

**YÖNETİCİ ADAYI HEKİMLERİ HANGİ GÜDÜ MOTİVE EDER?
BAŞARMA VE GÜÇ İHTİYAÇLARI İLE MESLEKİ PERFORMANS İLİŞKİSİ ÜZERİNE
BİR ARAŞTIRMA¹**

Doç. Dr. Halis DEMİR*

Yrd. Doç. Dr. Tarhan OKAN**

Yrd. Doç. Dr. Sedat BOSTAN***

ÖZ

Hekimler neden yönetici olmalı ya da olmamalı sorusundan yola çıkan bu araştırmanın amacı, hekimlerin mesleki performansı ile motivasyonel ihtiyaçları (başarma ve güç) arasındaki ilişkileri incelemektir. McClelland'ın ihtiyaçlar kuramı çerçevesinde geliştirilen araştırma modeli, Gümüşhane ve Trabzon illerinde görev yapmakta olan 93 uzman hekimden meydana gelen bir örneklem üzerinde test edilmiştir. Bulgular, hekimlerin yüksek düzeyde mesleki performans, yüksek düzeyde başarma ihtiyacı ve daha düşük düzeyde güç ihtiyacına sahip olduğunu göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre, başarma ihtiyacı mesleki performans üzerinde pozitif yönlü bir etkiye sahip iken, güç ihtiyacı için elde edilen ilişkiler anlamsız veya negatif yönlüdür. Korku (başarısızlık ve güç) değişkeni ise mesleki performans üzerinde negatif etkiye sahiptir. Bununla birlikte mesleki performansı en iyi açıklayan modelde, güç ihtiyacı değişkeni yer almamaktadır. Bu modelde yer alan kontrol değişkenleri için elde edilen bulgular ayrıca, mesleki performans üzerinde yaş ve görev yapılan il (Gümüşhane) değişkenlerinin negatif ve aynı hastanede çalışma süresinin pozitif etkilere sahip olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hekim Yöneticiler, Mesleki Performans, Başarma İhtiyacı, Güç İhtiyacı.

JEL Sınıflandırması: M10, M19

**WHICH MOTIVE MOTIVATES PHYSICIANS WHO ARE POTENTIAL MANAGERS? A
STUDY ON THE RELATIONSHIPS OF NEED FOR ACHIEVEMENT AND NEED FOR
POWER WITH PROFESSIONAL PERFORMANCE**

ABSTRACT

The purpose of this study, which set out the question of why physicians should or should not become managers, is to examine the relationships between motivational needs (achievement and

¹ Bu çalışma 15-17 Haziran 2015 tarihleri arasında Gümüşhane Üniversitesi ve King's College tarafından düzenlenen "International Healthcare Management Conference" da sunulmuş olup İngilizce bir öncül formatı bildiriler kitapçığında yer almıştır.

* Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü, halisdemir8@hotmail.com

** Gümüşhane Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü, tarhanokan@hotmail.com

*** Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, sbostan29@gmail.com

power) and professional performance of the physicians. The research model developed in the framework of McClelland's theory of needs was tested on a sample of 93 specialist physicians who have been working in Trabzon and Gümüşhane cities. Results indicated that the physicians had a high level of professional performance, a high level of need for achievement and a lower level of need for power. According to analysis results, while need for achievement had a positive effect on the professional performance, relationships obtained for need for power were insignificant or negative. As for the fear (failure and power), it had a negative effect on the professional performance. Meanwhile, the need for power was not included in the model that best explained the professional performance. Findings for control variables in this model also demonstrated that age and the province (Gümüşhane) had negative and working duration in the same hospital had positive effects on the professional performance.

Keywords: Physician Managers, Professional Performance, Need for Achievement, Need for Power.

JEL Classification: M10, M19

1. GİRİŞ

Yöneticilerin “işgal ettikleri makamın yüksekliği oranında yönetsel yeteneğe sahip olmak durumunda” olduklarını vurgulayan Henry Fayol (2005: 17-20)² teknik konularda eğitim almış olan kişilerin, yönetsel bilgilerle donatılmamış olmalarına karşın, uzmanlık alanlarındaki yönetsel işlerle uğraştıklarını belirterek, yönetim yeteneğinin de “teknik yetenek gibi öncelikle okullarda, sonra da işyerinde öğretilmesi” gerektiğini ifade etmektedir. Klasik yönetim paradigmasının öncülerinden biri tarafından gündeme getirilen bu fikirlerin, günümüz için de önemli bir tartışma alanı oluşturduğu söylenebilmektedir. Örneğin, Türk işletmecilik tarihi incelendiğinde³, başlangıcından günümüze yönetim olgusunda ve yönetici uygulamalarında bir iç karışıklığın varlığı dikkat çekmektedir. 1930'lar ve süren on yıllar boyunca yönetimin bir işletme fonksiyonu olduğu konusunda uzlaşma sağlanmış olmakla birlikte, bu olgunun gerçekte ne olduğuna pek de açıklık kazandırılmadığı görülmektedir. Yönetim “işletmenin branşı ve bünyesindeki iş bölümüyle iç içe geçmiş ve bunlara bağlı olarak çeşitlilik gösteren” bir konumdadır (Alkan, 1952: 91'den aktaran, Üsdiken, 2003:138). Bu belirsiz konumu paralelinde, yöneticilik işinin yapılması için önceden tanımlanmış meslek standartları çerçevesinde, öngörülen görevleri yerine getirebilecek düzeyde bilgi ve beceriyi kanıtlayacak bir sertifikaya sahip olmak da zorunlu değildir (Koçel, 2014: 114). Yönetim bu bakımdan, “başka mesleklere sahip olanların işletmelerde belirli konumlara geldiklerinde yapmak durumunda kaldıkları bir iş” olarak süregelmiştir (Üsdiken, 2003:141). “Mesleğin işletmecilik olduğu” görüşü (Alkan, 1952: 41'den aktaran, Üsdiken, 2003:141) çerçevesinde, yöneticiliğin “kendine özgü ne ilminin ne bilgisinin ne de mektebinin olmadığı” vurgulanmış ve kısacası, 1930 ve izleyen on yıllar boyunca Türk

² Fayol'un özgün eseri 1916 tarihlidir.

³ Bu konuda ayrıntılı değerlendirme Üsdiken (2003) tarafından yapılmıştır.

işletmeciliğinde yönetim işi, bir meslek olarak görülmemiş ve profesyonel yönetici olgusuna yeterince dikkat çekilmemiştir (Üsdiken, 2003:141).

Bunun çoklu örneklerinden sıyrılarak verilebilecek bir örneğini, ülkemizdeki sağlık kuruluşları oluşturmaktadır. Türkiye’de sağlık kurumlarının yönetsel geçmişleri incelendiğinde, geçmişten günümüze kadar geçen sürede, bu kuruluşların (sağlık müdürlükleri, hastaneler, dispanserler vb.) başındaki yöneticilerin genellikle sadece tıp eğitimi içinde kalan ve yönetim, ekonomi, işletme ve hukuk gibi konularda hiç eğitim almayan hekimler oldukları görülmektedir (Kahyaoğlu, Yanık ve Tengilimoğlu, 2013: 23). Bununla birlikte, “hekimlerin yönetimi bir bilim dalı olarak kabul etmedikleri ve sağlık idaresinde görev alanların da yönetim bilimini öğrenme isteklerinin olmadığı” ileri sürülmektedir (Fişek, 1968:7’den aktaran, Can ve İbicioğlu, 2008: 272). Öte yandan, sağlık yöneticiliğinin, bir yönetim alanı ve sağlık sektörü içerisinde yerine getirilmesi gereken bir fonksiyon olarak kendine özgü bazı koşullara sahip olması, bu mesleğin önemini arttırmaktadır (Can ve İbicioğlu, 2008: 260). Bu benzersiz ve karmaşık koşullar çerçevesinde sağlık kurumlarının yönetilmesi için bu kurumların kendilerine has özelliklerinin dikkate alınması önem taşımaktadır (Kahyaoğlu, vd., 2013: 16). Sağlık hizmetleri yönetimini benzersiz yapan koşullardan biri ise bu sektörde hastalara verilen hizmetlerin aşırı derecede bireyselleştirmesi ve toplu olarak üretilip satılması mümkün olmayan bu hizmetlerin her hasta için özel olarak tasarlanması gereğidir (Can ve İbicioğlu, 2008:260). Bu kapsamda sunulan sağlık hizmeti bir bakıma "şahsileştirilmiş tedavi" olduğundan ilgilenmek durumunda olduğu her hasta, hekim için yöneticisi olduğu bir proje özelliği taşımaktadır (Kırcı, 2013: 46, ayrıca Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2009:181). Aynı zamanda diğer örgütlerde olduğu gibi hastanelerde de üst, orta ve alt kademe yönetim pozisyonları bulunmakta (Can ve İbicioğlu, 2008: 263) ve hekimler de bu örgüt yapılarında mevcut veya potansiyel yönetici olarak etkin bir rol üstlenmektedirler (Çınaroğlu, 2012: 94). Hekimlerin bu yönetsel pozisyonlarda bulunmaları ile ilgili bir değerlendirme yapıldığında dikkat çeken nokta, sağlık hizmetlerinde yönetim alanını uygulayıcı perspektifinden anlayabilmektir. Bu uygulayıcı perspektif; onlara meşruiyet kazandırmakta ve hekimlerin yönetici pozisyonları için oldukça değerli kaynaklar oldukları öne sürülmektedir (Marr ve Kusy, 1993: 30). Bu noktada ayrıca, hekimlerin yönetsel ve liderlik pozisyonlarında bulunmalarının hastane performansını daha çok arttıracığı da iddia edilmektedir (Goodall, 2011).

Hekimlerin yönetsel pozisyonlarda bulunmalarına destek sağlayan bu görüşlere karşın, günümüze gelindiğinde -İngiltere ve ABD gibi ülke örneklerinde de görüldüğü gibi- hastanelerin hekim yöneticiler yerine profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmesi söz konusu olmaktadır (Falcone ve Satiani, 2008:89; Goodall, 2011). Türkiye’de ise 2003 yılında başlayan sağlıkta dönüşüm programının son adımı olarak 2011 yılında yayımlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile hastanelerde profesyonel yönetime geçilmiş ve sağlık hizmetlerinin yönetiminde uzmanlaşmaya dayalı bir fonksiyonel ayrıma gidilmiştir (Lamba, Altan, Aktel ve Kerman, 2014). 663’ nolu KHK (Resmi Gazete, 02.11.2011/28103) kapsamında “*hastanelerin hastane yöneticisi*

tarafından yönetilmesi” ve *“hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idarî ve malî işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlüklerinin kurulması”* uygulamaları yürürlüğe girmiştir (Madde 30). Bu noktada, sağlık kuruluşlarımızı, hekim yöneticiler mi yoksa hekim olmayan profesyonel yöneticiler mi yönetmeli? Sorusunun önemli bir tartışma alanı oluşturduğu görülmektedir (Hayran, <http://www.merih.net/m1/wosmhay21.htm>). Bu soruya yanıt aranmak istendiğinde ise yönetim kademelerinde bulunacak olan hekimlerin yönetim potansiyelleri, araştırılması gereken bir konu olarak gündeme gelmektedir.

O halde, yönetim meseleleriyle ilgilenen herhangi bir değerlendirici, bir yöneticinin iyi bir yönetici olup olmadığına nasıl karar verir? Elbette ki, onun yönetsel performansına bakabilir. Hemen hemen herkesin söyleyebileceği gibi, *“başarılı olan bir yönetici iyi bir yöneticidir”* (McClelland ve Burnham, 1976:100). Fakat burada başarılı bir yöneticiyi iyi yapan, yüksek performansını ortaya çıkartan karakteristiklerin neler olduğuna dikkat edilir mi? O başarılı yöneticiyi hangi güdüler motive etmiştir sorusuna yanıt aranır mı? Yöneticinin potansiyelini değerlendirmek için, McClelland ve Burnham’ın (1976; 2003) çalışması referans alınarak ileri sürülen bu sorular, muhtemelen yanıtız kalacaktır. McClelland ve Burnham’ın, (2003:117) çalışmalarında ifade edildiği şekliyle; araştırmacılar tarafından *“yöneticinin kendi motivasyonu örgütün amaçlarıyla bir tutulmuş”* ve yönetici güdülerini araştırma konusu yapılmamıştır. Bildiğimiz kadarıyla örgütün varmak istediği sonuç ile yöneticinin o amaca ulaşmasında rol oynayan güdülerindeki ilişki de Türk yönetim literatüründe pek aranmamıştır. Oysaki psikologlara göre *“bir şeyin ne kadar iyi yapılacağı bilinmek isteniyorsa, o iş için ne kadar motivasyon ve yetenek gerektiğinin bilinmesi önem taşımaktadır”* (McClelland, 1985: 812). O zaman, güdülerin her birinin, bireyin başardığı şeyle ilişkisi kurularak güdülerin, başarı ya da başarısızlığa nasıl yardım ettiğini görmenin anlamlılığında söz edilebilir.

