 25,4'lük bölümü, 1-5 yıl arası olanların sayısı 60 olup % 50,8'lik kısmı, 6-10 yıl arası olanlar 17 kişi olup % 14,4'lük kısmı ve 11 yıl ve üzeri olanlar 11 kişi olup % 9,3'lük kısmı oluşturmaktadırlar. Ankete katılanların toplam çalışma süresi bir yıldan az olanlar 12 (% 10,2), 1-5 yıl arası olanlar 53 (% 44,9), 6-10 yıl arası olanlar 19 (% 16,1), 11-15 yıl arası 16 kişi (% 13,6), 15 yıl ve üstü 18 (% 15,3)'dir.

Tablo 2: Örgütsel İletişim, Örgütsel Bağlılık ve İlişkileri Ölçeğinin Güvenilirlik Analiz Sonuçları

Ölçek	Ölçekte yer alan soru sayısı	Cronbach's Alpha Değeri
Örgütsel iletişim	16	0,898
Örgütsel bağlılık	23	0,894
Örgütsel iletişim ve Örgütsel Bağlılık	39	0,917

İçsel tutarlılığı test edilen Örgütsel İletişim Ölçeğinin Cronbach's Alpha Değeri=0,898 olarak bulunmuştur. Ölçek yüksek düzeyde geçerlidir. Cronbach's Alpha Değeri=0,894 olarak çıkan Örgütsel Bağlılık Ölçeği de yüksek düzeyde güvenilirliğe sahiptir. Cronbach's Alpha Düzeyi =0,917 olarak bulunan Örgütsel İletişim ve Örgütsel Bağlılık ölçeği de yüksek düzeyde güvenilirliğe sahiptir.

Tablo 3: Araştırmadan Elde Edilen Verilerin Normallik Testi

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Örgütsel İletişim	0,111	118	0,001	0,938	118	0,000
Örgütsel Bağlılık	0,085	118	0,037	0,976	118	0,033
Duygusal Bağlılık	0,115	118	0,001	0,964	118	0,003
Devamlılık Bağlılığı	0,091	118	0,018	0,987	118	0,295
Normatif Bağlılık	0,086	118	0,032	0,970	118	0,010

Normallik testinde ($p < 0,05$) normal dağılım göstermedikleri bulunduğu için verilerin analizinde non-parametrik testler ile istatistikî analiz yapılmıştır.

Tablo 4: Sağlık Çalışanlarının Cinsiyet, Medeni Durum ve Meslek Seçimi Değişkeni Bakımından Örgütsel İletişim, Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Bağlılığın Alt Boyutları Puan Ortalamasını İncelemek İçin Yapılan Mann Whitney- U Testi Sonuçları

Değişkenler	n=118	Sıra Ortalaması	Test/p Değeri
Cinsiyet			
Örgütsel İletişim			
Kadın	79	56,85	U=1331,500 p=0,231
Erkek	39	64,86	
Örgütsel Bağlılık			
Kadın	79	56,42	U=1297,500 p=0,164
Erkek	39	65,73	
Duygusal Bağlılık			
Kadın	79	55,84	U=1251,000 p=0,097
Erkek	39	66,93	
Devamlılık Bağlılığı			
Kadın	79	59,63	U=1530,000 p=0,952
Erkek	39	59,23	
Normatif Bağlılık			

Kadın	79	57,25	U=1362,500 p=0,307
Erkek	39	64,06	
Medeni Durum			
Örgütsel İletişim			
Evli	55	57,08	U=1599,500 p=0,472
Bekâr	63	61,61	
Örgütsel Bağlılık			
Evli	55	62,09	U=1590,000 p=0,442
Bekâr	63	57,24	
Duygusal Bağlılık			
Evli	55	64,45	U=1460,500 p=0,141
Bekâr	63	55,18	
Devam Bağlılığı			
Evli	55	57,56	U=1626,000 p=0,565
Bekâr	63	61,19	
Normatif Bağlılık			
Evli	55	62,55	U=1564,500 p=0,300
Bekâr	63	56,83	
Meslek Seçimi			
Örgütsel İletişim			
Evet	83	64,03	U=1076,500 p=0,270
Hayır	35	48,76	
Örgütsel Bağlılık			
Evet	83	64,25	U=1058,500 p=0,020
Hayır	35	48,24	
Duygusal Bağlılık			
Evet	35	66,77	U=849,000 p=0,000
Hayır	83	42,26	
Devamlılık Bağlılığı			
Evet	83	60,73	U=1350,000 p=0,545
Hayır	35	56,57	
Normatif Bağlılık			
Evet	35	61,98	U=1247,000 p=0,225
Hayır	83	53,63	

