



Cilt/Volume :4 Sayı/Issue :1 Yıl/Year :2018(NİSAN) ISSN-2149-6161

# ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND  
STRATEGIES RESEARCH



## İÇİNDEKİLER

**DOĞRUDAN PAZARLAMADA DUYGUSAL ZEKA, PERFORMANS ALGISI, MOTİVASYON İLİŞKİSİ  
THE RELATIONSHIPS BETWEEN EMOTIONAL INTELLIGENCE&PERCEIVED PERFORMANCE&MOTIVA-  
TION IN DIRECT MARKETING (Erhan USLU-Yrd.Doç.Dr.Cihat Kartal -Prof.Dr.Tülin Durukan)(Araştırma makalesi 1-14)**

**KURUMSAL BİLGİ KAYNAKLARINA ERİŞİMDE GÜVENLİK: HEKİMLERİN ŞİFRE YÖNETİMİNE YÖNELİK BİR  
ARAŞTIRMA  
SECURITY IN ACCESSING ENTERPRISE INFORMATION RESOURCES: A RESEARCH ON PASSWORD MANAGE-  
MENT OF PHYSICIANS ( Yrd.Doç.Dr. Yusuf Yalçın İLERİ)(Araştırma makalesi 15-25)**

**HAYATA DÖNÜŞÜN ADI "MAVİ KOD" SEYDİŞEHİR DEVLET HASTANESİ MAVİ KOD BİRİMİNE YAPILAN BİLDİ-  
RİM RAPORLARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ ( Araştırma makalesi 26-39)  
RETURN TO LIFE IS "BLUE CODE" RETROSPECTIVE EVALUATION OF NOTIFICATION REPORTS OF BLUE  
CODE SECTION BY SEYDİŞEHİR STATE HOSPITAL (Emrullah İNCESU)**

**HASTANE ÇALIŞANLARININ ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK DÜZEYLERİNİN İÇ DIŞ KONTROL ODAĞINA OLAN  
ETKİSİNİN YÖNETİMSEL AÇIDAN İNCELENMESİ: BİR HASTANE UYGULAMASI(Araştırma makalesi 40-53)  
EXAMINATION OF THE EFFECTIVENESS OF HOSPITAL STUDENTS LEARNED WEAKLESS LEVELS ON THE  
INTERNAL CONTROL STUDIO – A HOSPITAL IMPLEMENTATION (Hasret KARTAL -- Doç. Dr. H.Nilay GEMLİK )**

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE YALIN YÖNETİM: BİR ÖZEL HASTANE KORONER YOĞUN BAKIMI  
DEĞERLENDİRMESİ(Araştırma makalesi 54-73)  
LEAN MANAGEMENT IN HEALTHCARE SERVICES: AN EVALUATION OF A PRIVATE HOSPITAL CORONARY  
INTENSIVE CARE (Doğancan ÇAVMAK)**

**SAĞLIK PERSONELİNİN İŞ TATMİNİNİN MOTİVASYON ÜZERİNE ETKİSİ(Araştırma makalesi 74-93 )  
THE EFFECTS ON THE MOTIVATION OF HEALTH PERSONNEL'S, WORK SATISFACTION  
(Prof. Dr. Emine Orhaner -- Seda Mutlu )**

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA HİZMET SUNUCULARIN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN DEMOGRAFİK  
ÖZELLİKLER AÇISINDAN FARKLILIKLARI( Araştırma makalesi 94-108 )  
DIFFERENCE IN SATISFACTION LEVEL IN TERMS OF DEMOGRAPHIC FEATURES OF SERVICE PROVIDERS  
IN THE FAMILY PHYSICIAN APPLICATION (Doç. Dr. Aykut EKİYOR -- Hasan Hüseyin UYANIK)**

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ (Derleme makale 109-121 )  
PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP MODEL IN THE HEALTH SECTOR IN TURKEY  
(Dr. Öğr. Üyesi Ersin AYHAN -- Ergün ÖNDER)**

Usaysad Derg, 2018; 4(1): 1 -14(Araştırma makalesi)

## DOĞRUDAN PAZARLAMADA DUYGUSAL ZEKA, PERFORMANS ALGISI, MOTİVASYON İLİŞKİSİ<sup>1</sup>

**Erhan Uslu**

Kırıkkale Üniversitesi

[erhanu@windowslive.com](mailto:erhanu@windowslive.com)

<https://orcid.org/0000-0002-4449-5282>

**Yrd.Doç.Dr.Cihat Kartal**

Kırıkkale Üniversitesi

[dr\\_cihat\\_kartal@yahoo.com](mailto:dr_cihat_kartal@yahoo.com)

**Prof.Dr.Tülin Durukan**

Kırıkkale Üniversitesi

[t-durukan@hotmail.com](mailto:t-durukan@hotmail.com)

Makale gönderim-kabul tarihi (15.01.2018-03.02.2018)

### ÖZET

Çağrı merkezi çalışanlarının duygusal zeka, performans algısı, ve motivasyonları arasındaki ilişkilerin araştırılması bu çalışmanın temel amacıdır. Araştırmada, değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinden dolayı, ilişkiel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Ankara ilinde çalışan 371 çağrı merkezi çalışanı oluşturmaktadır. Çalışanların duygusal zeka, performans algısı, ve motivasyon ölçümleri için kendilerine başvurulmuştur. Duygusal zeka ölçümleri Wong&Law tarafından geliştirilen WLEIS ölçeği ile yapılmıştır. Performans algısı ölçümleri için Kirkman&Rosen tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Motivasyon ölçümleri ise Mottaz motivasyon ölçeği kullanılarak yapılmıştır. Toplanan veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir. Duygusal zeka ile performans algısı arasında anlamlı ilişki arayan H1 hipotezi, duygusal zeka ile motivasyon arasında anlamlı ilişki arayan H2 hipotezi, ve performans algısı ile motivasyon arasında anlamlı ilişki arayan H3 hipotezi test edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin tespiti için korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçta; duygusal zekanın boyutları, motivasyonun unsurları, ve performans algısı değişkenleri arasında çeşitli ilişkiler bulunmuştur. 0.01 anlamlılık düzeyinde *duygusal zeka ile performans algısı arasında* ( $r = .386$ ), *duygusal zeka ile motivasyon arasında* ( $r = .273$ ), ve *performans algısı ile motivasyon arasında* ( $r = .201$ ) pozitif yönlü korelasyon bulunmuştur. H1, H2 ve H3 hipotezleri kabul edilmiştir.

Anahtar kelimeler: duygusal zeka, içsel motivasyon, sosyal motivasyon, örgütsel motivasyon, performans algısı.

<sup>1</sup> “Doğrudan Pazarlama Çalışanlarında Duygusal Zeka, Performans Algısı, Motivasyon İlişkisi: Ankara İli Çağrı Merkezi Çalışanları Örneği” adlı doktora tezinden üretilmiştir.

## THE RELATIONSHIPS BETWEEN EMOTIONAL INTELLIGENCE&PERCEIVED PERFORMANCE&MOTIVATION IN DIRECT MARKETING

### ABSTRACT

The main purpose of this research is; searching the relations of emotional intelligence, perceived performance, and motivation levels of call center workers. Relational searching model is used, due to the relations between variables are searched in this research. The sample is composed of 371 call center workers who are working in Ankara city. Self report scales have been used in order to measure the emotional intelligence, perceived performance, and motivation. The emotional intelligence degrees were measured by using the scale WLEIS which is developed by Wong&Law. The scale which was developed by Kirkman&Rosen was used to measure the perceived performance. The motivation levels was measured by Mottaz motivation scale. The data analyzed with SPSS. Hypotesis H1 that searching a significant correlation between emotional intelligence and perceived performance, hypothesis H2 that searching a significant correlation between emotional intelligence and motivation, and hypothesis H3 that searching a significant correlation between perceived performance and motivation tested. Correlation analyze was used to test the relations between variables. Finally; various relationships were found between dimensions of emotional intelligence, motivation factors, and perceived performance. Positive correlations between *emotional intelligence and perceived performance* ( $r=.386$ ), between *emotional intelligence and motivation* ( $r=.273$ ), and between *perceived performance and motivation* ( $r=.201$ ) were found (sig. 0.01). H1, H2, and H3 hypothesis were supported by data.

Keywords: emotional intelligence, intrinsic motivation, social motivation, organizational motivation, perceived performance.

### GİRİŞ

Bu çalışma kapsamında, insan kaynaklarının performansı üzerinde etkili olan duygusal zeka ve motivasyon incelenmiştir. Bu çalışma, duygusal zeka yeteneklerinin daha gerekli olduğu bir iş kolu olan doğrudan pazarlama çalışanları arasında yapılmıştır.

İşletmelerin en önemli kaynaklarından birisi insan kaynaklarıdır. İşletmenin başarısı, iş gücünün başarısına önemli oranda bağlıdır. İş gücünün başarısı, birçok unsurun etkisi altındadır. Bu unsurların en önemlilerinden birisi motivasyondur. Motivasyonun performans üzerinde etkisi bulunduğundan dolayı, motivasyonu nelerin etkilediği konusu da performans açısından önem taşımaktadır. İş görenin motivasyonu üzerinde, psikolojik değişkenler, fizyolojik değişkenler, finansal değişkenler, ve örgütsel değişkenlerin etkisi bulunur. İş gören bazen beslenme, barınma gibi fizyolojik ihtiyaçları doğrultusunda motive olur. Bazen de iş görenin psikolojik değişkenleri onun motive olmasını sağlar. Başarılı olma güdüsü ya da çevresiyle iletişim halinde bulunma ihtiyacı insanı motive eden etkenler arasındadır. Bazen, belirli amaçları doğrultusunda motive olan iş gören, bazı durumlarda kendisine adil davranılmadığını algılayıp motivasyonunu kaybeder. Bunların dışında, örgütün sunduğu çeşitli ödüller iş göreni motive etmek amacıyla kullanılmaktadır. Örneğin, daha iyi çalışma koşulları, terfi imkanları, ya da takdir edilme gibi unsurlar, iş görenin daha iyi motive olmasını sağlamaktadır.

İş görenin motivasyon düzeyi, onun duygusal zeka düzeyinden etkilenmektedir. Duygusal zeka “kendi duygularını ve başkalarının duygularını anlayabilme, ve bunun sayesinde duyguları ve davranışları yönlendirebilme yeteneği” olarak tanımlanmaktadır. Duyguları anlama, duyguları ifade etme, empati, duyguları yönlendirme, iletişim, ve motivasyon, duygusal zekayı oluşturan yeteneklerdir. Duygusal zeka bir davranış biçimi değil, bir yetenektir. Daha yüksek duygusal zeka yeteneklerine sahip bir iş gören, hem kendisini hem de başkalarını motive etmek konusunda daha başarılıdır. Kendisi için iyi bir ruh hali yaratmak ve bunu sürdürmek; ve çevresindeki kişileri nelerin harekete geçireceğini sezerek bunları kullanmak, duygusal zeka yetenekleridir.

İş görenin iş yerinde ulaştığı performans sonuçları iki türdür; görev performansı ve çevresel performans. Görev performansı, doğrudan işin icra edilmesine ilişkindir. Örneğin, üretimin miktarı ya da kalitesi, işe ilişkin mesleki bilgi ve becerinin kullanılması gibi konular görev performansıya

ilgilidir. Çevresel performans ise, iş görenin iş yerinde sergilediği sosyal ilişkilere ilişkin performanstır. Örneğin, iş arkadaşları ya da yöneticilerden destek ve yardım görmek, iş yerinde yararlı kişiler arası ilişkiler kurmak gibi sosyal becerilere ilişkin performans çevresel performansla ilgilidir.

Performans üzerinde etkisi bulunan yetenek türü yalnızca duygusal zeka yeteneği değildir. İlâveten, kişinin genel zihinsel yetenekleri performansını önemli ölçüde belirlemektedir. Duygusal zeka hakkında yapılan bazı araştırmalarda duygusal zeka ve bilişsel zeka (ya da genel zihinsel yetenekler) karşılaştırılmış ve hangisinin performans üzerinde daha etkili olduğu ortaya konmaya çalışılmıştır. Duygusal zekanın bilişsel zekaya göre daha yeni bir kavram olması ve popülerlik kazanması gibi sebeplerden dolayı, bilişsel zekanın sınırlı etkisi ve duygusal zekanın büyük etkisi anlatılmaktadır. Bu yöndeki çalışmaların hatası, duygusal zekanın bilişsel zekaya alternatif olmadığını gözden kaçırmalarıdır. Duygusal zeka, bilişsel zekaya alternatif olarak ortaya atılan bir kavram değildir. Duygusal zeka ve bilişsel zeka, birbirlerini tamamlayan yeteneklerdir.

Bilişsel zeka ve duygusal zeka, farklı alanlarda ve farklı işlerde, farklı bileşimlerle gerekli olmaktadır. Örneğin, bir doğrudan pazarlama personeli açısından bilişsel zekaya ihtiyaç vardır; ancak duygusal zekaya daha fazla ihtiyaç vardır. Çünkü doğrudan pazarlama, mevcut ve potansiyel müşterilerle bireysel etkileşim kurulmasını gerektirir. Müşterilerin ihtiyaçlarını anlama, onlara uygun biçimde hitap etme, onları ikna etme, onları bir ürünü satın almak ya da bir sözleşmeyi yenilemek üzere motive etme gibi beceriler, duygusal zeka yetenekleri gerektirmektedir. Buna karşın, herhangi bir kişisel etkileşim içermeyen bir mesleği icra eden iş görenler açısından, duygusal zeka yeteneklerine daha az ihtiyaç duyulmaktadır.

### DUYGUSAL ZEKA

Geçmişten bugüne zeka hakkında bir çok tanımlama yapılmıştır. Ancak zeka hakkında ortak bir tanım bulunmamaktadır. Zeka kavramı soyut bir kavramdır ve genel bir tanımlama yapılamamakla birlikte tanımların ortak noktası zekanın bir tür yetenek ya da yetenekler olduğudur. Zeka tanımlarının odaklandığı esaslar algılama, öğrenme, düşünebilme, uyum sağlama, rasyonel davranma gibi yeteneklerdir. Zeka, bireyin zihinsel süreçlerini ilgilendiren içsel bir kavram olduğu gibi aynı zamanda sosyal boyutu da bulunan bir kavram olarak tanımlanmıştır. Bir takım zeka tanımları zekanın bilişsel ve algısal boyutunu vurgularken bir takım zeka tanımları zekanın uyum sağlama ya da çevreyle etkileşim gibi sosyal boyutunu vurgulamaktadır.

20.yy sonlarında zeka ile başarı ilişkisi üzerine yapılmış olan bir takım çalışmaların bulgularında bilişsel zekanın her zaman tek başına başarı getirmediği konusuna odaklanılmış, duygusal zeka ve sosyal zeka kavramlarına yönelinmiştir. Mayer&Salovey, Goleman, Cooper&Sawaf, ve Bar-On zekanın duygusal boyutuna dikkat çeken önemli çalışmalar yapmışlardır.

Duygusal zeka, bir kavram olarak 20. yy'ın sonunda ortaya atılmış olmasına rağmen, içerik olarak çok eskilere dayanmaktadır. Zekayı, bilişsel zeka (IQ) ve duygusal zeka (EI/EQ) biçiminde iki parçalı olarak düşünmek mümkündür. IQ ve EI kavramları birbirinin alternatifi olarak algılanmamalıdır. Bu kavramlar, ayrı ayrı tek başlarına zekanın tümü hakkında bilgi vermemektedir. IQ, zekanın soyut düşünebilme ve algılama kısmı ile ilgili olurken, EI ise zekanın sosyal boyutu, iletişim becerisi boyutu, ve uyum boyutu hakkında bilgi vermektedir.

Duygusal zekanın ilk tanımını yapan Peter Salovey ve arkadaşlarının tanımı şu şekildedir: “duyguyla muhakeme etme kabiliyeti, duyguyu fark etmek, onu düşünceye dahil etmek, onu anlamak ve yönetmek”(Becerren 2012:146). Salovey&Mayer'in duygusal zeka modeli şu yeteneklerden oluşmaktadır: duyguları tanıma ve ifade etme, duyguları düzenleme, duyguları kullanma.

Salovey ve Mayer duygusal zekayı Gardner'ın kişisel zekalarının bir alt türü olarak açıklamışlardır. Ortaya attıkları duygusal zeka modeli duyguları içermez, bunun yerine, bireyin kendisinin ve başkalarının duygularını teşhis ederek bunları sorun çözmede ve davranışları düzenlemede kullanmasına odaklanır. Bu duygusal zeka teorisini diğer popüler duygusal zeka teorilerinden ayıran önemli bir özelliği, yetenek temelli olmasıdır.

### Duygusal Zekayı Oluşturan Alt Sistemler

Ortaya çıkışından bu yana birçok teorik ve uygulamalı araştırmaya konu olan duygusal

zekanın yapısını açıklamak amacıyla çok sayıda model geliştirilmiştir ve yeni çalışmalar devam etmektedir. Bu modeller, duygusal zekayı oluşturan boyutları ve bu boyutların alt unsurlarını içermektedir. Modelleri oluşturan boyutlar arasında benzerlikler ve farklılıklar mevcuttur. Duygusal zeka sistemini oluşturan alt sistemler duyguları algılama, duyguları açıklama, empati, duyguları yönlendirme, etkili iletişim, ve motivasyon olarak ifade edilmektedir.

**Duyguları Algılama:** Salovey ve Mayer'in ortaya attıkları duygusal zeka teorisinde tanımladıkları alanlardan birisi duyguları tanımadır. Bireyin kendi duygularını tanıması, hissettiği duyguları anlayabilmesi ve algılayabilmesidir. İlâveten, bireyin ruh durumunun farkında olması da duygularını tanıma yetisi içerisindedir(Salovey ve Mayer,1990) . Salovey ve Mayer'in *kendi duygularını tanıma* olarak adlandırdığı yetenek, *duyguları algılama* olarak burada uyarlanmaktadır.

Goleman'ın, duygusal zeka teorisini oluşturan kısımlardan birisi olan öz bilincin iki alt unsuru, duygusal bilinç ve doğru öz değerlendirmedir. Goleman, duygusal bilinç kavramını "bireyin hissettiği duyguları tanıması" olarak tanımlamıştır. Doğru öz değerlendirme kavramını ise "bu duyguları neden hissettiğini algılayabilmesi" olarak açıklamıştır(Goleman,2011). *Duygusal bilinç ve doğru öz değerlendirme* yetenekleri, *duyguları algılamayı* anlatmaktadır.

Bar-On'un duygusal zeka modelinin içsel dünya alanını oluşturan bir alt unsur olan farkındalık alanı, bireyin duygularının farkında olması ve bu duyguları neden hissettiğinin farkında olmasıdır(Stein &Book,2003). *Farkındalık* alanı *duyguları algılamanın* karşılığıdır.

**Duyguları Açıklama:** Salovey ve Mayer'in duygusal zeka teorisinde yer alan duyguları ifade etme yeteneği, bireyin duygularını sözlü veya sözsüz şekilde doğru ve etkili ifade edebilme becerisidir(Salovey ve Mayer,1990). *Duyguları ifade etme* yeteneği, burada *duyguları açıklama* olarak uyarlanmaktadır.

Goleman, özgüveni "bireyin kendini doğru şekilde ifade edebilmesi" şeklinde tanımlamıştır(Goleman,2011). Buna göre *özgüven*, *duyguları açıklama* yeteneğidir.

Bar-On'un duygusal zeka modelinin içsel dünya alanında yer alan dış vurum ise, bireyin duygularını ifade edebilme yetisidir(Stein ve Book, 2003). *Dış vurum* alanı, *duyguları açıklama* ile yakın anlam taşımaktadır.

**Empati:** Duygusal zekanın yapısını anlatan erken çalışmalar arasında öne çıkanlar, empatiyi duygusal zekanın çok önemli bir unsuru olarak aktarmışlardır.

Salovey&Mayer'in duygusal zeka teorisine dahil olan yeteneklerden birisi başkalarının duygularını tanıma ve empati olarak ifade edilmektedir. Empati, başkasının duygularını anlayabilme ve kendini onun yerine koyabilme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Yazarlara göre empati, duygusal zeki davranışın esas karakteristiği sayılabilir. Bu beceriler, başkalarının tepkilerini doğru tahmin etmeyi ve uygun karşılık vermeyi sağlar(Salovey&Mayer,1990).

Empatiyi, başkalarının hislerini, ihtiyaçlarını ve endişelerini anlamak olarak tanımlayan Goleman, empatiye işletme ve politika açılarından da bakmıştır. Müşteri ihtiyaçlarını anlamak ya da kitlenin politik eğilimlerini okumak konularına da empati açısından yaklaşmıştır(Goleman,2011).

Bar-On'un teorisini oluşturan bir alan olan dış dünyanın bir unsuru empatidir ve bu yetenek, başkalarıyla ilişki kurma ve sürdürmenin gerektirdiği önemli bir yetenektir(Stein ve Book,2003).

**Duyguları Yönlendirme:** Duygusal zeka konseptinde önemli yeri olan bir yetenek, bireyin kendi duygularına yön verebilme kabiliyetidir. Bu kabiliyet, kişinin, duygularını şekillendirebilmesi yeteneğine dayanmaktadır.

Salovey ve Mayer modelinde, kendi duygularını düzenleme yeteneği de duygusal zekanın bir parçasıdır. Duyguların düzenlenmesi boyutu, duygulara yön vermek ve yönetmek olarak ifade edilebilir. Salovey ve Mayer'e göre, "herkes duygularını yönetebilir, ancak duygusal zekası yüksek bir insan ruh halini ustaca düzenleyip pozitif ruh hali yaratabilir ve bunu sürdürebilir"(Salovey ve Mayer,1990).

Goleman, kendine çekidüzen verme olarak adlandırdığı duygusal zeka yetisini "duygularımızı, işleri kolaylaştıracak şekilde yönetmek; duygusal sıkıntıdan kendini kurtarıp toparlanmak" olarak tarif etmiştir(Goleman, 2011).

Bar-On, bireyin kendini yönlendirebilme becerisini bağımsızlık; pozitif ruh hali yaratıp

sürdürmesini ise iyimserlik, olarak tanımlamıştır(Stein ve Book, 2003).

Salovey ve Mayer'ın *kendi duygularını düzenleme*; Goleman'ın *kendine çekidüzen verme*; ve Bar-On'un *bağımsızlık* ve *iyimserlik* adlarını verdikleri duygusal zeka yetenekleri, *duyguları yönlendirmeyi* ifade etmektedir.

**Etkili İletişim:** Sosyal zeka kavramı temel alınarak ortaya atılmış olan duygusal zeka, etkili iletişim kurma yeteneği sayesinde insanların duyguları, düşünceleri, ve davranışları üzerinde etki yaratma yeteneğini içermektedir.

Salovey&Mayer'e göre duygusal zekası yüksek bireyler, başkalarının duygularını yönlendirebilecek sosyal becerilere sahiptir. Bu beceriler, başkalarının duygularını düzenleme yeteneği olarak tanımlanmıştır(Salovey&Mayer,1990). Goleman, ilişkilerde duyguları yönetmek ve iletişim halinde olunan kişileri ikna edebilmek gibi yetenekleri sosyal beceri olarak tanımlamıştır(Goleman, 2011).

Bar-On'un modelindeki sosyal ilişkiler alanı, ilişki kurma ve ilişkiyi sürdürme başarısını ifade etmektedir(Stein ve Book,2003).

Salovey ve Mayer'in *başkalarının duygularını düzenleme* yeteneği olarak duygusal zekaya dahil ettikleri, Goleman'ın *sosyal beceri*, Bar-On'un *sosyal ilişkiler* olarak tanımladığı yetenekler, burada *etkili iletişim* adıyla uyarlanmıştır.

**Motivasyon:** Duyguları kullanarak kişinin kendisini ve başkalarını motive etmesi, sorunlara yeni çözümler getirmesi, koşullara uyum sağlaması gibi beceriler duygusal zekanın sağladığı başarılarıdır.

Salovey&Mayer, bireylerin duyguları kullanarak esneklik, yaratıcılık ve motivasyon sağladıklarını, ve bu sayede sorun çözmede daha başarılı olduklarını öne sürmüşlerdir(Salovey ve Mayer, 1990).

Goleman, kişisel/duygusal yeterliliklerden birisi olarak motivasyonu göstermiştir. Duygusal zeki insanın özelliklerinden birisi, gerektiği zamanlarda inisiyatif kullanarak kuralları esnetmektir(Goleman,2011).

## MOTİVASYON

Motivasyon, bireyin belirli bir amacı gerçekleştirmek üzere kendi isteği ile çaba göstermesi(Koçel 2010:619), ya da amaca ulaşmak üzere bireyi harekete geçiren güçtür(Eren 2009:530).

### İş Motivasyonunu Etkileyen Faktörler

Motivasyon teorilerine konu edilmiş olan motivasyon faktörleri genellikle (1) psikolojik unsurlar, (2) fizyolojik ihtiyaçlar, (3) finansal kaynaklar, ve (4) örgütle ilgili çeşitli unsurları içermektedir. Motivasyonu etkileyen faktörler bu dört başlık altında aşağıda anlatılmaktadır.

1. **Psikolojik Faktörler:** Motivasyon düzeyi üzerinde etkili olan psikolojik faktörler, bireyin psikolojik hali ve bununla bağlantılı olan duygusal zeka ve performans algısı gibi faktörlerdir.

**Duygusal zeka:** Yüksek duygusal zekaya sahip birey, duyguları kullanarak hem kendisini hem de başkalarını motive edebilir. Duygusal zeka teorilerine göre, duygusal zeki birey, duyguları kullanarak iyi bir ruh hali yaratır ve kendisini ve başkalarını motive eder.

Goleman, duygusal zeka yeteneklerinin motivasyon üzerindeki etkisini şu şekilde ifade etmektedir: hedeflerimizi gerçekleştirmek üzere bizi harekete geçiren şey duygulardır; onlar motivasyonumuzun yakıtıdır(Goleman 2011:137-157).

Duygusal zeka yetenekleri sayesinde birey kendi motivasyon düzeyini yönetebilmektedir(Law vd 2008:12-13).

Duygusal zeka yeteneklerinden birisi olan ruh halini düzenleyebilme yeteneği motivasyonu önemli oranda etkileyen bir psikolojik faktördür. Birey, bu yeteneği sayesinde iyi ruh hali yaratarak ve bunu sürdürerek motive olur; ya da kötü ruh halinden bir an önce kurtularak motivasyonun olumsuz etkilenmesinin önüne geçer.