Bu çalışmanın amacı David C. McClelland’ın (1961; 1987 -ilk basım 1985-) ihtiyaçlar teorisi içinde kalarak, hekimlerin mesleki performansı ile başarı ve güç ihtiyaçları arasındaki ilişkiyi incelemek ve bu ilişkilerin mukayesesini yapmaktır. McClelland’ın yaklaşımı içerisinde genelde bireyin güç, ilişki ve başarıya ihtiyacından oluşan üç tür ihtiyaç içinde olacağı ileri sürülmekte ve özelde de yöneticilerin bu ihtiyaçları giderme boyutunda ya da bu ihtiyaçların yöneticileri motive etme boyutunda farklılıklar olacağı iddia edilmektedir (McClelland ve Burnham, 1976; 2003). Bu noktada gerçekte, tanımlanan belirli ve ideal bir güdü örüntüsüne sahip olan bireylerin, örgütün üst kademelerinde, etkili yöneticiler olacakları öne sürülmektedir (McClelland, 1975’ den aktaran, McClelland ve Boyatzis, 1982: 737). Benzer şekilde bu çalışmanın iddiası da; *“hekimlerin ihtiyaç yoğunluğu ve mesleki performansları arasındaki ilişkilerin gücü ve yönü açısından farklılık olacaktır”* görüşü üzerine kuruludur. Bu iddianın test edilmesine yönelik oluşturulacak hipotezler ve yapılacak analizler neticesinde ulaşılabuluların, hekimler neden yönetici olmalı ya da olmamalı sorusuna cevap arayışı yönündeki açıklamalarımıza ışık tutacağı düşünülmektedir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE, LİTERATÜR TARAMASI VE HİPOTEZLER

Sağlık sistemleri, bir yandan yüksek maliyetli bir yapıya sahip olmaları ve yarı kamusal bir özellik taşımaları, diğer yandan ise toplumun geleceğini ve işgücünün yeniden üretilmesini doğrudan etkilemeleri nedeniyle politika yapıcılar için ayrıcalıklı bir öneme sahiptir (Lamba, vd., 2014: 57). Sağlık kurumlarının özellikli yapıları çerçevesinde düşünüldüğünde, oldukça büyük bütçelere ve farklı uzmanlık alanlarına sahip yüze yakın değişik hizmeti yerine getiren çok sayıda personelin (“profesyonel, yarı profesyonel ve yardımcı personel”) uyumunu sağlamayı gerektiren karmaşık örgüt yapılarına sahip olan bu kurumların yönetilmesinin en güç yönetim alanlarından biri sayıldığı öne sürülmektedir (Kahyaoğlu vd., 2013:16). Sağlık Bakanlığının 2003 yılında başlattığı sağlıkta dönüşüm programı kapsamında Türk Sağlık Sistemine yönelik olarak yapılan bir değerlendirmede, “sağlık yöneticiliği ile işletme yönetiminin ayrılmamış olmasının ve nitelikli yönetici teminindeki eksikliğin sağlık sistemini zayıflatan etkenler” arasında olduğu vurgulanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 18). Dolayısıyla gerek Türkiye’de gerekse diğer modern toplumlarda sağlık sistemi içinde çeşitli kurum ve kuruluşlar üst yönetimleri için profesyonel sağlık yöneticileri aramaktadırlar (Kahyaoğlu vd., 2013:16). Bu noktada da özelde sağlık kuruluşlarımızı, hekim yöneticiler mi yoksa hekim dışı yöneticiler mi yönetmeli? sorusuna on yıllar boyunca yapıldığı gibi şöyle bir cevap verilebilir:

“Yönetim yapısına hekim yönetici / hekim dışı yöneticinin üstlendiği yönetimler olarak bakmaktan ziyade profesyonelce bakma zorunluluğu vardır..., hastane yönetimlerinin başı başına bir meslek olgusu içerisinde ele alınarak, hastaneler gibi 7/24 canlı bir yapının yönetiminde, hasta – çalışan memnuniyetini birbirinden ayırmadan, işgal edilen makamın vermiş olduğu formel yetkiden ziyade, çalışanlar üzerinde yetki kullanmaksızın etkili olacak, ekip çalışmasına olan inancı ön planda tutacak, farklı bilgi kaynaklarını kullanmaya ve örgüt sınırları dışında gerçekleşen gelişmeleri değerlendirerek pozisyon almayı zorunlu kılan, ortak gelecek bir vizyon oluşturan lider yöneticilere ihtiyaç duyulacaktır. Bu özelliklere sahip olan yöneticileriyle hastaneler; yarınları daha emin adımlarla ilerleyebilecek ve istenen kalitede hizmetlerini sağlayabilecektir” (Döğücü, 2013: 27).

Ancak kuramsal bir arka alana dayanmayan ve belki de “yönetimcilerin günlük sorun çözme anlayışları ile sınırlı kalmakla” (Sargut, 2012: 1) eleştirilebilecek böyle bir cevabın, bilimci açıdan ikna edici olmaktan uzak olduğu öne sürülebilir. Öte yandan çalışmada ele alınan konunun uygulamadaki bir sorundan doğan yapısı gereği, buradaki kuramsal arka alan arayışı içerisinde uygulamadan soyutlanmak da mümkün görünmemektedir. O halde konuya “*prakseolojik*⁴” açıdan bakıldığında, “*kuram ile uygulama arasındaki bağlantının ne olduğu*” ve “*kuramın uygulamaya ne şekilde yardımcı olabileceği*” de düşünülmesi gereken konulardır (Tsoukas ve Chia, 2013: 12). Bu noktada, giriş bölümünde de vurgulandığı gibi, “*bir şeyin ne kadar iyi yapılacağı bilinmek isteniyorsa, o iş için ne kadar motivasyon ve yetenek gerektiğinin bilinmesi gerektiği*” düşüncesinden (McClelland, 1985: 812) hareketle hekimlerin, yönetme işini iyi yapıp yapamayacakları sorusuna daha ikna edici bir yanıt arayışı içerisinde hem yönetimci hem de davranışçı bir yaklaşım olan McClelland’in (1961; 1987

⁴ Kuram ile uygulama arasındaki bağlantıyı ele alan felsefe alanı (Tsoukas ve Chia, 2013: 12).

-ilk basım 1985-) ihtiyaçlar yaklaşımının kullanışlı bir kavramsal arka alan oluşturacağı öne sürülebilir.

Bu bağlamda, Döğücü'nün (2013), ulusal sağlık dergisinde yer alan “*Yeni Dönemdeki Hastane Yöneticiliği*” isimli çalışmasında vurgulanan; “*hastaneleri unvan bazında kim yönetmeli? sorusu rafa kaldırılmalı, hedeflere, kim daha başarılı ve yüksek oranda yaklaştıracaksa, kurumları da onlar yönetmeli*”(Döğücü, 2013: 26) şeklindeki ifade dikkat çekmektedir. Bu ifade, McClelland ve Burnham'ın (2003:117) çalışmalarında vurgulanan, “*yöneticinin kendi motivasyonunun örgütün amaçlarıyla bir tutulmuş olması*” görüşü ile birebir örtüşmektedir. Örgütün hedeflerine ulaşan yöneticiyi hangi güdüler motive etmiştir? sorusunun farkındalığı belki de araştırmacının/yazarın düşünce ufğunun ötesinde kalmıştır.

Sargut (2015:255), “*Lider Yöneticinin Benliğine Yolculuk*” adlı çalışmasında toplumumuz için önemli bir yeri olması gereken McClelland'ın Türkiye’de yaygın olarak bilinmediğine vurgu yapmaktadır. McClelland ve onu takip edenler, yöneticilerin ihtiyaçları ve güdülleri üzerinde durarak bunları tanımlamaya çalışan bir bakış açısı benimsemişlerdir (Onaran, 1981: 201). Bu bağlamda ele alınan başarıma ihtiyacı, belirli standartlara ulaşma ve başarıma isteğini ifade ederken, güç ihtiyacı bireylerin diğerlerini etkileme ve onların davranışlarını yönlendirme arzusunu ifade etmektedir (Robbins ve Judge, 2012:210). Çalışmanın amacı ve sınırlılıkları çerçevesinde, araştırma modeline dâhil edilmeyen ilişki ihtiyacı ise, diğer bireylerle yakın ve samimi ilişkiler içerisinde olma isteği olarak tanımlanmaktadır (Robbins ve Judge, 2012:210).

Başarılı bir liderlik profili için bu üç ihtiyacın da çeşitli düzeylerde önemli olduğu öne sürülmektedir (Sargut, 2015: 257). Bununla birlikte McClelland ve onun yaklaşımını referans alan araştırmacıların genel olarak başarı ihtiyacına odaklandıkları, güç ve ilişki ihtiyacını ele alan çalışmaların daha az sayıda olduğu bilinmektedir (Robbins ve Judge, 2012: 210). Başarı ihtiyacı ile yöneticilik potansiyeli arasında bir ilişki kurulmak istendiğinde ise; yüksek başarı ihtiyacının, bireylerin etkili “lider yönetici” olma potansiyellerini arttıracak pek çok –olumlu- özelliği beraberinde getirdiği öne sürülmektedir (Sargut, 2015: 256-259). Başarma ihtiyacı ile yönetsel potansiyel arasında bir ilişki kurulmak istendiğinde dikkate alınabilecek bir diğer durum ise ortaya çıkabilecek “başaramama/başarısızlık korkusudur”. Bireyin başaramamaktan duyduğu böyle bir korkunun onu başarılı olmak için çaba sarf etmekten alıkoyacağı ifade edilmektedir (Eren, 2008: 522). Bu yapı içerisinde, başarı ihtiyacı düşük olan bireylerde ortaya çıkan başarısızlık korkusunun, beraberinde başarısızlıktan kaçışı getireceği ve bunun da dönüşüm içerisinde bireyin etkili “lider yönetici” olmasını sağlayacak eylemleri yerine getirebilme potansiyelini azaltacağı öne sürülebilir (Sargut, 2015: 256-259).

Bu noktaya kadar özetlenen görüşler, başarıma, güç ve ilişki ihtiyaçlarının bireyin yönetsel potansiyeli üzerinde belirli düzeylerde etkili olacağını öne sürmektedir. Burada akla gelen bir soru ise

bu ihtiyaçlar arasındaki önceliğin ne olacağı veya bu ihtiyaçların hangi bileşiminin başarılı yönetici potansiyelini destekleyeceği olmaktadır. McClelland (1975) çalışmasında “liderlik güdü örüntüsü (empire-building or leadership motive pattern)” olarak adlandırdığı ve kısmen (moderately) yüksek güç ihtiyacı, daha düşük ilişki ihtiyacı, yüksek öz denetim (self-control) ya da “aktivite inhibisyonu (activity inhibition)” bileşiminden oluşan belirli bir güdü örüntüsünün, bireylerin örgütlerin üst kademeleri için etkili yöneticiler olmalarını sağlayacağını öne sürmüştür (McClelland 1975’den aktaran, McClelland ve Boyatzis, 1982: 737). Bu bileşim içerisinde dikkat çeken bir nokta, başarılı yönetici profilinde ilişki ihtiyacının düşük olması gerektiği yönündeki görüşler olmaktadır. Buradaki temel mantık, ilişki ihtiyacı düşük olan yöneticilerin zor kararları verirken, insanlar tarafından sevilmemek gibi bir kaygıya sahip olmamaları olarak şekillenmektedir (McClelland ve Boyatzis, 1982: 737). Yöneticilerin kuralları evrensel olarak uygulamalarının ve bireyler tarafından seilmek ya da onlarla arasını iyi tutmak amacı ile çalışanların özel ihtiyaçları çerçevesinde istisnalar sağlamamalarının aynı zamanda, bürokratik bir yapının etkinliği için de önem taşıdığı öne sürülmektedir (McClelland ve Burnham, 1976: 103).