Tablo 4’de, cinsiyet değişkeni bakımından örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılık alt boyutları olan; duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık açısından elde edilen sağlık çalışanları puan ortalaması açısından fark olup-olmadığını test etmek için Mann Whitney U testi uygulanmış ve fark bulunamamıştır. Cinsiyet değişkeni bakımından örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılığın alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Yine, medeni durum değişkeni bakımından örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılık boyutları olan duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık için elde edilen sağlık çalışanları puan ortalamasında fark olup olmadığını test etmek için Mann Whitney U testi uygulanmış ve fark bulunamamıştır. Medeni durum değişkeni bakımından örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılığın alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Meslek seçimi değişkeni bakımından, örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılık alt boyutları olan; duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık açısından elde edilen puan ortalamaları bakımından fark olup olmadığını test etmek için Mann Whitney U testi yapılmıştır. Meslek seçimi değişkeni bakımından örgütsel bağlılık ve duygusal bağlılık puan ortalamaları açısından fark bulunmuştur ($p=0,020$ ve $p=0,000$). Örgütsel iletişim ve örgütsel bağlılığın alt boyutu olan devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık açısından fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5: Sağlık Çalışanlarının Puan Ortalamalarını İncelemek İçin Yapılan Kruskal Wallis-H Testi sonuçları.

Gruplar	n=118	Sağlık Çalışanları Puanı				
		Sıra Ortalaması	x ²	df	p	
Yaş Aralığı						
Örgütsel İletişim	29'dan küçük	69	62,94	1,817	2	0,403
	30-39 yaş aralığı	23	56,52			
	40 ve üstü	26	53,00			
Örgütsel Bağlılık	29 dan az olanlar	69	60,62	0,181	2	0,914
	30-39 yaş aralığı	23	57,74			
	40 ve üstü	26	58,08			
Duygusal Bağlılık	29 dan az olanlar	69	57,46	0,973	2	0,615
	30-39 yaş aralığı	23	59,20			
	40 ve üstü	26	65,19			
Devamlılık Bağlılığı	29 dan az olanlar	69	64,44	3,488	2	0,175
	30-39 yaş aralığı	23	52,35			
	40 ve üstü	26	52,71			
Normatif Bağlılık	29 dan az olanlar	69	57,83	0,512	2	0,774
	30-39 yaş aralığı	23	63,59			
	40 ve üstü	26	60,33			
Eğitim Durumu						
Örgütsel İletişim	Sağlık Meslek Lisesi	31	55,48	2,574	5	0,765
	Lise	14	52,50			
	Ön Lisans	24	57,40			
	Lisans	21	63,21			
	Tıpta Uzmanlık	21	65,60			
	Lisansüstü	7	69,07			
Örgütsel Bağlılık	Sağlık Meslek Lisesi	31	65,44	10,425	5	0,064
	Lise	14	56,82			
	Ön Lisans	24	58,10			
	Lisans	21	71,50			
	Tıpta Uzmanlık	21	40,33			
	Lisansüstü	7	64,86			

Sağlık Sektöründe Örgütsel İletişimin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkilerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma

Duygusal Bağlılık	Sağlık Meslek Lisesi	31	58,97	7,118	5	0,212
	Lise	14	52,07			
	Ön Lisans	24	48,25			
	Lisans	21	67,07			
	Tıpta Uzmanlık	21	63,76			
	Lisansüstü	7	79,79			
Devamlılık Bağlılığı	Sağlık Meslek Lisesi	31	73,56	31,070	5	0,000
	Lise	14	57,96			
	Ön Lisans	24	69,81			
	Lisans	21	67,83			
	Tıpta Uzmanlık	21	26,21			
	Lisansüstü	7	39,79			
Normatif Bağlılık	Sağlık Meslek Lisesi	31	66,16	9,421	5	0,093
	Lise	14	65,39			
	Ön Lisans	24	52,88			
	Lisans	21	69,71			
	Tıpta Uzmanlık	21	42,81			
	Lisansüstü	7	60,36			
Göreviniz						
Örgütsel İletişim	Hekim	25	59,92	4,507	3	0,212
	Hemşire	55	53,97			
	Sağlık Memuru	21	72,50			
	Diğer	17	60,71			
Örgütsel Bağlılık	Hekim	25	49,04	3,189	3	0,363
	Hemşire	55	63,53			
	Sağlık Memuru	21	61,64			
	Diğer	17	59,21			
Duygusal Bağlılık	Hekim	25	68,50	2,902	3	0,407
	Hemşire	55	54,76			
	Sağlık Memuru	21	61,79			
	Diğer	17	58,76			
Devamlılık Bağlılığı	Hekim	25	33,92	23,725	3	0,000
	Hemşire	55	73,02			
	Sağlık Memuru	21	52,33			
	Diğer	17	62,24			
Normatif Bağlılık	Hekim	25	52,00	4,706	3	0,195
	Hemşire	55	65,45			
	Sağlık Memuru	21	61,69			
	Diğer	17	48,59			