**Performans algısı:** İyi bir performans sergilediğini algılayan bir iş gören, yaptığı iyi işin sonuçlarından memnun olma duygusu hisseder. Bu his, bir çok motivasyon teorisinde motive edici

unsur olarak ifade edilmektedir. İyi bir performans algısı, bireyin bir işi başarma ihtiyacı ile bağlantılıdır. Başarma ihtiyacı teorisine göre birey bir başarı elde etmek amacıyla motive olmaktadır. ERG teorisine göre bireyi motive eden unsurlardan birisi gelişme ihtiyacıdır. Amaç belirleme teorisine göre bireyler iyi belirlenmiş ve zorlu amaçlar doğrultusunda daha iyi motive olmaktadır. İyi bir performans algısına sahip olan iş gören, bir başarıyı elde etme hissi ile bir dahaki davranışlar için ya da bir dahaki amaçlar için motive olmaktadır. Bireyin iyi performans algısı, doğru yolda ilerlediğinin de göstergesi olarak motivasyonuna katkıda bulunur.

**Psikolojik ve zihinsel değişkenler:** Motivasyon, iş görenlerin stres durumlarının olumlu veya olumsuz etkilerine oldukça açık bir değişkendir(Eroğlu 2010:508).

Psikolojik tatminsizliğe veya kendine güvensizlik hallerine kapılan kişiler kendilerini hayatın akışına bırakabilirler. Bu tür kişiler düşük moral seviyesine sahip olmaktadır(Eren 2001:252). Düşük moral, motivasyonu olumsuz etkilemektedir.

Bireyin, bir işi yapabileceğine inanması, onun motive olmasını etkileyen bir faktördür. Vroom'un beklenti teorisi, iş görenin bir işi yapabileceğine inancını, motivasyon düzeyinin belirleyicisi olarak ifade eder. İş görenin bilgisi ve yetenekleri, işi yapabileceğine inancını belirler. İş görenin bilgisi, yetenekleri, ve bilişsel zekası yetersizse, işi yapabileceğine inancı, dolayısıyla da motivasyonu olumsuz etkilenir.

- 2. Fizyolojik Faktörler:** Bireylerin fizyolojik ihtiyaçları arasında beslenme ve barınma gibi ihtiyaçları bulunmaktadır. Fizyolojik ihtiyaçların bireyi motive eden unsurlar olduğu görüşü Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisine dayanmaktadır. Motivasyonu etkileyen fizyolojik faktörlerden birisi de fiziksel sağlıktır. İşgören, fizyolojik ihtiyaçlarını gidermek için motive olup çalışma davranışı sergiler.
- 3. Finansal Faktörler:** İnsanlar hayatlarını devamı için zorunlu olan pek çok şeyi alabilmek için paraya ihtiyaç duyarlar. Ayrıca, zorunlu olmayan pek çok diğer ihtiyacı ve istekleri elde edebilmek için de para bir araçtır. Bireylerin gereksinim duydukları bu araç onları motive etmek için kullanılmaktadır.

Ücret, en eski ve en bilinen motivasyon aracıdır. Fazla çalışmalar ve çabalar karşılığında prim ödenmesi de çalışanların motivasyonunu artırmaktadır(Keser ve Güler 2016:210-211).

- 4. Örgütsel Faktörler:** İş görenlerin motive olmasını sağlayan faktörlerin bir kısmı örgütle bağlantılıdır. Örgütsel faktörler, bireyi psikolojik süreçle motive etmektedir. Ancak bu faktörler zeka, algı, psikolojik hal gibi bireyin kendi psikolojik özelliklerinden kaynaklanmaz. Bunun yerine, örgütten kaynaklanan ve iş göreni psikolojik olarak motive etme özelliği bulunan faktörlerdir.

Wiley(1995), 'çalışanları neler motive eder' adlı çalışmasında, iş görenleri en çok motive eden beş faktörü şöyle saymıştır: İyi ücret, Yapılan işin takdir edilmesi, İş güvenliği, Terfi ve gelişim, İlgi çekici iş(Wiley 1995:266). Diğer örgütsel faktörler; iletişim, yetki-sorumluluk dengesi, iş tatmini, kararlara katılma, adil örgüt politikası, ve yönetim tarzıdır.

### PERFORMANS

Performansı kısaca "önceden belirlenen amaçlara ulaşmak için gösterilen çaba; ve amaçlara ulaşma derecesi" olarak tanımlamak mümkündür.

Borman ve Motowidlo(1993) performansı görev performansı ve çevresel performans olmak üzere iki bileşene ayırmışlardır. Görev performansı işin kendisi ile doğrudan ilgili olan, işin yapılmasına ilişkin performanstır. Çevresel performans ise iş görenin işinde çevresiyle etkileşimine ve sosyal ilişkilerine ilişkin performanstır(Motowidlo&VanScotter 1994:476). Bazı işlerde çevresel performans bileşeni görev performansı bileşenine göre daha önemli olurken, bazı meslek ve işlerde bunun tersi bir durum söz konusudur.

#### Performansı Etkileyen Faktörler

İş görenlerin performansı üzerinde etkili olan birçok faktör bulunmaktadır. Performansı etkileyen faktörlerin bir kısmı kişinin yeteneklerine bağlıdır, bir kısmı ise motivasyona bağlıdır(Viswesvaran; Ed.:Anderson vd. 2009:141; Law vd. 2008:12-13). Örneğin, bireylerin sahip olduğu kişilik özellikleri, genel zihinsel yetenekleri, duygusal yetenekleri, bilgi, beceri, ve uzmanlıkları performans üzerinde etkili olmaktadır. İlâveten, finansal çıkarlar, iş tatmini, örgüt

kültürü, yönetim tarzı gibi motivasyon araçları da personelin motive edilmesi amacıyla kullanılan faktörlerdir. Bunlardan başka performansı etkileyen tecrübeler, sağlanan kişisel yardımlar, bireyin genel sağlık durumu, ve hatta şans faktörünün bile, ortaya çıkan performans sonucu üzerinde dolaylı bir etkisi bulunmaktadır.

**Yetenekler:** Bunlara örnek olarak kişinin zihinsel yetenekleri, duygusal zekası (empati becerisi, duygularını ve ruh halini düzenleyebilme becerisi gibi), işini icra ederken kullanması gereken teknik bilgi verilebilir.

Performans boyutlarını Borman&Motowidlo(1993) modelinde olduğu gibi görev performansı ve çevresel performans olarak iki bileşene ayırırsak, duygusal zeka yetenekleri daha çok çevresel performans (işyerindeki etkileşime ilişkin performans) üzerinde etkili olurken genel zihinsel yetenekler görev performansı (işin kendisine ilişkin performans) üzerinde daha fazla etkili olmaktadır.

Benzer şekilde, Murphy(1998)'nin iddiasına göre, bilişsel faktörler görev performansı ile, kişilik değişkenleri ise çevresel performansla daha ilişkilidir (Viswesvaran; Ed.: Anderson vd. 2009:160).

Duygusal zekanın iş performansı üzerindeki etkisi genel olarak, bireyin işini icra ederken çevresindeki insanlarla iş birliği kurması, empati yaparak ve iyi ilişkiler kurarak güven sağlaması, bu sayede çevreden destek bulması sayesinde olmaktadır. İlave olarak, bireyin kendi duygularını yönlendirme yeteneği sayesinde yüksek motivasyon sağlaması; ve iyi bir ruh hali içerisinde bulunması da iyi bir performans ile sonuçlanmaktadır (Law vd. 2008:8). Bu özellikleri dolayısıyla duygusal zekanın çevresel performans ile ilişkisi, görev performansı ile ilişkisinden daha fazladır.

Performans üzerinde önemli etkisi olan yeteneklerden birisinin genel zihinsel yetenekler olduğu açıktır. Genel zihinsel yeteneklerin, özellikle yüksek öğrenim vasıfları gerektiren işlere ilişkin performans için önemli olduğu, geleneksel bir bulgudur (Landy&Shankster 1994; Ferris, Witt&Hochwarter, 2001; Akt: Law vd. 2008:3).

Genel zihinsel yetenekler, Borman&Motowidlo(1993) tarafından tanımlanan performans bileşenlerinden görev performansı ile daha fazla ilişkilidir.

Mesleki performansın temeli, iş için gerekli olan bilgi ve becerilerin öğrenilmesine bağlıdır (Ree vd.; Ed: Anderson vd. 2009:279).

**Motivasyon:** Goleman'a göre sıra dışı performans gösteren kişilerin üç motivasyon yeteneği şunlardır:

- Başarma dürtüsü: gelişmeye ya da mükemmellik düzeyini yakalamaya çalışmak.
- Kendini adanmak: kuruluşun ya da grubun vizyon ve hedeflerini benimsemek.
- İnisiyatif ve iyimserlik: fırsatları yakalamak için insanları seferber etmek ve engeller karşısında yılmamak (Goleman 2011:145).

İş görenlerin motive olmasını ve böylece daha iyi bir performans ortaya çıkmasını sağlayan nedenlerden birkaç tanesi şunlardır:

- Birey, belirli ihtiyaçlarını tatmin etmek amacıyla motive olup çaba göstermektedir. Hayatın devam etmesi için gereken maddi ya da manevi ihtiyaçlara ulaşmak amacıyla bireyler çaba göstermektedirler.
- Birey, isteklerine ya da amaçlarına ulaşmak üzere motive olup çaba göstermektedir.
- Birey, bir çıkar elde etmek ya da istemediği bir durumdan kurtulmak amacıyla motive olup çaba göstermektedir. Sergileyeceği performansın sonucunda elde edeceği çıkarı isteyen ya da düşük performansın sonucunda katlanmak zorunda kalacağı olumsuz durumu istemeyen birey bir çaba göstermektedir.
- Birey, bir davranışı sergilemesi gerektiğine inandığı için motive olmaktadır. Koşullara göre, çabalamanın adil ve gerekli olduğunu düşünen birey çaba gösterir.

## DOĞRUDAN PAZARLAMADA DUYGUSAL ZEKA, MOTİVASYON, PERFORMANS

Doğrudan pazarlamayı belirleyen üç özellik bulunmaktadır. İlk olarak; gazete, televizyon gibi kitlesel iletişim yerine, doğrudan pazarlama, müşterileri bireysel olarak hedef almaktadır. İkincisi; reklamda olduğu gibi, markanın tanıtımı ya da olumlu bakışların artırılması amaçlanmaz, doğrudan pazarlama anında sonuç almaya odaklanır. Üçüncü olarak, herhangi bir aracı olmaksızın, üreticiden tüketiciye doğrudan satış yapılmaktadır. Alışveriş yapmak için bir yere gitmek yerine katalogdan ürün



seçerek internetten ya da telefonla satın almak, müşteriler için daha kolay olmaktadır ve zaman kazanmalarını sağlamaktadır. Satıcı açısından ise, kitlesel reklamcılıkla uğraşmak yerine, doğrudan potansiyel müşterinin hedeflenmesi daha etkili sonuçlar sağlamaktadır ve daha düşük maliyetlidir. Ücretsiz çağrı merkezleri, doğrudan pazarlamanın başarısını artıran faktörlerden birisidir(Cadbury; Ed.Doyle 2002:265-267).

Yüksek performans sergileyen satış personelinin özelliklerini araştıran birçok araştırma, başarılı pazarlamacıların şu üç özelliği bulduğunu belirtmiştir(Stevenson; Ed.Doyle 2002:293):

- Yüksek başarı motivasyonu.
- Empati.
- Kendine güven.

Doğrudan pazarlama personeli, müşterilerle sürekli ve birebir iletişim halinde olduğu için, doğrudan pazarlama personelinin duygusal zeka yeteneği ile performansı arasında; işini icra ederken çok fazla iletişim ihtiyacı olmayan iş görene oranla daha büyük bir bağ bulunmaktadır.

Duygusal zeka yetenekleri doğrudan pazarlama çalışanlarının performanslarını aşağıdaki şekillerde etkilemektedir:

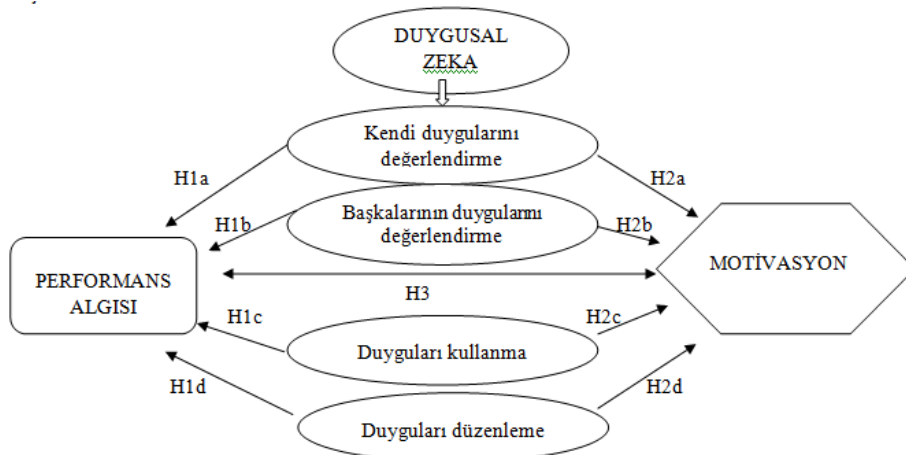
- *Başkalarının duygularını anlama yeteneği ve empati* sayesinde doğrudan pazarlama çalışanı, iletişim halinde olduğu müşterinin duygularını tahmin ederek, ona hitap eden ürün sunumlarını yapabilir. Müşterinin beklentilerini, bir üründen memnuniyetini ya da memnuniyetsizliğini anlayabilmek, pazarlamacı açısından bir avantaj olmaktadır.
- *Başkalarının duygularını düzenleme yeteneği* sayesinde, pazarlamacı müşterinin bir ürüne karşı ilgi duymasını, kendisine güven duymasını, tanıtımı ilgiyle dinlemesini sağlayabilir.
- *Motivasyon yeteneği* sayesinde, pazarlamacı hem kendi motivasyonunu düzenler, hem de müşterileri satın alma davranışı yönünde motive edebilir.
- *Kendi duygularını düzenleyebilme yeteneği* sayesinde kendisi için iyi bir ruh hali yaratıp ve bunu sürdürerek daha yüksek motivasyona ve daha iyi performans sonuçlarına ulaşır.
- *İkna etme yeteneği* sayesinde pazarlama personeli, müşterileri yeni ürün satın alma ya da işletmeye bağlı kalma konusunda ikna eder.

## YÖNTEM

### Araştırma Modeli ve Hipotezler

Araştırma konusu duygusal zeka, performans algısı, motivasyon arasındaki ilişkileri içerdiğinden dolayı, araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan ilişkisel tarama modeline ilişkin olarak tasarlanan model aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir.



Şekil 1: Duygusal Zeka, Performans Algısı, Motivasyon İlişkileri Modeli

Araştırmanın hipotezleri şu şekilde ifade edilmektedir:

- H1:Duygusal zeka ile performans algısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.  
H2:Duygusal zeka ile motivasyon arasında anlamlı bir ilişki vardır  
H3:Performans algısı ile motivasyon arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmaya ilişkin alt hipotezler aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir:

- H1a: duygusal zekanın “kendi duygularını değerlendirme” boyutu ile performans algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.  
H1b: duygusal zekanın “başkalarının duygularını değerlendirme” boyutu ile performans algısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.  
H1c: duygusal zekanın “duyguları kullanma” boyutu ile performans algısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.  
H1d: duygusal zekanın “duyguları düzenleme” boyutu ile performans algısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.  
H2a: duygusal zekanın “kendi duygularını değerlendirme” boyutu ile motivasyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.  
H2b: duygusal zekanın “başkalarının duygularını değerlendirme” boyutu ile motivasyon arasında anlamlı bir ilişki vardır.  
H2c: duygusal zekanın “duyguları kullanma” boyutu ile motivasyon arasında anlamlı bir ilişki vardır.  
H2d: duygusal zekanın “duyguları düzenleme” boyutu ile motivasyon arasında anlamlı bir ilişki vardır.

### **Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evreni Ankara ilinde çalışan yaklaşık 9000 çağrı merkezi çalışanıdır. Örneklerin seçimi için kasti(kararsal) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örnek sayısı 371’dir.

### **Veri Toplama Araçları**

Duygusal zeka düzeyleri; Salovey&Mayer duygusal zeka teorisini temel alan Wong&Law tarafından geliştirilen WLEIS kullanılarak ölçülmüştür. Kendi duygularını değerlendirme, başkalarının duygularını değerlendirme, duyguları kullanma, ve duyguları düzenleme olmak üzere duygusal zekanın dört ayrı boyutu, ve ilaveten genel duygusal zeka düzeyi ölçülmüştür.

16 ifadeden oluşan Wong&Law Duygusal Zeka ölçeğine ait Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,849 olarak hesaplanmıştır, ve bu sayı duygusal zeka ölçeğinin çok yüksek bir güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmada performans değil, performans algısı ölçülmüştür. Çünkü motivasyon üzerinde etkisi bulunan unsurlardan birisinin performans algısı olduğu düşünülmektedir. Motivasyon performansı etkilerken, iş görenin kendi performansı hakkındaki algısı da onun motivasyonu üzerinde etkili olmaktadır. Motivasyon teorilerinde üzerinde önemle durulan konulardan birisi, bireyin performansı hakkında kendisine geri bildirim sağlanmasıdır. Olumlu geribildirim motive edici bir unsur olduğu, motivasyon teorilerinde ifade edilmektedir. Kendi performansı hakkında iyi bir algıya sahip olan iş görenin motivasyonu, bundan olumlu etkilenir. Performans algısını ölçmek için, Kirkman&Rosen tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır.

4 ifadeden oluşan Performans Algısı ölçeğine ait Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,794 olarak hesaplanmıştır, ve bu sayı performans algısı ölçeğinin yüksek bir güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Motivasyon ise içsel ve dışsal motivasyon unsurları şeklindeki sınıflandırma temel alınarak içsel motivasyon, sosyal motivasyon, ve örgütsel motivasyon olmak üzere üç boyutta ölçülmüştür. Bu ana boyutlar da; başarı-sorumluluk, otonomi, önem, yardımsever arkadaşlık, yardımsever yöneticilik, çalışma koşulları, terfi fırsatları, ücret adaleti, ve sosyal güvenlik olmak üzere dokuz alt unsura ayrılmıştır. Mottaz tarafından geliştirilen motivasyon ölçeği kullanılmıştır.

Mottaz tarafından geliştirilen 24 ifadeden oluşan motivasyon ölçeğine ait Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,907 olarak hesaplanmıştır, ve bu katsayı motivasyon ölçeğinin çok yüksek bir

güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

### BULGULAR

Duygusal Zeka - Performans Algısı – Motivasyon değişkenleri arasındaki ilişkilere dair korelasyon analizi sonuçları aşağıda verilmektedir.

Korelasyon <sup>b</sup>				
		DUYGUSAL ZEKİ	PERFORMANS ALGISI	MOTİVASYON
DUYGUSAL ZEKİ	Pearson Correlation	1	,386**	,273**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
PERFORMANS ALGISI	Pearson Correlation	,386**	1	,201**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
MOTİVASYON	Pearson Correlation	,273**	,201**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	

\*\* . Korelasyon 0.01 düzeyde anlamlıdır (2-tailed). b. N=371

Tablo 1. Duygusal Zeka-Performans Algısı-Motivasyon İlişkileri

Tablo 1.'de, duygusal zeka-performans algısı-motivasyon arasındaki ilişkilere dair korelasyon analizinin sonuçları verilmektedir. Bu sonuçlara göre;

Duygusal zeka ile performans algısı arasında 0.01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü bir ilişki ( $r = .386$ ) bulunmuştur.

Duygusal zeka ile motivasyon arasında 0.01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü bir ilişki ( $r = .273$ ) bulunmuştur.

Performans algısı ile motivasyon arasında 0.01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü bir ilişki ( $r = .201$ ) bulunmuştur.

### Duygusal Zeka Boyutları-Performans Algısı Korelasyon Analizleri

Duygusal zekanın boyutlarının her birisi ile performans algısı arasındaki ilişkileri gösteren korelasyon analizi sonuçları aşağıda verilmektedir.

		Korelasyon <sup>b</sup>				
		PERFORMANS ALGISI	KENDİ DUYGULARINI DEĞERLENDİRME	BASKALARININ DUYGULARINI DEĞERLENDİRME	DUYGULARI KULLANMA	DUYGULARI DÜZENLEME
PERFORMANS ALGISI	Pearson Correlation	1	,331**	,178**	,325**	,246**
	Sig. (2-tailed)		,000	,001	,000	,000
KENDİ DUYGULARINI DEĞERLENDİRME	Pearson Correlation	,331**	1	,321**	,383**	,291**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
BASKALARININ DUYGULARINI DEĞERLENDİRME	Pearson Correlation	,178**	,321**	1	,230**	,308**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000		,000	,000
DUYGULARI KULLANMA	Pearson Correlation	,325**	,383**	,230**	1	,396**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
DUYGULARI DÜZENLEME	Pearson Correlation	,246**	,291**	,308**	,396**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	

\*\* . Korelasyon 0.01 düzeyde anlamlıdır (2-tailed). b. N=371

Tablo 2. Duygusal Zeka Boyutları-Performans Algısı İlişkileri

Tablo 2’de duygusal zekanın boyutları ile motivasyonun boyutları arasındaki korelasyon analizine ilişkin sonuçlar verilmektedir. Duygusal zekanın tüm boyutları ile performans algısı arasında 0.01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkilerin katsayıları şöyledir:

kendi duygularını değerlendirme – performans algısı  $r = .331$ ;  
başkalarının duygularını değerlendirme – performans algısı  $r = .178$ ;  
duyguları kullanma - performans algısı  $r = .325$ ;  
duyguları düzenleme – performans algısı  $r = .246$ .

### Duygusal Zeka Boyutları-Motivasyon Boyutları Korelasyon Analizleri

Duygusal zekanın boyutları ile motivasyonun boyutları arasındaki ilişkileri gösteren korelasyon analizi sonuçları aşağıda verilmektedir.

		Korelasyon <sup>b</sup>			
		MOTIVASYON	İÇSEL MOTIVASYON	SOSYAL MOTIVASYON	ORGÜTSEL MOTIVASYON
KENDİ DUYGULARINI DEĞERLENDİRME	Pearson Correlation	,079	,181**	,081	-,006
	Sig. (2-tailed)	,127	,000	,121	,904
BASKALARININ DUYGULARINI DEĞERLENDİRME	Pearson Correlation	,213**	,229**	,227**	,139**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,008
DUYGULARI KULLANMA	Pearson Correlation	,257**	,309**	,145**	,199**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,005	,000
DUYGULARI DUZENLEME	Pearson Correlation	,206**	,295**	,146**	,119*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,005	,022
GENEL DUYGUSAL ZEKA	Pearson Correlation	,273**	,366**	,213**	,166**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001
** . Korelasyon 0.01 düzeyde anlamlıdır (2-tailed).					
* . Korelasyon 0.05 düzeyde anlamlıdır (2-tailed).					
b. N=371					

Tablo 3. Duygusal Zeka Boyutları-Motivasyon Boyutları İlişkileri

Tablo 3’e göre, kendi duygularını değerlendirme ile içsel motivasyon unsurları arasında 0.01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü ilişki ( $r=.181$ ) bulunmuştur

Başkalarının duygularını değerlendirme ile tüm motivasyon unsurları arasında 0.01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü ilişki (motivasyon  $r=.213$ ; içsel motivasyon  $r=.229$ ; sosyal motivasyon  $r=.227$ ; örgütsel motivasyon  $r=.139$ ) bulunmuştur.

Duyguları kullanma ile tüm motivasyon unsurları arasında 0.01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü ilişki (motivasyon  $r=.257$ ; içsel motivasyon  $r=.309$ ; sosyal motivasyon  $r=.145$ ; örgütsel motivasyon  $r=.199$ ) bulunmuştur.

Duyguları düzenleme ile motivasyon, içsel motivasyon, ve sosyal motivasyon unsurları arasında 0.01 anlamlılık düzeyinde (motivasyon  $r=.206$ ; içsel motivasyon  $r=.295$ ; sosyal motivasyon  $r=.146$ ) ; örgütsel motivasyon unsurları ile arasında ise 0.05 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü ilişki ( $r=.119$ ) bulunmuştur.

Duygusal zeka ile tüm motivasyon unsurları arasında 0.01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü ilişki (motivasyon  $r=.273$ ; içsel motivasyon  $r=.366$ ; sosyal motivasyon  $r=.213$ ; örgütsel motivasyon  $r=.166$ ) bulunmuştur.

### Performans Algısı-Motivasyon Boyutları Korelasyon Analizleri

Performans algısı ile motivasyonun boyutları arasındaki ilişkileri gösteren korelasyon analizi sonuçları aşağıda verilmektedir.

Korelasyon <sup>b</sup>		PERFORMANS ALGISI
İÇSEL MOTİVASYON	Pearson Correlation	,328**
	Sig. (2-tailed)	,000
SOSYAL MOTİVASYON	Pearson Correlation	,202**
	Sig. (2-tailed)	,000
ORGÜTSEL MOTİVASYON	Pearson Correlation	,067
	Sig. (2-tailed)	,199
** Korelasyon 0.01 düzeyde anlamlıdır (2-tailed).		
b. N=371		

Tablo 4. Performans Algısı-Motivasyon Boyutları İlişkileri

Tablo 4'deki korelasyon analizi sonuçlarına göre, performans algısı ile içsel ve sosyal motivasyon unsurları arasında 0.01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü ilişki (içsel motivasyon  $r=.328$ ; sosyal motivasyon  $r=.202$ ) bulunmuştur.

Tablo 5'de, içsel ve sosyal motivasyon boyutlarını oluşturan alt faktörler ile performans algısı arasındaki ilişkileri gösteren korelasyon analizi sonuçları gösterilmektedir. Bu sonuçlara göre, performans algısı ile başarı-sorumluluk ( $r=.423$ ); otonomi ( $r=.234$ ); önem ( $r=.168$ ); destekleyici arkadaşlık ( $r=.149$ ); ve destekleyici yöneticilik ( $r=.192$ ) faktörleri arasında 0.01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü ilişki bulunmuştur.

Korelasyon <sup>b</sup>		PERFORMANS ALGISI
BASARI-SORUMLULUK	Pearson Correlation	,423**
	Sig. (2-tailed)	,000
OTONOMİ	Pearson Correlation	,234**
	Sig. (2-tailed)	,000
ONEM	Pearson Correlation	,168**
	Sig. (2-tailed)	,001
DESTEKLEYİCİ ARKADAS	Pearson Correlation	,149**
	Sig. (2-tailed)	,004
DESTEKLEYİCİ YÖNETİCİ	Pearson Correlation	,192**
	Sig. (2-tailed)	,000
** Korelasyon 0.01 düzeyde anlamlıdır (2-tailed).		
b. N=371.		