İlişki kurma ihtiyacının üst düzey yönetici profili içerisindeki yeri ile ilgili bu görüşler oldukça anlaşılır görülmektedir. O halde burada ele alınması gereken asıl tartışmanın gerçekte başarıma ihtiyacı ve güç ihtiyacı arasında vuku bulduğu iddia edilebilir. Yukarıda yapılan açıklamalar çerçevesinde başarıma ihtiyacı ile yönetsel başarı arasında olumlu bir ilişki olmadığını iddia etmek çok kolay olmayacaktır. Bu noktada McClelland (1977) başarıma ihtiyacı ile başarı arasındaki olumlu ilişkinin, anahtar konumdaki bireylerin işlerin büyük kısmını kendilerinin yaptığı, küçük işletmelerde veya satış işlerinde ortaya çıktığını, bu güdü ile yönetsel başarı arasındaki ilişkinin büyük işlerde ortaya çıkmadığını ifade etmektedir (McClelland 1977’den aktaran, McClelland ve Boyatzis, 1982: 738). Benzer şekilde McClelland ve Boyatzis (1982) tarafından Amerikan Telefon ve Telgraf Şirketi (AT&T) yöneticileri üzerinde yapılan araştırma bulguları, -yüksek- başarıma ihtiyacı ile yönetsel başarı arasındaki ilişkinin, daha alt kademelerdeki teknik olmayan yönetim işleri için geçerli olduğunu ortaya koymuştur. Bu ilişki yapısı, söz konusu yöneticilerin işlerinde, başkalarını etkileme yeteneğinden çok işe bireysel katkılarının rol oynaması ile açıklanmaktadır (s.737 ve s.742).

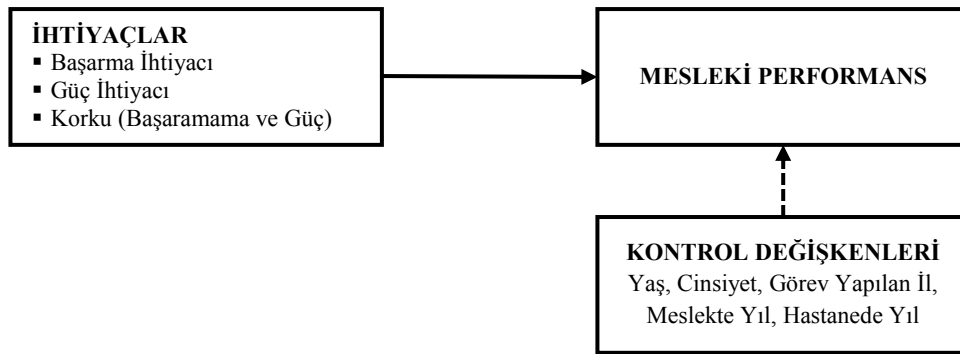
Bu açıklamalar çerçevesinde McClelland ve Burnham’ın (1976:101) “*yönetim işinin, işleri kendi başına daha iyi yapabilen birinden daha çok, insanları etkileyebilen birini gerektirdiği*” yönündeki görüşleri de daha iyi anlaşılacaktır. Araştırmacılar bu noktada yönetici motivasyonuna cevap ararken, başarıma ve güç güdüsünü tartışmaya açarak, motivasyonel anlamda, başarılı yöneticinin başarıma güdüsünden daha çok güç güdüsüne sahip olması gerektiğini ve güç güdüsünün iyi bir yönetici olmak için temel olduğunu, ileri sürmüşlerdir (s.101). Güç ihtiyacı fazla olan bir yöneticinin otorite tesis etme, güç kaynaklarını genişletme, mevcut gücünü koruma ve insanları etkileme gibi ilgileri olacağı belirtilmektedir (Koçel, 2014: 739). Yönetim bir “etkileme oyunu” olarak düşünülecek olursa, yöneticinin sahip olacağı böyle bir güç ihtiyacının, onun bu oyun içerisinde

bireyleri etkileme yönlü ilgilerinin daha fazla olmasını (McClelland ve Boyatzis, 1982: 737) sağlayarak yönetsel başarısını arttıracakları öne sürülebilir.

Gelinen noktada, başarıma ve güç ihtiyaçları çerçevesindeki bu tartışmalardan yapılabilecek yönetimi çıkarımların, çalışmanın amacı ve sorunsalı açısından önem taşıdığı düşünülmektedir. Başarıma ihtiyacı yüksek olan bir çalışanın *üst düzey yönetsel bir iş yerine* başarıma ihtiyacını tatmin edebileceği ve *yaptığı işe kişisel yeteneği ile katkı sağlayabileceği* bir işi yapıyor olmasının daha uygun olacağı öne sürülmektedir (Koçel, 2014: 739; *italik vurgular yazarlara aittir*). Özetlenen literatür çalışmanın örneklemini oluşturan hekimler için değerlendirildiğinde, yüksek bir başarıma ihtiyacının; “modern tıp anlayışı” içerisinde, “bilim ve sanatına odaklanmış” profesyonel “meslek icracısı” olarak tanımlanan hekim modeline (Aydın, 2010: 59) uygun şekilde, yüksek bir mesleki performansı ortaya koyması beklenebilir. Öte yandan bu ilişkinin doğasının, bir bakıma -yüksek güç ihtiyacına sahip bir bireyden beklenenin aksine- bireyin (hekimin) daha çok kişisel gelişim ve başarıma güdüsü üzerine odaklanması ve işleri kendi kendine yapmak istemesi mantığına dayalı olduğu söylenebilir (McClelland ve Burnham, 1976: 100). O halde mesleki performansı arttıracak, pozitif yönlü ilişkinin yüksek bir güç ihtiyacına bağlı olarak ortaya çıkmaması da beklenen bir durum olabilmektedir.

Bu öngörüler ışığında geliştirilen araştırma modeli (Şekil 1) hekimlerin başarıma ve güç ihtiyaçlarının mesleki performansları üzerinde nasıl bir etkiye sahip olacağını ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu çalışmanın konusu ve amacı doğrultusunda güç ve başarıma ihtiyacı (ve başaramama ve güç korkusu) değişkenleri bağımsız değişken ve mesleki performans bağımlı değişken olarak kullanılmıştır. Bu ilişki yapısı içerisinde etkili olarak modelin açıklayıcılık gücüne olumlu katkı sağlayacağı düşünülen, yaş, cinsiyet, görev yapılan il, meslekte çalışılan yıl ve görev yapılan hastanede çalışılan yıl değişkenleri ise kontrol değişkeni olarak modele dâhil edilmiştir.

Şekil 1. Araştırma Modeli



2.1. Başarma İhtiyacı ve Mesleki Performans

Başarı ihtiyacı içinde olan yöneticilerin, insanların onlarla ilgili düşüncelerini önemsemedikleri ve sadece amaç belirleyerek bu amaçları gerçekleştirme peşinde koştukları ileri sürülmektedir (McClelland ve Burnham; 2003:117). Burada akla gelen bir soru ise başarma ihtiyacının nasıl bir süreçte ortaya çıktığı olmaktadır. Onaran (1981:202) bu kuram kapsamında, bir güdünün canlanmasının kişinin beklentileriyle algılanan imler arasında çok da yüksek olmayan bir açıklık olmasına bağlı olduğunu ileri sürmektedir. Buradan çıkacak bir sonuç ise başarma ihtiyacı yüksek olan bireyin, başarı uyarımları ile beklentileri arasında, kendilerini başarıya yöneltecek düzeyde, “orta karar” bir açıklık olduğudur (s.203).

Böyle bir ilişki yapısı, ulaşılabilir düzeyde performans beklentisi ile başarma güdüsü arasında bir nedenselliğin varlığını akla getirmektedir. Kontodimopoulos, Paleologou ve Niakas (2009) Yunan hastaneleri örneğinde yürüttükleri çalışmalarında doktor, hemşire ve ofis çalışanlarından oluşan sağlık profesyonelleri için en önemli motivasyon faktörünün başarma olduğunu ortaya koymuşlardır. Bununla birlikte, başarma ihtiyacının doğrudan veya dolaylı olarak performans üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu çeşitli sektörlerde yapılan görgül çalışmalar aracılığı ile de ortaya konulmuştur. Örnek vermek gerekirse, Steers (1975: 679) başarma ihtiyacı yüksek olan çalışanların işleriyle daha fazla meşgul olma eğiliminde olacaklarını ve bu eğilimin de dönüşüm içerisinde daha yüksek performans çıktısına yol açacağını öne sürmektedir. Araştırmacı ilk kademe yöneticiler (supervisors) üzerinde yürüttüğü çalışmada başarma ihtiyacı yüksek olan deneklerde iş tatmini ve işe bağlılık (job involvement) ile iş performansı arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler elde ederken, başarma ihtiyacı düşük olan denekler için aynı değişkenler arasında anlamlı ilişkiler elde edememiştir (Steers, 1975).

Çalışmanın örneklemini oluşturan hekimlerin de işlerinin doğası gereği birer ilk kademe yönetici (klinik yöneticisi) kabul edebilecekleri düşünüldüğünde, yüksek başarma ihtiyacı ile performans arasındaki pozitif yönlü bir ilişkinin onlar için de geçerli olacağı öngörülebilir. İlk kademe yöneticiler için öngörülebilecek böyle bir ilişki gerçekte, bu yöneticilerin (örneğin hekimlerin) “*işin büyük kısmını kendileri yerine getiren anahtar kişi*” konumunda olmaları ile ilişkilendirilebilir (McClelland, 1977’den aktaran McClelland ve Boyatzis, 1982:738). Yüksek başarı ihtiyacına sahip olan bu bireyler, daha büyük örgütlerdeki üst düzey yöneticilerden beklendiği gibi insanları etkilemekten çok, işlerini bireysel olarak daha iyi yapmak gibi bir öncelikli ilgiye sahip olmaktadır (McClelland ve Boyatzis, 1982:738; Robbins ve Judge, 2012:210). Bu görüşler, McClelland’ın yaklaşımı çerçevesinde yüksek başarı güdüsüne sahip olan bireylere atfedilen; daha yüksek iş başarımı (performans) gösterebilmeleri için elde edecekleri başarının, sadece kendi çalışmalarının ürünü olduğuna inanmaları, ne ölçüde başarılı oldukları konusunda geri bildirim almak istemeleri, başaramama tehlikelerinin orta düzeyde olduğu işleri tercih etmeleri ve ayrıca, yüksek oranda kişisel

sorumluluk üstlenmeleri gibi özellikler (*özetleyen*, Onaran, 1981: 204-205) göz önüne alındığında daha iyi anlaşılmaktadır.

Yukarıdaki açıklamalar tıp hekimleri için ayrıcalıklı bir önem taşımaktadır. Hekimlik, insan sağlığını odak noktasına alarak onların dertlerine ve acılarına derman olmayı amaçlayan bir meslek olarak bilinmektedir (Hatemi, 2014: 91). Bu amaçlar doğrultusunda hekimlerin, “*uzmanlık alanlarında bilim liderleri olma yönünde önemli derecede istek ve motivasyonlarının var olduğu*” ileri sürülmektedir (Aydın, 2010: 58) Bu bağlamda hekimlerle ilgili ilk hipotezimiz aşağıdaki gibi kurulabilir.

H₁: Hekimlerin başarı güdüleri, mesleki performansları üzerinde pozitif yönlü bir etkiye sahiptir.

2.2. Güç İhtiyacı ve Mesleki Performans

Kurama göre güç ihtiyacının yönetim başarısı ile yakından ilgili olduğu ve iyi yöneticilerin güç ihtiyacının yüksek olduğu ileri sürülmektedir (McClelland ve Boyatzis, 1982). Burada kastedilen yüksek güç ihtiyacına sahip yöneticilerin önemli bir özelliği, kendi bireysel başarılarından ziyade, etkileme ile güç inşa etme üzerine odaklanmalarındadır (McClelland ve Burnham, 2003:117). Kaldı ki, kendisi için belirlediği anlamlı amaçlar yönünde çalışarak onları başarabilmek için çaba harcamak bazı bireyler için önemli iken diğerleri için o kadar önemli olmayabilir (Barlı, 2010: 210). Araştırmanın örneklemini oluşturan hekimler için düşünüldüğünde ise "şahsileştirilmiş tedaviye" bağlı bir projenin yöneticisi (Kırcı, 2013: 46, ayrıca Tengilimoğlu, vd., 2009:181) olarak görev yapan bu çalışanların, büyük ölçüde bireysel çabalarının ve uzmanlıklarının ürünü olarak ortaya çıkacak mesleki performansları ile güç ihtiyacı arasında pozitif yönlü ilişkilerin ortaya çıkmaması şaşırtıcı olmayacaktır.