Çalışılan Bölüm						
Örgütsel İletişim	Poliklinikler	66	55,52	2,554	2	0,279
	İdari Bölümler	40	66,43			
	Diğer	12	58,29			
Örgütsel Bağlılık	Poliklinikler	66	54,12	3,760	2	0,153
	İdari Bölümler	40	66,91			
	Diğer	12	64,38			
Duygusal Bağlılık	Poliklinikler	66	60,61	0,313	2	0,855
	İdari Bölümler	40	59,10			
	Diğer	12	54,71			
Devamlılık Bağlılığı	Poliklinikler	66	51,24	9,183	2	0,010
	İdari Bölümler	40	71,64			
	Diğer	12	64,46			
Normatif Bağlılık	Poliklinikler	66	54,16	3,673	2	0,159
	İdari Bölümler	40	66,19			
	Diğer	12	66,58			
Memnuniyet						
Örgütsel İletişim	Evet	70	67,65	12,969	2	0,002
	Hayır	14	33,93			
	Kısmen	34	53,25			
Örgütsel Bağlılık	Evet	70	68,61	12,414	2	0,002
	Hayır	14	42,96			
	Kısmen	34	47,54			
Duygusal Bağlılık	Evet	70	72,58	26,191	2	0,000
	Hayır	14	33,14			
	Kısmen	34	43,43			
Devamlılık Bağlılığı	Evet	70	59,86	0,072	2	0,965
	Hayır	14	60,75			
	Kısmen	34	58,25			
Normatif Bağlılık	Evet	70	66,99	8,291	2	0,016
	Hayır	14	48,14			
	Kısmen	34	48,76			

Çalışma Saatleri						
Örgütsel İletişim	Sadece Gündüz	81	58,53	0,208	2	0,648
	Nöbet Usulü	37	61,62			
	Diğer	0				
Örgütsel Bağlılık	Sadece Gündüz	81	58,56	0,195	2	0,659
	Nöbet Usulü	37	61,55			
	Diğer	0				
Duygusal Bağlılık	Sadece Gündüz	81	59,88	0,033	2	0,857
	Nöbet Usulü	37	58,66			
	Diğer	0				
Devamlılık Bağlılık	Sadece Gündüz	81	55,83	2,994	2	0,084
	Nöbet Usulü	37	67,54			
	Diğer	0				
Normatif Bağlılık	Sadece Gündüz	81	57,25	1,127	2	0,288
	Nöbet Usulü	37	64,43			
	Diğer	0				
Kurumda Çalışma Süresi						
Örgütsel İletişim	Bir yıldan az	30	74,40	0,208	3	0,648
	1-5 yıl arası	60	55,38			
	6-10 yıl arası	17	44,18			
	11 yıl ve üzeri	11	65,00			
Örgütsel Bağlılık	Bir yıldan az	30	60,45	0,195	3	0,659
	1-5 yıl arası	60	55,11			
	6-10 yıl arası	17	57,85			
	11 yıl ve üzeri	11	83,41			
Duygusal Bağlılık	Bir yıldan az	30	59,08	0,033	3	0,857
	1-5 yıl arası	60	57,09			
	6-10 yıl arası	17	55,97			
	11 yıl ve üzeri	11	79,23			
Devamlılık Bağlılığı	Bir yıldan az	30	62,30	2,994	3	0,084
	1-5 yıl arası	60	56,36			
	6-10 yıl arası	17	59,82			
	11 yıl ve üzeri	11	68,50			
Normatif Bağlılık	Bir yıldan az	30	59,13	1,127	3	0,288
	1-5 yıl arası	60	54,84			
	6-10 yıl arası	17	59,91			
	11 yıl ve üzeri	11	85,27			

Meslek Hayatında Toplam Çalışma Süresi						
Örgütsel İletişim	Bir yıldan az	12	62,13	5,324	4	0,256
	1-5 yıl arası	53	63,99			
	6-10 yıl arası	19	51,97			
	11-15 yıl arası	16	66,56			
	15 yıl ve üstü	18	46,19			
Örgütsel Bağlılık	Bir yıldan az	12	44,79	3,024	4	0,554
	1-5 yıl arası	53	62,76			
	6-10 yıl arası	19	56,11			
	11-15 yıl arası	16	60,75			
	15 yıl ve üzeri	18	62,17			
Duygusal Bağlılık	Bir yıldan az	12	48,29	2,314	4	0,678
	1-5 yıl arası	53	58,94			
	6-10 yıl arası	19	59,13			
	11-15 yıl arası	16	61,34			
	15 yıl ve üstü	18	67,36			
Devamlılık Bağlılığı	Bir yıldan az	12	53,21	4,027	4	0,402
	1-5 yıl arası	53	66,18			
	6-10 yıl arası	19	53,29			
	11-15 yıl arası	16	51,34			
	15 yıl ve üzeri	18	57,83			
Normatif Bağlılık	Bir yıldan az	12	40,46	4,027	4	0,372
	1-5 yıl arası	53	62,08			
	6-10 yıl arası	19	59,55			
	11-15 yıl arası	16	62,75			
	15 yıl ve üzeri	18	61,64			