Tablo 5. Performans Algısı-Motivasyon Faktörleri İlişkileri

### SONUÇ

Çalışmada, çağrı merkezinde çalışan personelin duygusal zeka, performans algısı, ve motivasyon düzeyleri ölçülmüş ve bu ölçümlerle ilgili analizler yapılmıştır. Hipotezlerin test edilmesi amacıyla değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile belirlenmiştir. Duygusal zeka; kendi duygularını değerlendirme, başkalarının duygularını değerlendirme, duyguları kullanma, ve duyguları düzenleme boyutlarına göre incelenmiştir. Motivasyon; içsel motivasyon, sosyal motivasyon, ve örgütsel motivasyon boyutlarına göre incelenmiştir. İlaveeten, bu motivasyon boyutlarının başarı-sorumluluk, otonomi, önem, destekleyici arkadaşlık, destekleyici yöneticilik, çalışma koşulları, terfi, ücret adaleti, ve sosyal haklar şeklinde alt unsurları bulunmaktadır.

*Duygusal zeka ile performans algısı* arasında 0.01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ( $r=.381$ ). *Performans algısı* ile; *kendi duygularını değerlendirme* ( $r=.331$ ); *başkalarının duygularını değerlendirme* ( $r=.178$ ); *duyguları kullanma* ( $r=.325$ ); *duyguları düzenleme* ( $r=.246$ )

boyutları arasında 0.01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Sonuç olarak *H1 hipotezi ve tüm alt hipotezleri (H1a, H1b, H1c, H1d)* kabul edilmiştir. Wong&Law(2002)<sup>2</sup> tarafından yapılan benzer bir araştırmada duygusal zeka ile iş performansı arasında pozitif yönlü bir ilişki rapor edilmiştir( $r=.21$ ;  $p<.01$ ). Law&Wong(2008)<sup>3</sup>, yine WLEIS kullandıkları çalışmalarında performans ile başkalarının duygularını değerlendirme( $r=.26$ ) ; ve duyguları düzenleme( $r=.20$ ) arasında pozitif yönlü ilişki bulmuşlardır.

*Duygusal zeka ile motivasyon* arasında, 0.01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur( $r=.273$ ). *Motivasyon ile başkalarının duygularını değerlendirme*( $r=.213$ ), *duyguları kullanma*( $r=.257$ ), ve *duyguları düzenleme*( $r=.206$ ) boyutları arasında 0.01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Sonuç olarak *H2 hipotezi ve H2b, H2c, H2d alt hipotezleri* kabul edilmiştir. Buna karşın, motivasyon ile kendi duygularını değerlendirme boyutu arasında ilişki bulunmamıştır. *H2a alt hipotezi* reddedilmiştir. Duygusal zekanın boyutları ile motivasyonun boyutları arasındaki en yüksek korelasyon katsayısı, kendini motive edebilme yetenekleri içeren *duyguları kullanma* boyutu ile *içsel motivasyon* arasındadır( $r=.309$ ;  $p<.01$ ). Motivasyonda kişiler arası ilişkileri ifade eden *sosyal motivasyon* boyutu ile en yüksek korelasyon katsayısına sahip duygusal zeka boyutu ise *başkalarının duygularını değerlendirme* boyutu olmuştur( $r=.227$ ;  $p<.01$ ).

*Performans algısı ile motivasyon* arasında, 0.01 anlamlılık düzeyinde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur( $r=.201$ ). Sonuç olarak *H3 hipotezi* kabul edilmiştir. Performans algısı ile örgütsel motivasyon unsurları arasında herhangi bir korelasyon bulunmamıştır. En yüksek katsayıya sahip ilişki ise *performans algısı ile başarı-sorumluluk* unsurları arasındadır( $r=.423$ ;  $p<.01$ ).

Bu çalışmada duygusal zeka -performans algısı- motivasyon ve bunlara ilişkin boyutlar arasındaki ilişkiler saptanmıştır, ancak değişkenler arası saptanan ilişkilerin nedenleri üzerinde durulmamıştır. Bu konular, gelecek çalışmalara odak noktası olabilir.

#### KAYNAKLAR

- Beceren, E.(1998), **Duygusal Ve Sosyal Zekamız**, Postiga Yayınları, İstanbul, 2012
- Cooper, R. K., Sawaf, A., **Executive EQ - Emotional Intelligence In Leadership and Organizations**, Perigee, New York.
- Çöl, G.(2008), **Algılanan güçlendirmenin işgören performansı üzerine etkileri**, Doğu Üniversitesi Dergisi, 9(1), ss.35-46.
- Doyle, P.(2002), **Marketing Management and Strategy**, 3.edition, Pearson Education.
- Eren, E.(2001), **Örgütsel Davranış Ve Yönetim Psikolojisi**, Beta Yayın, İstanbul.
- Eren, E.(2009), **Yönetim Ve Organizasyon**, Beta Yayın, İstanbul.
- Eroğlu, F.(2010), **Davranış Bilimleri**, Beta Yayın, İstanbul.
- Ersarı, G., Naktiyok, A.(2012), **İşgörenin içsel ve dışsal motivasyonunda stresle mücadele tekniklerinin rolü**, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16 (1):81-101.
- Goleman, D.(2003), **Duygusal Zeka Neden IQ'dan Daha Önemlidir?**, 24.basım, çev. Banu Seçkin Yüksel, Varlık yayınları, İstanbul.
- Goleman, D.(2016), **Duygusal Zeka Neden IQ'dan Daha Önemlidir?**, 38.basım, çev. Banu Seçkin Yüksel, Varlık yayınları, İstanbul.
- Goleman, D.(2011), **İşbaşında Duygusal Zeka**, 9. Basım, çev. Handan Balkara, Varlık Yayınları, İstanbul.
- Keser, A., Güler, B. K.(2016), **Çalışma Psikolojisi**, Umutepe Yayın, Kocaeli.
- Koçel, T.(2010), **İşletme Yöneticiliği**, Beta Yayın, İstanbul.
- Konrad, S., Hendl, C.(2001), **Duygularla Güçlenmek(EQ)**, çev. Meral Taştan, Hayat Yayıncılık, İstanbul.
- Law, K. S., Wong, C., Huang, G. E., Li, X.(2008), **The effects of emotional intelligence on job performance and life satisfaction for the research and development scientists in China**, Asia Pacific Journal of Management 25.1: 51-69.
- Morris, C. G., Maisto, A. A.(2005), **Psychology - An Introduction**, Pearson Prentice Hall, New Jersey.
- Motowidlo, S. J., Van Scotter, J. R.(1994), **Evidence that task performance should be distinguished from contextual performance**, Journal of Applied Psychology, Vol. 79, no. 4, 475-480.

<sup>2</sup> Wong&Law 2002:263.

<sup>3</sup> Law&Wong 2008:22.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

- Mottaz, C. J.(1985,Autumn), **The Relative Importance of Intrinsic and Extrinsic Rewards as Determinants of WorkSatisfaction**, The Sociological Quarterly, Vol. 26, No. 3, Special Feature: The Sociology of NuclearThreat, pp. 365-385.
- Ree, M. J., Carretta, T. R., Steindl, J. R.(2009), **Bilişsel Yetenek**, çev:Arzu Baykara, Endüstri, İş ve Örgüt Psikolojisi El Kitabı İçinde(Ed:N. Anderson, D. S. Öneş, H. K. Sinangil, C.Viswesvaran), ss:267-283.
- Riggio,, D. E.(2014), **Endüstri ve Örgüt Psikolojisine Giriş**, 6.basım, çeviri editörü: Belkıs Özkara, Nobel Yayın, Ankara.
- Salovey, P., Mayer, J. D.(1990), **Emotional Intelligence**, Baywood Publishing Co.
- Stein, S. J., Book, H. E.(2003), **Duygusal Zeka Ve Başarının Sırrı**, çev. Müjde Işık, Özgür Yayınları, İstanbul.
- Viswesvaran, C.(2009), **Bireysel İş Performansı Değerlendirmesi: Geçen Yüzyılın Değerlendirilmesi ve Geleceğe Bir Bakış**, çev:Yonca Toker, Endüstri, İş ve Örgüt Psikolojisi El Kitabı İçinde(Ed:N. Anderson, D. S. Öneş, H. K. Sinangil, C.Viswesvaran), ss:137-156.
- Wiley, C.(1997), **What motivates employees according to over 40 years of motivation surveys**, International Journal of Manpower, Vol.18, No. 3, pp:263-280.



# ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

*Usaysad Derg, 2018; 4(1): 15 -25(Araştırma makalesi)*

## KURUMSAL BİLGİ KAYNAKLARINA ERİŞİMDE GÜVENLİK: HEKİMLERİN ŞİFRE YÖNETİMİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

**Yrd.Doç.Dr. Yusuf Yalçın İLERİ**

Necmettin Erbakan Üniversitesi

[yileri@konya.edu.tr](mailto:yileri@konya.edu.tr)

<https://orcid.org/0000-0002-3911-1192>

Makale gönderim-kabul tarihi (02.02.2018-08. 03.2018)

### Özet

Kurumlarda bilgi güvenliği politikalarının oluşturulması ve uygulanmasından yöneticiler sorumlu olmak birlikte, çalışanların üzerine de önemli görevler düşmektedir. Araştırmalar, kurumlarda bilgi güvenliği tehditlerinin büyük bölümünün çalışanlardan kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Bu çalışmanın amacı, bilgi güvenliğinin ve bilgi güvenliğini sağlamada insan faktörünün çok önem kazandığı sağlık kurumlarında, Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerini (HBYS) kullanan hekimlerin kurumsal bilgi kaynaklarına erişimde şifre yönetimi alışkanlıklarını incelemektir. Araştırmanın örneklemini kamuya ait veya özel hastanelerde çalışmakta olan ve HBYS’ni aktif kullanan ancak kurumlarında zorunlu şifre yönetim politikası olmayan hekimler oluşturmaktadır. Basit tesadüfi yöntemle seçilen 420 hekime anket formu e-posta yoluyla gönderilmiş, sonuçlar geri dönen 203 (%49) anket formu üzerinden değerlendirilmiştir. Hekimlerin HBYS parola güvenlik seviyelerini ölçmek için TÜBİTAK BİLGEM tarafından geliştirilen parola ölçer yazılımı kullanılmıştır. Parola güvenlik seviyesi toplamda 14 aşamada incelenerek 100 tam puan üzerinden değerlendirilmiş ve “çok zayıf”-“çok güçlü” arasında beş gruptan birisine dahil edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; hekimlerin %35’inin kullandıkları HBYS parolaları “çok zayıf” güvenlik kategorisinde iken %56’sının kullandıkları parolalar “zayıf” güvenlik kategorisinde, sadece %9’unun kullandıkları parolalar “iyi/orta” güvenlik kategorisindedir. Bulgulara göre; çalışmaya katılan hiçbir hekim “güçlü” veya “çok güçlü” seviyesinde parola kullanmamaktadır. HBYS parola güvenlik seviyeleri “iyi/orta” kategorisinde olan ve parolaları diğerlerine göre nispeten daha güçlü olan hekimlerin tamamının 35 yaş üstünde olması dikkat çekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bilgi Güvenliği, Şifre Güvenliği, Sağlık Yönetimi, Yönetim Bilişim Sistemleri

## SECURITY IN ACCESSING ENTERPRISE INFORMATION RESOURCES: A RESEARCH ON PASSWORD MANAGEMENT OF PHYSICIANS

### Abstract

In the institutions, managers are in charge of the creation and implementation of information security policies but employees have also important responsibilities. Studies reveal that most of the information security threats in

15

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

[www.saysad.org](http://www.saysad.org)

(İLERİ,Y,Y)



organizations come from employees. The purpose of this study is to examine the password management habits of physicians using Hospital Information Systems (HIMS) in accessing institutional information resources in healthcare institutions where information security and human factor are of great importance in ensuring information security. The sample of the research is composed of physicians who are working in public or private hospitals and who actively use HIMS but do not have mandatory password management policy in their institutions. The questionnaire forms were sent via e-mail to 420 randomly selected physicians and analysis were implemented over 203 (%49) returned questionnaire forms. Password meter software developed by TÜBİTAK BİLGEM was used to measure the HIMS password security levels of physicians. Password security levels were evaluated totally in 14 steps and over 100 full points and included in one of five groups between "very weak" - "very strong". According to the results of the research; 35% of the physicians' HIMS passwords are in the "very weak" security category, while 56% of the passwords are in the "weak" security category and only 9% of the passwords are in the "good / medium" security category. According to the results; none of the physicians participating in the study use a password at the "strong" or "very strong" level. It is noteworthy that all of the physicians whose password security levels are in the "good / medium" category and whose passwords are relatively stronger than others are over 35 years of age.

**Key Words:** Information Security, Password Security, Health Management, Management Information Systems

## GİRİŞ

Günümüzde, bilgi güvenliği ile ilgili riskler birçok organizasyon için büyük sorunlar oluşturmaktadır. Çünkü bu riskler kurumlar için doğrudan yükümlülük doğuran, kurumsal sorumluluk ve güvenilirliği zedeleyen ve maddi ve manevi kayıplara yol açabilen önemli olgulardır (Cavusoglu vd., 2004). Bu nedenle, bilgi güvenliğinin sağlanması birçok organizasyonda üst yöneticilerin önceliklerinden biri haline gelmiştir (Ransbotham ve Mitra, 2009). Bilgi güvenliği risklerini azaltmak için, kuruluşlar genellikle teknoloji tabanlı çözümlere güvenmektedirler (Ernst ve Young, 2008; Vroblefski vd., 2007; Fernandez vd., 2006). Ancak, teknoloji tabanlı çözümler kurumsal bilgi güvenliğine katkıda bulunsada her zaman yeterli olmayabilmektedir. Çünkü bilgi güvenliği açıklarını oluşturan en önemli etmen çalışanların kendisidir. Bu nedenle kurumların hem güvenlik teknolojilerine hem de çalışanlarının bilgi güvenliği noktasında kültür ve bilişsel ve davranışsal özelliklerine yatırım yapmaları gerekmektedir. Bilgi güvenliğinde odak nokta bireysel ve örgütsel bakış açısına doğru kaymalı ve çalışanların bilgi güvenliği politikalarına uyumu anahtar bir sosyo-örgütsel durum olarak incelenmelidir (Boss ve Kirsch 2007).

Kuruluşlar, işlerini sürdürürken kullandıkları bilgi sistemlerinin güvenliğini nasıl sağlayacaklarını ve çalışanların bu hedefe uymak için hangi yönergeleri takip edeceklerini belirlemek amacıyla bilgi güvenliği yönetim politikalarını oluştururlar. Çalışmalar göstermiştir ki; kurumsal bilgi kaynaklarını zafiyete uğratmak, kurumlara doğrudan veya dolaylı olarak zarar vermek, sistemlere izinsiz girerek işleyişlerini aksattırmak, durdurmak, çökertmek gibi kötü niyetle yapılan tüm saldırı girişimleri ile ticari sırların çalınması, finansal kayıplar, itibar kayıpları, hizmetlerin sunulmaması veya aksaması gibi tehlikelere karşı yöneticilerin en güçlü silahları bilgi güvenliği yönetim sistemlerini tüm iş süreçlerine entegre etmek ve kurumsal bilgi güvenliği kültürünün oluşmasını sağlamak olacaktır (Canbek ve Sağiroğlu, 2006; Eminağaoğlu ve Gökşen, 2009; Tekerek, 2008; Vural ve Sağiroğlu, 2007).

Güvenlik bilinci veya kültürü, çalışanların örgütlerinin bilgi güvenliği hedeflerinin farkında oldukları, hedeflere ulaşmak için izlemeleri gereken prosedürleri anladıkları, riskli veya beklenilmeyen durumlarda uygulamaları gereken süreçleri bildikleri durumdur. Çalışanlar kurumların bilgi güvenliğini doğrudan veya dolaylı olarak artırabilme kapasitesine de sahiptir. Ancak sadece bilgi güvenliği politikalarının varlığı çalışanlarda istenen ve beklenen davranışların ortaya çıkmasını sağlayamaz, bunu gerçekleştirmek için gerekli motivasyonu oluşturmak önem arz etmektedir (Stanton vd., 2005). Kurumlarda çalışanların bilgi güvenliğini önemsemeleri noktasında ilgili motivasyonel faktörler ve uyum davranışlarını inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Pahnila vd., 2007; Herath ve Rao, 2009).

Mishra ve Dhillon'a göre; kurum içi çalışanların ihmali ve uyumsuzluğu kuruluşlara milyonlarca dolar zarar vermektedir, ayrıca, son kullanıcı uyumsuzluğundan kaynaklanan güvenlik ihlallerini önlemede veya en düşük seviyeye indirmedeki başarısızlığın, bilgi güvenliği yönetim politikalarındaki teşvik etme araçlarında ele alınmayan göstergeler olduğunu ileri sürmektedirler (Mishra ve Dhillon, 2006). Hangi faktörlerin çalışanları kurumlarının kurallarıyla uyumlu şekilde motive edeceği konusu kurumların bilgi güvenliği yönetimi politikalarında aranmalıdır. Bu politikalar doğru şekilde oluşturulur ve izlenebilirse; yöneticilere bilgi güvenliğindeki eksiklikleri teşhis edebilme olanağı sağlar, davranışsal sorunların bulunması ve sorunları çözmek için gerekli yolların takip edilmesi sürecine ışık tutar (İleri, 2017).

Çalışanların kurumların bilgi ve teknoloji kaynaklarını sahiplenmelerini sağlayabilmek önemlidir. Çünkü onların cehaleti, hataları veya kasıtlı eylemleri bilgi güvenliğini tehlikeye atabilmektedir (Durgin, 2007). Çalışanların kurumun ne istediğini bilmesi, amaçları anlaması, bilgi kaynaklarının neden korumak gerektiğini özümsemesi, yani bilgi ve bilinç seviyesinin yükselmesi hizmet verirken daha dikkatli olmalarına ve ilgili prosedürlere daha bağlı şekilde iş yapmalarına imkan verebilecektir. Kurumlarda bilgi güvenliği yöneticilerinin, önemli noktaları vurgulamak için çalışanlarla ikna edici iletişim kanalları kurmaları, güvenlik eğitimi ve farkındalık programları oluşturmaları, kurumsal bilgi güvenliği politikalarının doğru hedeflere odaklanıp odaklanmadıklarını değerlendirmek için çalışanları motive eden ödüllendirme sistemleri kullanması faydalı olabilecektir.

Arzulanan davranışları teşvik etmek için kullanılan ödüller ve istenmeyen davranışları caydırmak için kullanılan cezalar harici motivasyonlar sağlamakla birlikte, bir çalışanın özündeki arzular kuralları ve düzenlemeleri takip etmek veya etmemek için iç motivasyon sağlamaktadır (Tyler ve Blader, 2005; Garoupa, 2000). Bu noktada bilgi güvenliği politikasına eklenebilecek uygun bir ceza ve ödüllendirme sistemi faydalı olabilecek, çalışanların bilgi güvenliğini sağlama motivasyonu üzerinde etkili olabilecektir. Literatür, cezanın ciddiyetini dikkate alarak, cezanın seviyesi arttıkça bireyin kural dışı bir fiil yürütme eğiliminde olma ihtimalinin daha düşük olduğunu ileri sürmektedir. Ceza şiddetinin, çalışanların bilgi güvenliği tutumlarıyla anlamlı derecede ilişkili olduğu sonucuna varan çalışmalar da mevcuttur (Peace vd.,2003).

Çalışanlar örgüt için bir bağlılık hissettikleri ve örgütsel sonuçlarını geliştireceğine inandıkları için organizasyona yararlı faaliyetlerde bulunurlar. Bilgi güvenliği bağlamında, çalışanlar, yöneticilerin, BT personelinin ya da iş arkadaşlarının kendisinden bilgi güvenliği politikası uyumu beklediğine inanırsa, bilgi güvenliği prosedürlerine uyma ihtimali daha yüksektir. Yani herkes yapıyorsa, özellikle de yöneticiler katı şekilde uyuyorsa, bu demekki gerekli ve yapılmalıdır anlayışı gelişebilir. Bu noktada, kuruluşlardaki güvenlik politikası uyumluluğu bağlamında, çalışanlar eylemlerinin farklılık yaratabileceğini ve genel kurumsal bilgi güvenliği hedefini etkileyebileceğini düşünüyorsa, güvenlik davranışlarını yerine getirme olasılığı daha yüksektir (Anderson, 2005).

Çalışmalar göstermiştir ki; kurumlarda bilgi güvenliği politika ve prosedürlerinin yürürlükte olduğu kurumlarda bile, birçok çalışan onları görmezden gelmektedirler (CERTC, 2004). SANS Enstitüsü'nün raporuna göre; kuruluşlar, çalışanlardan kaynaklanan tehdidin önemini kabul etmekte hatta içeriden gelen tehdidi tehdit ortamlarının en zararlı bileşeni olarak görmektedir. İlginçtir ki, çoğu organizasyonun bilgi güvenliği bütçesi ve personel eğitimi noktasında, bu tehdit algılamasına rağmen herhangi bir düzenleme yapmamakta, gerekli önlemleri almamaktadır. Ankete katılanların %45'i olayla ilişkili finansal kayıpların potansiyelini bilmediğini, %33'ünün de kayıplara bir değer biçemediğini belirtmiştir. Kurumların sadece %18'i içeriden kaynaklanan saldırılara karşı çözümler içeren resmi bir bilgi güvenliği planına sahipken, %49'u bu tür programları geliştirmeye yeni başladıklarını belirtmişlerdir. Kurumların %40'ü kötü niyetli çalışanları karşılaştıkları en zararlı tehdit vektörü olarak değerlendirirken, kaza sonucu zarar veren ya da ihmalkar çalışanları kurumsal bilgi güvenliğine en çok zarar verici etmen olarak tanımlayanların oranı %36'dır (Cole, 2017).

Kurumsal bilgi güvenliğinde, örgütsel güvenlik politikalarına uyup uymama veya yok sayma sorumluluğu çalışanlara devredilmektedir. Çalışanlar, güvenlik politikalarını kötü amaçlı olarak kırmayı veya güvenlik politikalarından yalnızca kolaylık sağlamak için kaçmayı seçebilir. Çalışmalara göre, çalışanlar, daha yüksek bilgi güvenliği seviyesinin esnek çalışma usullerini takip etme ve bunları karşı üretken olarak algılayma yeteneklerini kısıtladığına inanmaktadır (Post ve Kagan, 2007). Bu sonuç çalışanların bilgi güvenliği eğitimlerine katılmalarının ve bu konuda bilinçlenmelerinin önemini vurgular niteliktedir. Literatürde, çalışanlara bilgi güvenliği farkındalığı eğitimlerinin verilmesinin (Furnell vd., 2002; Hentea, 2005; Puhakainen, 2006) faydalı olacağı sonucuna varan birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar, kullanıcıların, karşı önlemlere ilişkin farkındalıklarının, örgütsel yaptırımlara ilişkin algılarını etkilediğini ve bunun da, kullanıcıların yanlış kullanım niyetlerini azalttığını göstermişlerdir.

Örgütsel güvenlik uygulamalarını ve etkinliklerini değerlendiren birçok çalışma bulunmakla birlikte, bu çalışmalarda katılımcılar genellikle BT yöneticileri veya üst düzey yöneticiler seviyesinde kalmaktadır (Dhillon ve Torkzadeh, 2006; Ma ve Pearson, 2005) ve çalışanların bilgi güvenliği noktasında nasıl davrandıklarına fazla önem verilmemektedir. Ancak; etkin organizasyonel bilgi güvenliği üç bileşene, yani: kişi, süreçler ve teknolojiye bağlıdır (Hamil, 2005). Güvenlik yönetiminin davranışsal yönlerinin amacı, çalışanların kurallara ve politikalara uyduklarından emin olunmasını sağlamaktır (Solms ve Solms, 2004). Son zamanlarda, davranışsal bilgi güvenliği araştırmaları, çalışanların güvenlik politikalarını takip etme niyetlerine dikkat etmeye başlamıştır (Pahnila vd., 2007; Chan vd., 2005).

Tüm örgütlerde çalışanların kurumsal bilgi güvenliği üzerindeki etkisi yadsınamayacak seviyede olmakla birlikte, hizmet odaklı olan, çok farklı disiplinlerden uzmanların beraber iş yaptığı, yoğun bilgi erişimi gerektiren sağlık kurumlarında bilgi güvenliğini sağlamada insan boyutu fazlaca önem kazanmaktadır. Sağlık kurumlarında çalışanların bilgi güvenliği algısı noktasında çalışmalar bulunmakla birlikte, bilgi kaynaklarına erişimde sağlık çalışanlarının şifre güvenliği yönetimleri üzerine literatürde çok kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, bilgi güvenliğinin ve bilgi güvenliğini sağlamada insan faktörünün çok önem kazandığı sağlık kurumlarında, hastane bilgi yönetim sistemlerini kullanan hekimlerin kurumsal bilgi kaynaklarına erişimde şifre yönetimi noktasında alışkanlıklarını belirlemektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın örneklemini kamuya ait veya özel hastanelerde çalışmakta olan ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'ni aktif kullanan ancak kurumlarında zorunlu şifre yönetim politikası olmayan hekimler oluşturmaktadır. Basit tesadüfi yöntemle seçilen 420 hekime anket formu e-posta yoluyla gönderilmiş, geri dönen 217 (%52) anket formundan 14'ü kurumlarında zorunlu şifre yönetim politikası bulunduğunu beyan ettiklerinden değerlendirmeden çıkarılmış, 203 (%49) anket formu üzerinden veriler değerlendirilmiştir. Ankete katılım tamamen isteğe bağlı olup, hiç kimse katılıma zorlanmamıştır ve araştırmaya katılım için sadece bir kez e-posta gönderilmiştir.

Araştırmada, veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, cinsiyet, yaş, eğitim durumu vb. demografik sorular ile ikinci bölümde ise hekimlerin şifre güvenliği ile ilgili değerlendirmelerini içeren sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde yer alan “Kurumunuzda zorunlu şifre yönetim politikası bulunmakta mıdır?” sorusuna “hayır” yanıtını veren hekimler değerlendirmeye alınmıştır. Zorunlu şifre yönetim politikası bulunan kurumlarda, kullanıcılar genellikle en az 8 karakterden oluşan, harf, rakam ve özel karakterlerin aynı anda kullanımının zorunlu olduğu, tekrar içermeyen yüksek güvenli şifreler oluşturmak zorundadırlar. Bu nedenle bu kurumlarda çalışanların şifre güvenliği zaten yüksektir ve herhangi bir ölçüme gerek yoktur. Anket içerisinde katılımcılara şifrelerini TÜBİTAK BİLGEM'in geliştirdiği parola ölçer (bilgimikoruyorum.org) ile en son kullandıkları otomasyon şifresine benzer özellikler içeren ancak aynı olmayan bir şifreyi güvenlik seviyesi bakımından test etmeleri istenmiş ve sadece şifrenin güvenlik testi sonucunu (çok zayıf-çok güçlü) yanıt olarak yazmaları talep edilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Başkanlığı'ndan Etik Kurul Onayı alınmıştır.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın, sadece Konya ilinde yapılmış olması araştırmanın temel kısıtlılığını oluşturmaktadır. Çalışmanın sadece uzman ve pratisyen hekimlere yönelik olması ise diğer bir kısıttır.