Bu konudaki öncül çalışmalara bakıldığında, Nayeri ve Jafarpour (2014) hemşirelerin “*linik yeterlilikleri (clinical competence)*” ile McClelland’ın motivasyon boyutları arasındaki ilişkileri ele aldıkları görgül çalışmalarında, klinik yeterlilik ile en güçlü ilişkiye sahip olan motivasyon boyutunun ilişki kurma ihtiyacı olduğunu, güç ihtiyacının ise ikinci sırada gelen başarıma ihtiyacından sonra en zayıf ilişki katsayısına sahip olduğunu ortaya koymuşlardır. Güç ihtiyacının bireysel performans üzerinde etkili olmaması gibi bir durum diğer sektörlerde yapılan çalışma bulgularında da ortaya çıkmaktadır. Örneğin, Arnolds ve Boshoff (2003), 304 üst yönetici, 153 orta kademe yönetici ve 213 “*sınır birim çalışanı (frontline employees)*” üzerinde yürüttükleri çalışmalarında; güç ihtiyacının “*performans niyeti (performance intention)*” kavramı ile ölçtükleri iş performansı üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olacağı yönündeki hipotezlerine karşın, her üç yönetici ve çalışan grubu için ayrı ayrı oluşturdukları modellerinde güç ihtiyacı ile iş performansı arasında anlamlı ilişki elde edememişlerdir.

Baruch, O’Creevy, Hind ve Vigoda-Gadot (2004) 41 örgütte 846 çalışan örnekleminde yürüttükleri çalışmalarında, iş performansı üzerinde prososyal davranışlar ve örgütsel bağlılığın direkt etkilerini, başarıma ihtiyacı ile kontrol/güç ihtiyacının bu iki değişken üzerinden ortaya çıkacak

endirekt etkilerini ve örgütsel bağlılığın prososyal davranış üzerindeki etkisini bir arada ele aldıkları yapısal eşitlik modelleri için tatminkâr uyum indeksleri elde edememişlerdir. Bu modelde kontrol/güç ihtiyacı ile örgütsel bağlılık ve yine örgütsel bağlılıkla performans arasında tanımlanan ilişkiler dışındaki ilişkiler anlamlıdır. Modelin revize edilmiş olan ve tatminkâr veri uyumuna sahip olan son biçiminde kontrol ihtiyacı modelden çıkarılarak başarıma ihtiyacı ile performans arasında direkt bir ilişki tanımlanmış ve pozitif yönlü olan bu ilişkinin anlamlı olduğu görülmüştür. Başarıma ihtiyacı ile performans arasında direkt bir ilişkinin tanımlandığı modelde örgütsel bağlılık ve prososyal davranışların performans üzerinde direkt veya endirekt bir etkisi bulunmazken başarıma ihtiyacı modelden çıkarıldığında hem prososyal davranışın hem de örgütsel bağlılığın performans üzerindeki etkisi anlamlı olmuştur (s.403-406).

Bunlarla birlikte, “*hekimlerin sağlık hizmet sunum tarzına yani sisteme etki etme, fonksiyonel liderler olma yönünde fazlaca gayretleri olmadığı*” söylenmektedir (Aydın, 2010: 58). Bu bağlamda hekimlerin güdü örüntüsü içerisinde güç ihtiyacının baskın olarak ortaya çıkmayacağı ve böyle bir ihtiyacın mesleki performansı pozitif yönde arttıracak bir etkiye de sahip olmayacağı öngörülebilir. Buna göre ikinci hipotezimiz aşağıdaki gibi kurulabilir.

H₂: Hekimlerin güç güdülerinin, mesleki performansları üzerinde anlamlı bir etkisi yoktur.

3. METODOLOJİ

3.1. Örneklem

Araştırmanın amacı ve kısıtları çerçevesinde belirlenen ana evren, Trabzon ve Gümüşhane illerinde yer alan kamu hastanelerinde görev yapmakta olan uzman tıp hekimlerinden oluşmaktadır. Trabzon Valiliği'nin internet sitesinden alınan bilgiye göre 2014 yılı sonu itibari ile Trabzon ilinde görev yapmakta olan yaklaşık 776 adet uzman hekim bulunmaktadır (<http://www.trabzon.gov.tr>). Gümüşhane Valiliği ise bu sayıyı 2014 yılı için 70 olarak bildirmektedir (<http://www.gumushane.gov.tr/saglik>). Bu bilgiler ışığında ana evreni oluşturan toplam uzman hekim sayısı 846⁵ olarak belirlenmiştir. Veri toplama aşamasında gerekli izinler alındıktan sonra belirtilen illerde yer alan kamu hastanelerine ulaşılarak hazırlanan anket formunu doldurmayı kabul eden uzman hekimler örnekleme dâhil edilmiştir.

Ana kütle temsil edecek örneklem büyüklüğü, $n = N \cdot t^2 \cdot pq / (d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot pq)$ formülü⁶ kullanılarak (Baş, 2008: 39) ve $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyi, $d=0,05$ örnekleme hatası için $p=0,5$ alınarak hesaplandığında yaklaşık 264 olarak belirlenmektedir. Ancak farklılaşan mesai saatleri ve iş yoğunlukları gibi nedenlerden kaynaklanan kısıtlardan dolayı örnekleme sürecinde hedeflenen sayıda

⁵ Valiliklerin internet sayfalarından alınan rakamlar, son güncellemelerden sonra küçük de olsa değişikliğe uğramış olabileceğinden ana evrene ilişkin sayının yaklaşık sayı olarak değerlendirilmesinde yarar vardır.

⁶ Formülde, N= Ana kütlede yer alan birey sayısını, n=Gerekli olan örneklem büyüklüğünü, p= olayın gerçekleşme olasılığını, q=olayın gerçekleşmeme olasılığını, t= belirlenen anlamlılık düzeyinde t tablosu değerini ve d=örnekleme hatasını ifade etmektedir (Baş, 2008: 40).

hekime ulaşmak mümkün olmamıştır. Ulaşılan hekimlere dağıtılan anketlerin bir kısmı için ise geri dönüş sağlanamamıştır. İfade edilen bu sürecin sonunda toplam 93 adet anket örnekleme dâhil edilebilmiştir. Bu sayı yukarıda belirtilen formüle göre ve $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde, $d=0,096$ örnekleme hatası için $p=0,5$ alındığında ($n=92,88$) örnekleme temsil etmektedir.

Örnekleme dâhil edilen uzman hekimlerin demografik özellikleri Tablo 1’de özetlenmektedir. Buna göre uzman hekimlerin yaklaşık üçte ikisi (%64,5) Trabzon ve üçte birlik kısmı ise (%35,5) Gümüşhane’de görev yapmaktadır. Cinsiyet dağılımına bakıldığında örneklemin yarıdan fazlasının erkek (%63,4) üçte birden daha az kısmının (%31,2) ise kadın olduğu görülmektedir. Uzman hekimlerin yaş ortalamaları 38,12 ($\pm 8,77$), meslekte çalışma ortalamaları 7,93 ($\pm 5,55$) yıl ve aynı hastanede çalışma ortalamaları 3,11 ($\pm 2,85$) yıl olarak hesaplanmıştır.

Tablo 1. Örneklemin Demografik Özellikleri

		Frekans	Yüzde	\bar{X}	SS
İl	Gümüşhane	33	35,5		
	Trabzon	60	64,5		
Cinsiyet	Kadın	29	31,2		
	Erkek	59	63,4		
	Kayıp Veri	5	5,4		
Çalışma Yılı	Meslekte			7,93	5,55
	Aynı hastanede			3,11	2,85
Yaş				38,12	8,77

3.2. Ölçekler, Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizleri

Araştırma modelinin testine yönelik değişkenler anket yöntemi ile elde edilmiştir. Hazırlanan anket formu üç ana kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda uzman hekimlerin mesleki performanslarını ölçmeyi amaçlayan 8 adet soruya yer verilmiştir. Bu soruların ardından gelen ikinci kısımda yer alan 8 adet soru deneklerin başarıma ve güç ihtiyaçlarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Son kısımda ayrıca, görev yapılan il, meslekte çalışma süresi (yıl), aynı hastanede çalışma süresi (yıl), yaş (yıl) ve cinsiyet gibi demografik değişkenleri ölçmeye yarayan sorulara yer verilmiştir. Yapılan analizlerde cinsiyet değişkeni “0:Erkek; 1:Kadın” olarak, İl değişkeni ise “0:Trabzon; 1:Gümüşhane” olarak kodlanmıştır.

Kullanılan ölçeklerden elde edilen verilerin analiz edilmesi, bu analizler sonucu ortaya çıkan bulguların tablolaştırılması, yorumlanması ve bu sürecin sonucunda üretilen bilgilerin bilimsel bir nitelik kazanması için, ölçeklerin güvenilirlik ve geçerliliklerinin kanıtlanması önem taşımaktadır (Şencan, 2005: 1). Bir ölçeğin ölçtüğünü iddia ettiği veya ölçmeyi amaçladığı kavramı ne ölçüde ölçebildiği geçerlilik analizi ile ortaya konulmaktadır (Cramer ve Howitt, 2004:178). Bu noktada güvenilirlik ise söz konusu ölçümün hatalardan arındırılması (Şencan, 2005: 1) veya ölçme aracından her ölçümde aynı sonucun elde edilme derecesi olarak tanımlanmaktadır (Baş, 2008:144).

Ölçüm araçları ile ilgili farklı geçerlilik türleri bulunmakla birlikte yapısal geçerliliğin diğer geçerlilik türlerinin (yüzey, içerik, kriter, birleşme ve ayrılma geçerlilikleri) hepsini kapsadığı öne sürülmektedir (Şencan, 2005:773). Ölçeklerin yapı geçerliliğini ortaya koymak için kullanılan bir

yöntem faktör analizi olarak bilinmektedir. Özellikle yeni geliştirilen ölçeklerin nasıl bir faktör yapısına sahip olduğunun ortaya konulması için keşfedici faktör analizi kullanılabilir (Şencan, 2005:776-779). Bu bilgiler ışığında uygulanan keşfedici faktör analizinde “*en az faktörle toplam varyansın büyük kısmının açıklanabilmesi*”, açıklanan bu “*toplam varyans içerisindeki spesifik ve hata varyansının göreceli olarak düşük olması*” ve üretilen “*sonuçların diğer tahmin yöntemlerinde kullanılabilmesi*” amacıyla faktör türetme yöntemi olarak temel bileşenler (principal component) yöntemi (Albayrak, 2006: 141), elde edilecek boyutların birbirlerinden bağımsız olması yani birbirleriyle ilişkiye girmemesi ve böylelikle de daha kolay yorumlanabilmesi amacıyla da orthogonal faktör rotasyonu (varimax yöntemi) kullanılmıştır (Akgül, 2005: 445). Güvenilirlik konusunda kullanılan en yaygın ölçüt ise Cronbach’s Alpha katsayısı olarak bilinmektedir (Peterson, 1994:381). Bir içsel tutarlılık ölçütü olan Alpha katsayısı (Tavakol ve Dennick, 2011: 53) ölçekte yer alan maddelerin aynı kavramı ölçtüğünü ortaya koymaktadır (Cramer ve Howitt, 2004:3). Ölçeğin güvenilir kabul edilebilmesi için hesaplanacak Alpha katsayısının 0,70 veya daha fazla olması gerektiği genel olarak kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2009: 171).

Uzman Hekim Mesleki Performans Ölçeği; uzman hekimlerin mesleki performanslarını ölçmeyi amaçlayan 8 adet soru (Tablo 2) çalışmanın sağlık yönetimi alanında çalışan üçüncü yazarı tarafından; hekimlerin çalışma koşulları, sorumlulukları ve görevlerinin çeşitli yönleri dikkate alınarak hazırlanmıştır. Bu sorular için yanıtlayıcılardan, kendilerini değerlendirerek işlerinin çeşitli yönleri ile ilgili başarı yüzdelerini 5 noktalı Likert tipi tepki skalası üzerinde düşük’ten (%60) yükseğe (%100) doğru belirtmeleri istenmiştir. Oluşturulan tepki skalasında en düşük değer %60 olarak belirlenmesi ise sağlık hizmetleri uygulamalarının doğası gereği, verilen hizmetin hata ve belirsizliklere izin vermemesi ve yapılacak en küçük hatanın doğrudan insan hayatı ile ilgili olması ile açıklanabilir (Tengilimoğlu, vd., 2009:43).