Tablo-5’de yaş değişkeni bakımından, örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılık alt boyutları olan; duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık açısından elde edilen puan ortalamaları bakımından fark olup olmadığını test etmek için Kruskal Wallis-H Testi yapılmıştır. Yaş değişkeni bakımından örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılığın alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Eğitim durumu değişkeni bakımından, örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılık alt boyutları olan; duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık açısından elde edilen puan ortalamaları bakımından

fark olup olmadığını test etmek için Kruskal Wallis-H Testi yapılmıştır. Eğitim durumu değişkeni bakımından devam bağlılığı puan ortalaması açısından fark bulunmuştur ($p=0,000$). Örgütsel iletişim örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılığın alt boyutu olan duygusal bağlılık ve normatif bağlılık açısından fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının yaptıkları görev değişkeni bakımından, örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılık alt boyutları olan; duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık açısından elde edilen puan ortalamaları bakımından fark olup olmadığını test etmek için Kruskal Wallis-H Testi yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının yaptıkları görev değişkeni bakımından devam bağlılığı puan ortalaması açısından fark bulunmuştur ($p=0,000$). Örgütsel iletişim örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılığın alt boyutu olan duygusal bağlılık ve normatif bağlılık açısından fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çalıştıkları bölüm değişkeni bakımından, örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılık alt boyutları olan; duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık açısından elde edilen puan ortalamaları bakımından fark olup olmadığını test etmek için Kruskal Wallis-H Testi yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının çalıştıkları bölüm değişkeni bakımından devam bağlılığı puan ortalaması açısından fark bulunmuştur ($p=0,010$). Örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılığın alt boyutu olan duygusal bağlılık ve normatif bağlılık açısından fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çalışanlarının memnuniyet değişkeni bakımından, örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılık alt boyutları olan; duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık açısından elde edilen puan ortalamaları bakımından fark olup olmadığını test etmek için Kruskal Wallis-H Testi yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının memnuniyet değişkeni bakımından örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık, duygusal bağlılık ve normatif bağlılık puan ortalaması açısından fark bulunmuştur ($p=0,002$, $p=0,002$, $p=0,000$ ve $p=0,016$). Örgütsel bağlılığın alt boyutu olan devamlılık bağlılığı açısından fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çalışma saatleri değişkeni bakımından, örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılık alt boyutları olan; duygusal bağlılık, devamlılık

bağlılığı ve normatif bağlılık açısından elde edilen puan ortalamaları bakımından fark olup olmadığını test etmek için Kruskal Wallis-H Testi yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının çalışma saatleri değişkeni bakımından örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılık alt boyutları olan; duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık açısından fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Kurumda çalışma süreleri değişkeni bakımından, örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılık alt boyutları olan; duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık açısından elde edilen puan ortalamaları bakımından fark olup olmadığını test etmek için Kruskal Wallis-H Testi yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının çalışma süreleri değişkeni bakımından örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılık alt boyutları olan; duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık açısından fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Meslek hayatında toplam çalışma süreleri değişkeni bakımından, örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılık alt boyutları olan; duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık açısından elde edilen puan ortalamaları bakımından fark olup olmadığını test etmek için Kruskal Wallis-H Testi yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının toplam çalışma süreleri değişkeni bakımından örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılık alt boyutları olan; duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık açısından fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6: Örgütsel İletişim ve Örgütsel Bağlılık Ortalamaları

	Örgütsel İletişim Ortalaması	Örgütsel Bağlılık Ortalaması
N	118	118
Ortalama	3,8067	3,1746
Standart Sapma	0,56502	0,51271
Minimum	1,00	1,00
Maximum	5,00	5,00

Tablo-6'ya bakıldığında; sağlık çalışanlarının örgütsel iletişim ortalamasının 3,80 (%76) ve örgütsel bağlılık ortalamasının ise 3,17 (%63) olduğu sonucuna varılmaktadır. Bu verilerin sonucunda, sağlık çalışanlarının örgütsel iletişimi yüksek ve örgütsel bağlılığının biraz düşük olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 7: Duygusal Bağlılık, Devamlılık Bağlılığı ve Normatif Bağlılık Puanları Tablosu

	Duygusal Bağlılık Puanı	Devamlılık Bağlılığı Puanı	Normatif Bağlılık Puanı
N	118	118	118
Ortalama	28,42	21,53	26,19
Standart Sapma	5,85	4,73	5,04
Minimum	8,00	7,00	8,00
Maximum	40,00	35,00	40,00

Tablo 7 incelendiğinde; sağlık personelinin duygusal bağlılık puanlarının yüksek ve devamlılık bağlılığı ile normatif bağlılık puanlarının ise biraz düşük olduğu söylenebilir.