### Parola Güvenlik Ölçer

Kurumlarda parola güvenliğini sağlamak amacı ile parola oluşturma ve değiştirme politikaları geliştirilmektedir. Bu politikalara uygun hareket etmek tüm kurum çalışanlarının sorumluluğudur. Parola güvenlik politikası olmayan kurumlarda ise çalışanlar istedikleri şekilde bir parola belirlemede özgürdürler. Ancak bu durum bilgi güvenliği zafiyetlerine sıklıkla yol açabilmektedir.

Bu çalışmada; TÜBİTAK BİLGEM tarafından geliştirilen parola ölçer yazılımı kullanılmıştır. Parola ölçer yazılımı; (1) kritik özellikler, (2) karakter sayısı, (3) önerilen karakter sayısı, (4) küçük harf kullanımı, (5) büyük harf kullanımı, (6) rakam kullanımı, (7) sembol kullanımı, (8) rakamların aralarda kullanımı, (9) sembollerin aralarda kullanımı, (10) ardışık harf kullanımı, (11) ardışık rakam kullanımı, (12) klavye kalıpları kullanımı, (13) tekrarlanan kısımların varlığı, (14) tersten yazılan kısımlar varlığı gibi toplamda 14 alanda incelenmekte ve alınan puanlara göre “çok zayıf” – “çok güçlü” aralığında 5 farklı seviyede parolalara güvenlik seviyesi atamaktadır. Tahmin edilmesi kolay olmayan ya da deneme yanılma yolu ile ele geçirilmesi oldukça zor olan parolalar “güçlü”, kolayca tahmin edilebilecek, az sayıda ve benzer veya sıralı karakterden oluşan parolalar ise “zayıf” olarak değerlendirilmektedir. Tablo 1'de TÜBİTAK'ın geliştirdiği parola güvenlik ölçer yazılımının

gözönüne aldığı parola güvenlik seviyeleri ve her seviyenin 100 toplam puan üzerinden karşılığı yer almaktadır.

**Tablo 1: Parola Güvenlik Seviyeleri**

Parola Seviyesi	Güvenlik	Toplam Puan
Çok Güçlü		80 - 100
Güçlü		60 - 80
İyi / Ortalama		40 - 60
Zayıf		20 - 40
Çok Zayıf		0 - 20

Kaynak: TÜBİTAK BİLGEM

Parola ölçerin 14 temel kriteri aşağıda kısaca açıklanmıştır.

- (1) Kritik Özellikler: \* ile işaretlenmiş tüm kriterlerden alınan toplam puanı gösterir. Belirli sayıda puan karşılandığında puan alınmakta, aksi durumda puan kaybedilmektedir.
- (2) Karakter Sayısı: Paroladaki karakter sayısının artması parolayı güçlü hale getirir. Karakter sayısı 5'den az ise 10 ceza puanı alınır. Karakter sayısı beş ve fazla ise toplam puana katkı yapmaya başlar.
- (3) Önerilen Karakter Sayısı: Sekiz ve üstü karakter sayısına sahip parolalar fazladan puan alır.
- (4) Küçük Harf Kullanımı: Parolada küçük harf kullanımı çeşitlilik sağlayarak güçlendirir.
- (5) Büyük Harf Kullanımı: Parolada büyük harf kullanımı çeşitlilik sağlayarak güçlendirir.
- (6) Rakam Kullanımı: Parolada rakam kullanımı çeşitlilik sağlayarak güçlendirir.
- (7) Sembol Kullanımı: Parolada sembol kullanımı alfabe boyutunu artırır ve kelime kalıplarının dışına çıkartır, parolayı kuvvetlendirir.
- (8) Rakamların Arada Kullanımı: Rakamlar parolalarda genellikle sona eklenmektedir. Aralarda rakam kullanımı parolayı kuvvetlendirir.
- (9) Sembollerin Arada Kullanımı: Aralarda sembol kullanımı parolanın ele geçirilmesini çok zorlaştırır, parolayı kuvvetlendirir.
- (10) Ardışık Harf Kullanımı: Ardışık harf kullanımı (abc, xyz vb.) parola güvenliğini azaltır. Ceza puanı uygulanır.
- (11) Ardışık Rakam kullanımı: Ardışık rakam kullanımı (123 vb.) parola güvenliğini azaltır. Ceza puanı uygulanır.
- (12) Klavye kalıpları kullanımı: Klavye üzerinde yakın yerleştirilmiş tuşların beraber kullanımı parola güvenliğini azaltır. Ceza puanı uygulanır.

(13) Tekrarlanan Kısımların Olması: Aynı kalıp yada bölümlerin tekrar kullanılması parola güvenliğini azaltır. Ceza puanı uygulanır.

(14) Tersten Yazılan Kısımların Olması: Parola içindeki bir bölüm yada bloğun tersten yazılması parola güvenliğini azaltır. Ceza puanı uygulanır.

## BULGULAR

Çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki tablolarda özetlenmiştir.

**Tablo 2: Katılımcıların Cinsiyet Değişkenleri**

CİNSİYET	Erkek		Kadın		Toplam	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Pratisyen Hekim	72	%59	49	%41	121	%58
Uzman Hekim	54	%62	32	%38	86	%42
Toplam	126	%60	81	%40	207	%100

Tablo 2’den de görüldüğü gibi araştırmaya toplamda 207 hekim katılmıştır. Bunların %59’u pratisyen hekim, %41’i ise uzman hekimdir. Katılımcıların 126’sı (%60) erkek, 81’i (%40) ise kadındır.

**Tablo 3: Katılımcıların Yaş Değişkenleri**

YAŞ	25 Yaş Altı		25-30		31-35		35 Yaş Üstü		Toplam	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Pratisyen Hekim	21	%18	17	%14	66	%54	17	%14	121	%100
Uzman Hekim	0	%0	42	%48	33	%38	11	%14	86	%100
Toplam	21	%10	59	%29	99	%47	28	%14	207	%100

Tablo 3’de gösterildiği gibi; çalışmaya dahil olan hekimlerin ortalama %10’u 25 yaş altında iken, %29’u 25-30 yaş aralığında, %47’si 31-35 yaş aralığında ve %14’ü ise 35 yaşın üstündedir. 25 yaş altı uzman hekim olmaması, tıpta uzmanlık eğitiminin fazladan 4 yıl gerektirmesidir.

**Tablo 4: Katılımcıların Şifre Güvenlik Seviyesi Değişkenleri**

Şifre Güvenlik Seviyesi	Çok Zayıf		Zayıf		İyi /Orta		Güçlü		Çok Güçlü	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Pratisyen Hekim	45	%37	65	%53	11	%10	0	%0	0	%0
Uzman Hekim	27	%32	51	%59	8	%9	0	%0	0	%0
Toplam	72	%35	116	%56	19	%9	0	%0	0	%0

Tablo 4’de hekimlerin parolalarının TÜBİTAK parola güvenlik ölçer yazılımı ile test ettikten sonra bildirdikleri güvenlik seviyeleri görülmektedir. Sonuçlara göre; hekimlerin %35 ‘inin kullandıkları parolalar “çok zayıf” güvenlik kategorisinde iken (TÜBİTAK parola ölçer puanı 0-20 arası), %56’sının kullandıkları parolalar “zayıf” güvenlik kategorisinde (TÜBİTAK parola ölçer puanı 20-40

arası), sadece %9'unun kullandıkları parolalar "iyi/orta" güvenlik kategorisindedir (TÜBİTAK parola ölçer puanı 40-60 arası). Eldeki sonuçlara göre; çalışmaya katılan hiçbir hekim "güçlü" veya "çok güçlü" seviyesinde parola kullanmamaktadır. Bunun yanında, hekimlerin %91'i "çok zayıf" veya "zayıf" güvenlik kategorisinde parola kullanmaktadır.

Sonuçlara göre; parola güvenlik seviyeleri "iyi/orta" kategorisinde olan, yani parolaları diğerlerine göre nispeten daha güçlü olan hekimlerin tamamının 35 yaş üstünde olması dikkat çekmektedir. Bu sonuca göre; hekimlerin yaşları ilerledikçe parola güvenliğine verdikleri önem artmaktadır. Parola güvenlik seviyelerinin dağılım gösterdiği, "çok zayıf", "zayıf", "iyi/orta" güvenlik kategorilerinde pratisyen hekim ve uzman hekimlerin yüzdesel oranları birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Örneğin; "iyi/orta" güvenlik kategorisindeki uzman hekim oranı %9 iken, pratisyen hekim oranı %10 seviyesi ile uzman hekim oranına çok yakındır. Benzer şekilde "çok zayıf" güvenlik kategorisindeki uzman hekim oranı %32 iken pratisyen hekim oranı %37'dir. Bu sonuçlara göre, parola güvenliğine verilen önem açısından uzman hekimler ile pratisyen hekimler arasında önemli bir fark bulunmamaktadır.

## SONUÇ VE TARTIŞMA

Günümüz sağlık kuruluşları, sağlık çalışanlarına bilgiye erişim özgürlüğü verebilmek ve onların teknolojiden mümkün olan en fazla katkının alınabileceği, kullanıcı dostu, esnek ve çevik sistemlerle çalışabilmeleri için önemli yatırımlar yapmaktadır. Bu yatırımlar sayesinde, tüm tahlil, tetkik sonuçları ve diğer hasta verilerine buldukları her yerden ulaşabilen sağlık çalışanları hizmetlerini çok daha hızlı ve kaliteli verebilme imkanı bulmakta, özellikle hekimler hastaların geçmiş tıbbi verilerine de ulaşılabildiklerinden hastalık teşhis ve tedavisinde çok daha iyi sonuçlar alabilmektedirler.

Bilişim sistemlerinin sağlık kurumlarında bu kadar yoğun kullanımı beraberinde teknolojiye bağımlılık, bilgi kaynaklarının güvenliği ve erişim denetimi gibi problemler ortaya çıkarmaktadır. Hastane bilgi kaynaklarına en sık şekilde erişim gerçekleştiren ve lokasyon olarak çok farklı yerlerden sisteme bağlanan hekimlerin şifre güvenliği yönetimine verdikleri önem, sağlık kurumlarının bilgi kaynaklarının güvenliğini doğrudan ilgilendirmektedir. Ancak, bu çalışmada elde edilen sonuçlar göstermiştir ki hekimler otomasyon şifrelerinin güvenlik derecesine önem vermemektedir. Hekimlerin %91'i şifrelerinin "çok zayıf" veya "zayıf" olduğunu kabul etmektedir. Bilgi güvenliğine erişimde en önemli koruma olan şifre yönetiminde bu seviyede yüksek umursamazlık, kaçınılmaz olarak bilgi kaynaklarının yetkisiz kişilerce ele geçirilmesine neden olacaktır. Hastane otomasyon sistemlerinin günümüzde birçok hastane tarafından en az on yıldır kullanıldığı düşünüldüğünde, kaybedilebilecek veya yetkisiz kişilerce görüntülenecek verilerin büyüklüğü noktasında bir fikir verebilecektir.

Çalışma sonuçları göstermiştir ki; sağlık kurumlarında son kullanıcıların güvenlik davranışlarını denetlemek için denetleme mekanizmaları acilen kurulmalıdır. Bilgi güvenliği eğitimleri tüm sağlık çalışanlarına zorunlu olacak şekilde verilmeli, bilgi güvenliğinin sağlanmasının neden kritik önemde olduğu etkili şekilde anlatılmalıdır. Bir çalışanın eğitim ve teknoloji bilgisinin düzeyi, çalıştığı kuruluşun büyüklüğü, hizmet verdiği sektör ve sektördeki enformasyon yoğunluğu uyumluluk davranışını etkileyebilmektedir. Bu nedenle eğitimlerin konunun uzmanları tarafından verilmesi, çalışanların eğitim düzeyi, mesleği, bilgi kaynaklarına erişim yoğunluğu vb. özellikleri gözönüne alınarak gruplara ayrılması daha verimli sonuçlar elde edilmesini sağlayabilecektir.

Çalışanların kurumun bilgi güvenliği amaçlarını anlaması, bilgi kaynaklarının neden korumak gerektiğini özümsemesi ve bu noktada bilgi ve bilinç seviyesinin yükseltilmesi hizmet verirken daha

dikkatli olmalarına ve ilgili prosedürlere daha bağlı şekilde iş yapmalarına imkan verebilecektir. Kurumlarda bilgi güvenliği yöneticilerinin, çalışanlarla ikna edici iletişim kanalları kurmaları, bilgi güvenliği eğitimlerinde farkındalık oluşturmaları, çalışanları motive eden ödüllendirme sistemleri kullanması faydalı olabilecektir.

Yöneticilerin, kuruluşlardaki uygun bilgi güvenliğini iklimini oluşturarak güvenlik politikalarına uyumu geliştirmesi kritik önemdedir. Çalışanlar, eylemlerinin bilgi güvenliğini artırmada bir fark yarattığını ve yardım sağladığını algıladıkları, güvenlik politikalarına olan inançları artacak ve bu politika ve prosedürlere uyma olasılıkları yükselecektir. Güvenlik politikalarına uyan çalışan sayısının artması, diğer çalışanların bilgi güvenliği politikalarına uyma niyetlerine ve algılarına katkıda bulunmaktadır. Çalışanların herhangi bir bilgi güvenliği zaafiyeti ortaya çıktığında buna neden olan etmen veya personelin belirleneceğini bilmesi de önemlidir. Yöneticilerin, çalışanlarının güvenlik performansını araştırmak ve değerlendirmek için gerekli mekanizmaları kullanmaları ve bunu çalışanlara açıkça göstermeleri uygun bir yol olacaktır.

Çalışma sonuçları göstermiştir ki, sağlık kurumlarında bilgi kaynakları çalışanlar nedeniyle tehditlere açık durumdadır. Birçok çalışma çalışanların kurumlarda en önemli güvenlik tehditlerinden sorumlu olduklarını göstermiştir. Bu noktada yöneticiler, bilgi güvenliği politika ve prosedürlerini kurumlarında hızla faaliyete geçirmeli ancak insan hatasını en aza indirecek önlemleri de almalıdır. Günümüzde iş ortamlarının teknolojiye bağımlılığı gözönüne alındığında, zorunlu yüksek güvenlikli şifre politikası olmayan hiçbir kurumun bilgi kaynakları güven altında değildir.

## ÖNERİLER

Son kullanıcı davranışlarını etkileyen ve yönlendiren bilgi güvenliği yönetiminin önemi uygulayıcılar tarafından vurgulanmış olmasına rağmen, davranışsal bilgi güvenliği noktasında çok sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Davranışsal bilgi güvenliğinin özellikle sosyal baskı, algılanan fayda, caydırıcı ve destekleyici önlemler, örgütsel vatandaşlık boyutu alanlarında incelenmesi literature önemli katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

Anderson, C. (2005). Creating Conscientious Cybercitizen: An Examination of Home Computer User Attitudes and Intentions Towards Security, presented at Conference on Information Systems Technology (CIST)/INFORMS, San Francisco, California.

Boss, S. R., Kirsch, L. J. (2007). "The Last Line of Defense: Motivating Employees to Follow Corporate Security Guidelines," in Proceedings of the 28th International Conference on Information Systems, Montreal, December 9-12.

Canbek, G., Sağıroğlu, Ş. (2006). "Bilgi, Bilgi Güvenliği ve Süreçleri Üzerine Bir İnceleme", Politeknik Dergisi, 9(3), 165-174.

Cavusoglu, H., Cavusoglu, H., Raghunathan, S. (2004). "Economics of IT Security Management: Four Improvements to Current Security Practices", Communications of the Association for Information Systems (14), 65-75.



CERTC (2004), E-Crime Watch Survey Summary of Findings, Computer Emergency Response Team Coordination Center (CERT/CC).

Chan, M., Woon, I., Kankanhalli, A. (2005). "Perceptions of Information Security at the Workplace: Linking Information Security Climate to Compliant Behavior", Journal of Information Privacy and Security, 1-3.

Cole, E. (2017). Defending Against the Wrong Enemy: 2017 SANS Insider Threat Survey, SANS Enstitüsü.

Dhillon, G.,Torkzadeh, G. (2006). "Value-focused assessment of information system security in organizations", Information Systems Journal, 16(3), 1-8.

Durgin, M. (2007). "Understanding the Importance of and Implementing Internal Security Measures," SANS Institute Reading Room. 22.01.2018 tarihinde <https://www2.sans.org> adresinden alınmıştır.

Eminağaoğlu, M., Gökşen, Y., (2009). "Bilgi Güvenliği Nedir, Ne Değildir, Türkiye' de Bilgi Güvenliği Sorunları ve Çözüm Önerileri", Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11 (4), 1-15.

Ernst, Young. (2008). "Moving Beyond Compliance: Ernst & Young's 2008 Global Information Security Survey". 22.01.2018 tarihinde <http://www.ey.com/Publication> adresinden alınmıştır.

Fernandez, E.M., Trujillo, J., Villarroel, R., Piattini, M. (2006). "Access control and audit model for the multidimensional modeling of data warehouses", Decision Support Systems, 42.

Furnell, S. M., Gennatou, M., Dowland, P. S. (2002). "A Prototype Tool for Information Security Awareness and Training", Logistics Information Management, 15(5), 352-357.

Garoupa, N. (2000). "Corporate Criminal Law and Organization Incentives: A Managerial Perspective", Managerial and Decision Economics, 21.

Hamill, J.T.R., Deckro, F. (2005). "Evaluating information assurance strategies", Decision Support Systems, 39.

Hentea, M. (2005). "A Perspective on Achieving Information Security Awareness," in The Information Universe: Issues in Informing Science and Information, E. Cohen (ed.), Santa Rosa, CA: Informing Science Institute, 2,169-178.

Herath, T., Rao, H.G. (2009). "Protection Motivation and Deterrence: A Framework for Security Policy Compliance in Organisations", European Journal of Information Systems,18(2),106-125.

İleri, Y.Y. (2017). "Örgütlerde Bilgi Güvenliği Yönetimi, Kurumsal Entegrasyon Süreci ve Örnek Bir Uygulama", Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 17(4), 55-72.

Ma, Q., Pearson, J.M. (2005). "ISO 17799:Best Practices In Information Security Management? ", Communications of the Association for Information Systems, 15.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Mishra, S., Dhillon, G. (2006). "Information Systems Security Governance Research: A Behavioral Perspective", in Proceedings of the 1st Annual Symposium on Information Assurance, Academic track of 9th Annual NYS Cyber Security Conference, New York, USA.

Pahnila, S., Siponen, M., Mahmood, A. (2007). "Employees' Behavior towards IS Security Policy Compliance," in Proceedings of the 40th Hawaii International Conference on System Sciences, Los Alamitos, CA: IEEE Computer Society Press,156-166.

Pahnila, S., Siponen,M., Mahmood, A. (2007). "Employees' Behavior Towards IS Security Policy Compliance", in Proceedings of the 40th Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS 07). Hawaii, USA.

Peace, A. G., Galletta, D., Thong, J. (2003). "Software Piracy in the Workplace: A Model and Empirical Test", Journal of Management Information Systems, 20, 1.

Post, G.V., Kagan, A. (2007). "Evaluating Information Security Tradeoffs: Restricting Access Can Interfere With User Tasks", Computers & Security, 26, 229-237.

Puhakainen, P. (2006). "A Design Theory for Information Security Awareness," working paper, Faculty of Science, University of Oulu, Finland.

Ransbotham, S., Mitra, S. (2009). "Choice and Chance: A Conceptual Model of Paths to Information Security Compromise," Information Systems Research, 20(1), 121-139.

Solms, R.V., Solms, B.V. (2004). "From Policies to Culture", Computers & Security, 23.

Stanton, J. M., Stam, K. R., Mastrangelo, P., Jolton, J. (2005). "Analysis of End User Security Behaviors", Computers and Security, 24(2),124-133.

Tekerek, M. (2008). "Bilgi Güvenliği Yönetimi", KSÜ Fen ve Mühendislik Dergisi, 11(1), 132-137. TUBİTAK, BİLGEM, www.bilgimikoruyorum.org, Erişim: 05.01.2018.

Tyler, T.R., Blader, S.L. (2005). "Can Businesses Effectively Regulate Employee Conduct? The Antecedents of Rule Following in Work Settings", Academy of Management Journal, 48(6), 1143-1158.

Vroblefski, M., Chen, A., Shao, B., Swinarski, M. (2007). "Managing user relationships in hierarchies for information system security", Decision Support Systems, 4.

Vural, Y., Sağiroğlu, Ş. (2007). "Kurumsal Bilgi Güvenliği: Güncel Gelişmeler", ISO Turkey, Bilgi Güvenliği ve Kriptoloji Konferansı Bildiriler Kitabı, 13-14 Aralık, Ankara, Türkiye.

Usaysad Derg, 2018; 4(1): 26 -39(Araştırma makalesi)

## HAYATA DÖNÜŞÜN ADI “MAVİ KOD” SEYDİŞEHİR DEVLET HASTANESİ MAVİ KOD BİRİMİNE YAPILAN BİLDİRİM RAPORLARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ<sup>1</sup>

**Emrullah İNCESU**

Biyolog, Sağlıkta Akreditasyon Denetçisi (SAD), İş Güv, Uzm. (A),  
Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Direktörü  
[emrinc@hotmail.com](mailto:emrinc@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-7780-8791>

Makale gönderim-kabul tarihi (05.02.2018-14.03.2018)

### Özet

**Amaç:** Bu çalışma da amaç, Seydişehir Devlet Hastanesi (SDH) mavi kod birimine yapılan bildirimlerin analiz edilerek mavi kod uygulamasına dikkat çekmek ve uygulamanın hasta güvenliği açısından önemini vurgulamaktır.

**Yöntem:** Bu çalışmada veri kaynağı olarak Ocak 2016-Eylül 2017 tarihleri arasında tutulan 58 mavi kod bildirimine ait kayıtlar kullanıldı. Toplanan veriler SPSS 16 istatistik programında (Statistical Package for Social Science) frekans, standart sapma, ortalama ve yüzdelik analizleri yapıldı.

**Bulgular:** Ocak 2016-Eylül 2017 tarihleri arasında 19' u (%32,7) kadın ve 39'u (%67,3) erkek olmak üzere toplam 58 mavi kod bildirim yapılmıştır. Hastaların yaş ortalaması 58,46±20,81, mavi kod müdahale ekibinin olay yerine ortalama ulaşma süresi 40,77±25,69 saniye ve vakaların %93,1'ine 3 dakikadan daha kısa bir süre içinde ulaşılmıştır. Bildirimlerin %82,8'i pager sistemi kullanılarak yapılmıştır. Bildirimlerinin sıklıkla %29,3'ü polikliniklerden yapılmıştır. Kod ekibi olay yerine ulaşmadan önce hastaların %48,3'üne herhangi bir müdahale yapılmadığı, %22,4'üne yatar pozisyon verildiği, %15,5'inin oturtulmuş olduğu, %10,3'üne kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) yapıldığı ya da yapılmaya başlandığı, %3,4'üne ise oksijen verildiği tespit edilmiştir. Kodekibi olay yerinde hastaların %20,7'sine CPR uyguladığı, %36,2'sine tansiyon, nabız ve satürasyon işlemlerini yaparak müdahale ettiği, %20,7'sine damar yolu açtığı ve %24,4'üne ise herhangi bir müdahalede bulunmadığı tespit edilmiştir. Hastaların %58,6'sı kurum acil servisine, %15,5'i ise kurum dışına sevk edildiği, %8,6'sının yapılan müdahaleye rağmen hayatını kaybettiği, %17,2'sine herhangi bir müdahalede bulunulmadan taburcu edildiği ve sağ kalım oranının %58,4 olduğu tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Çalışmanın sonuçlarına göre mavi kod müdahale ekibinin olay yerine ortalama ulaşma süresinin 40 saniye olduğu, bildirimlerin %93,1'ine 120 saniyenin de altında ulaşıldığı, bildirimlerin %82,8'inin pager sistemi aracılığı ile müdahale ekibine ulaştırıldığı, bildirimlerin sıklıkla polikliniklerden yapıldığı, mavi kod müdahale ekibi, hastaların %20,7'sine KPR uyguladığı, hastaların sıklıkla müdahale sonrası acil servise sevk işleminin yapıldığı ve sağ kalım oranı %58,4 olarak belirlendi. Bu sonuçlar ışığında, SDH'nde uygulanan mavi kod bildirim sisteminin etkin olarak çalıştığı ve bildirim sistemi çıktılarının literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta Güvenliği, Mavi Kod, Kardiyopulmoner Resüsitasyon, Sağkalım

<sup>1</sup> Bu çalışma 22-26 Kasım 2017 tarihinde Antalya'da düzenlenen 1. Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

## RETURN TO LIFE IS "BLUE CODE" RETROSPECTIVE EVALUATION OF NOTIFICATION REPORTS OF BLUE CODE SECTION BY SEYDİSEHIR STATE HOSPITAL

### Abstract

**Aim:** This study aims, Seydisehir State Hospital (SSH) analyzing the notification to the code blue, code blue units draw attention to the application and the application is to emphasize the importance of patient safety.

**Method:** In this study, records of 58 blue code statements held between January 2016 and September 2017 were used as data sources. Frequency, standard deviation, mean and percentage analyzes were performed in the SPSS 16 statistical package (Statistical Package for Social Science).

**Results:** Between January 2016 and September 2017, a total of 58 blue code notifications were made, 19 of which were female (32.7%) and 39 (67.3%) were male. The average age of the patients was  $58,46 \pm 20.81$ , the average time of arrival of the blue code intervention team was  $40.77 \pm 25.69$  seconds and 93.1% of cases were reached in less than 3 minutes. 82.8% of the notifications were made using pager system. 29.3% of the reports were made out of outpatient clinics. Before the code team reached the scene, 48.3% of the patients were not interfered, 22.4% were lying, 15.5% were sitting, 10.3% had cardiopulmonary resuscitation (CPR) and 3.4% of the patients were given oxygen. The code team reported that 20.7% of the patients had applied CPR at the scene, 36.2% intervened by blood pressure, heart rate and saturation procedures, 20.7% had veins and 24.4% had any intervention has not been found. It was found that 58.6% of the patients were referred to the institutional emergency department, 15.5% were referred to the institution, 8.6% lost their lives despite the intervention, 17.2% were discharged without any intervention, was found to be 58.4%.

**Conclusion:** According to the results of the study, the blue code intervention team reported that the average arrival time was 40 seconds compared to the incident, 93.1% of the notifications were reached below 120 seconds, 82.8% of the notifications were delivered to the intervention team via the pager system, code intervention team, 20.7% of the patients applied CPR, patients were frequently referred to emergency services after intervention and the survival rate was determined as 58.4%. In the light of these results, it is seen that the blue code notification system applied in the SSH works effectively and the output of the notification system is compatible with the literature.