Uzman hekim mesleki performans ölçeğine dair keşfedici faktör analizi ve güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 2’de özetlenmektedir. Keşfedici faktör analizi sonucunda uzman hekimlerin mesleki performansına dair maddelerin tek bir faktör altında toplandığı görülmektedir. Elde edilen ilk faktörün toplam varyansın en az %40’ını açıklaması durumunda ölçeğin tek boyutlu olduğuna kanıt sağlandığı öne sürülmektedir (Şencan, 2005: 778). Çalışmada elde edilen faktör ise toplam varyansın %68,337’sini açıklamaktadır. Faktörlerin yük değerleri incelendiğinde bu değerlerin en düşük 0,598 ile en yüksek 0,913 arasında değiştiği görülmektedir. Bu yükler için 0,45’in üzerindeki değerler iyi bir seçim ölçütü olarak nitelendirilmektedir (Büyüköztürk, 2009:124). Verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için ayrıca Barlett Küresellik testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örnek uygunluğu testleri uygulanmıştır. Korelasyon matrisini toplu olarak sınavan Barlett testi ($\chi^2=625,662$, $df:28$, $P<,01$) bu matrisin analiz için uygun olduğunu göstermektedir. Hesaplanan KMO örnek uygunluk değeri de (,857) “çok iyi” olarak nitelendirilebilecek düzeydedir (Albayrak, 2006: 130-132).

Elde edilen faktör için hesaplanan Alpha katsayısı ($\alpha=.931$) ölçeğin yüksek bir içsel tutarlılığa sahip olduğuna kanıt sağlamaktadır.

**Tablo 2. Uzman Hekim Mesleki Performans Ölçeği
Keşfedici Faktör Analizi ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları**

Ölçek maddeleri	PERFORMANS
Per 1. Hastalarımı muayene etmede başarılı olduğumu düşünüyorum.	,826
Per 2. Hastalarım için istediğim tıbbi tetkiklerin gerekli olduğunu düşünüyorum.	,750
Per 3. Hastalarım koyduğum teşhislerin isabetli olduğunu düşünüyorum.	,913
Per 4. Hastalarım önerdiğim ilaçların sonuçlarının etkili olduğunu düşünüyorum.	,860
Per 5. Hastalara önerdiğim/yaptığım ameliyatların başarılı olduğunu düşünüyorum.	,850
Per 6. Hastaların benden kişilik olarak memnun olduğunu düşünüyorum.	,895
Per 7. Hastaların hekimlik olarak benden memnun olduklarını düşünüyorum.	,876
Per 8. Performansıyla kurumuma katkı sağladığımı düşünüyorum.	,598
Açıklanan Toplam Varyans (%)	68,337
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test	,857
Barlett's Test of Sphericity	$\chi^2=625,662$ df=28 (P<,000)
Cronbach's Alpha (Based on Standardized Items)	,931

Başarma ve Güç İhtiyacı; başarma ve güç ihtiyacını ölçmek için kullanılan ifadeler, Sokolowski, Schmalt, Langens ve Puca (2000)'nin çalışmasından alınarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Söz konusu ifadeler araştırmacılar tarafından başarma, güç ve ilişki güdülerini ölçmek için geliştirilen geniş kapsamlı bir ölçme aracı olan "Multi Motive Grid'in (MMG)" bir bölümünü oluşturmakta olup orijinal olarak 6 boyutu (ilişki umudu, reddedilme korkusu, güç umudu, güç korkusu, başarma umudu, başarısızlık korkusu) temsil eden 12 ifadeden oluşmaktadır. Çalışmanın kapsamı ve amacı doğrultusunda bu ifadeler içerisinde güç ihtiyacını ifade eden, güç umudu (GU), güç korkusu (GK) ve başarma ihtiyacını ifade eden, başarma umudu (BU), başarısızlık korkusu (BK) boyutlarını temsil eden toplam 8 madde (Tablo 3) çalışmada başarma ihtiyacı ve güç ihtiyacını ölçmek üzere kullanılmıştır. Deneklerden bu soruları 1'den (kesinlikle katılmıyorum) 5'e (Kesinlikle katılıyorum) uzanan 5 noktalı Likert tipi tepki skalası üzerinde yanıtlamaları istenmiştir.

Keşfedici faktör analizi sonucunda güç umudu, güç korkusu, başarma umudu ve başarısızlık korkusu boyutlarını temsil eden ölçek için üç faktörlü bir yapının ortaya çıktığı görülmektedir. Bu yapı içerisinde başarma umudu ve güç umudu soruları ayrı birer faktör altında toplanırken başarısızlık korkusu ve güç korkusu maddeleri aynı faktör altında toplanmıştır. İçerdiği maddelerin kavramsal yapıları dikkate alınarak bu faktöre başarma ve güç korkusu (KORKU) adı verilmiştir. Elde edilen faktör yapısı toplam varyansın %61,271'ini açıklarken açıklayıcılık gücü en fazla olan faktörler sırasıyla başarma umudu (%24,980) ve güç umudu (%19,509) olmuştur. Maddelerin faktör yükleri incelendiğinde bu yüklerin 0,475 ile 0,890 arasında değiştiği görülmektedir. Verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için yapılan Barlett küresellik testi verilerin birim matrizen gelmemesi gerektiği (Albayrak, 2006: 130) yönündeki varsayımı sağlamaktadır. KMO örneklem yeterliliği ölçütü ise (0,649) "orta düzeyde" bir uygunluğa işaret etmektedir (Albayrak, 2006: 132). Cronbach's Alpha

istatistiği ölçeğin bütünü için 0,617 olarak hesaplanmıştır. Bu noktada özellikle başarıma umudu için düşük bir katsayı elde edilmiştir ($\alpha=,354$). Böyle bir durumda güvenilirlik katsayısının düşük çıkmasının nedenlerinden biri de faktörlerin içerdiği madde sayısının az olması olabilir. Zira Alpha katsayısının ölçekteki madde sayısına duyarlı olduğu ve madde sayısı arttığında bu katsayının da arttığı bilinmektedir (Şencan, 2005: 235). Bununla birlikte literatürdeki pek çok araştırmada (örneğin, Xing, Grant, McKinnon ve Fernie, 2010: 426; Reday, Marshall ve Parasuraman, 2009: 842; Vachon, Halley ve Beaulieu, 2009: 329; Rosenzweig, Roth ve Dean Jr., 2003: 444; Lederer, Maupin, Sena ve Zhuang, 2000: 279) iki maddeden oluşan faktörler için Cronbach's Alpha katsayısı yerine daha uygun bir yaklaşım olarak, maddeler arasındaki korelasyon katsayısının anlamlılığı değerlendirilmiştir. Hesaplanan Pearson korelasyon katsayıları BU ($r=,215$; $P<,05$) ve GU ($r=,433$; $P<,01$) faktörlerini oluşturan maddeler arasında anlamlı ilişkiler olduğunu ortaya koymaktadır. Buna göre başarıma ve güç ihtiyaçlarına ait ölçeğin güvenilirliğine güçlü bir kanıt sağlanamamakla birlikte, yukarıda yapılan açıklamalar çerçevesinde ve modelin kuramsal faydaları da dikkate alınarak elde edilen yapının - araştırmanın kısıtları dâhilinde- düşük de olsa güvenilir kabul edilebileceği düşünülmüştür.

Tablo 3. Başarıma ve Güç İhtiyacı Ölçeği Keşfedici Faktör Analizi ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Ölçek maddeleri	BAŞARMA UMUDU	GÜÇ UMUDU	KORKU
BU 1. Yerine getirmem gereken görevlerde başarılı olacağıma inanıyorum.	,730		
BU 2. Diğer insanlar yetenekliyse kendimi iyi hissederim.	,740		
GU 1. Diğer insanları etkilemeye çalışırım.		,722	
GU 2. İşimde iyi bir konum elde etme beklentisi içerisindeyim.		,890	
BK 1. Yaptığım iş konusunda gerekli yeteneklerimin yeterli düzeyde olmadığını düşünüyorum.			,673
BK 2. Zor görevleri bir süre ertelemeye çalışırım.			,646
GK 1. İşteki konumumu kaybedeceğimi önceden sezerim.			,475
GK 2. Diğer insanlar tarafından ezilmekten korkarım.			,769
Açıklanan Varyans (%)	24,980	19,509	16,783
Açıklanan Toplam Varyans (%)		61,271	
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test		,649	
Barlett's Test of Sphericity		$\chi^2=122,660$; df=28 ($P<,000$)	
Cronbach's Alpha (Based on Standardized Items)		,617	
Cronbach's Alpha (Based on Standardized Items)	,354	,605	,625
Pearson Korelasyon Katsayısı	,215 ($P<,05$)	,433 ($P<,01$)	

3.3. Verilerin Analizi ve Bulgular

Değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ve değişkenler arasındaki Pearson korelasyon katsayıları Tablo 4'de özetlenmektedir. Çalışmanın bağımlı değişkenini oluşturan performans değişkeninin ($\bar{X} = 4,24 \pm ,700$) ve yine bağımsız değişkenlerden başarıma ihtiyacının ($\bar{X} = 4,03 \pm ,647$) yüksek ortalama ve düşük standart sapma değerlerine sahip oldukları dikkat çekmektedir. Başka bir deyişle örnekleme yer alan hekimler genel anlamda yüksek bir başarıma ihtiyacına sahip olup performanslarını da yüksek olarak değerlendirmektedir. Buna karşın güç ihtiyacı nispeten düşük bir

ortalamaya ve nispeten yüksek bir standart sapmaya sahiptir ($\bar{X} = 2,74 \pm 1,02$). Buna göre hekimlerin geneli için başarıma ihtiyacına göre ortalama olarak daha düşük bir güç ihtiyacından bahsedilebileceği söylenebilirken yüksek standart sapma, güç ihtiyacı konusunda ortalamadan düşük ve yüksek bireylerin de olduğunu göstermektedir. Güç korkusu ve başaramama korkusu değişkenlerinin bileşiminden oluşan Korku değişkeni de düşük bir ortalama ve standart sapmaya sahiptir ($\bar{X} = 2,27 \pm 0,798$). Korku ve performans ($r=-,382$; $P<,01$) arasındaki negatif yönlü anlamlı ilişki çerçevesinde düşünüldüğünde hekimlerin işleri ile ilgili başaramama ya da güç konusunda korkuya sahip olmamalarının bir nedeni iş konusundaki performanslarını zaten yüksek olarak değerlendirmeleri olarak görülebilir. Bağımlı değişken olarak ele alınan performans değişkeni aynı zamanda güç ihtiyacı ($r=-,346$; $P<,01$) ve görev yapılan il ($r=-,478$; $P<,01$) değişkenleri ile negatif yönlü ilişkilidir. Performans ile pozitif ilişki gösteren değişkenler ise meslekte çalışılan yıl ($r=,267$; $P<,05$) ve aynı hastanede çalışılan yıl ($r=,460$; $P<,01$) olarak gözlenmektedir. Performans ile başarıma ihtiyacı arasındaki ilişkiye bakıldığında yönü pozitif olan bu ilişkinin anlamlı olmadığı görülmektedir ($r=,153$; $P<,05$). Değişkenler arasındaki korelasyonlar bütünsel olarak incelendiğinde özellikle bağımsız değişkenler arasındaki katsayıların 0,80 değerinin üzerinde olmadığı görülmektedir. Bu durum çoklu doğrusal bağlantı sorununun ortaya çıkmaması açısından önem taşımaktadır (Bryman ve Cramer, 1997: 257). Çalışmada çoklu doğrusal bağlantı problemini saptamak üzere ayrıca varyans arttırıcı faktörler (VIF) kullanılmıştır. Çoklu doğrusal bağlantı probleminin ortaya çıkmadığına kanıt sağlanması için hesaplanan VIF değerlerinin 10'dan küçük olması gerekmektedir (Albayrak, 2005:110).