Tablo 8: Örgütsel İletişim ve Örgütsel Bağlılık Korelasyon Analizi

		Örgütsel İletişim	Örgütsel Bağlılık
Spearman's rho	Örgütsel İletişim	Correlation Coefficient	0,382**
		Sig. (2-tailed)	0,000
		N	118
	Örgütsel Bağlılık	Correlation Coefficient	0,382**
		Sig. (2-tailed)	0,000
		N	118

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

Tablo 8'de Spearman's rho Korelasyon analizi yapılmış ve örgütsel iletişim ile örgütsel bağlılık puanı arasında pozitif yönlü ($r=0,382$) ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p=0,000$). Örgütsel iletişim arttığında örgütsel bağlılığın da arttığı sonucuna varılabilir.

Tartışma, Sonuç ve Öneriler

Yapılan araştırmada; cinsiyet, medeni durum, yaş, çalışma saatleri, çalışma süreleri ve toplam çalışma süreleri değişkeni bakımından örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılığın alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Meslek seçimi değişkeni bakımından örgütsel bağlılık ve duygusal bağlılık puan ortalamaları açısından fark bulunmuş, örgütsel iletişim ve örgütsel bağlılığın alt boyutu olan devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık açısından fark bulunamamıştır.

Eğitim durumu değişkeni bakımından devam bağlılığı puan ortalaması açısından fark bulunmuş, ancak örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılığın alt boyutu olan duygusal bağlılık ve normatif bağlılık açısından fark bulunamamıştır.

Sağlık çalışanlarının yaptıkları görev değişkeni bakımından devam bağlılığı puan ortalaması açısından fark bulunmuş, örgütsel iletişim örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılığın alt boyutu olan duygusal bağlılık ve normatif bağlılık açısından fark bulunamamıştır.

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları bölüm değişkeni bakımından devam bağlılığı puan ortalaması açısından fark bulunmuş, örgütsel iletişim, örgütsel bağlılık ve örgütsel bağlılığın alt boyutu olan duygusal bağlılık ve normatif bağlılık açısından fark bulunamamıştır.

Araştırma konuları ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, Yıldız'ın çalışmasında Örgütsel iletişimin, örgütsel bağlılık üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yıldız, 2019). Korelasyon analizi neticesinde Örgütsel iletişim ve örgütsel bağlılık ölçekleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Araştırma sonucunda örgütsel iletişim arttıkça, örgütsel bağlılığın da artacağı söylenilmiş olup ulaştıkları sonuç neticesinde araştırmamızı destekleyen bir çalışma olduğu görülmüştür.

Öztürk'ün çalışmasında ise yapılan analiz neticesinde cinsiyet değişkeni ile duygusal bağlılık ve normatif bağlılık alt boyutları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Öztürk, 2013). Tek yönlü

varyans analizi neticesinde yaş ile duygusal bağlılık alt boyutu arasında istatistiksel anlamda bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Medeni durum değişkeni ile duygusal bağlılık alt boyutu arasında istatistiksel anlamda bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Evli olanların ortalamasının bekâr olanların ortalamasından daha büyük olmasında, evli olanlarda, ailevi nedenlerden dolayı başlayan örgütsel bağlılığın zaman içerisinde duygusal bağlılık yönünün oluştuğu düşünülmektedir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi neticesinde çalışma şekli ile duygusal bağlılık, devamlılık bağlılığı ve normatif bağlılık alt boyutları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bu değerlendirmede “çalışma şekillerini benimsemiş, yaptıkları işten memnun durumda olduklarını göstermektedir” şeklinde çalışmamızı destekleyen bulgular görülmüştür.

Kıraç’ın araştırmasında ise (Kıraç, 2012), örgütsel iletişim ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkiyi gösteren R değeri 0,660 olarak hesaplanmıştır. Örgütsel bağlılık bağımlı değişken, örgütsel iletişim bağımsız değişken olarak ele alınmış ve iletişimin örgütsel bağlılık üzerinde anlamlı pozitif yönlü bir etkisi olduğu bulunmuştur.