**Key Words:** Patient's Safety, Code Blue, Cardiopulmonary Resuscitation, Survival

### 1. GİRİŞ

Son yıllarda hastaneler gerek personel sayı ve çeşitliliği gerekse de tıbbi cihaz ve donanım bakımından zengin duruma sahip olmuşlardır. Özellikle şehir hastaneleri projesinin gün geçtikçe hayata geçmesi ile hastaneler kompleks ve geniş alanları kapsayan yerleşkeler haline almaktadır. Bu geniş alanlarda çalışan/hasta ve yakınlarının yaşamsal risk taşıyan istenmeyen olaylarla (Kardiyopulmoner/Solunum Arrest) karşılaşma olasılığı her zaman olmaktadır. Bu durum hastane yönetimine ciddi görev ve sorumluk yüklemekte olup çalışan/hasta ve yakınlarının maruz kaldıkları yaşamsal risk taşıyan durumlara en kısa sürede müdahale etmek için çeşitli çalışmalarda bulunmaktadırlar.

Kardiyopulmoner arrest kardiyak ve solunumsal aktivitesinin sonlanması içeren öncelikli acil bir durum, resüsitasyon ise solunum ve kardiyak aktivitenin yeniden sağlama çalışmalarını içeren tüm faaliyetleri kapsayan durumdur (Çete,2000:7). Kardiyopulmoner resüsitasyonda (KPR) amaç, en kısa zamanda olması gereken müdahalenin yapılarak hastanın hayatta kalması sağlamaktır (Demirci,2016).

Hastaya yapılması gereken müdahalenin uzman kişilerce zamanında yapılması hastanın hayatta kalma şansını doğrudan ilgilendiren bir durumdur. Böylesi önem arz eden durum karşısında hastaneler olay bildirim mekanizması olan ve özel müdahale ekiplerinin müdahale ettiği bir organizasyonu uygulamaya çalışmışlardır. Günümüzde bu organizasyon İngiltere’ de "outreach service", ABD’de "rapidresponse", Avustralya’da "medical emergency team" dünyada ise “Code Blue (Mavi Kod)” adlandırılmakta olup isimler değişse de temelde aynı amaç için oluşturulmuş sistemlerdir (Demirci,2016).

Mavi kod, hastane yerleşkesi içinde kardiyopulmoner veya solunum arresti gibi acil müdahale durumlarında en kısa zamanda olay yerine ulaşarak etkin müdahalenin profesyonel bir ekip tarafından yapılmasını içeren, aynı acil durum için “mavi” rengin kullanıldığı evrensel bir acil durum kodudur (Koltka,2008;Taş,2014:319;Tosyalı,2015;Demirci,2016;İskit,2016;Özmete, 2007).

Hastaneler kendi mavi kod süreçlerini belirlemeleri gerekmektedir. Mavi kod uygulaması takım çalışmasına iyi bir örnektir. Profesyonel bir ekibin kısa zamanda olay yerine ulaşarak gerekli müdahaleyi yapması uygulamanın iyi kurgulanması ile sağlanabilir. Mavi kod Uygulama süreci genel olarak profesyonel bir ekibin olması ve her an hazır olmasını, olay yerini ekibe bildirim yapılmasını sağlayan çağrı sistemi, ulaşma zamanını, hazır ekipmanı, etkin bir müdahaleyi, müdahale sonrası yönetimi ve kayıtları kapsamaktadır (Hastane Hizmet Kalite Standartları,2011).Uygulama yaşam riski yönünden çok sayıda etken ve detay içermektedir. Uygulama sürecinde yaşanabilecek hata ve gecikmeler hasta güvenliği açısından ciddi risk içermektedir (Koltka,2008).

Uygulama ilk defa Amerika Birleşik Devletleri Kansas Bethany Tıp merkezinde kullanılmaya başlandı (wikipedia.org,2017). Türkiye’de uygulama sistematik olarak, 2008 yılında yayınlanan Hizmet Kalite Standartları (HKS) içinde yer almış ve sahada uygulanması sorgulanmaya başlanmış, 2009 yılında yayınlanan Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar hakkında Tebliğ ve 2011 yılında yayınlanan Hasta Ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği ile zorunlu hale getirilmiştir (Resmi Gazete 2011). Ülkemizde ortak bir dil ve süreç işleyişini kolaylaştırmak için 2222 numaralı hat izole edilerek uygulamanın aktive ettirilmesi benimsenmiştir.Hastanelerde uygulanmaya başlayan mavi kod uygulaması çalışan, hasta/hasta yakını güvenliğini doğrudan ilgilendirmesi nedeniyle kalite standartlarının vazgeçilmez unsurlarından biri haline gelmiştir (Murat ve diğ.,2014).

Bu çalışmanın amacı, SDH’ne yapılan mavi kod bildirim içeriklerinin değerlendirilmesi yapılarak uygulamaya dikkat çekmek ve uygulamanın önemini vurgulamaktır.

## 2. YÖNTEM

Bu çalışma 137 yataklı Seydişehir Devlet Hastanesindeki Ocak 2016-Eylül 2017 tarihleri arasında tutulan mavi kod bildirim kayıtlarının ve gösterge verilerinin retrospektif (geriye dönük) olarak incelenmesi ile gerçekleştirildi. Mavi kod bildirim kayıtlarından, hastanın yaşı, cinsiyeti, çağrının verildiği birim, çağrı şekli, çağrıyı yapan, ekibin ulaşma zamanı, yapılmış müdahale, tansiyon, nabız, kan şekeri, satürasyon, yapılan müdahale ve sevk durumu bilgilerine ulaşıldı.

Hastanede bildirimler mavi kod için ayrılmış olan telefon hattının sistemi aktive etmesi ile gerçekleşmektedir. Bildirimler kod ekibinde bulunan pagerlara iletilmektedir. Bu sistemin çalışma prensibi, telefon sistemi ve ağını kullanılarak telefon numaralarının bulunduğu yerlerin çağrı yapıldığı anda radyo frekansı ile alıcı rolündeki pager adı verilen cihaza ulaşmasına dayanmaktadır. Ayrıca sistemin çalışmasından endişe edildiği ya da telefonla aktivasyonun sağlanmasında şüphe



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

duyulduğunda kod birimi telefonla doğrudan arama ya da santral aranarak anons sistemi devreye sokularak bildirim yapılabilmektedir (Mavi Kod İşleyiş Şeması Şekil 1).

### **İstatiksel Analiz**

Toplanan veriler SPSS 16 istatistik programında frekans, standart sapma, ortalama ve yüzdeler analizleri yapılarak tablolar halinde düzenlenmiştir.

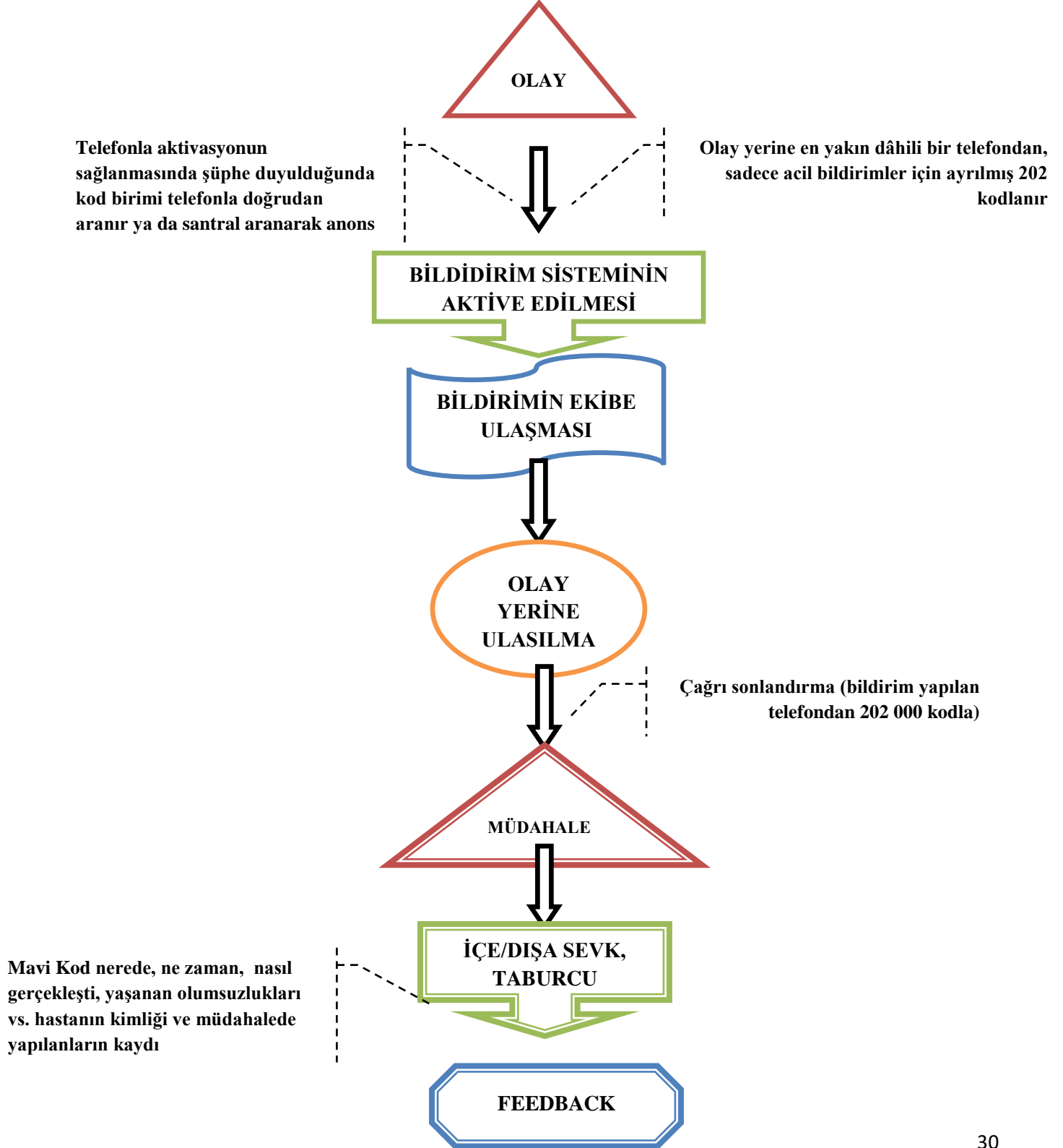
### **Araştırmanın Kısıtları**

Araştırma SDH mavi kod bildirim kayıtları ile sınırlı tutulmuştur. Bulguların ve elde edilen sonuçların SDH ile sınırlı olması bu araştırmanın sonuçlarına dayanarak tüm Türkiye geneli için yapılacak genellemelerin doğruluk derecesini de sınırlı tutacaktır.

### **Etik**

Araştırma verileri Seydişehir Devlet Hastanesi Yönetiminden 06.09.2016 tarih ve 29605438 sayılı yazılı izin alınarak kullanıldı.

Şekil 1. Mavi kod İşleyiş Algoritması



### 3. BULGULAR

Ocak 2016-Eylül 2017 tarihleri arasında 19' u (%32,7) kadın ve 39'u (%67,3) erkek olmak üzere toplam 58 hasta için mavi kod bildirim yapılmıştır.

**Tablo1.Mavi Kod Bildirimi Yapılan Hastaların Yaş Durumu**

Değişken	N	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	58	16	95	58,46	20,81

Hastaların yaş ortalaması 58,46±20,81 olduğu, en küçüğünün 16, en büyüğünün ise 95 yaşında olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo2.Mavi Kod Bildirimi Yapılan Hastalara Ulaşma Süresi(Saniye)**

Ulaşma Süresi(sn)	Sayı(n)	Yüzde(%)
20	13	22,4
25	2	3,4
30	20	34,5
35	1	1,7
40	7	12,1
60	11	19,0
180	4	6,9

Min=20 Max=120, Ortalama=40,77±25,69

Uygulama için özel oluşturulan ekibin olay yerine ulaşma süresi en çabuk 20 saniyede en geç ise 3 dakikada olarak tespit edilmiştir. Ortalama ulaşma süresi ise 40,77±25,69 saniye olarak belirlenmiştir. Vakaların %93.1'i ne 3 dakikadan daha kısa bir süre içinde ulaşılmıştır (Tablo 2).

**Tablo3.Mavi Kod Bildirimi Şekli**

Bildirim Şekli	Sayı(n)	Yüzde(%)
Pager sistemi	48	82,8
Telefon,	6	10,3
Pager+telefon	4	6,9

Bildirimlerin %82,8'i pager sistemi, %10,3 telefon, % 6,9'u ise her iki bildirim mekanizması kullanılarak yapılmıştır (Tablo 3).



**Tablo4.Mavi Kod Bildirimi Yapılan Yer**

Bildirimi Yapılan Yer	Sayı(n)	Yüzde(%)
Poliklinikler	17	29,3
Dâhiliye Kliniği	1	1,7
Cerrahi Klinikleri	6	10,3
Yoğun Bakım	9	15,5
Acil Servis	10	17,2
Doğumhane	1	1,7
Diğer (emzirme odası, gişeler, röntgen, başhekimlik..)	14	24,1

Yapılan mavi kod bildirimlerinin %29,3'ü polikliniklerden, %17,2'si acil servisten, %15,5'i yoğun bakımdan, %10,3'ü cerrahi kliniklerinden, %1,7'si dâhiliye kliniğinde, %1,7'si doğumhaneden ve %24,1'i diğer birimlerden (emzirme odası, gişeler, röntgen, başhekimlik) yapılmıştır (Tablo 4).

**Tablo 5.Kod Ekibinin Olay Yerine Ulaşmadan Önce Yapılan Müdahale**

Yapılmış Müdahale	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yatar Pozisyon Verilmiş	13	22,4
Oksijen Verilmiş	2	3,4
CPR Uygulanmış	6	10,3
Oturtulmuş	9	15,5
Herhangi Bir Müdahalede Yok	13	22,4

Kod ekibi olay yerine ulaşmadan önce hastaların % 22,4'üne herhangi bir müdahale yapılmadığı, % 22,4'üne yatar pozisyon verildiği, %15,5'inin oturtulmuş olduğu, %10,3'üne CPR uygulamasının yapıldığı yada yapılmaya başladığı, %3,4'üne ise oksijen verildiği tespit edilmiştir (Tablo 5).

**Tablo 6.Olay Yerinde Yapılan Müdahale**

Yapılan Müdahale	Sayı(n)	Yüzde(%)
CPR	12	20,7
Tansiyon, Nabız, Kan Şekeri, Satürasyon	21	36,2
Damar Yolu Açma	12	20,7
Herhangi Bir Müdahalede Yok	13	22,4

Kod ekibi olay yerinde hastaların %20,7'sine CPR uyguladığı, % 36,2'sine tansiyon, nabız ve satürasyon işlemlerini yaparak müdahale ettiği, %20,7'sine damar yolu açtığı ve %22,4'üne ise herhangi bir müdahalede bulunmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6).

Yapılan bildirimlerinin gerçek anlamda CPR uygulanması gerektiren vaka durumuna bakılarak bildirimlerin %20,7'sine CPR uygulandığı belirlenmiştir. Bu veri ışığında bildirimlerin %20,7'sinin doğru %79,3'ünün ise yanlış olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

**Tablo 7.Olay Bildirim Sonucu**

Bildirim Sonucu	Sayı(n)	Yüzde(%)
Kurum İçi Acile Sevk	34	58,6
Ölüm	5	8,6
Kurum Dışı Sevk	9	15,5
Herhangi Bir Müdahalede Yok Taburcu	10	17,2

Bildirimler sonucunda, hastaların %58,6'sı kurumun acil servisine, %15,5'i ise kurum dışına sevk edildiği, %8,6'sının yapılan müdahaleye rağmen hayatını kaybettiği ve %17,2'sinine herhangi bir müdahalede bulunulmadan taburcu edildiği, bu verilen ışığında sağ kalım oranı ise %58,4 olarak tespit edilmiştir (Tablo 7).

**Tablo 8. CPR Sonrası Taburcu/Ölüm Durumu**

Değişken	Sayı(n)	Yüzde(%)
CPR Sonrası Taburcu	7	58,3
CPR Sonrası Ölüm	5	41,3

Toplam 58 Mavi kod bildiriminde içinde 12 CPR uygulanan hastanın %58,3'ünün taburcu edildiği tespit edilmiştir (Tablo 8).

#### 4. TARTIŞMA

Mavi kod uygulaması kardiyopulmoner arrest yaşanmasında olabildiğince çabuk tıbbi müdahaleyi amaçlayan acil durum yönetim sistemidir (Bayramoğlu ve diğ., 2013; Güllüve diğ., 2015). Bu uygulamanın tam zamanında ve gerektiği şekilde yapılması yaşamsal öneme sahiptir. Etkin, etkili ve zamanında yapılan müdahalenin standardize edilmesi müdahale sonrası hastanın hayatta kalma şansını artıracığından sağ kalım başarısında olumlu yönde etkileyecektir. Kuralları belirlenmiş bir mavi kod uygulaması günümüzde hasta güvenliğinin sağlanmasında önem arz etmekte olup kaliteli sağlık hizmetinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu durum ülkemizde de mavi kod uygulaması hizmet kalite standartları kapsamında değerlendirilen bir ölçüt olarak karşımıza çıkmaktadır (Hastane Hizmet Kalite Standartları, 2011; Möhnle ve diğ., 2012; Özütürk ve diğ., 2014).

Mavi kod da başarıyı etkilen birçok etken bulunmaktadır, bunların başında erken kardiyopulmoner resusitasyon yapmak gelmektedir (Tanrıöver, 2011). Literatür, mavi kod uygulama ekibinin hastaya en kısa zamanda müdahale etmesi ile erken defibrilasyonun başlanmasının hayatta kalma şansını ve taburcu olma oranını yükselttiğini belirtmektedir (Villamaria ve diğ., 2008; Mendes ve diğ., 2009; Saghafinia ve diğ., 2010; Oğuztürk ve diğ., 2011). Yapılan çalışmalarda hastaların %15-38 oranında KPR'ye yanıt verdiği ve ilk 3-4 dakika içinde yapılan KPR'nin yanıtının daha iyi olduğu bildirilmiştir (Herlitz ve diğ., 2001; ECC Committee, 2005).

The American Heart Association (AHA) klavuzunda kardiyopulmoner arrestte 2 dakikanın altında müdahale etmeyi ve ilk elektriksel şokun verilmesini hedef olarak belirlemiştir. Bu şekilde bir

müdahalenin sağ kalımı arttırdığı ifade edilmiştir (Brindley ve diğ.,2002; Abella ve diğ., 2005; Villamaria ve diğ., 2008; Demirci, 2016). Eisenberg ve arkadaşlarının çalışmaların dakardiyo pulmoner arrest geliştiğinde temel yaşam desteğine ilk 4 dakikada ve ileri yaşam desteğine ilk 8 dakikada başlanıldığı durumlarda sağ kalım oranının %43'e kadar yükseldiğini bildirmişlerdir (Eisenberg ve diğ.,1979). Bu alanda yapılan diğer çalışmalarda kardiyopulmoner arrestte 3 dakikadan daha az sürede müdahalenin daha geç başlama göre sağ kalımı arttırdığını göstermiştir (Schultz ve diğ., 1996; Villamaria ve diğ., 2008; Bal ve diğ., 2010; Mondrup ve diğ., 2011; Taşkın ve diğ., 2011; Murat ve diğ., 2014; Özmete, 2017). Bu çalışmada, ortalama ulaşma süresi ise 40,77±25,69 saniye olarak belirlenmiştir. Vakaların %93,1'ine 3 dakikadan daha kısa bir süre içinde ulaşılmış olmasına karşın sağ kalım oranı %58,4 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmalar erkek ve kadınlarda yaşanan kardiyak arrestlerin erkeklerin (%56-70) kadınlara(%30-43) oranla daha sık yaşadıklarını belirtmektedir ( Mendes ve diğ., 2009; Peberdy ve diğ., 2008; Oğuztürk ve diğ., 2011; Wallace ve diğ., 2013; Khan ve diğ., 2014; Özmete, 2017). Çalışmalar kardiyak arrest vakalarının kadınlarda daha az görülmesi, kadınlarda koroner hastalıkların (miyokard enfarktüsü, anjinapektoris...) daha az görülmesinden kaynaklandığını işaret etmektedir (Villamaria ve diğ., 2008; Oğuztürk, 2011). Literatürle uyumlu olarak bu çalışmada da mavi kod verilen hastaların 19' u (%32,7) kadın ve 39'u (%67,3) erkek olarak belirlendi.

Mavi kod çağrılarında bildirimlerin doğru yapılması CPR sonucunu doğrudan etkileyeceği için önem arz etmektedir. Uygulamada bildirim yapan kaynaklı(telaş, endişe, panik, bildirim sistemini aktive edememek, eğitim eksikliği...) ve teknik bir aksaklık (birdim sisteminin çalışmaması) nedenlerden dolayı hatalı ya da gerçeği yansıtmayan bildirimler yapılabilmektedir (Muratve diğ.,2014). Mavi kod bildirimlerinin incelendiği çalışmalara bakıldığında bildirimlerin büyük çoğunluğunun kardiyopulmoner arrest dışı bildirimleri içerdiği görülmüştür (Hillman ve diğ.,2005;Mehel ve diğ., 2010; Özütür ve diğ., 2014; İskit,2016; Esen ve diğ., 2016). Bu çalışmanın sonucu da (%79,3 arrest dışı bildirim) diğer çalımları ile paralellik göstermektedir.

Yurt dışı araştırmalarda CRP uygulaması sonrası hasta taburculuk oranı %10-42 arasında (Peberdy ve diğ.,2003; Shin ve diğ., 2012). 36.902 vakalık bir çalışmada taburculuk oranı %18 (Huang ve diğ.,2002; Nadkarni ve diğ., 2006) olduğu görülmüştür. Bu oranın geniş bir aralıkta olması CPR uygulanan hastaların yaşı, cinsiyeti, hastalık durumu, çalışmanın yapıldı merkezin özellikleri, değişik coğrafyalarda yapılmış olması, uygulanan bildirim sisteminin etkinliği, CPR uygulayan ekibin becerisi gibi daha pek çok etkene bağlanabilmektedir. Ülkemizde sınırlı sayıda yapılan çalışmalara (Çiçekci ve Selçuk, 2013; İskit,2016; Yüzbaşıoğlu ve diğ.,2016; Demirci,2016)göre bu oran %7-28 arasında olduğu görülmüştür.Bu çalışmada CPR uygulaması sonrası hastaların %58,3'ünün taburcu edildiği belirlenmiştir. Bu veri SDH'nde uygulanan mavi kod uygulamasının başarılı olduğunu gösterir niteliktedir.

Mavi kod bildirim yapılmasında kardiyopulmoner arrest dışındaki endikasyonlarda bildirilmektedir. Bunun sebebi arrestin tanımlanmasının güç olması ve çok kısa bir zamanda karar verme gerekliliği bildirim yapanları arrest dışı endikasyonları da bildirimine yönlendirmektedir. Yırt dışında arrest dışı endikasyonlara mavi kod ekiplerine kısmen bezeyen müdahale ekipleri müdahale etmektedirler. Bu

ekiplerin asıl amacı arrestlerin önüne geçmektir. Burada proaktif bir yaklaşım benimsenmektedir. Bu yaklaşım, potansiyel hastalara skalalar oluşturularak bir erken uyarı skorunu hesaplamayı amaçlar. Bu sayede hastaların vital bulgularının bozulduğu ve vital bulgular kullanılarak arrestlerin ve mortalitenin önlenebileceği gösterilmiş olacaktır. Arrestlerin belirlenmesinde subjektif değerlendirmelere bağlı insan odaklı hataların minimize edilmesi ile beraber elde edilen skor yardımıyla arrest gerçekleşmeden önce gerekli müdahalenin yapılması sağlanmış olacaktır. (Mathukia ve diğ.,2015; Demirci, 2016; Nishijima ve diğ., 2016). Erken uyarı sistemi ve mavi kod uygulamaları birbirlerini tamamlayan uygulamalar olmaları nedenleri ile birlikte ele alınmaları ve uygulanmalarında yarar bulunmaktadır. Erken uyarı sistemlerinin de sağkalımı arttırdığı, arrestleri önlediği gösterilmiştir (Nishijima ve diğ.,2016). Türkiye’de ilk defa Hacettepe Üniversitesi Hastanesinde 2012 yılında başlayan erken uyarı skor hesaplaması yapılmaya başlanmış olup, 2014 yılında itibaren de belirlenen skora göre erken uyarı sistemi prosedürleri oluşturulmuştur.

Mavi kod müdahale ekibinin hastaya ulaşmadan önce yapılan müdahaleler (pozisyonun verme, damar yolu açma, aspirasyon, ekipmanın kullanıma hazırlanması, tansiyon, nabız, vb. uygulamanın başarısını olumlu yönde etkilemektedir (Günay ve Mert,2002). Bu çalışmada kod ekibi olay yerine ulaşmadan önce hastaların %77,6’sına ön müdahalede bulunulmuştur.

Mavi kod uygulamasının başarılı olabilmesi için etkin ve yaygın olarak tüm çalışanlar tarafın bildirim yapılmasını sağlayacak sistemin kurulması gerekmektedir. Günümüzde en yaygın olarak kullanılan bildirim sistemi pager sistemidir (Murat ve diğ.,2014). Bu sistem anons ve doğrudan telefon ile bildirim göre daha hızlı, modern ve güvenli olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada bildirimlerin %82,8’i pager sistemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

SDH mavi kod bildirimlerinin değerlendirildiği bu çalışmanın verileri ışığında; olayların büyük çoğunluğu hastanede kurulan bildirim sistemi (pager) aracılığı ile yapıldığı, mavi kod müdahale ekibinin ortalama 40 saniyede olay yerine ulaştığı ve ekibin tüm olaylara 3 dakikayı geçmeden müdahale ettiği, bildirimlerin büyük çoğunluğunun arrest dışı bildirimlerden oluşmakta olduğu görülmüştür. Gerçek bildirim oranının ve müdahale sonrası sağkalım düzeyinin yukarı çekilmesi için sağlık tesisinin büyüklüğüne göre mavi kod ekip sayılarının artırılması, ekipteki personel niteliği ve sayısının şartlara göre düzenlenmesi, arrest vakalarının önceden belirlenmesinde subjektif değerlendirmelere bağlı insan odaklı hataların minimize edilmesine yönelik hastalara erken uyarı skor hesaplaması (erken uyarı sistemi) yapılarak arrest gerçekleşmeden önce gerekli müdahalenin yapılmasının etkili olacağı düşünülmektedir. Genel anlamda SDH mavi kod bildirim sisteminin etkin olarak çalıştığı ve bildirim sistemi çıktılarının literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.