Tablo 4. Tanımlayıcı İstatistikler ve Değişkenler Arasındaki Pearson Korelasyon Katsayıları

	\bar{X}	σ	1	2	3	4	5	6	7	8
1-PERFORMANS	4,24	,700	1							
2-BAŞARMA İH.	4,03	,647	,153	1						
3-GÜÇ İHTİYACI	2,74	1,02	-,346**	-,027	1					
4-KORKU	2,27	,798	-,382**	,105	,406**	1				
5-YAŞ	38,12	8,77	,046	,069	-,152	,005	1			
6-MESLEK YIL	7,93	5,55	,267*	,063	-,105	-,013	,332**	1		
7-HASTANE YIL	3,11	2,85	,460**	,115	-,132	-,303**	,386**	,746**	1	
8-CİNSİYET	-	-	,167	,036	-,155	-,256*	-,223*	-,191	-,023	1
9-İL	-	-	-,478**	,095	,465**	,352**	-,401**	-,172	-,390**	-,027

* $P<,05$; ** $P<,01$ seviyesinde anlamlıdır.

Araştırmanın varsayımları çerçevesinde bağımsız değişkenleri oluşturan başarıma ihtiyacı, güç ihtiyacı ve korku değişkenlerinin uzman hekimlerin mesleki performansları üzerindeki etkisini ortaya koymak için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Analiz sürecinin ilk adımında tanımlanan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisi, kontrol değişkenlerinin etkilerinden bağımsız olarak test edilmiştir. İkinci adımda ise yaş, cinsiyet, görev yapılan il, meslekte çalışılan yıl ve aynı hastanede çalışılan yıl değişkenleri kontrol değişkeni olarak modele dâhil edilmiştir. Bu adımda bağımsız değişkenler ve kontrol değişkenlerden oluşan açıklayıcı değişkenler içerisinde

performans değişkenini açıklama niteliği en yüksek olan değişkenleri belirleyebilmek amacı ile aşamalı (stepwise) regresyon yöntemi uygulanmış ve anlamsız değişkenlerin teker teker modelden çıkarılması amacıyla geriye doğru ayıklama (Backward Elimination) yöntemi kullanılmıştır (Özdamar, 2002: 576-577). Yapılan analizlerde anlamlılık düzeyi $P=,10$ olarak değerlendirilmiştir.

Başarma ihtiyacı, güç ihtiyacı ve korku değişkenlerinin performans üzerindeki etkisinin test edildiği çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 5’de özetlenmektedir. Modelin anlamlılığını test etmek üzere yapılan F testi ($F=8,422$; $P=,000$) modelin bütünsel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Hesaplanan düzeltilmiş R^2 değeri ($,195$) performans değişkenine ait toplam varyansın %19,5’lik kısmının test edilen bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını ortaya koymaktadır. Modele ait VIF değerleri ise çoklu doğrusal bağlantı problemine rastlanmadığını göstermektedir ($VIF<10$). Elde edilen katsayılar yorumlandığında başarıma ihtiyacının performans üzerinde anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmektedir ($\beta=,180$; $P=,059$). Buna karşın güç ihtiyacı ($\beta=-,213$; $P=,041$) ve korku değişkeninin ($\beta=-,314$; $P=,003$) performans üzerindeki etkisi negatif yönlüdür.

Tablo 5. Başarma İhtiyacı, Güç İhtiyacı, Korku ve Performans Arasındaki Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	β^1	SE	t	P	VIF
BAŞARMA İHTİYACI	,180	,102	1,910	,059	1,017
GÜÇ İHTİYACI	-,213	,070	-2,078	,041	1,205
KORKU	-,314	,091	-3,040	,003	1,218
Model F değeri= 8,422 (P=,000); Düzeltilmiş $R^2=,195$					

¹Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı

Başarma ihtiyacı, güç ihtiyacı, korku ve kontrol değişkenlerinin performans üzerindeki etkilerini ele alan aşamalı regresyon analizi sonuçları Tablo 6’da özetlenmektedir. Bu modellerde amaç, yaş, meslekte çalışılan yıl, hastanede çalışılan yıl, cinsiyet ve görev yapılan il değişkenlerini kontrol değişkeni olarak modele dâhil ederek, söz konusu kontrol değişkenlerinin modele katkılarını ortaya koymak ve performans değişkenindeki varyansı en iyi açıklayan değişkenlerden oluşan modeli tespit etmektir.

Modellere ait F değerleri incelendiğinde (Tablo 6) elde edilen tüm regresyon modellerinin anlamlı olduğu ($P=,000$) görülmektedir. VIF değerleri bu modellerde çoklu doğrusal bağlantı problemine rastlanmadığına kanıt sağlamaktadır ($VIF<10$). Modellerin düzeltilmiş R^2 değerleri 0,389 ila 0,408 arasında değişmektedir. Bu değerleri kontrol değişkenlerinin dâhil edilmediği modelle (Tablo 5; $R^2=0,195$) kıyaslanarak yorumlandığında kontrol değişkenlerinin modellerin açıklayıcılık güçlerine önemli ölçüde katkı sağladığı görülmektedir. Aşamalı regresyon analizinin -geriye doğru ayıklama yöntemi kullanıldığında geçerli olan- varsayımlarıyla da tutarlı olacak şekilde, son aşamada elde edilen Model 4’ün performans değişkenini açıklama gücü en fazla olan model olduğu görülmektedir ($R^2=,408$). Bu bağlamda bu modelde yer alan değişkenlerin performans değişkenini en iyi açıklayan

değişken seti olduğu söylenebilir. Söz konusu değişkenlerin katsayıları yorumlandığında başarıma ihtiyacı ile performans arasında pozitif yönlü ilişki dikkat çekmektedir ($\beta=,180$; $P=,049$). Bu modelde performans ile pozitif ilişkisi olan diğer değişkenin aynı hastanede çalışma yılı olduğu görülmektedir ($\beta=,356$; $P=,001$). Diğer taraftan korku ($\beta=-,173$; $P=,086$) ve yaş ($\beta=-,315$; $P=,003$) değişkeni ile performans arasındaki ilişki negatif yönlüdür. Analiz sonuçları performans ile negatif yönlü ilişkisi ($\beta=-,406$; $P=,000$) olan diğer değişkenin görev yapılan il (0:Trabzon; 1:Gümüşhane) olduğunu göstermektedir. Buna göre Gümüşhane’de görev yapan hekimlerin performanslarının daha düşük olduğu söylenebilmektedir. Kontrol değişkenlerinin dâhil edildiği diğer modellerde (Model 1 – Model 4) güç ihtiyacı ($P>,10$), meslekte çalışılan yıl ($P>,10$) ve cinsiyet değişkenleri ($P>,10$) için anlamlı ilişkilere rastlanamamıştır. Bu sonuçlar ışığında H_1 hipotezi destek bulurken H_2 hipotezi kısmen (kontrol değişkenlerinin dâhil edildiği modeller için) destek bulmuştur.

Tablo 6. Başarıma İhtiyacı, Güç İhtiyacı, Korku, Kontrol Değişkenleri ve Performans Arasındaki Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları (Model 1)

Model 1					
Bağımsız Değişkenler	β^1	SE	t	P	VIF
BAŞARMA İHTİYACI	,170	,102	1,846	,069	1,083
GÜÇ İHTİYACI	-,068	,073	-,632	,529	1,474
KORKU	-,131	,103	-1,155	,252	1,649
YAŞ	-,305	,008	-2,902	,005	1,408
MESLEK YIL	-,025	,019	-,170	,865	2,789
HASTANE YIL	,388	,041	2,343	,022	3,501
CİNSİYET	,041	,142	,423	,674	1,187
GÖREV YAPILAN İL	-,378	,172	-3,205	,002	1,778
Model F değeri= 7,199 (P=,000); Düzeltilmiş R²=,389					
Model 2					
Bağımsız Değişkenler	β^1	SE	t	P	VIF
BAŞARMA İHTİYACI	,171	,101	1,874	,065	1,078
GÜÇ İHTİYACI	-,065	,072	-,618	,538	1,442
KORKU	-,136	,099	-1,236	,221	1,560
YAŞ	-,305	,008	-2,928	,005	1,407
HASTANE YIL	,366	,026	3,508	,001	1,411
CİNSİYET	,043	,139	,456	,650	1,160
GÖREV YAPILAN İL	-,383	,167	-3,359	,001	1,682
Model F değeri= 8,338 (P=,000); Düzeltilmiş R²=,397					
Model 3					
Bağımsız Değişkenler	β^1	SE	t	P	VIF
BAŞARMA İHTİYACI	,172	,100	1,900	,061	1,077
GÜÇ İHTİYACI	-,070	,071	-,673	,503	1,426
KORKU	-,147	,097	-1,374	,174	1,487
YAŞ	-,315	,008	-3,103	,003	1,348
HASTANE YIL	,365	,025	3,517	,001	1,410
GÖREV YAPILAN İL	-,382	,166	-3,368	,001	1,681
Model F değeri= 9,800 (P=,000); Düzeltilmiş R²=,404					
Model 4					
Bağımsız Değişkenler	β^1	SE	t	P	VIF
BAŞARMA İHTİYACI	,180	,099	2,002	,049	1,062
KORKU	-,173	,090	-1,742	,086	1,293
YAŞ	-,315	,008	-3,110	,003	1,348
HASTANE YIL	,356	,025	3,471	,001	1,383
GÖREV YAPILAN İL	-,406	,156	-3,796	,000	1,509
Model F değeri= 11,758 (P=,000); Düzeltilmiş R²=,408					

¹Standardize Edilmiş Regresyon Katsayısı

4. SONUÇLAR ve TARTIŞMA

Sağlık kuruluşlarının üst yönetimlerine hekim yöneticiler yerine profesyonel yöneticilerin getirilmesi yönündeki yasal düzenlemelerin, bu kurumları etkin biçimde yönetebilecek yöneticinin sahip olması gereken nitelikler konusunda önemli tartışmaları gündeme getirdiği görülmektedir. Bu tartışmaların odağında ise profesyonel yöneticilerin sahip oldukları varsayılan yönetsel beceriler ile yönetsel anlamda yeterince yetkin olmadıkları ima edilen hekimlerin, yapılan işe (sağlık hizmeti) özgü özellikli bilgileri arasındaki bir ödünleşme (trade-off) yaşandığı görülmektedir. Bu ödünleşme içerisinde hekimler, antik çağlardan gelen toplumsal konumlarının sonucu olarak *meşrulaştırılmış bir* otoriteye sahip olmakta ve ilahi otorite ile de bir şekilde bağı olduğu düşünülen hekimlere, önder ve yönlendirici olma rolü atfedilmektedir (Aydın, 2010; *italik vurgu yazarlara aittir*). Onların buldukları konumlara dair yönetsel yeterlilikleri ile ilgili tartışmaların ise genel olarak, eğitim ve/veya tecrübe ile sahip olunan bir yönetim bilgisi ve bununla ilişkili yönetsel nitelikler üzerinden yapılmış olduğu söylenebilir. Ancak bu tartışmalar çerçevesinde, “hekimler neden yönetici olmalı ya da olmamalı” sorusuna cevap aranırken, onların sahip oldukları güdü yapılarının nasıl şekillendiğine genel olarak bakılmamıştır. Oysa bugün biz, “*Bir şeyin ne kadar iyi yapılacağı bilinmek isteniyorsa, o iş için ne kadar güdü (motivasyon) gerektiğinin bilinmesinin önem taşıdığını*” biliyoruz (McClelland, 1985: 812). Bu anlamda hekimler için güdü-performans ilişkisi kurularak güdülerin, onların -gerek hekim olarak gerekse yönetici olarak- başarı ya da başarısızlığına nasıl yardım ettiğini görmenin anlamlılığından söz edilebilir.

Profesyonel yönetici ve hekim yönetici arasında süre gelen tartışmalara hekimler tarafından bakan mevcut çalışmada da, hekimlerin başarı ve güç ihtiyaçları ile mesleki performansları arasında ilişki kuran bir model geliştirilmiştir. Geliştirilen araştırma modeli çerçevesinde hekimlerin başarı ve güç ihtiyaçlarının, onların mesleki başarıları üzerindeki etkileri ortaya konulmuştur. Buradaki temel varsayım, hekimlerin insan sağlığını odak alan ve yüksek düzeyde uzmanlık gerektiren işlerinde başarılı olmalarını sağlayacak yüksek başarı ve düşük güç ihtiyacını muhteva eden güdü yapısının, dönüşüm içerisinde üst yönetim kademeleri için düşük bir yönetsel yetkinlik anlamına gelebileceğidir.