Öztürk’ün araştırmasında (Öztürk, 2014) ise, verilerin analizi sonucunda, gelir durumu, yaş, şirkette çalışma yılı ve evlilik değişkenlerine göre anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Uygulama analizlerinin devamında değişkenlerinin birbirleriyle ilişkilerini belirlemeye yönelik korelasyon analizi yapılmış, buna göre örgütsel iletişimin bağımsız değişkeniyle örgütsel bağlılık bağımlı değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere regresyon analizi yapılmış, bunun sonucunda örgütsel iletişimin örgütsel bağlılığı kısmen etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

İletişim, kişilerin duygu ve düşünce alışverişini sağlayan ögedir. Sosyal hayatın devamlılığı ve insan ilişkilerinin bir düzen içerisinde olabilmesi için etkili bir araçtır. Yöneticiler, örgütteki işlerin iş görenler tarafından yapılması için iletişimi araç olarak kullanmakta, iletişimle birlikte örgütte düşüncelerini aktarmakta, onlara talimatlar vermektedir. Yöneticiler, talimatların örgüt tarafından nasıl değerlendirildiğini anlamak için iletişimi kullanmaktadır. Yöneticilerin, çalışanlarıyla bilgi paylaşımında bulunması, çalışma koşulları içerisindeki belirsizlikleri azaltmakla birlikte, çalışanların işlerindeki motivasyon seviyelerinde artış sağlamayı amaçlamaktadır.

Örgütlerdeki birimlerde birbirinden farklı özelliklere sahip olan bireylerin bulunması, örgütün işleyiői açısından birtakım zorluklarla karşılaşılmasını sebep olmaktadır. Ancak örgütteki yönetimin iletişime gerekli önemi vermesi, çalışanlarına net ifadelerle görevlerini nasıl yapacakları konuları hakkında bilgilendirmeleri, işlerindeki performansları hakkında geri bildirimde bulunmaları, çalışanlarda örgütün kendilerine değer verdiği görüşünün oluşmasını sağlamaktadır. Örgütün iletişimde verimliliği sağlamak adına bu şekildeki uygulamalara yer vermesi, bireylerin kişisel başarılarının desteklenmesinin yanı sıra, çalıştıkları birimlerin başarılarını da olumlu yönde etkilemekte ve dolayısıyla bu durum örgütlerin başarı seviyesini de etkilemektedir. Örgütlerin iletişime gerekli önemi vermemeleri, çalışanlarına görevlerini nasıl yapacakları konusunda yeterli derecede açıklama yapmamaları, onların işteki motivasyonlarını, örgüte olan bağlılıklarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Örgütsel iletişim ise, örgütün tamamını içine alan ve çalışanlar arasında gerçekleşen bilgi aktarım sürecidir. İnsan kaynakları yönetimleri örgütlerinin politikalarını, hedeflerini, çalışanlara sağlıklı iletişim sistemi ile iletirlerse çalışanların bu amaçları uygulamaları kolaylaşır. Çalışanlara sürekli bilgi akışının yapılması ile örgütün samimi, güven duyulan ortamı sağlanmış olur.

Etkili bir iletişim sistemi ile firmalar çalışanlarına hedeflerini, politikalarını düzgün bir şekilde aktarabilir ve çalışan sağlıklı iletişim sistemi ile bu bilgileri aldığı zaman örgüte duyduğu güveni artar, bununla birlikte net bir şekilde örgütün misyonunu öğrenmiş olur ve buna göre çalışma düzeni şekillenir. Birimler arasında görev dağılımlarının etkin bir şekilde öğrenilmesiyle bölümler arasında koordinasyon sağlanmış olunur.

Zayıf iletişimin oluşturduğu durumlar ise Şu şekilde açıklanabilir; çalışanların gerekli bilgileri alamaması kuruma karşı güven eksikliği oluşturur, bu da beraberinde işe duydukları bağlılıkların zayıflamasına neden olur. Bölümler arasında verimli iletişim kullanılmamasından kaynaklı sorunlar oluşur. Görev dağılımı ve görev tanımları karışıklığı yüzünden kuruma olan bağlılıkları azalır. İş kazaları, birtakım önüne geçilemeyecek olumsuz durumlar oluşur.

Sonuç itibariyle iyi bir iletişim düzeni ya da oluşturulmamış bir iletişim sistemi işletmelerin amaçları olan başarıya ulaşmalarını önemli derecede etkilemekte bu da uzun vadede işletmelerin amaçlarına ulaşmalarına engel olmaktadır. Yöneticiler bunun erken farkına varmalı bu konuda önlemler almalıdırlar. İletişim sistemleri bozuk ise bunu onarmaya çalışmalı ya da bunu oluşturacak faktörleri gidermelidirler.

Örgütsel iletişim ise, örgütün bütününe içine alan ve çalışanlar arasında gerçekleşen bilgi değişimi sürecidir. İnsan kaynakları yönetimleri; örgütlerinin politikalarını, hedeflerini, misyonunu çalışanlara sağlıklı iletişim sistemi ile duyururlarsa çalışanların bunları benimsemeleri uygulamaları kolaylaşır. Çalışanlara sürekli bilgi akışının yapılması aile ortamının oluşmasını sağlar. İyi bir örgütsel iletişim ile çalışanların örgütsel bağlılıkları artar ve bunun sonucunda işletmenin amaçlarını gerçekleştirmede birbirine bağlı bir örgüt ile başarıya ulaşması daha basit bir şekilde sağlanır.