## KAYNAKLAR

- Abella, S.B.,Alvarado, P.J., Myklebust,H., Edelson, P.D., Barry, A., O'Hearn,N.L., B Becker (2005).“Quality of cardiopulmonaryresuscitationduring in-hospitalcardiacarrest”, JAMA. 293:305-10.
- Bayramoglu,A.,Gokcan, C.Z., Akoz, A., Ozogul,B.,Aslan, S. ve Saritemur, M. (2013), “Bir Hasta ve Çalışan Güvenliği Uygulaması: Mavi Kod Raporların Değerlendirilmesi”, Eurasian J Med,45: 163-6
- Bal, A.,Memiş,R., Kılıç,H., Çalış, A., Yıldız, A., Yılmaz, H ve Menevşe, F.S. (2010).“Mavi kod bildirimlerinin değerlendirmesi”, II. uluslararası sağlıkta performans ve kalite kongresi bildiriler kitabı, sağlık bakanlığı, Ankara, 772:608-13.
- Brindley, G Peter, Markland, MDarren, Mayers, Inrin, endDemetrios, J. Kutsogiannis (2002). “Predictors of survivalfollowing in-hospitaladultcardiopulmonaryresuscitation” CMAJ,167:343-8.
- Çete, Y. (2000).“Kardiyopulmonerresüsitasyonda son gelişmeler”, Acil Tıp Dergisi,III. Acil Tıp Sempozyumu Özel Sayısı 1 -13
- Çiçekci, F ve Selçuk, A.S. (2013). “Mavi Kod çağrısına bağlı kardiyopulmonerresüsitasyonuygulamaları sonuçlarının değerlendirilmesi”,Genel Tıp Dergisi, 23(3):70-6
- Demirci,M.A. (2016),“Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı Hastanemizde Mavi Kod Çağrılarının Nedenleri Ve Doğruluğu” Uzmanlık Tezi Ankara.
- ECC Committee, SubcommitteesandTaskForces of theAmericanHeartAssociation. 2005 AmericanHeartAssociationGuidelinesforCardiopulmonaryResuscitationandEmergencyCardiovascular Care. Circulation. 2005 Dec 13;112(24 Suppl):IV1-203. Epub 2005 Nov 28. PubMed PMID: 16314375.
- Eisenberg, S.M.,Bergner, L.andHallstrom, A. (1979), “Cardiacresuscitation in thecommunity. Importance of rapidprovisionandimplicationsfor program planning”, JAMA. 4;241(18):1905-7. PubMed PMID: 430772.
- Esen, O.,Kahraman, E.H., Öncül, S.,Gaygusuz, A.E., Yılmaz, M ve Bayram, E. (2016) . “Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Mavi KodUygulaması ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi “, J Kartal TR,27(1):57-61 doi: 10.5505/jkartaltr.2015.75547
- Günay, İ ve Mert, M. (2002),KardiyopulmonerResüsitasyon Organizasyonu. İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Dergisi. 1 (2): 33-6.
- Güllü, N.M.,Kara, At., Cengiz, C., Yıldırım,G., Öztunç, B.,Saluvan, Ö., T Mehmet, T., D M ve Topeli, A.(2015).“Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesinde 2013-2015 Tarihleri Arasında Mavi Kod Nedeniyle Müdahale Edilen Hastaların Genel Özelliklerinin”, 12. Ulusal Dahili Ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Kongresi Sözlü Bildirileri Kitabı.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Hastane Hizmet Kalite Standartları, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Pozitif Matbaa, Ankara, 2011;36

Herlitz, J., Rundqvist, S., Bång, A., Aune, S., Lundström, G., Ekström, L., Lindkvist, J. (2001). "Is there a difference between women and men in characteristics and outcome after in-hospital cardiac arrest? Resuscitation", 49(1):15-23. PubMed PMID: 11334687.

Hillman, K., Chen, J., Cretikos, M., Bellomo, R., Brown, D., Doig, G (2005). Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster randomised controlled trial. Lancet, 365(9477), 2091-2097.

Huang, C.H., Chen, W., Ma M Hei, Chang, W Tien, Lun Lai, Chao and Lee, Y Teh (2002). "Factors influencing the outcomes after in-hospital resuscitation in Taiwan. Resuscitation", 53:265-70.

İskit, A.T., (2016). "Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesinde Kardiyopulmoner Arreste Yönelik Oluşturulan Mavi Kod Uygulamasının Süreç Ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Pidemiyoloji Programı Yüksek Lisans Tezi

Khan, M.A., Kirkpatrick, N.J., Yang, L., Groeneveld, W.P., Nadkarni, M.V., Merchant, M.R., (2014). American Heart Association's Get With the Guidelines-Resuscitation (GWTG-R) Investigators. Age, sex, and hospital factors are associated with the duration of cardiopulmonary resuscitation in hospitalized patients who do not experience sustained return of spontaneous circulation. J Am Heart Assoc. 3(6):e001044. doi: 10.1161/JAHA.114.001044. PubMed PMID: 25520328; PubMed Central PMCID: PMC4338690.

Koltka, N., Çelik, M., Yalman, A., Süren, M ve Öztekin, F. (2008). "Kardiyopulmoner Resusitasyonun Başarısına Etkisi olan Faktörler", Türk Anest Rean Der Dergisi. 36 (6):366-72.

Mathukia, C., Fan, W., Vadyak, K., Biege, C. and Krishnamurthy, M. (2015). "Modified Early Warning System improves patient safety and clinical outcomes in an academic community hospital", Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives, 5(2), 267-16.

Mehel, D., Şen, M., Sakarya, Ö. ve Dinç, S. (2010). "Hasta ve Çalışan Güvenliğinde Mavi Kod Uygulaması", II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildirileri Kitabı. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 772 (2): 614-6.

Mendes A, Carvalho F, Dias C, Granja C. In-hospital cardiac arrest: factors in the decision not to resuscitate. The impact of an organized in-hospital emergency system.

Rev Port Cardiol 2009;28:131-41.

- Mondrup,F.,Brabrand,M., Folkestad,L, Oxlund, J.,Wiborg, R.K., Sand, P.N., andKundsens,T. (2011). “In-hospitalresuscitationevaluatedbyinsitusimulation: a prospectivesimulationstudy”Scand J TraumaResuscEmergMed. 2011;19:55.
- Möhnle, P.,Huge,V., Polasek, J., Weig,I., Atzinger,R., Kreimerie,U.B., Josef (2012). “Survivalaftercardiacarrestandchangingtaskprofileofthecardiacarrestteam in atertiarycarecenter. ScientificWorldJournal. 2012:294512
- Murat, E., Toprak,S.,Doğan,B.D. ve Mordoğan,F. (2014).“Hasta Güvenliğinde Mavi Kod Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi”,MedicineScience, 3(1):1002-12
- Nadkarni VM.,Larkin GL., Peberdy MA., et al. First documentedrhythmandclinicaloutcomefrom in-hospitalcardiacarrestamongchildrenandadults. JAMA 2006;295:50-7
- Nishijima, I.,Oyadomari, S., Maedomari, S., Toma, R., Igei, C., Kobata, S.(2016). Use of a modifiedearlywarningscoresystemtoreducethe rate of in-hospitalcardiacarrest. Journal of IntensiveCare, 4, 1
- Oğuztürk, H.,Turtay, M.G., Tekin, Y.K. ve Sarıhan, E. (2011).“Acil serviste gerçekleşen kardiyak arrestler ve kardiyopulmonerresüsitasyon deneyimlerimiz”, Kafkas J MedSci, 1:114-7
- Özmete,Ö.(2017),“Bir üniversite hastanesinde mavi kod uygulamasının sonuçları”, CukurovaMed J, 42(3):446-450
- Özütürk, B.,Muhammedoğlu, N., Dal, E., Çalışkan, B. (2014). “Mavi Kod Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi”,HasekiTıp Bülteni, DOI: 10.4274/haseki.2276:204-208
- Peberdy, A.M.,Kaye, W., Ornato, P.J., Larkin, L.G., Nadkarni, V., Mancini, E.M., ve diğerleri. (2003).“Cardiopulmonaryresuscitation of adults in thehospital: a report of 14720 cardiacarrestsfromtheNationalRegistry of CardiopulmonaryResuscitation”, 58(3), 297-308
- Peberdy, A.M.,Ornato, P.J., Larkin, G.L., Braithwaite,R.S.,Kashner T.M., Carey, S.M et al.(2008), “Survivalfrominhospitalcardiacarrestduringnightsandweekends” JAMA. 2008;299:785-92
- Resmi Gazete (2011), Sağlık Bakanlığı, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, R.G: 06/04/2011, sayı: 27897
- Saghafinia,M.,Motamedi, M.H., Piryaie, M. et al.( 2010).“Survivalafter in-hospitalcardiopulmonaryresuscitation in a majör referralcenter.Saudi J Anaesth 2010;4:68-71.
- Schultz, C.S.,Cullinane, C.D., Pasqual, D.M. (1996).Predicting in-hospitalmortalityduringcardiopulmonaryresuscitation. Resuscitation33:13-17
- Shin, T.G.,Jo, IJoon, S., HGon., et al. (2012). “Improving survival rate of patientswith in-hospitalcardiacarrest: fiveyears of experience in a singlecenter in Korea”, J KoreanMedSci, 27:146-52.

Tanrıöver,D.M. (2011),“Kardiyak arrest öncesinde kötüleşen hastayı tanımak: Öngörü kriterleri ve risk faktörleri”, Yoğun Bakım Derg., 1:16-20. doi:10.5152/dcbybd.2011.04).

Taş, N., Mutlu, T. ve Yağan, Ö. (2014). “Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi mavi kod ekibi çalışma istatistikleri, 2010-2013 yılları arası: Bir retrospektif çalışma”, GaziantepMedJ ,20(4):318-322.

Tosyalı, C.,Makbule, N. (2015). “Mavi Kod Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi”,Sağ. Perf. Kal. Derg., (9): 66-77

Wallace S.K.,Abella B.S., Shofer F.S., Leary M., Agarwal A.K., Mechem C.C., Gaieski D.F., Becker L.B., Neumar R.W., Band R.A.. Effect of time of day on prehospitalcareandoutcomesafterout-of-hospital cardiac arrest. Circulation. 2013 Apr16;127(15):1591-6. doi: 10.1161/Circulationaha.113.002058. Epub 2013 Mar 18.PubMed PMID: 23509060.

Villamaria, J.F.,Pliego, F.J., Wehbe-Janek, H., Coker,N., Rajab, M.H., Sibbitt,Stephen, O., E P., Musick,Keith, B., LJeffand Hays-Grudo, J. (2008), “Using simulationtoorientcodeblueteamsto a new hospitalfacility. Simul Healthc”, 3(4):209-16. doi: 10.1097/SIH.0b013e31818187f3. PubMed PMID: 19088665.

Yılmaz, T.F.,Konaşoğlu, S.H. ve Karahallı, E. (2011).“Mavi kod bildirimleri, süreyyapaşa göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi örneği”, III. Uluslararası sağlıkta performans ve kalite kongresi bildirimleri kitabı. Sağlık bakanlığı, Ankara, 869:691

Yüzbaşıoğlu, Y., Halhallı, H.C., Halhallı, G., Esen,O., Yıldırım, H., Divrikoğlu, M. (2016), “Hastane İçi Ve Acil Servis Kardiyopulmoner Resüsitasyonlarının Karşılaştırılması”, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 18(2): 115-122

Esen, H., Yıldırım, M., Divrikoğlu, Y.S., Yılmaz, S. (2016). “Hastane İçi Ve Acil Servis Kardiyopulmoner Resüsitasyonlarının Karşılaştırılması”,Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 18(2): 115-122

[http://tr.wikipedia.org/wiki/hastane\\_acil\\_kod\\_sistemleri](http://tr.wikipedia.org/wiki/hastane_acil_kod_sistemleri), (10.10.2017)



*Usaysad Derg, 2018; 4(1): 40 -53 (Araştırma makalesi)*

## HASTANE ÇALIŞANLARININ ÖĞRENİLMİŞ GÜÇLÜLÜK DÜZEYLERİNİN İÇ DIŞ KONTROL ODAĞINA OLAN ETKİSİNİN YÖNETİMSEL AÇIDAN İNCELENMESİ: BİR HASTANE UYGULAMASI

**Hasret KARTAL**

Marmara Üniversitesi

[hasretkartal@hotmail.com](mailto:hasretkartal@hotmail.com)

**Doç. Dr. H.Nilay GEMLİK**

Marmara Üniversitesi

[ngemlik@marmara.edu.tr](mailto:ngemlik@marmara.edu.tr)

<https://orcid.org/0000-0001-5319-4070>

Makale gönderim-kabul tarihi (10.03.2018-02.04.2018)

### Özet

Güçlülük teorisinin temelinde sosyal ve bireysel güçlülük kavramları bulunmaktadır Sosyal güçlülük beceri yüksekliği, bireyin ihtiyaç duyduğunda dışarıdan yardım isteyebilmesidir. Bireysel güçlülük ise, bilişsel becerilerin yardımıyla zor durumlara baş etmeyi kapasitesidir. Öğrenilmiş güçlülük, öğrenilen başa çıkma becerileri, öz yönetim teknikleri ve öz kontrol yetenekleridir. Kontrol odağı, kişinin davranışlarını, kaderini kimin ve neyin belirlediğine ilişkin bir algıdır. Hizmet sektöründe insan kaynağının önemi daha fazla ön plana çıkmaktadır. Özellikle sağlık gibi 7/24 çalışılan stresin yüksek olduğu mesainin fazla olduğu hatanın sonucunun ölüm veya sakatlık olduğu bir sektör de çalışanların, güçlülük düzeyinin ve kontrol odağı anlayışının yüksek olması ile tüm bu baskı faktörlerine rağmen hastaya iyi hizmet sunulması ve çalışma arkadaşları ile daha sağlıklı ilişkiler geliştirmek daha kolay olacaktır. Güçlülük düzeyi ve kontrol odağı yüksek çalışanlarının kuruma daha büyük katkı sağlayacağı beklenmektedir.

Bu çalışma, hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin iç dış kontrol odağına olan ilişkisinin yönetsel açıdan inceleyebilmek amacı ile yapılmıştır.Araştırmada veri toplama aracı olarak demografik bilgiler anket ve Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ) ile Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) kullanılmıştır, ardından ölçekler ile toplanan veriler analiz edilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre kontrol odağı ölçeği ile öğrenilmiş güçlülük ölçeğine ait değerler arasında negatif yönlü zayıf bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.( $p<0.05$ ).

**Anahtar Kelimeler;** Öğrenilmiş güçlülük, iç kontrol odağı, dış kontrol odağı,

40

## EXAMINATION OF THE EFFECTIVENESS OF HOSPITAL STUDENTS LEARNED WEAKLESS LEVELS ON THE INTERNAL CONTROL STUDIO – A HOSPITAL IMPLEMENTATION

### Abstract

At the core of the theory of strength is the concept of social and individual strength. The strength of social strength is that an individual can ask for help from outside when he needs it. Individual strength is the capacity to deal with difficult situations with the help of cognitive skills. Learned strength, learned coping skills, self-management techniques and self-control skills. Control focus is a perception of who and what determines their behavior, their destiny. The prominence of human resources in the service sector is more prevalent. Especially in a sector where death or disability is the result of the fact that the stress is high 24/7 such as health, employees are provided good service to the patient despite of all these pressure factors and have a strong sense of control and strength of control and develop more healthy relations with their colleagues it will be easier. It is expected that employees with a high level of strength and control will contribute to the organization more.

This study was conducted with the aim of examining the relationship between learned strength levels of hospital workers and the internal control center in terms of managerial aspects. Demographic information was used as a data collection tool in the study and the Rosenbaum 's Learned Loyalty Scale (RIDCS) RÖGÖ) were used, followed by analysis of the data collected with the scales.

According to the results of the analysis, there was a negative negative correlation between the values of the Control-Fidelity scale and the Learned Fidelity scale ( $p < 0.05$ ).

**Keywords;** Learned strength, internal control focus, external control focus,

### GİRİŞ

Küreselleşme ile bütün dünyada rekabet artmış, ağırlaşan çalışma koşulları ile insanlar üzerindeki stres faktörü daha belirgin hale gelmiştir. Trafik, yaşam mücadelesi, ekonomik kriz, sosyal yetersizlik, kısıtlı olanak ve imkânlar, eğitimsizlik, göç, insanların psikolojik alt yapılarında yıpranmalara sebep olmuştur/ olmaktadır. Bu şartlarda yetişen ve toplumun bir parçası olan bireyler de daha gergin, tahammülsüz, stresli, yorgun, kaygılı hale gelmiştir. İnsanların olumsuz durumlarla baş edebilme yeteneğinin birbirinden farklı olması, yaşanan olumsuzluklar karşısında verdikleri tepkilere doğrudan etki eden bir unsur haline gelmiştir. Bu tür durumlarla baş edebilme yeteneği de kişilerin geçmiş tecrübeleri, psikolojik birikimleri, aile yapısı, kendini kontrol edebilme becerisi ile doğrudan ilişkilidir. Bununla birlikte bireyler, anlık yaşantılarını kontrol edememekle birlikte yaşantılarına karşı oluşturabilecekleri davranışları denetleyebilmektedirler. Bu nedenle, öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin öz kontrol davranışları gösterme ilişkisi önem kazanmaktadır. Ayrıca bireylerin psikolojik ve fiziksel yaşam kalitelerini arttırması, koruması ve sürdürebilmeleri için bu ilişkinin bilinmesi önemlidir.

Bu araştırmada öğrenilmiş güçlülüğün iç-dış kontrol odağına etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu bağlamda hazırlanan çalışma planında öncelikli olarak öğrenilmiş güçlülük konusu ele alınmış, daha sonraki aşamalarda ise kontrol odağına yönelik kuramsal bilgilere yer verilmiştir.

## Öğrenilmiş Güçlülük Kavramı

Jeffrey Pfeffer güç konusunda çeşitli araştırmalar yapmıştır ve bu alandaki çalışmaları ile tanınmaktadır. Ona göre güç kavramı; insanları ikna edebilme, dirençle karşılaşıldığında bu direncin üstesinden gelebilme, davranışlara ve olayların akışına yön verebilme olarak tanımlanabilmektedir (Erdoğan, 2008). Öğrenilmiş güçlülük üzerine günümüze kadar çeşitli araştırmalar, çalışmalar yapılmıştır. Önceleri kendini kontrol edebilme yeteneği olarak adlandırılmış ve günümüzde öğrenilmiş güçlülük olarak karşımıza çıkmıştır.

Öğrenilmiş güçlülük kavramı konusunda yapılan çalışmalar sonucunda, kavramın dört ana boyuta sahip olduğu anlaşılmıştır.

- ✓ Bireyin duygusal ve fizyolojik tepkilerle başa çıkabilmek için bilişsel beceri ve öz yönergelerini harekete geçirmesi
- ✓ Birey tarafından problem çözme becerilerinin uygulanması
- ✓ Bireyin hemen doyum isteğini erteleyebilme becerisi
- ✓ Bireyin içsel yaşam olaylarını kendi kendine düzenleyebileceğine dair genel inancı (Çakır, 2009).

Öğrenilmiş güçlülüğün işlevleri aşağıda ki tabloda kısaca açıklanmıştır.

**Tablo 1. Öğrenilmiş Güçlülüğün İşlevleri**

İşlevleri	Tanım ve Amaçları	Gerekli Özellikleri
<b>Onarıcı Öz-Kontrol</b>	Bireylerin amaçlarına giden yolda karşılaştıkları duygu ve düşünceleri kontrol altına alması	Otomatik olmayan ve olumsuz etki gösteren biliş düzeyinde tahrip edici etkide bulunan durumları düzenleyip normale dönme
<b>Yenileyici Öz-Kontrol</b>	Kişinin sahip olduğu ve olumsuz olarak nitelenen davranışların değiştirilmesi	Bireyin kendi geliştirdiği planlama, tatmin isteğini erteleyebilme, problem çözme becerileri
<b>Deneyime Dayanan Öz-Kontrol</b>	Yeni durum ve koşullara açık olunması	Otomatik ve bilinçdışı olarak algı ve hislere odaklanarak anlık deneyimlerden yararlanma ve tatmin etme özelliği

Kaynak: (Rosenbaum, 1998;Akt: Coşkun, 2010)

Öğrenilmiş güçlülüğün ilişkili olduğu kavramlara değinecek olduğumuzda;

Öğrenilmiş çaresizlik, bireyin geçmişte yaşadığı deneyimlerden dolayı, olumsuz durumları davranışları ile kontrol edemeyeceğini öğrendiğinde, kontrol edebileceği durumlarda bile gereken özveri ve çabayı göstermemesi olarak ifade edilmektedir (Düzgün ve Hayalioğlu, 2006).

Stres kavramı günümüz koşulları sebebi ile yaşadığımızda sık kullanılan kelimelerden birisi haline gelmiştir. Yoğun tempo, baskı, trafik, ağır hayat şartları, rekabet, suç oranları, işsizlik gibi birçok problem kişileri strese yaklaştırmaktadır. Her bireyin öğrenilmiş güçlülük düzeyi farklılık gösterdiği için, aynı stres durumlarına farklı tepkiler verebilmektedirler. Öğrenilmiş güçlülük düzeyi yüksek olan bir birey, edindiği eğitim ve tecrübeler sonucunda stresin kendisi üzerinde yaratacağı olumsuz etkileri azaltabilir ve onu kontrol altına alabilir (Maraşlı, 2005).

Öz yeterlilik, zorlu koşullarla başa çıkmada ve bunu değiştirmede yeteneklerini koordine etmek için bireyin yapabilecekleri hakkındaki inancıdır. Öz yeterlilik, bireyin sahip olduğu becerilerin sayısından çok, sahip olduğu beceriler ile neler yapabileceğine ilişkin inancı ön plana çıkarmaktadır (Bolat, 2011).

Karşılaştırma yapmak, kişinin kendi benliği hakkında bilgilenmesi için iyi bir kaynak oluşturmaktadır. Kişi, objektif bir değerlendirmenin mümkün olmadığı ve öz değerlendirme yapma gereksinimi duyduğu zamanlarda, başkalarıyla kıyaslama yaparak bir fikre varmaya çalışmaktadır. Son yıllarda sosyal karşılaştırma ya da sosyal kıyaslama olarak tanımlanan kavram, iş hayatı ve sosyal ilişki bakımından anahtar değişken olarak ifade edilmektedir (Demirtaş, 2003). Stresle başa çıkma açısından öğrenilmiş güçlülük ile sosyal karşılaştırmanın önemli bir araç olduğu görülmektedir. Bu konuda yapılan bir araştırmada, sosyal karşılaştırma ile öğrenilmiş güçlülük arasında pozitif yönde bir ilişki ve stresle baş etme konusunda yardımcı olduğu belirtilmektedir (Gemlik ve ark. 2007).

Öğrenilmiş güçlülüğe ilişkin öğrenme geçmişi ve çevrenin önemini belirtmek adına yapılan bir çalışmada, anne ve baba tutumunun, çocukların öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin gelişmesinde önemli bir etken olduğu bulunmuştur (Türkel ve Tezer, 2008). Bir başka çalışmada ise anne-baba yanında kalan ergenler ile yetiştirme yurdunda kalan ergenlerin öğrenilmiş güçlülük düzeyleri incelenmiş ve anne-baba yanında kalan ergenlerin güçlülük düzeyleri daha yüksek çıkmıştır (Boyras ve Aydın, 2003). Dolayısıyla, aileler çocuklarına iyi bir öğrenme çevresi oluşturarak, öğrenilmiş güçlülük dağarcıklarını genişletebilir ve öz kontrolün başarılı bir şekilde aşılmasını sağlayabilirler (Türkel ve Tezer, 2008).

### **Kontrol Odağı Kavramı**

Sosyal bir çevrede yaşayan insanoğlu, günlük yaşamda her an farklı olaylarla karşılaşabilmektedir. Bireyler sosyal birikimlerine ve o an ki psikolojik durumlarına göre bu olayları farklı şekilde algırlar. Bazı insanlar başlarından geçen olayların sorumluluğunu kendilerine bağlarken bazıları ise başka kişilere veya şans kader gibi unsurlara bağlamaktadırlar. Kişilerin olaylara bakışlarındaki bu farklılık onların kontrol odaklılıklarıyla ilgilidir (Akkaya, 2015).

Bireyin sosyal gelişim süreci içinde çocukluktan başlayarak hangi davranışlarının hangi sonuçları yaratacağı ve hangi sonuçların kendi davranışlarından kaynaklandığı konusunda tutarlı beklentiler geliştirmesi sosyal öğrenme kuramıdır. (Gültekin, 2003).

Bireylerin önce sebepleri tayin etmek üzere güdülenmesi, ardından davranışlarını buradan çıkardığı sebeplere dayandırması ve son olarak bu süreçlerde yönlendirici prensip ve kurallar oluşturması yükleme kuramı olarak adlandırılmaktadır. (Duman, 2004).

Kontrol odağı, temelinde beklentiler ve geçmiş tecrübelerle dayanan bir kavramdır. Kişilerin geçmişte edindiği tecrübe, daha net bir ifadeyle elde ettiği ödül ve sonuçlara, başarı ve başarısızlıklara dayalı olarak, davranışlarının sonuçlarını nelerle ilişkilendirdiği ile ilgili bir kavram olarak tanımlanmaktadır.

Kişilerin davranışlarının sonuçlarını kendi kontrollerine ya da şans, kader gibi dış etkilerin kontrollerine bağlamaları sonucunda oluşan bir nitelik olarak göze çarpmaktadır (Dağ, 1992).

Kontrol odağı içsel ve dışsal kontrol odağı şeklinde ikiye ayrılmaktadır. İçsel kontrol odağı kişinin, yaşadığı olaylar ve aldığı çıktılarını kendi davranışları ve yeteneklerinden kaynaklandığına ilişkin inancıyla ilgilidir. Dışsal kontrol odağı ise, olay ve çıktılarının kader, şans, görevin zorluğu gibi kendi kontrolü bulunan faktörlerden kaynaklandığına ilişkin inancıyla ilgilidir (Akın, 2007).

İç kontrol odağına sahip bireyler davranışlarını etkileyen çevresel uyarıcıları değiştirme eylemindeyirler, iç kontrol odaklı bireyler yeteneklerine, başarı ve başarısızlıklarına çok önem verirler. Yaşamlarında kendilerini mutsuz eden durumları kendi çabalarıyla değiştirebileceklerine inanırlar ve bu yolda sabırla çalışırlar (Basım ve Şeşen, 2006).