Bu tartışmalar ışığında, geliştirilen modelin kuramsal katkılarının yanı sıra kayda değer yönetici katkıları olduğu düşünülmektedir. Buna göre, hekimlerin yönetsel yeterliliklerine yönelik güncel bir tartışmanın, Türk literatüründe yeterince yer verilmeyen (Sargut, 2015:255) başarı ihtiyacı kuramı çerçevesinde ele alınmasının, kuramın bu konudaki açıklayıcılığının ortaya konulması açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Yönetimci düzeydeki daha önemli katkılardan bahsedilmek istenildiğinde ise elde edilen bulguların, uygulayıcılar ve politika yapıcıların sıklıkla karşı karşıya geldikleri, hekimlerin sağlık kurumları için uygun yöneticiler olup olmadığı yönündeki tartışmalara ışık tutacak nitelikte olabileceği öne sürülebilir.

Hekimlerin başarıma ihtiyaçları, güç ihtiyaçları ve mesleki performanslarının düzeyi konusunda fikir verebilecek ortalama ve standart sapma değerleri, onların yüksek düzeyde başarıma ihtiyacına sahip olduklarını ve mesleki performans ortalamalarının da yüksek olduğunu göstermektedir. Her iki ortalama için hesaplanan standart sapma değerlerinin küçük olması ise bu ortalama değerlerin örneklemdaki hemen hemen tüm hekimler için benzer düzeylerde olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bu sonuçlar kavramsal çerçeve kısmında da değinilen, “*hekimlerin bilim liderleri olma yönündeki istek ve motivasyonları*” olduğu (Aydın, 2010: 58) yönündeki görüş çerçevesinde düşünüldüğünde şaşırtıcı görünmemektedir. Bunun bir sonucu olarak ortaya çıkacağı varsayılan yüksek mesleki performans ortalaması ise yine hekimlerin insan sağlığını odak noktasında bulunduran işlerinin bir gereği olarak düşünülebilir.

Mevcut çalışmada elde edilen bulgular, hekimlerin güç ihtiyaçlarının düşük olduğunu göstermektedir. Güç ihtiyacı ile başarıma ihtiyacı arasında doğrusal bir ilişki araştırıldığında ise aradaki ilişkinin negatif yönlü olmakla birlikte anlamlı olmadığı ortaya çıkmaktadır. Bu tablo çerçevesinde hekimlerin sahip oldukları güdü örüntüsü içerisinde, onları motive edecek kaynağın, güç kazanma ihtiyacından çok mesleklerinde başarılı olma ihtiyacı olduğu söylenebilmektedir. Mıdık ve Batı (2014) tarafından hekimler örnekleminde yapılan ve onların görüşleri çerçevesinde “tıbbi profesyonelizmi” kavramsallaştırmayı amaçlayan çalışmada yeterli düzeyde mesleki bilgi ve beceriye sahip olmanın, tıbbi profesyonelizmi temsil eden en önemli mesleki özellik olduğu vurgusu yer almaktadır (s.126). Söz konusu çalışmada, örnekleme dâhil edilen hekimlerin çoğu, iyi hekim ve hekimlik nitelikleri çerçevesinde tıbbi profesyonelizm kavramından bahsederken, “mesleğinde profesyonel olma, mükemmellik gösterme, donanımlı, uzman, kompetan, hâkim, virtüöz, usta, yetkin olma” sözcüklerine başvurmuşlardır (Mıdık ve Batı, 2014: 125). Mesleki başarıma yönlü böyle bir ilgi, mevcut çalışmanın bulguları çerçevesinde yorumlandığında yapılan işin teknik boyutu ve zorlukları da göz önüne alındığında mesleğinde başarılı olmak isteyen hekimin, bu uğurda odaklanacağı mesleki gelişimine yönelik çabaları, belki de güç kazanma ihtiyacı ile pek örtüşmemektedir.

Elde edilen bulgular genel olarak, başarıma ihtiyacı ile mesleki performans arasında pozitif yönlü bir ilişki olacağı yönündeki kuramsal beklentilerimizle örtüşmektedir. Buna göre hekimler yüksek düzeydeki başarıma ihtiyaçlarına bağlı olarak daha yüksek bir mesleki performans sergilediklerini algılamaktadırlar. Hekimler için yapılan işin doğası göz önüne alındığında, mevcut çalışmada ölçülen performans kriterleri (*örneğin*, isabetli teşhis koymak, başarılı ilaç tedavisi, başarılı ameliyatlara... vb.) çerçevesinde yapılacak hataların veya üstlenilecek risklerin, pek çok meslek grubuna nazaran çok daha önemli sonuçlar doğuracağını söylemek yanlış olmayacaktır. Yüksek mesleki performans veya başarı bu anlamda hekimler için başarıma ihtiyacının önemli bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Mıdık ve Batı'nın (2014) daha önce atıf yapılan çalışmasında ulaştıkları bulgular hatırlanacak olursa, hekimler zaten işlerini yaparken “mükemmellik göstermeyi” gerçekte

tıbbi profesyonelizmin önemli bir parçası olarak görmekte (s.125) ve “bir yardım ve yaşam biçimi” olarak tanımladıkları işlerinde “sıfır hatalı iş yapmak” zorunda olduklarını düşünmektedirler (s.124).

Başarma ihtiyacı için elde edilen pozitif yönlü ilişkinin aksine, güç ihtiyacı –sadece kontrol değişkenlerinin dâhil edilmediği modelde- ve korku değişkenleri, mesleki performans üzerinde negatif yönlü bir etkiye sahiptir. Gerek güç ihtiyacı gerekse başarma ve güç korkusu için elde edilen bu bulgular, hekimlik mesleği açısından değerlendirildiğinde oldukça anlaşılır görünmektedir. Hekimlerin köklü bir tarihsel süreçten gelen kutsal ve topluma önderlik etme rolleri içerisinde sahip oldukları otoritelerinin ana kaynağının, gerçekte bir şifacı olarak sahip oldukları mesleki bilgi ve uzmanlıkları olduğu öne sürülebilir (Aydın, 2010). Dolayısıyla böyle bir rol içerisinde bulunan hekimlerin, uzmanlık alanlarına ilişkin yetenek ve becerilerini bireysel olarak kullanarak insanları iyileştirmeye muktedir olmak zorunda olduklarını söylemek yanlış olmayacaktır. O halde mesleki performans hekimler için bireysel olarak sahip olunan bu uzmanlık bilgisi ve yetenekler ile yakından ilişkili olmaktadır. Hekimlerin işi kendi eliyle yaparak başarılı olma yönündeki bu gerekliliklerinin başarma ihtiyacı ile uyumlu olduğu kadar güç ihtiyacı ile örtüşmeyeceği iddia edilebilir. Bilindiği gibi yüksek bir başarma ihtiyacı hisseden bireyler -güç ihtiyacının gerektirdiği şekilde- diğerlerini belirli bir işi başarmak üzere etkilemek yerine o işi kendileri başarmak isteyen ve kişisel olarak ne düzeyde başarılı olduklarını önemseyen kimselerdir (Robbins ve Judge, 2012: 210).

Buraya kadar tartışılan ilişkiler, genel olarak literatür kısmında belirtilen kuramsal açıklamalarımız çerçevesinde ele alındığında da anlaşılır görünmektedir. Ancak böyle bir ilişki yapısının şekillenmesinde hekimlerin yaşları, meslekte çalışma yılları (tecrübe), aynı hastanede çalışma yılları, cinsiyetleri ve görev yaptıkları il gibi değişkenlerin rol oynayıp oynamayacağı sorusu araştırılması gereken bir konu olarak akla gelmektedir. Bu çerçevede belirtilen kontrol değişkenlerinin de dâhil edildiği aşamalı regresyon analizi bulguları buraya kadar tartışılan sonuçlarla -güç ihtiyacının anlamlı olmaması dışında- tutarlılık göstermektedir. Test edilen ilişki yapısı içerisinde etkili olabileceği düşünülen kontrol değişkenlerinin etkilerini yorumlamak ve mesleki performansı en iyi açıklayacak olan modeli saptamak üzere yapılan bu analizler sonucunda, hekimlerin mesleki başarılarını en iyi açıklayan değişkenlerin, başarma ihtiyacı, korku, yaş, hastanede çalışılan yıl ve görev yapılan il olduğu dikkat çekmektedir. Elde edilen nihai modelde başarma ihtiyacı ve korku için elde edilen bulgular kontrol değişkenlerinin dâhil edilmediği öncül modellerle aynıdır. Burada, kontrol değişkenlerinin dâhil edildiği modellerde anlamsız olan güç ihtiyacının, mesleki performanstaki değişimi açıklama gücü en yüksek olan modelde, -uygulanan analiz varsayımları gereği- yer almamış olması önemli bir bulgu olarak dikkat çekmektedir. Elde edilen bu model aynı zamanda hekimlerin sahip oldukları ve mesleki performansları üzerinde de etkili olan güdü örüntüsünü ifade etmektedir.

Hekimlerin yönetsel potansiyelleri konusundaki tartışmamıza dönecek olursak, bulgularımız, yüksek bir mesleki performans algısına sahip olan bu meslek grubunun, söz konusu performanslarını

en iyi açıklayan güdü örüntülerinin şekillenmesinde, güç ihtiyacı yerine yüksek bir başarıma ihtiyacının rol oynadığını göstermektedir. Kavramsal çerçeve ve literatür kısımlarında yapılan tartışmalar çerçevesinde ele alındığında, böyle bir güdü yapısı içerisinde hekimlerin, mesleki başarıma yönlü ilgilerinin, insanların davranışlarını yön vermeyi esas alan bir yönetsel güç kullanma isteğine baskın çıkacağı öne sürülebilir. Bu noktada, yönetici konumunda olan bir bireyin, diğerlerini yönetme konusunda yüksek bir arzu duyduğuna inansa dahi, diğerleri üzerinde etki sahibi olmaktan hoşlanmadığı -yani düşük bir güç ihtiyacına sahip olduğu- taktirde yönetme işinde iyi olmayacağı görüşü (McClelland, Koestner ve Weinberger, 1989: 700) dikkat çekmektedir. O halde mevcut çalışmanın örnekleminde yer alan hekimler için elde edilen bulgular, onların sahip oldukları güdü örüntüsünün yönetsel amaçlardan çok mesleki başarıma yönlü amaçları destekleyecek nitelikte olduğu öne sürülebilir.

Kontrol değişkenleri için elde edilen ilişkiler yorumlandığında, yaş değişkeni ile mesleki başarı arasında negatif yönlü bir ilişki elde edilirken, hastanede çalışılan yıl için elde edilen ilişki pozitif yönlüdür. Bu bulgular, örneklemin tanımlayıcı istatistikleri çerçevesinde yorumlandığında daha anlaşılır görünmektedir. Örnekleme dâhil edilen hekimlerin yaş ortalamalarının ve standart sapma değerinin çok yüksek olmaması ($\bar{X} = 38,12 \pm 8,77$) genel olarak genç bir örnekleme çalışıldığını göstermektedir. Bu noktada daha genç hekimlerin kariyer hedefleri çerçevesinde, başarıma ve gelişme yönlü ilgilerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Benzer biçimde örnekleme oluşturan hekimlerin aynı hastanede çalışma yılları da çok fazla değildir ($\bar{X} = 3,11 \pm 2,85$). Aynı hastanede belirli bir tecrübeye sahip olan hekimlerin, çalışma koşullarını, diğer çalışanları ve sosyal yapıyı daha iyi anlayacakları bunun da dönüşüm içerisinde daha yüksek mesleki performansa yol açacağı düşünülebilir. Son olarak görev yapılan il ile ilgili bulgular Gümüşhane’de görev yapan hekimlerin mesleki performanslarının Trabzon’da görev yapanlardan daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Böyle bir bulgu, söz konusu iki ilin gelişmişlik düzeyleri ve sosyo-ekonomik düzeyleri göz önüne alındığında şaşırtıcı görünmemektedir. Gümüşhane ili bu noktada, çoğu hekim için zorunlu hizmetlerini tamamladıkları ilk görev yerlerinden birini oluşturmakta, mesleki kıdemi ve buna bağlı olarak tecrübesi artan hekimler mesleklerinin ilerleyen yıllarında Trabzon gibi daha büyük şehirlerde görev yapmayı tercih etmektedirler. Böyle bir tablonun oluşmasında Trabzon ilinde yer alan hastanelerin Gümüşhane’nin aksine eğitim ve araştırma altyapısına sahip hastaneler olmasının da etkili olduğu düşünülebilir.