Yapılan bu araştırmada araştırmanın konusu, sağlık sektöründe çalışanların insan ilişkilerini, iletişimlerini bunun beraberinde örgütsel iletişimlerini incelemeye almak ve örgütsel bağlılıklarının örgütsel iletişimle bağlantısını bulmak amaçlanmıştır.

Çalışanların her birinin demografik özelliklerinin farklı olması medeni halleri, yaşları, eğitim seviyeleri, çalışma süreleri, tecrübeleri, meslek gruplarının farklı olması, farklı kültürlerden geldikleri, duygu ve düşüncelerinin farklı olması, kendilerine has fikirlerinin olması onları diğer çalışanlardan farklı kılan özelliklerdir. Çalışanların iletişim şekillerinin birbirleri ile bağlantılı olduğu gözden kaçırılmayarak yönetim kademesinden alt kademelere doğru çalışma ile iletişimi ne şekilde sergilediği, örgütsel iletişime olan katkıları, örgüte olan bağlılıklarının seviyeleri en iyi şekilde ortaya konulup incelenmesi araştırılmıştır.

Çalışmamızın bulgularının neticesinde, çalışanların örgütsel bağlılıklarını artırmak amacı ile örgütsel iletişimi, örgüt içerisinde artırmak için sürekliliği olan çalışmalar yapılması gerekir. Çünkü örgütsel iletişim arttığında çalışanların örgütsel bağlılığı arttığı görülmüştür. İletişim ve örgütsel bağlılık kavram olarak çalışanların gündemine getirilmesi, açıklanması, anlatılması ve bunun sonucunda örgütün başarısının artacağını, ortak hedef

ve amaçların başarılmasında her birimin üstüne düşen görevleri yapması gerektiğinin açıklanması, örgüt yöneticileri tarafından çalışma merkezine alınmalıdır.

Bu alışma, sağlık alışanlarında örgütsel iletişimin örgütsel bağlılık oluşumundaki etkisini ortaya koymaya çalışmıştır. Bu amaçla faaliyet alanı sağlık olan bir kurum seçilmiş ve anket alışması Özel Şişli Memorial Hastanesi'nde yapılmıştır. Yapılan anket çalışmalarında ve anket dağıtımı sırasındaki gözlemlerle elde edilen görüş, Özel Şişli Memorial Hastanesi alışanlarının çoğunluğunun işlerinden ve kurumlarından memnun olduğudur. Bu çalışmayla, ileride bu sahada yapılacak olan çalışmalara basamak teşkil edecek nitelikte katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Örgütlerdeki iletişimin örgütsel bağlılık algılaması üzerindeki etkilerini incelediğimiz birinci varsayımımızda, örgütsel iletişimin anket ölçeğine göre iletişim boyutunun örgütsel bağlılık algılamasını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Örgütsel iletişime bağlı olarak, çalışanların örgütsel bağlılık algılamaları değişmektedir. Bu anlamda örgütsel bağlılığı sürekli kılmak adına yöneticiler, örgüt içi iletişim konusunda bilgi sahibi olmalıdırlar. Örgütte işten ayrılmalar, iş yerinde birimler arasında oluşan sorunlar gibi durumlar oluşursa, yöneticiler ilk olarak, örgütsel iletişimin olumsuz yönlerini bulmalı, bu olumsuz yönleri giderebilecek düzeltmeleri yapmalı ve tüm çalışanların da fikirlerini açık bir şekilde ifade edebilecek ortamı sağlamalıdır. Unutmamalıdırlar ki; örgüt içi iletişim sorunları giderildiğinde örgüte duyulan bağlılık o derece artacak ve örgütü rakiplerinden farklı kılan bu bağlılık derecesi örgütün gelecekteki başarisına önemli derecede etki edecektir.

Örgütsel iletişimin yönetim tarafında iyi bir şekilde iletilmesi ve örgüt tarafından verimli bir şekilde algılanması çalışanları tarafından iyi şekilde anlaşılabilmesi örgütteki bağlılık derecesi bakımından oldukça önemlidir. Örgüt yöneticileri, çalışanlar arasındaki bilgi alışverişi sürekliliği sağlanmalı ve bunun sonucunda kuruma duyulan bağlılık arttırılmalıdır. Böylece alışanlar örgüt içi etkin bir iletişim sistemi ile örgüte duygusal olarak bağlanmaya başlayacak ve örgüt başarılı bir şekilde işleyişini devam ettirecektir.

Memorial Hastanesi çalışanlarının örgütsel iletişimlerinin iletişim boyutunun, örgüte duygusal bağlılık üzerinde etkisi olduğu sonucuna ulaştığımız bu araştırmadan çıkarılabilecek en genel sonuç, çalışanların iletişim etkisiyle örgüte duyulan bağlılık hissettikleri ve örgütün başarısını ön planda tuttuklarıdır. Çalışanların genel olarak birbirleriyle iletişimleri olumlu olarak gözlemlenmiştir. Örgütlerde çalışanlar arasındaki iletişim yeterli olarak algılanmazsa, örgüte duyulan bağlılıkları da o yönde etkileneceği izlenilmiştir.