Birçok araştırmada içten kontrollü bireylerin başarılı, entelektüel, toplumsal olaylarda aktif ve daha girişimci, etkili, öz saygısı ve güveni yüksek, bağımsız bir kişilik yapısı gösterdiklerini, daha uyumlu davranışlara sahip olduklarını ortaya koyar. Şansa daha az inanan, yaptıklarının sorumluluğunu üstlenen, araştırmayı, keşfetmeyi seven, sosyal ortamlara girmekten çekinmeyen, savunma mekanizmalarına daha az başvuran, çevreleriyle etkili iletişim rahatça kurabilen, zamanı etkin ve etkili kullanabilen insanlardır. Bu sonuçlar, içten kontrollü olmayı olumlu bir kişilik yapısı olarak belirler. (Yeşilyaprak, 1993 )

Dış kontrol odağına sahip olan bireyler yaşamlarında karşılaştıkları olaylarla ilgili olarak, kendilerine yönelik hiçbir sorumluluk almazlar. Karşılaştıkları olayların sebeplerini ya güçlü olan diğer insanlara ya da şans ve kader gibi kendi iradesi dışındaki unsurlara bağlarlar. Bu kişiler, yaşamlarını ve çevrelerini değiştirmek için hiç çaba göstermezler çünkü bu kişilerin inancına göre, hiçbir birey yaşamlarını ve çevrelerini değiştirme gücüne sahip değildir. Diğer güçlü insanlar ve şans kader gibi unsurlar bireylerin yaşamlarını ve içerisinde bulunduğu çevre koşullarını denetlemektedir (Cüceloğlu, 2003).

Dış kontrol odaklı olanlar yaşama karşı duruşlarında daha edilgen iken iç kontrol odaklı olanlar yaşamda daha fazla inisiyatif alan kişiler olmaktadır denilebilir. Bu durumda doğal olarak iç kontrol odağına sahip bireyler kendi davranışlarını değiştirmek ya da pekiştirmekte dış kontrol odağına sahip olanlardan daha çok şans sahibidirlir (Chang ve Ho, 2009).

Çalışma ortamında yaşanan sorunlarla baş etme konusunda, öğrenilmiş güçlülük ve iç kontrol odaklılık seviyesinin yüksek olması, çalışanların sorunlarla mücadele etmelerine, sonuçların sorumluluklarını üstlenmelerine ve alternatif çözüm yollarına başvurmalarına olanak sağlayabilir (Coşkun, 2013).

Literatürü incelendiğimizde;

Baydoğan ve Dağ (2008) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, kronik hemodiyaliz hastalarında, kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve sosyotropi-otonomi kişilik değişkenlerinin depresif belirti düzeyi üzerinde etkisinin olup olmadığını belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmaya Ankara'da özel bir diyaliz merkezine sürekli devam eden 43'ü kadın, 28'i erkek toplam 71 hemodiyaliz hastası katılmıştır. Araştırmada; Beck Depresyon Envanteri, Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği, Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği, Sosyotropi-Otonomi Ölçeği ve Bilgi Toplama Formu kullanılmıştır. Bulgular incelendiğinde daha büyük yaş grubundakilerle (56-70 yaş), kadın diyaliz hastalarının daha yüksek depresif belirti puanına sahip oldukları; yaş, cinsiyet ve toplam diyaliz süresi

kontrol edildiğinde, hemodiyaliz hastalarındaki depresif belirti düzeyinin yordayıcıları arasında, düşük öğrenilmiş güçlülük ve dış kontrol odağının bulunduğu görülmüştür. Öte yandan, sosyotropi-otonomi değişkenleri ise anlamlı yordayıcı olarak bulunmamıştır.

Coşkun'un (2013), lise öğrencilerinde öğrenilmiş güçlülük ve kontrol odağı algılama düzeyi ilişkisinin değerlendirildiği çalışmada 37 öğrenci ile görüşülmüştür. Elde edilen bulgulara göre, öğrencilerin öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ile kontrol odakları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenirken, kız öğrencilerin öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin erkek öğrencilerinkinden ve devlet okulunda okuyan öğrencilerin öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin, özel okulda okuyanlardan daha anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Demirci (1998), yaptığı çalışmada, düşünme ihtiyacı, kontrol odağı inancı ve öğrenilmiş güçlülük ilişkilerini incelemiştir. Elde edilen bulgular, yüksek düşünme ihtiyacı gösterme ile yüksek öğrenilmiş güçlülük gösterme arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğunu göstermiştir.

Gözene (2002), üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada risk oluşturacak düzeyde alkol kullanan gençlerle, kullanmayanlar arasında, yaşam olayları, kontrol odağı ve öğrenilmiş güçlülük değişkenleri bakımından bir farklılık olup olmadığının saptanmasını amaçlamıştır. Araştırma verilerinin analizi sonucunda, riskli alkol kullanımı üzerinde yaşam olayları değişkeninin anlamlı temel etki gösterdiği, kontrol odağı ve öğrenilmiş güçlülük değişkenlerinin temel etkilerinin ve yaşam olayları değişkeni ile ortak etkilerinin anlamlı düzeyde bulunmadığı gözlenmiştir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Öğrenilmiş güçlülüğün iç dış kontrol odağına etkisinin araştırıldığı bu çalışmanın uygulama kısmı özel bir hastanede gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde araştırmanın yöntemi, evren ve örneklem, veri toplama araçları, kullanılan ölçekler, verilerin analizi ve bulgulara yer verilmiştir.

Bu araştırma kesitsel ve betimleyici olarak tasarlanmıştır. Öğrenilmiş güçlülük ile iç dış kontrol odağı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir

Araştırmada veri toplama aracı olarak Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ) ile Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ) kullanılmıştır, ardından ölçekler ile toplanan veriler analiz edilmiştir

Araştırmanın evrenini, Anadolu yakasında 69 yataklı özel bir hastanede çalışanlar oluşturmaktadır. Seçilen hastanedeki 332 çalışan araştırmanın örneklemine oluşturmaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Araştırma bir ana hipotez ve alt hipotezlerden oluşmaktadır. Araştırmanın ana hipotezi;

H<sub>1</sub>: Hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ile iç dış kontrol odakları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (Kabul).

H<sub>0</sub>: Hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ile iç dış kontrol odakları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Ret).

## Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak demografik bilgiler anket ve konu ile ilgili 2 adet ölçek kullanılmıştır. Toplam 437 çalışanı olan bu hastanede, 430 adet ölçek dağıtılmış olup, 332 tanesi geri dönmüştür (%77 geri dönüş oranı).

### Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)

Türkçeye uyarlanması Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçek 29 maddeden oluşmaktadır ve iki seçenektir. Ölçeğin sağlık alanında uygulanmasından dolayı geçerlilik ve güvenilirlik analizleri çalışma kapsamında yeniden yapılmıştır. Yapılan analizler doğrultusunda ölçeğin puanlaması, dolu maddelerinin numaralandırılması ve ters kodlanması gereken maddelerin numaralandırılması değişmiştir.

### Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ)

Bu ölçeğin Türk popülasyonu üzerindeki geçerlilik ve güvenilirlik araştırması İhsan Dağ (1991) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, RÖGÖ'nün test-tekrar test güvenilirlik katsayısı. 80 ( $p<.001$ ;  $sd.=98$ ) olarak bulunmuştur. Ayrıca, Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı ön çalışma örnekleminde. 85, büyük örnekleminde. 78 olarak tespit edilmiştir.

Ölçeğin sağlık alanında uygulanmasından dolayı geçerlilik ve güvenilirlik analizleri çalışma kapsamında yeniden yapılmıştır. Yapılan analizler doğrultusunda ölçeğin puanlaması ve ters kodlanması gereken maddelerin numaralandırılması değişmiştir.

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi için SPSS. 11.5 programı kullanılmıştır.

## BULGULAR

### Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)' nin Geçerlilik ve Güvenirliliği

Rotter' in iç-dış kontrol odağı ölçeğinin orijinali Rotter (1966) tarafından oluşturulmuş, ölçeğin Türkçeye uyarlanması ise Dağ (1991) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin bu tez çalışması kapsamında hesaplanan Chronbach' s alfa katsayısının 0.35 olduğu görülmüş, güvenilirliği düşüren soruların ölçekten çıkarılması ile güvenilirlik yeniden hesaplanmıştır. Bu doğrultuda ölçekten "1,8,15,16,19,21,24,26,28" numaralı sorular çıkarılmış ve yeniden hesaplanan Chronbach's alfa katsayısı 0.57 olarak bulunmuştur.

**Tablo 2: Rotter' in iç-dış kontrol odağı ölçeğinin faktör analizine yönelik örneklem yeterliliği analizi KMO ve Bartlett's testi**

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği		,580
Bartlett'in Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare	682,382
	Serbestlik Derecesi	190
	Anlamlılık	,000

Tablodan anlaşılacağı üzere, KMO değeri 0.580 olarak hesaplanmış, anlamlılık değeri ise 0.00 olarak bulunmuştur. Dolayısı ile KMO değeri düşük de olsa 0.50' nin üzerinde bir değer aldığı için örneklem faktör analizi için yeterli olarak kabul edilmiştir.

Rotter' in iç-dış kontrol odağı ölçeğinin bu tez çalışması kapsamında gerçekleştirilen geçerlik ve güvenilirlik incelemesinin sonuçlarına göre ölçek, çıkarılan sorular ile beraber yapı geçerliliğini sağlamakta, güvenilirlik katsayısı ise ölçeğin düşük güvenilirlikte olduğunu göstermektedir.

Cronbach's Alfa	Madde sayısı
,811	31

#### Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ)' nin Geçerlilik ve Güvenirliliği

Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği' nin çalışma kapsamında gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonuçlarına Chronbach's alfa katsayısı 0.84 olarak hesaplanmıştır Aynı zamanda ölçek önermeleri arasında güvenilirliği düşüren bir önerme yoktur. Dolayısı ile ölçek güvenilir bir ölçek olarak kabul edilebilir.

**Tablo 3: Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük ölçeğinin faktör analizine yönelik örneklem yeterliliği analizi KMO ve Bartlett's testi**

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği		,715
Bartlett'in Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare	3927,489
	Serbestlik Derecesi	630
	Anlamlılık	,000

Tablodan anlaşılacağı üzere KMO değeri 0.715, anlamlılık değeri 0.00 olarak hesaplanmıştır. Bu doğrultuda, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Bu analize ilişkin KMO değeri ise 0.690 olarak hesaplanmıştır. Oluşan 11 alt boyut, toplam varyansın %67.07' sini açıklamaktadır.

**Tablo 4. Faktör analizi sonrası Rosenbaum Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği' nin güvenilirlik analizi**

Ölçekten çıkarılan sorular ile tekrar yapılan güvenilirlik analizinde Chronbach's alfa değeri 0.81 olarak hesaplanmıştır

#### Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmaya katılanların demografik özelliklerine göre elde edilen bulgular genel olarak aşağıdaki gibidir



**Tablo 5. Katılımcıların Demografik Özellikleri**

Demografik Özellikler	Seçenekler	n	%
Cinsiyet	Erkek	113	34,0
	Kadın	219	66,0
Yaş	1)1940-1964	13	3,9
	2)1965-1979	81	24,4
	3)1980-1999	238	71,7
Öğrenim Düzeyi	Lise	90	27,1
	Ön Lisans	91	27,4
	Lisans	74	22,3
	Yüksek Lisans	58	17,5
Doktora	Doktora	19	5,7
Çocuk	Var	141	42,5
	Yok	191	57,5
Medeni Durum	Evli	151	45,5
	Bekâr	181	54,5
Unvan	1)Doktor	35	10,5
	2)Hemşire/Ebe/ATT/ Sağlık Teknikeri	121	36,4
	3) Hasta Kayıt/Danışma/Asistan/ Çağrı Merkezi	66	19,9
	4) Yönetici	9	2,7
	5) Teknik Servis- Güvenlik	6	1,8
	6) Otelcilik Hizmetleri	56	16,9
	7) İdari Birimler	39	11,7
Toplam Deneyim	1) 0-1	97	29,2
	2) 2-5	84	25,3
	3) 6-15	85	25,6
	4) 16 ve üzeri	66	19,9
Kurumdaki Kıdem	1) 0-1	159	47,9
	2) 2-5	93	28,0
	3) 6-15	69	20,8
	4) 16 ve üzeri	11	3,3

### Hipotez Testleri

Araştırmanın hipotezlerinin test edilebilmesi için öncelikle hipotezdeki değişkenlerin ölçümsel olması sebebi ile normal dağılımları test edilmiştir. Normallik testi olarak Kolmogorov-Smirnov testi seçilmiştir. Test sonuçlarına göre öğrenilmiş güçlülük ve kontrol odağı ölçeğinin normal dağılmamakta ( $p=0.00$ ) olduğu tespit edilmiştir. Bu analize ilişkin tablo aşağıdaki gibidir.

**Tablo 6. One Sample Kolmogorov-Smirnov Testi**

		Kontrol Odağı	Öğrenilmiş Güçlülük
Sayı		332	326
Normal Parametreler <sup>a,b</sup>	Ortalama	8,7380	103,3865

	Standart Sapma	2,92205	14,00893
En Aşırı Farklılıklar	Mutlak	,084	,117
	Pozitif	,070	,117
	Negatif	-,084	-,066
Test İstatistikleri		,084	,117
<b>Anlamlılık (2 kuyruklu)</b>		<b>,000</b>	<b>,000</b>

Araştırmanın ana hipotezleri aşağıdaki gibidir;

H<sub>1</sub>: Hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ile iç dış kontrol odakları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H<sub>0</sub>: Hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ile iç dış kontrol odakları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Öncelikli olarak ana hipotezler, ardından alt hipotezler test edilmiştir. Bu bağlamda, bağımlı değişken olan kontrol odağı normal dağılım göstermediği için iki ölçümsel veri arasındaki ilişkinin testinde spearman korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir.

Yapılan bu analize göre;

H<sub>0</sub>: Hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ile iç dış kontrol odakları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur hipotezi reddedilmiş,

H<sub>1</sub>: Hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ile iç dış kontrol odakları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır hipotezi kabul edilmiştir (p<0.05, r=-0.210).

**Tablo 7. Kontrol Odağı ve Öğrenilmiş Güçlülük Korelasyon Testi**

		Kontrol Odağı	Öğrenilmiş Güçlülük
Spearman'ın rho'su	<b>Kontrol Odağı</b>	Korelasyon Katsayısı	1,000
		<b>Anlamlılık (2 Kuyruklu)</b>	.
		Sayı	332
	<b>Öğrenilmiş Güçlülük</b>	Korelasyon Katsayısı	-,210
		<b>Anlamlılık (2 Kuyruklu)</b>	,000
		Sayı	326

Buna göre hastane çalışanlarının öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ile iç dış kontrol odakları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf bir ilişki vardır.

## SONUÇ

Test edilen hipotezlerin sonuçlarına bakıldığında, araştırmanın ana hipotezi olan öğrenilmiş güçlülük ile iç dış kontrol odağı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü zayıf bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir (p<0.05, r=-0.210). Dolayısı ile öğrenilmiş güçlülük seviyesinin artması, dış kontrol odağının azalması anlamına gelmektedir. Bu sonuçlar olumlu olarak nitelenebilir.

Araştırmada hastane çalışanlarının iç dış kontrol odağı ve öğrenilmiş güçlülük düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır. Benzer çalışmaları incelediğimizde;

Dağ (1991), ölçeği uyarlama çalışmasında kızlarla erkeklerin ortalamaları arasında fark bulmuştur. Bu fark anlamlıdır ve buna göre kızlar daha dış kontrol odaklı bulunmuştur (Dağ, 1991).

Dil, S ( 2011 ) hemşirelik öğrencilerinde kontrol odağının araştırıldığı çalışmasında kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre kontrol odağı puan ortalamalarının (12.03±3.42) daha yüksek olduğu ancak gruplar arası farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05). Cinsiyet ile kontrol odağı arasında bir ilişkinin olmaması, üniversite öğrencilerinde yapılan bazı çalışmaların sonuçlarıyla da benzerlik göstermektedir. ( Dil, S , Bulantekin, Ö., 2011 )

Coşkun'un (2013), lise öğrencilerinde öğrenilmiş güçlülük ve kontrol odağı algılama düzeyi ilişkisinin değerlendirildiği çalışmasında 37 öğrenci ile görüşülmüştür. Elde edilen bulgulara göre, öğrencilerin öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ile kontrol odakları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenirken, kız öğrencilerin öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin erkek öğrencilerinkinden ve devlet okulunda okuyan öğrencilerin öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin, özel okulda okuyarlardan daha anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Coşkun, 2013).

Yapılan test sonucuna göre Çalışanlarının iç dış kontrol odakları ve öğrenilmiş güçlülük düzeylerinin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bekarlarda dış kontrol inancının daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Evlilerin öğrenilmiş güçlülük ölçek puanları bekarlara göre daha yüksektir. Daha fazla sorumluluğu olması, hayatı paylaşması kişiyi olgunlaştıran ve zorluklarla mücadele etmede öğrenilmiş güçlülüğünün artmasını sağlayan bir durumdur. Bekarlar yönlendirilmeye daha müsaittir. Bekar birey ebeveynlerine sırtını dayayabileceğini bilir, sorumluluk almaktan kaçınabilir, evlilere göre daha rahat bir yaşam sürmeleri sebebi ile karşılaşabilecekleri olumsuzlukları onlar kadar dolay karşılayamayabilirler, öğrenilmiş güçlülükleri daha düşüktür. Araştırma sonuçları da destekler niteliktedir.

Hastane çalışanlarının iç dış kontrol odakları ve öğrenilmiş güçlülükleri tecrübe sürelerine göre farklılık göstermektedir. Toplam 2-5 yıl arası tecrübeye sahip olanlar ile 6-15 ve 16+ yıl tecrübeye sahip olanlar arasında bir farklılık görülmektedir. Sırası ile 2-5 ile 6-15 ve 2-5 ile 16+ yıl arası tecrübelilerin farkları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir. 2-5 yıl arası tecrübe sahiplerinin dış kontrol odaklarının diğerlerinden yüksek olduğu görülmektedir. 6-15 yıl ile 16+ yıl tecrübeye sahip bireylerden oluşan grubun öğrenilmiş güçlülük düzeyi en yüksektir. Başkalarının duygularını anlayabilme, onu kontrol edebilme, yönlendirebilme aslında duygusal zeka yaşla olgunlaşan bir kişilik kapasitesi, yetisi, becerisidir. Tecrübe kazanan, yaş alan bireylerin öğrenilmiş güçlülük düzeyleri yüksek, kendisini kontrol edebilme yeteneği de bu durumla orantılı olarak fazladır.

Araştırma sonuçlarına göre, çocukları olanlar ile olmayanlar arasında iç dış kontrol odağı ve öğrenilmiş güçlülük puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır Çocukları olanların öğrenilmiş güçlülüklerinin olmayanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda çocukları olanlar, çocuğu olmayanlara göre daha yüksek iç kontrol inancına sahiptir. Çocuğu olan bireylerin birilerini kontrol edebilme ve yönetebilme yetileri gelişir. İçten kontrolün ve öğrenilmiş güçlülüğün yüksek olduğu ebeveynler kendisinden bir parça olan bireyin eğitimi, gelişimi, hayatının şekillenmesi sürecini kontrol eder ve yönlendirir.

Araştırma sonuçlarına göre çalışanların kurumdaki tecrübelerine göre iç dış kontrol odağı düzeylerine ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Ancak, çalışanların kurumdaki tecrübelerine göre öğrenilmiş güçlülük düzeyleri farklılaşmaktadır. En yüksek öğrenilmiş güçlülük düzeyine sahip olan grup 16 ve üzeri yıl tecrübeye sahip gruptur.

Çalışanların öğrenim durumlarına göre iç dış kontrol odağı puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Yüksek lisans seviyesindeki grupların en yüksek dış kontrol inancına sahip olan grup olduğu gözlemlenmiştir. Çalışanların öğrenim durumlarına göre öğrenilmiş güçlülük puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p < 0.05$ ). Doktora seviyesinde eğitime sahip olan grubun öğrenilmiş güçlülük seviyesinin en yüksek grup olduğu anlaşılmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek bireyler, kültürel, sosyal yönden kendini yetiştiren bireylerdir. Okuyarak, araştırarak öğrenen, bilen, sosyo-kültürel gelişimini sürdüren bireylerin öğrenilmiş güçlülük düzeyleri ve içten kontrol odakları yüksektir.

Çalışanların kurumdaki görevlerine göre iç dış kontrol odağı ve öğrenilmiş güçlülük puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p > 0.05$ ).

## ÖNERİLER

Araştırma sonuçları sağlık kurumları açısından değerlendirildiğinde ise, yöneticilere bir takım öneriler sunulabilir. İnsan kaynakları açısından iç kontrol ve öğrenilmiş güçlülük düzeyi yüksek personelin istihdam edilmesi, iletişim kurarken bireylerin bu özelliklerine uygun hareket edilmesi önerilebilir. Bununla beraber iç kontrol odaklılık düzeyi yüksek kişilerin nezaket ve yardım etme eğilimi göstermelerinden dolayı takım çalışmasına uyum sağlayabileceği göz önünde bulundurulmalı, yüksek performanslı takımlar için takım üyelerinin bu kişilerden seçilmesi sağlanmalıdır. Bekârlar dış kontrol odaklı olmasından dolayı kendilerini geliştirebilmeleri açısından eğitimle desteklenmelidir.

Hemşirelerin ve idari personelin dıştan kontrol odağının yüksek olduğundan doğru yönlendirilmeli, rehber olunmalıdır. Hemşire grubu çalışanların araştırmanın yapıldığı hastane için değerlendirildiğinde yeni mezun, bekâr ve küçük yaşta olmaları sebebi ile dıştan kontrollü ve öğrenilmiş güçlülük puanları düşüktür. Özellikle hasta şikâyetleri ile karşı karşıya kaldıklarında streslerini kontrol edebilmeleri, yönetebilmeleri için düzenli aralıklarla çalışanlara eğitim verilmeli.

Evli ve eğitim düzeyi yüksek kişilerin öğrenilmiş güçlülük düzeyleri yüksek olmasından dolayı, yöneticilik pozisyonlarında değerlendirilmeleri sağlık kuruluşu açısından faydalı olacaktır.

Dış kontrol odağı yüksek olan sağlık çalışanlarını motive etmek için başarıları ödüllendirilmeli, prim sistemi ile desteklenmeli, kişisel gelişimlerini destekler eğitim programlarına yönlendirilmeli bu süreçte izin ve mesai uygulamalarında kişilere destek sağlanmalıdır.

Daha yapıcı, eğitimi önemseyen, gelişimlerine katkı sağlayıp, kariyer hedefleri belirleyen bir insan kaynağı yaklaşımı ile kurumda uyumlu çalışma ortamı sağlanabilir. Çalışanların iç kontrol odaklılık özelliklerini olumlu yönde etkileyecek çalışmalar yapılmalıdır.

Yönetimsel anlamda düşünüldüğünde hastaneler stresli ortamlar olması ve hasta/ hasta yakınlarının beklentilerine hızlı cevap olunabilmesi açısından daha çok içten kontrollü bireylerin tercih edilmesi gerekmektedir. İnsan kaynağının doğru planlanması, doğru işte doğru insanla çalışılması örgüt yapısının kolay yönetilebilir olmasını sağlayacaktır.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

### KAYNAKÇA

Akın A. Akademik kontrol odağı ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2007, 3 (34): 9-17.

Akkaya R Öğretmenlerin kontrol odağı ile iş doyumunu arasındaki ilişki. Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,2015, Aydın (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Bertan AKYOL)

Basım HN, Şeşen H. Kontrol odağının çalışanların nezaket ve yardım etme davranışlarına etkisi: Kamu sektöründe bir araştırma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2006; (16): 159-168.

Baydoğan M. ve Dağ İ. Hemodiyaliz hastalarındaki depresiflik düzeyinin yordanmasında kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve sosyotropi-otonomi. Türk Psikiyatri Dergisi, 2008, 19 (1): 19-28.

Bolat Oİ. Öz yeterlilik ve tükenmişlik ilişkisi: Lider-üye etkileşiminin aracılık etkisi. Ege Akademik Bakış. 2011; 11 (2): 255-266.

Boyras G, Aydın G. Yetiştirme yurdu ve anne-baba yanında kalan ergenlerde öğrenilmiş güçlülük. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2003; 2 (20): 59-64.

Chang MM, Ho CM. Effects of locus of control and learner-control on web-based language learning. Computer Assisted Language Learning. 2009; 22 (3): 189-206.

Coşkun F. Üniversite Giriş sınavına hazırlanan adaylarda umutsuzluk ve öğrenilmiş güçlülük. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2010. 1-89.

Coşkun Y. Lise öğrencilerinde öğrenilmiş güçlülük ve kontrol odağı algılama düzeyi ilişkisi. Marmara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2013; 25 (25): 71-85.

Cüceloğlu D. Çocukların içimde bir acı. Altınoluk Dergisi. 2003; 203 [http://dergi.altinoluk.com/index.php?sayfa=yazarlar&yazar\\_no=922&MakaleNo=d203s056m1&AdBa sHarf=&limit=0-1](http://dergi.altinoluk.com/index.php?sayfa=yazarlar&yazar_no=922&MakaleNo=d203s056m1&AdBa sHarf=&limit=0-1) sitesinden (22.07.2017) tarihinde erişilmiştir.

Çakır Ö. Çalışma yaşamında öğrenilmiş güçlülük ve iş stresi ile başa çıkmada rolünü belirlemeye yönelik bir araştırma. 17. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2009b: 100-106.

Dağ İ. Rosenbaum'un öğrenilmiş güçlülük ölçeğinin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 1991; Cilt 2, Sayı 4, Sayfa 269-274

Dağ İ. Kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve psikopatoloji ilişkileri. Psikoloji Dergisi. 1992; 7 (27): 1-9.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Demirci S. Düşünme ihtiyacı ölçeği, psikometrik özellikleri: Düşünme ihtiyacı, kontrol odağı inancı ve öğrenilmiş güçlülük ilişkilerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1998.

Demirtaş HA. Sosyal kimlik kuramı, temel kavram ve varsayımlar. İletişim Araştırmaları Dergisi. 2003; 1 (1): 124-144.

Dil,S. , Bulantekin, Ö. Hemşirelik Öğrencilerinde Akademik Başarı Düzeyi ile Aile İşlevselliği ve Kontrol Odağı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi Psikiyatri Hemşireliği Dergisi Journal of Psychiatric Nursing 2011; Cilt 2, Sayı 1, Sayfa:17-24

Duman B. Attribution Theory (Katkı=Anlam Yükleme Teorisinin) Öğrenme-Öğretme Sürecinde Öğrencilerin Öğrenilmiş Çaresizliği Üzerindeki Etkisi, 13. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, İnönü Üniversitesi, Malatya, 2004; Sayfa 129-131.

Düzgün Ş, Hayalioğlu H. Öğrencilerde öğrenilmiş çaresizlik düzeyinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi. 2006; Cilt (13): 404-413.