Tartışılan bulguların, araştırmanın sorunsalı çerçevesinde önemli açıklamalar sunduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte ortaya konulan sonuçlar değerlendirilirken araştırmanın belirli kısıtlarının da göz önüne alınması yararlı olacaktır. Bu kısıtlardan ilki çalışmanın örnekleme ile ilgilidir. Yoğun bir çalışma temposu içerisinde bulunan hekimlere ulaşma konusundaki zorluklar ve dağıtılan anket formlarının bazılarında geri dönüş alınamaması nedeniyle örneklem 93 adet hekimle sınırlı tutulmuştur. Bununla birlikte kamu hastanelerinde yapılacak olan anket çalışmaları belirli

izinleri gerektirmektedir. Bu izinlerin alınma süreçlerinin belirli bir zaman gerektiriyor olması ve çalışmanın zaman ve bütçe kısıtları da göz önüne alınarak çalışma, Doğu Karadeniz bölgesinde iki ilde gerçekleştirilebilmiştir. Bu iller seçilirken bölgenin en büyük ili olan Trabzon ve gelişmişlik düzeyi daha az olan Gümüşhane illeri tercih edilerek görev yapılan ile dair bir kontrol değişkeninin modele dâhil edilmesi sağlanmıştır. Çalışmada test edilen araştırma modeli, hekimlerin mesleki performanslarını odak alan bir bakış açısına sahiptir. Bağımlı değişkenin yönetsel performans yerine mesleki performans olarak tercih edilmesinde, örnekleme dâhil edilen hekimlerin –pek çoğunun- klinik şefi görevlerinin ötesinde bir idari görevde bulunmamaları rol oynamıştır. Son olarak, başarı ve güç ihtiyacını ölçmek üzere kullanılan sorulara dair güvenilirlik katsayısının nispeten düşük olduğu dikkat çekmektedir. Böyle bir sonucun ölçeğin genel yapısı ve içerdiği soru sayısının az olması nedeniyle de ortaya çıkmış olabileceği düşünülmektedir. Bu kısıt çerçevesinde gelecek araştırmalarda, başarı ve güç ihtiyaçlarının farklı ölçekler kullanılarak ele alınması da yararlı olacaktır. Belirtilen kısıtlar da göz önüne alındığında, daha büyük ve kapsamlı bir örnekleme yapılacak gelecek araştırmaların konuya ışık tutmak açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte yeni araştırmalarda yönetsel performans düzeyinin bağımlı değişken olarak dâhil edileceği modellerin test edilmesi, hekimlerin sahip oldukları güdü örüntüsü ile yönetsel performansları arasındaki ilişki konusunda doğrudan yorum yapılmasına da olanak verecektir.

KAYNAKÇA

- Akgül, A. (2005) “Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri: SPSS Uygulamaları”, Üçüncü Baskı, Ankara: Emek Ofset: ISBN: 975-96359-2-5.
- Albayrak, A.S. (2005) “Çoklu Doğrusal Bağlantı Halinde Enküçük Kareler Tekniğinin Alternatifi Yanlı Tahmin Teknikleri ve Bir Uygulama”, ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 1, Sayı 1: 105 – 126.
- Albayrak, A.S. (2006) “Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri”, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Arnolds, C.A. and Boshoff, C. (2003) “The Influence of McClelland’s Need Satisfaction Theory on Employee Job Performance: A Causal Study”, Journal of African Business, 4(3), 55-81.
- Aydın, S. (2010) “Hekim Otoritesinden Otoritenin Hekimine”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Sayı:13, Kış 2009-2010 (Aralık, Ocak, Şubat), 56-59.
- Barlı, Ö. (2010) “Davranış Bilimleri ve Örgütlerde Davranış”, Genişletilmiş ve Geliştirilmiş 4. Baskı, İstanbul: Aktif Yayınevi.

- Baruch, Y., O’Creevy, M.F., Hind, P. and Vigoda-Gadot, E. (2004) “Prosocial Behavior and Job Performance: Does the Need for Control and the Need for Achievement Make a Difference?”, *Social Behavior and Personality*, 32(4), 399-412.
- Baş, T. (2008) “Anket: Anket Nasıl Hazırlanır, Uygulanır, Değerlendirilir?”, 5. Baskı, Ankara: Seçkin.
- Bryman, A. and Cramer, D. (1997) “Quantitative Data Analysis with SPSS for Windows”, Routledge: London and New York.
- Büyüköztürk, Ş. (2009) “Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı”, 10. Baskı, Ankara: Pegem Akademi.
- Can, A. ve İbicioğlu, H. (2008) “Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(3), 253-275.
- Cramer, D. and Howitt, D. (2004) “The Sage Dictionary of Statistics”, London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Çınaroğlu, S. (2012) “Yönetim Eğitiminde Yeni Yaklaşımlar ve Hastanelerde Profesyonel Yönetici İhtiyacı”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 15(1), 79-110.
- Döğücü, Ş. (2013) “Yeni Dönemde Hastane Yöneticiliği”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, Sonbahar, Sayı:28, 24-27.
- Eren, E. (2008) “Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi”, 11. Baskı, İstanbul: Beta.
- Falcone, R.E. and Satiani, B. (2008), “Physician as Hospital Chief Executive Officer”, *Vascular and Endovascular Surgery*, 42(1), 88-94.
- Fayol, H. (2005) “Genel ve Endüstriyel Yönetim”, (sadeleştiren ve yayına hazırlayan: H. Bahadır AKIN; Fransızcadan Çeviren: M. Asım ÇALIKOĞLU), Ankara: Adres Yayınları.
- Goodall, A.H. (2011) “Physician-Leaders and Hospital Performance: Is There an Association?”, IZA Discussion Paper No. 5830, (<http://hdl.handle.net/10419/51917>).
- Hatemi, H. (2014) “Hipokrat’tan Günümüze Hekim Duruşu”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, Sayı: 29, 2013-2014 Kış (Aralık, Ocak, Şubat), 90-91.
- Hayran, O, “Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi: Hekimler Mi, Profesyonel Yöneticiler Mi?”, Online: <http://www.merih.net/m1/wosmhay21.htm>, (Erişim Tarihi: 06.03.2015).
- Kahyaoğlu, F., Yanık, A. ve Tengilimoğlu, D. (2013) “Batı Akdeniz Bölgesi Sağlık Kurumları Yöneticilerinde Mesleki Yeterliliklerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma”, *Electronic Journal of Vocational Colleges*, Cilt:3, Sayı:1, 15-27.

- Kırcı, A. (2013) “Sağlık Çalışanlarının Motivasyonunu Etkileyen Faktörler, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı.
- Koçel, T. (2014) “İşletme Yöneticiliği”, 15. Baskı, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Kontodimopoulos, N., Paleologou, V. and Niakas, D. (2009) “Identifying Important Motivational Factors for Professionals in Greek Hospitals”, BMC Health Services Research, 9:164, 1-11.
- Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M. ve Kerman, U. (2014) “Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme”, Amme İdaresi Dergisi, 47(1), 53-78.
- Lederer, A.L., Maupin, D.J., Sena, M.P. and Zhuang, Y. (2000) “The Technology Acceptance Model and the World Wide Web”, Decision Support Systems, 29: 269 – 282.
- Marr, T.J. and Kusy Jr., M.E. (1993) “Building Physician Managers and Leaders: A Model”, Management Development, 19(2), 30-32.
- McClelland, D.C. (1961) “The Achieving Society”, Princeton, N.J: Van Nostrand.
- McClelland, D.C. (1985) “How Motives, Skills, and Values Determine What People Do”, American Psychologist, 40(7), 812-825.
- McClelland, D.C. (1987) “Human Motivation”, New York: Cambridge University Press.
- McClelland, D.C., Koestner, R. and Weinberger, J. (1989) “How Do Self-Attributed and Implicit Motives Differ?”, Psychological Review, 96(4): 690-702.
- McClelland, D.C. and Boyatzis, R.E. (1982) “Leadership Motive Pattern and Long-Term Success in Management”, Journal of Applied Psychology, 67(6): 737-743.
- McClelland, D.C. and Burnham, D.H. (1976) “Power is the Great Motivator”, Harvard Business Review, 54(2), 100-110.
- McClelland, D.C. and Burnham, D.H. (2003) “Power is the Great Motivator”, Harvard Business Review, 81(1), 117-126.
- Mıdık, Ö. ve Batı, A.H. (2014) “Tıbbi Profesyonelizm Algısı: Kavramsal bir Çerçeve”, Marmara Medical Journal, 27(2): 121-128.
- Nayeri, N.D. and Jafarpour, H. (2014) “Relationship between Clinical Competence and Motivation Needs of Nurses Based On the McClelland Theory”, Nursing Practice Today, 1(2): 86-92
- Onaran, O. (1981) “Çalışma Yaşamında Güdülenme Kuramları”, Ankara: Ankara Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları No:470.
- Özdamar, K. (2002), “Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi –I”, 4. Baskı, Eskişehir: Kaan Kitabevi.

- Peterson, R.A. (1994) “A Meta-Analysis of Cronbach’s Coefficient Alpha”, *Journal of Consumer Research*, Vol.21 (2): 381 – 391.
- Reday, P.A., Marshall, R. and Parasuraman, A. (2009) “An Interdisciplinary Approach to Assessing the Characteristics and Sales Potential of Modern Salespeople”, *Industrial Marketing Management*, 38: 838 – 844.
- Robbins, S.P. ve Judge, T.A. (2012) “Motivasyon Temelleri”, (Çeviren: Doç. Dr. Güven Ordun), *Örgütsel Davranış*, 14. Basımdan Çeviri, Çeviri Editörü: Prof. Dr. İnci Erdem, İstanbul: Nobel.
- Rosenzweig, E.D., Roth, A.V. and Dean Jr., J.W. (2003) “The Influence of an Integration Strategy on Competitive Capabilities and Business Performance: An Exploratory Study of Consumer Products Manufacturers”, *Journal of Operation Management*, 21: 437 – 456.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, (2011), T.C. Resmi Gazete, Karar Sayısı: KHK/663, 02.11.2011/28103.
- Sargut, A.S. (2012) “Sosyal Bilim Olarak Örgüt ve Yönetim Araştırma Alanları: Bilimsel Meşruiyet Sorunları Nasıl Aşılır?”, *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(2), 1-16.
- Sargut, A.S. (2015), “Lider Yöneticinin Benliğine Yolculuk”, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Sokolowski, K., Schmalt, H-D., Langens, T.A. and Puca, R.M. (2000) “Assessing Achievement, Affiliation, and Power Motives All at Once: The Multi-Motive Grid (MMG)”, *Journal of Personality Assessment*, 74 (1): 126 – 145.
- Steers, R.M. (1975) “Effect of Needs for Achievement on the Job Performance-Job Attitude Relationship”, *Journal of Applied Psychology*, 60(6), 678-682.
- Şencan, H. (2005), “Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik”, Ankara: Seçkin.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2003), Sağlıkta Dönüşüm (<http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>).
- Tavakol, M. and Dennick, R. (2011) “Making Sense of Cronbach’s Alpha,” *International Journal of Medical Education*, 2: 53 – 55, DOI: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2009), “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Tsoukas, H. ve Chia, R. (2013) “Giriş: Felsefenin Örgüt Kuramındaki Yeri ve Önemi”, *Örgüt Sosyolojilerinde Araştırmalar Cilt 32- Felsefe ve Örgüt Teorisi*, Editörler: Tsoukas, H. and Chia, R., Çeviri Editörü: İbrahim Anıl, (Çeviren: Nur Gündoğdu), Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Üsdiken, B. (2003) “Türkiye’de İş Yapmanın ve İşletmenin Akademikleştirilmesi, 1930-1950”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 58(1), 119-147.

Vachon, S., Halley, A. and Beaulieu, M. (2009) “Aligning Competitive Priorities in the Supply Chain: The Role of Interactions with Suppliers,” International Journal of Operations & Production Management, Vol. 29 (4): 322 – 340.

Xing, Y., Grant, D.B., McKinnon, A.C. and Fernie, J. (2010) “Physical Distribution Service Quality in Online Retailing”, International Journal of Physical Distribution & Logistic Management, Vol.40 (5): 415 – 432.

http://www.trabzon.gov.tr/index.php?p=icerik_&cid=44#prettyPhoto (Erişim: 13.03.2015).

<http://www.gumushane.gov.tr/saglik> (Erişim: 13.03.2015).