Bir örgütün iletişimi ve kişiler arası ilişkileri iyileştiremezse, verimlilik ve motivasyonları azalacaktır. Bu kopuk iletişim ve kişilerin olumsuz ilişkileri, örgütsel bağlılıklarını önemli derecede etkiler. Örgüt içi iletişimi azalan çalışan, zamanla örgütten uzaklaşma, işe geç kalma hatta örgütten ayrılmaya kadar varacaktır bu durum.

Yapılan araştırmada çalışanlar örgütsel iletişimin örgütsel bağlılığı etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sebeple yetersiz veya düzensiz bir iletişim oluşumu durumu varsa yöneticiler bunları önceden tespit etmeli ve gerekli önlemleri almalıdırlar.

Araştırmamın sonucu ile daha önceden yapılmış araştırmaların sonuçlarının örgütsel iletişim ile örgütsel bağlılık üzerinde olumlu bir etkisi vardır, anlamlı ilişkileri vardır şeklinde benzerlik göstermektedir. Yapılan diğer araştırmalarda da örgütsel iletişim arttığında örgütsel bağlılık seviyesi artmış, örgütsel iletişimin eksik olduğu durumlarda örgütsel bağlılık oranlarında düşüşler izlenmiştir.

Diğer sektörlerde çalışanlar için örgütsel iletişim çalışmalarının örgüte birçok değer kazandıracağı ve birçok sorunu önleyeceği düşünülmelidir. Yönetim, çalışanlarının birlik içerisinde ve örgütlenmiş şekilde çalışarak örgüte daha nasıl bir katkı sağlarını düşüncesine sahip olmasının araştırılması her zaman örgüt için belirli aralıklarda takip edilmesi gereken örgütsel iletişim kavramını sürekli güncel bilgilerle desteklemelidir.

KAYNAKLAR

[1] Allen, N. J. ve Meyer, J. P. (1990). “The Measurement and Antecedents of Affective, Continuance and Normative Commitment to the Organization”, *Journal of Occupational Psychology*, 63:1-18.

[2] Bayram L. (2005). Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık, *Sayıştay Dergisi*, 16(39), 125-139.

[3] Benligiray, S. ve Sönmez H. (2011). Hekimlerin ve Hemşirelerin Örgütsel Bağlılıklarını Arttırmayı Sağlayan Faktörler. İş Güç Endüstri İlişkileri ve *İnsan Kaynakları Dergisi*, 13(3):49-64.

[4] Demirel, Y. (2008). Örgütsel Güvenin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Tekstil Sektörü Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma. *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(2):179-194.

[5] Güllüoğlu, Ö.(2012). Örgütsel İletişim, *İletişim Doyumu ve Kurumsal Bağlılık*, Konya, Eğitim Kitabevi.

[6] Gümüşsuyu Ç, Sönmez S, Oyur E, (2008). *Genel ve Teknik İletişim*, Ankara, Savaş Yayınevi.

7 Karlene HR, Charles AO (1974). Measuring Organizational Communication. *Journal of Applied Psychology*, 59(3): 321-326.

[7] Kaya, O. (2007). Örgütsel Bağlılık: Emniyet Genel Müdürlüğü Merkez Biriminde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

[8] Kırış, E. (2012). Örgütsel İletişimin Örgütsel Bağlılık Algılaması Üzerindeki Etkileri ve Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

[9] Öztekin, A.(2002). *Yönetim Bilimi*, Ankara, Siyasal Kitabevi.

[10] Öztürk, H.M. (2014). Örgütsel İletişimin Örgütsel Bağlılığa Etkisi ve Bir Uygulama Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

[11] Öztürk M.(2013). Örgütsel Bağlılık ve Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılık Düzeyleri (Kırklareli Örneği) ,Yüksek Lisans Tezi,, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

[12] Reichers, A. E. (1985). A Review and Reconceptualization of Organizational Commitment. *Academy of Management*, 465-476.

[13] Yalçın, A. ve İplik, F.N. (2005). Beş Yıldızlı Otellerde Çalışanların Demografik Özellikleri ile Örgütsel Bağlılıkları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(1):95-412.

[14] Yıldız, P. (2019). Örgütsel Bağlılık Üzerinde Örgütsel Güven Ve Örgütsel İletişimin Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

[15] Yüksel, H. A., Künüçen H. H., Demiray E., Uztuğ F., Onursoy S., Vural İ., Arslan B., Arslan E., Ecevit E., Özen Ö. (2003). *Meslek Yüksekokulları İçin Genel İletişim*, Ankara, Pegem Akademi Yayıncılık.