Erdoğan B, Örgütsel Güç ve Politika: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, Yönetim Dergisi, Yıl 8, Sayı 26, Ocak - 1997, s. 21-31

Gemlik N, Sıgır Ü, Sur H. Sosyal karşılaştırma ve öğrenilmiş güçlülük ilişkisinin yönetsel etkileri, hastane yöneticileri ve çalışanları üzerine bir araştırma. Yönetim. 2007; 18, (57): 55-66.

Gözene Ö. Riskli alkol kullanan üniversite öğrencileri ile riskli alkol kullanmayanlarda, stresli yaşam olayları, iç-dış kontrol odağı inancı ve öğrenilmiş güçlülük değişkenlerinin ilişkilerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2002.

Gültekin G. 9-14 Yaş Grubundaki Akut ve Kronik Hastalığı Olan Çocukların Denetim Odağı Ve Benlik Kavramı Düzeylerinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2003, Ankara (Danışman: Doç.Dr. Gülen BARAN)

Maraşlı M. Bazı özelliklerine ve öğrenilmiş güçlülük düzeylerine göre lise öğretmenlerinin tükenmişlik düzeyleri, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 2005; 6, (23): 27-33.

Türkel YD, Tezer E. Parenting styles and learned resourcefulness of Turkish adolescents. Adolescence. 2008; 43 (169): 143-152.

Yeşilyaprak B. Kişilik Gelişiminde Ailesel Faktörlerin Etkisine İlişkin Bir Araştırma Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 1993;1 (3): 3-1

*Usaysad Derg, 2018; 4(1): 54 -73(Araştırma makalesi)*

## SAĞLIK HİZMETLERİNDE YALIN YÖNETİM: BİR ÖZEL HASTANE KORONER YOĞUN BAKIMI DEĞERLENDİRMESİ

**Doğancan ÇAVMAK**

İstanbul Arel Üniversitesi Meslek Yüksekokulu

[dogancancavmak@arel.edu.tr](mailto:dogancancavmak@arel.edu.tr)

<https://orcid.org/0000-0002-3329-4573>

Makale gönderim-kabul tarihi (17.03.2018-10.04.2018)

### Özet

Günümüz rekabet koşulları, sağlık işletmelerinin de güçlü bir finansal ve insan kaynağı yönetimine ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Ortaya çıkışı ve gelişimi endüstri alanında olan yalın yönetim, bugün artık birçok sağlık işletmesinde sürdürülebilirliğin anahtarı olarak görülmektedir. Bu çalışmanın amacı, özel bir hastanenin yoğun sirkülasyona sahip olan, on yataklı koroner yoğun bakım servisini yalın yönetim anlayışı doğrultusunda değerlendirmektir. İlk olarak yoğun bakıma ait değer akış haritası, gözlem ve ilgili personelle yapılan görüşmeler doğrultusunda ortaya çıkarılmış ve bu değer akış sürecinde meydana gelen israflar tespit edilmiştir. Temelde yoğun bakıma iki türlü hasta geliş sürecinin varlığı göze çarpmaktadır. Bunlardan ilki sevk ile gelen hastalar iken, bir diğer grup polikliniklerden gelen hastalardır. Sevk ile gelen hastaların değer akışı incelendiği zaman, özellikle ilgili ambulansın belirlenmesi sürecinde entegrasyonun olmayışının uzun bekleme sürelerine yol açtığı görülmüştür. Poliklinikten gelen hastaların, kan alma için ayrı bir merkeze gitmeleri gereği, gereksiz efor ve zaman noktasında israfa yol açmaktadır. Yoğun bakım sürecinin genel işleyişinde, stokların birtakım aksaklıklar yarattığı, yoğun bakım personeli, ecza deposu ve nakliyat süreçlerinde israfa yol açan, bekleme ve karmaşıklıkların olduğu görülmüştür. Çalışma sonucunda hastanenin, personelini daha akılcı kullanması, stok kontrolü için Kanban metodunu uygulamaya başlaması, karışıklıkların giderilmesi ve düzenin sağlanması adına Kaizen grupları oluşturarak 5S yöntemini uygulamayı ve hasta akış sürecini değerlendirerek, özellikle kan alımı ve malzeme nakliyesi sürecinde meydana gelen gereksiz efor ve zamanı ortadan kaldırdığı görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** sağlık hizmetleri, koroner yoğun bakım, yalın yönetim, değer akışı haritalama

## LEAN MANAGEMENT IN HEALTHCARE SERVICES: AN EVALUATION OF A PRIVATE HOSPITAL CORONARY INTENSIVE CARE

### Abstract

The competition of today's world requires that healthcare institutions need to empower financial and human resources management. Lean management which invented and improved by the industry is accepted as a key to allocate a sustainable services in healthcare as well. This study aims to evaluate a heavy circulation coronary intensive care unit in terms of lean management principles. Firstly, the value stream mapping of the process is created by observing the steps in the process and interviewing with the related personell. There are basically two types of patient processes in coronary intensive care unit. The first is referral patients while the second is patients who come from policlinics. The waiting times due to determining suitable ambulance were observed intensively when the referral patient process was examined. Patients who come from policlinics need to apply to blood collection center outside from the unit. This causes more waiting times and unnecessary walking. Some kind of wastes related to inventory such as waiting for the material, transporting and untidiness were detected as well. In conclusion, the hospital can prevent wastes in inventory, transporting, waiting and unnecessary efforts by managing the human resources more rational, using Kanban and 5S method in inventory and forming Kaizen groups for specific events in the processes.

**Keywords:** healthcare services, coronary intensive care, lean management, value stream mapping

### GİRİŞ

Günümüz dünyasında rekabet büyük bir öneme sahiptir. İşletmeler artık kalite düzeyini yüksek tutma amacının yanı sıra, yüksek kaliteyi daha düşük maliyet ile sunmanın da farklı yollarını aramaktadır. Dolayısı ile rekabet dünyası, hizmet ve mal kalitesinin artışını sağlarken, bir yandan da işletmeleri yaratıcı olmaya, maliyetleri düşürecek sistemler geliştirmeye sevk etmektedir. Bu gelişimi sağlayabilmek, günümüz işletmelerinin varlıklarını sürdürebilmesinin temel koşulu olarak belirmektedir.

Bu rekabetçi çevreden sağlık sektörü de en az diğer alanlar kadar etkilenmektedir. Günümüz dünyasında sağlık hizmetlerinden olan beklenti düzeyi yükselmektedir. Bireyler artık sağlık hizmetlerinden daha rahat yararlanabilme, ihtiyaçlarının hızlı bir şekilde giderilmesi ve herhangi bir zarara uğramama beklentisi içerisinde. Sağlık işletmeleri için varlıklarını sürdürebilmek, hizmet



alıcılarına değer katan süreçler geliştirmek, bekleme sürelerini azaltmak ve olumlu bir imaj geliştirebilmekten geçmektedir. Sağlık işletmeleri aynı zamanda, hizmet kalitesinde azalmaya sebep olmadan maliyetlerini de katlanılabilir bir düzeyde tutmak durumundadırlar. İşletmeler bu durum için özellikle, iş akış süreçlerini ve ilgili kaynakları doğru planlamalı, işletmeyi zarara uğratabilecek aksaklıkların ve hataların meydana gelmemesi için, etkili bir yönetim süreci gütmelidir.

Hizmet üretim sürecinde meydana gelene israflar ve hatalar, sağlık hizmet maliyetlerinin yükselmesinde büyük bir role sahiptir. Yalın yönetim, geliştirmiş olduğu felsefe ve aynı zamanda teknikler ile israfı asgari düzeyde tutmayı, hataları önlemeyi ve iş süreçlerinin daha aktif bir şekilde ilerlemesini sağlamak üzerine tasarlanmıştır. Toyota Üretim Sistemi ile anılan yalın yönetim, sağlık hizmetlerinde gittikçe daha büyük bir öneme sahip olmaktadır. Yalın yönetim ilkelerinin, sağlık işletmelerini birçok alanda, yoğun teknolojik malzeme yatırımından kurtardığı, insan kaynağının çalışma şartlarını iyileştirdiği ve müşterilerin memnuniyet düzeyini arttırdığı görülmektedir.

Türkiye’de kamu ve özel hastane işletmeciliği noktasında, yalın fikrine yönelik ilgi son dönemlerde artmış olmasının yanı sıra, ağır bir seyir göstermektedir. Yalın metotlarının uygulanması üzerine, daha yoğun çalışmaların yapılması gerektiği görülmektedir. Yalın fikrine yönelik teorik temelli çalışmalar, yalına yönelik bilgi birikimini arttırmasının yanı sıra, uygulama noktasındaki çalışmaların azınlıkta kalması ilerleme için olumsuz bir gösterge durumundadır. Çalışma bu amaç doğrultusunda, bir özel hastane koroner yoğun bakım sürecinin incelenerek, değer akışı haritasının çıkarılması, akış sürecinde meydana gelen bekleme süreleri ve sorunların tespit edilmesi ve bu süreçlerin yalın yönetim prensipleri açısından irdelenmesi üzerine planlanmıştır. Çalışmanın temel araştırma konusu, ilgili süreçlerde yalın anlayış ile çelişen noktaları tespit etmek ve yalın felsefesine uygun adımların nasıl olması gerektiğini tartışmaktır. Araştırma kapsamında hastanenin ilgili süreçleri gözlemlenmiş, ilgili uzmanlardan görüşler alınmış ve süreçler bu doğrultuda değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

### 1. Yalın Yönetim Yaklaşımı

Yalın yönetim fikri ilk olarak endüstri dünyasında ortaya çıkmıştır. Üretim süreçleri maliyetlerinde meydana gelen yükselmeler, işletmelerin farklı arayışlara yönelmelerine sebep olmuştur. Toyota bu alanda en büyük atılımlardan birini gerçekleştirerek, Toyota Üretim Sistemini(Toyota Production System) kurmayı başarmıştır. Bu başarı, yalın yönetimin ortaya çıkışı olarak bilinmektedir (Jackson 1996).

Yalın yönetim kitlesel üretimden bir kopuşu ifade etmektedir. Geleneksel kitlesel üretim tarzında, amaç en fazla çıktıyı elde etmektir. Piyasa birtakım ürünler tarafından domine edilmiş olduğu için,

müşteri istekleri bu dönemde pek bir önem arz etmemektedir. Ford tarzı üretim olarak bilinen bu yaklaşımda, üretim bandı üzerinde en küçük parçalarına kadar ayrılmış olan süreçler gerçekleştirilmekte ve herhangi bir gelişmiş pazarlama çabası güdülmemektedir (Chiarini 2012). Ancak müşteri talep ve beklentilerinin artması, üretimde farklılaştırmayı ve müşteri odaklı olmayı gerektirmektedir. Yalın yönetim üretim sistemi, nihai tüketici tarafından tetiklenen bir çekme sistemi (pull system) halini almıştır.

Yalın yönetim esasında bir felsefe içermektedir. Bu felsefe yoğun olarak Japon kültürü ile şekillenmiştir. İşbirliği, bilgi paylaşımı, sorun çözme ilkesi, yeni fikirlerin desteklenmesi ve çalışma kültürünün yaratılması bu felsefenin bileşenleri arasındadır (Lai ve Cheng 2009). Toyota üretim sisteminin temelinde bu felsefe ile birlikte, üretim sisteminin programlanması ve pürüzsüz olması manasını taşıyan Heijunka, sürekli gelişim ve ilerleme ilkesini ifade eden Kaizen ve standartlaştırılmış iş süreçleri yer almaktadır (Rüttiman ve Stöckli, 2016).

Yalın yönetimin temel amacı, israfı ortadan kaldırmak ve maliyetleri düşürmektir. Yalın yönetim, bu süreçte insan kaynağını en etkin şekilde kullanmak amacı güder. Bu anlayışa göre, insan kaynağı bir maliyet alanı değil, süreçlerin temel yapıtaşı durumundadır. Dolayısı ile israfların ortadan kaldırılarak, süreçlerin maksimum düzeyde çalışmasını sağlamak, insan kaynağını süreçlere doğru dahil etmek ve işbirliğini sağlamaktan geçmektedir. (Liker, 2004).

Yalın yönetim süreçlerinin uygulanabilmesi için öncelikle, yalın felsefesinin insan kaynağı tarafından benimsenmesi gerekmektedir. Bu durum için, işletme ile insan kaynağı arasında etkin bir örgüt kültürünün varlığı zaruridir. Teknik anlamda yalın süreçlerinin gerçekleştirilebilmesi için aşağıdaki aşamaların gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Simon ve Canacari 2012);

1. İlgili sürecin akış haritasının çıkarılması
2. Süreçlerde meydana gelen aksaklıklar ve israfların tespit edilmesi
3. Aksaklık ve israflara sebep olan faktörlerin irdelenmesi
4. Alternatif uygulamalar üretilmesi için Kaizen gruplarının oluşturulması
5. Yalın ilkeler doğrultusunda geliştirilen yöntemlerin uygulanması
6. Süreçlerin tekrardan kontrol edilmesi ve değerlendirilmesi

Değer akışı haritalama, ilgili süreç içerisindeki, insan, madde-malzeme ve bilginin akışını temsil eden görsel bir sunum yöntemidir. Detaylı bir görünüme sahip olan değer akışı haritalamasının temel amacı, ilgili sürecin akış yönü ve tarzının, ilgili tüm paydaşlarca bilinirliğini sağlamak ve süreçlere müdahale edebilmek adına, somut veriler elde etmektir (Gellad ve Day, 2016).

Yalın yönetim anlayışında israf, üretim sürecine ve müşteriye değer katmayan herhangi bir çaba veya unsur olarak ifade edilir. Aşırı üretim, bekleme süreleri, gereksiz hareket/yürüme, yüksek düzeyde envanter/stok, aşırı süreç/prosedür ve hatalar, israf olarak kabul edilir (Simon ve Canacari 2012). Özellikle stok yönetimi, yalın yönetim için büyük bir öneme sahiptir. Yüksek oranda stok tutmak işletmelerin maliyetlerini yükseltmektedir (Manos ve diğ., 2006). Stok planlamasının etkin yapılmaması, gereksiz ürün satın alınmasına, depolama maliyetlerine, miadı dolan ürünler sebebi ile hem malzeme kaybına hem gereksiz lojistik faaliyetlere sebep olmaktadır. Dolayısı ile yalın yönetim, tedarikçiler ile gelişmiş altyapıların kurulması yolu ile tedarik süreçlerinin hızlandırılmasını ve depolarda çok fazla malzemenin stoklanmamasını savunur. Bunun için “Tam Zamanında Üretim (Just in Time)” prensibini geliştirmiştir. Tam zamanında üretim envanter düzeylerinin düşük tutulması ve süreçlerin müşteri tarafından çekilmesi (pull system) prensibine dayalı olarak, maliyetlerin düşmesini ve verimliliğin artmasını sağlamaktadır (Kootanee ve diğ., 2013).

Yalın, maliyetleri düşürmek adına, yoğun yatırım gerektiren teknolojik uygulamaların yerine, birtakım manuel uygulamalar koymayı amaç edinmiştir. Bunun en bariz örneği “Kanban” kart sistemi uygulamasında görülebilmektedir. Kanban “kart ve sinyal” anlamlarını taşımaktadır. Kanban envanter kontrol sürecini, bilgisayarlara bağlı kalmadan gerçekleştirilmek üzere tasarlanmış bir anlayıştır. Özellikle hizmet birimlerinde kullanılacak Kanban, ilgili materyallere tutturulmuş bir işaret kâğıdıdır. Bu durum ilgili malzemenin kolayca tespit edilebilmesini sağlamaktadır. Kanban ile birlikte çift kutu yöntemi de kullanıldığı zaman, envanter süreci birimlerde tamamen görsel hale gelmiş bir şekilde, kolayca gerçekleştirilebilmektedir. Böylece envanter süreçlerindeki karışıklık ve dağınıklıklar giderilmiş olmaktadır (Stofisch 2011; Jackson 2009).

## 2. Sağlık Hizmetlerinde Yalın Yönetim

Yalın yönetim ilkeleri zaman geçtikçe sağlık işletmeleri tarafından da benimsenmeye başlanmıştır. Doğası gereği hata kabul etmeyen sağlık hizmetlerinde, hizmet süreçlerinden kaynaklı birçok hata meydana gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde meydana gelen hataların, diğer hizmet alanlarından farklılaştığı nokta, ortaya çıkan zararın maddi olmanın ötesine geçmesi ve insan hayatına mal olmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), her on hastadan birinin, hastane bakım süreçlerinden dolayı zarar gördüğünü belirtmektedir([http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/), 2017).

Sağlık hizmetlerinde müşterilerin ve hastaların birincil beklentileri, rahatsızlıktan kurtulmak, iyileşebilmek ve tüm bunları çok fazla beklemeden elde etmektir. Hasta için değer katan unsurlar, bu beklentilerin pozitif yönde olmasıdır. Bu durum sağlık hizmetlerinde medikal hizmetlerin etkililiği yanında, yönetim anlayışının da gelişmiş olması gerektiğini göstermektedir. Özellikle bekleme

sürelerinin azaltılması ve süreçlerin aksamadan ilerleyebilmesi, yönetim anlayışının müşteri odaklı ve proaktif olması gerekmektedir (Lilrank ve Peltokorpi, 2006).

Yalın yönetim anlayışının etkili bir şekilde yönetilebilmesi için, işletmelerin sürekli gelişme olarak ifade edilen Kaizen mantığı ile çalışmaları büyük bir öneme sahiptir. İşbirliği, ekip çalışması ve özverinin önde gelen kavramlar olduğu sağlık hizmetlerinde, Kaizen çalışma gruplarının oluşturulması, tüm tarafların katılımını sağlamak ve işletmeye dair aidiyet ruhuna geliştirmek için etkin bir adımdır. Süreçlerin küçük parçalar halinde incelenerek, analiz edildiği ve iyileştirmeler üzerinde çalışıldığı Kaizen grupları, hizmet süreçlerini yakından görebilmek ve aksaklıkları tespit edebilmek için etkili bir yöntemdir (Jackson, 1996).

Sağlık hizmetlerinde yalın yönetim anlayışının uygulanabilmesi için öncelikle, hizmetlerde yer alan israf alanlarının tespit edilmesi gerekmektedir. Bu israf alanları her işletme için farklılaşsın rağmen, ortak bazı alanlar dâhilinde ifade edilebilir. Sağlık hizmetlerinde meydana gelen israflar başlıca aşağıdaki gibi sıralanabilir (Grabau, 2011 );

1. Hatalar; yanlış ilaç, yanlış tahlil tüpü, yanlış teşhis vb.
2. Aşırı üretim; gereksiz tetkikler, konsültasyonlar vb.
3. Beklemeler; randevu için bekleme, personel yetersizliğinden kaynaklı tedavi, tetkik bekleme vb.
4. Envanter; miadı dolmuş ürünler, düzensiz stoklama, dağınıklık
5. Hareket; gereksiz yürümler, materyal eksikliğinden kaynaklı gereksiz efor vb.

İsraf alanlarının tespitinden sonra, bu israfların kaynağının belirlenmesi, sorunun çözümü için önemli bir noktadır. Kaizen anlayışı, esas olarak kök nedenlerin tespit edilmesi ile yakından ilgilenir. Sorunların asıl nedenleri ile değerlendirilmemesi, yalnızca birtakım yüzeysel bulguları yok edebilme ile sonuçlanacaktır. Ancak detaylı bir kök neden analizinin yapılması, uygulanacak müdahalelerin etkin olması noktasında uygun bir yaklaşım olacaktır (Grabau, 2011).

Günümüzde birçok sağlık işletmesi yalın prensiplerin benimsenmesi ile büyük başarılar ve maliyet avantajları elde etmiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde hizmet sunan Le Theadacare hastanesi yalın yönetim uygulamaları sayesinde bekleme süresini %17, maliyetlerini ise %14 düşürmeyi başarmıştır (Grout ve Toussaint, 2010). Aynı şekilde Virginia Mason Medical Center, yalın yönetim anlayışları doğrultusunda organize etmiş olduğu Kaizen Grupları sayesinde işletmenin genel verimliliğini %44 oranında arttırmayı başarmıştır(Bohmer 2010). Yapılan bir değer akışı haritalama çalışmasında,

uygulamanın süreçler içerisinde kalite geliştirmeye yönelik ihtiyaç alanlarının tespit edilmesinde efektif bir yöntem olarak kullanılabildiği ifade edilmiştir (Ramaswamy ve diğ., 2017).

Türkiye’de yalın yönetime yönelik çalışmaların artan bir ivme içerisinde olduğu görülmektedir. Özellikle literatür doğrultusunda yapılmış analizlerin ağırlıkta olduğu ifade edilebilir. Yıldız ve Yalman (2015), yaptıkları literatür taraması çalışması sonucunda, yalın yönetimin, israf ve maliyetlerde azalma, verimlilikte artma, tedavi ve teşhis süreçlerinde hızlanma sağladığını ifade etmişlerdir (Yıldız ve Yalman, 2015).

Efe ve Engin’e (2012) ait bir çalışmada, bir Numune Eğitim Araştırma Hastanesi’nin acil servisi analiz edilmiş ve değer akış haritası oluşturulmuştur. İlgili çalışmada, bekleme sürelerinin ve gereksiz hareketlerin sistemde çıkmazlara yol açtığı görülmüştür. Yapılan gelecek durum analizi ile süreçlerde %36,6 oranında bir iyileştirme sağlanabileceği ifade edilmiştir (Efe ve Engin, 2012). Değer akış maliyetleme üzerine Deran ve Beller (2014) tarafından yapılmış olan çalışmada, geleneksel maliyetleme ve gelir tablolarına nazaran, değer akış maliyetlemenin daha görünür ve net veriler sunabildiği ifade edilmiş ve değer akış maliyetlemenin uygulanması önerilmiştir (Deran ve Beller, 2014).

Yurtdışı menşeli çalışmalar incelendiği zaman, iyileştirmelerde Kaizen gruplarının büyük oranda katkısının bulunduğu görülmektedir. Kaizen gruplarının süreci görsel bir hale getirebilmesi ve doğru tespitler yapabilmesi noktasında kullandıkları temel materyalin değer akışı haritası olduğu görülmektedir. İlgili tüm paydaşların katılımı ile gerçekleştiren bu görselleştirme çalışması, yoğun bir teknoloji yatırım maliyeti yaratmamasından kaynaklı olarak, oldukça avantajlı bir yöntemdir. Ülkemizde değer akışı haritalaması üzerine yapılmış çalışmalara olan ihtiyacın yüksek olduğu görülmektedir. Türkiye sağlık sektöründe Kaizen anlayışının yerleşebilmesi, işbirliğinin tahsisi ve ölçümlere dayalı yönetim için önemli bir araçtır. Kaizen grupları, spesifik olarak belirlenmiş süreçler üzerine gerçekleştirilmektedir. Dolayısı ile bir hastaneyi veya sağlık sistemini bir bütün olarak görmenin yanı sıra, tüm belirli alt süreçlerin de paydaşlar ile değerlendirilmesi gerekmektedir. Kaizen ve değer akışı haritalama çalışmaları, hizmet sunuculara ve yöneticilere bu şansı sunmaktadır. Bu yöntemin sağlık sektörü tarafından benimsenir hale gelmesinde, akademik çalışmaların etkisi kilit konumdadır.

## 1. YÖNTEM

Araştırma bir özel hastane Koroner Yoğun Bakım servisinin (KYB) gözlem ve ilgili çalışanlardan bilgi alınması aracılığı ile değer akış haritasının çıkarılması ve israf noktalarının belirlenip, yalın yönetim açısından değerlendirilmesine dayanmaktadır. Yoğun bakım üniteleri, hizmette aksamaların

tolere edilemediği alanların başında gelmektedir. Hastalara ivedilikle müdahale edilebilmesi ve personelin her zaman harekete geçebilecek durumda bulunmaları oldukça önemlidir. Çalışmada koroner yoğun bakım ünitesinin seçilmiş olmasının sebebi, Türkçe literatürde, yalın yönetim anlayışı açısından inceleme altına alınmamış olması ve hayati önem arz eden hizmet süreçlerine Kaizen anlayışı ve değer akışı analizi çerçevesinde, yalın bir bakış açısı kazandırılabilmesi üzerine öneriler sunulmasının amaçlanmasıdır. Aynı zamanda, literatürde değer akışı haritalama uygulamaları ve sağlık kurumlarında meydana gelen özellikle envanter ve işgücü israfına yönelik çalışmaların oldukça az olduğu görülmektedir. Yabancı literatür ve uygulamalarda, yalın yönetim anlayışının pratiğe yansımada Kaizen gruplarının ve değer akışı haritalamanın kilit konumda yer aldığı görülmektedir. Dolayısı ile çalışma, güncel maliyet yönetimi ve müşteri memnuniyeti sağlama araçlarından olan yalın yönetim ve değer akışı haritalama uygulamaları ile Türkiye sağlık sektörünün daha yakından ilgilenmesine katkı sunmayı amaçlamaktadır.

Çalışma öncesinde, ilgili özel hastaneden çalışma yapılmasına dair izin alınmış ve aynı zamanda ilgili birimin yöneticilerinin de onayına başvurulmuştur. Değer akış haritasının çıkarılması sürecinde, KYB servisi, araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir. KYB servisine ait iş akış süreçlerinin net olarak anlaşılabilmesi için, süreçte rol alan, tıbbi sekreter, sorumlu hemşire ve hekimler ile görüşme yapılarak, sürece dair bilgiler toplanmıştır.

### **Araştırmanın Modeli**

KYB servisinin değer akışı haritalaması yapılırken ilk olarak araştırma planı yapılmıştır. Araştırma planı hazırlanırken değer akışı haritalama adımları oluşturulmuştur. Mevcut durum analizi, israfların belirlenmesi, israfı giderecek önlemlerin sunulması şeklinde izlenecek bir yol çizilmiştir. Değer akışı haritalaması yapılırken sürecin daha iyi tanımlanması adına 6 hasta grubu oluşturulmuştur. Muayene, sevk, efor, EKG, Laboratuvar, Anjio, PTCA, Stent, Medikal Tedavi Hizmetleri ve ek hizmetler değer akışı haritalaması için seçilmiştir.

### **Araştırmanın Kısıtları**

Araştırmanın kısıtları arasında, ilgili süreçlere dair zaman ölçümünün kesin ölçümler ile belirlenememiş olması ve ilgili çalışanların deneyimleri doğrultusunda alınan bilgiler ile kısıtlı kalmış olmasıdır. Aynı zamanda hastaların, hizmetlere yönelik algılarının ve memnuniyet durumlarının zaman ve maliyet açısından değerlendirilememiş olması da bu kısıtlılıklar arasında yer almaktadır.

## 2. BULGULAR

Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanenin KYB servisi, hastanenin merkezi konumda olması ve tam teşekküllü hizmet vermesi dolayısıyla hasta sirkülasyonunun yoğun olduğu bir birimdir. Devlet hastanelerine başvuran hastaların da birçoğu bu sebeple KYB servisine sevk edilmektedir. KYB servisi 10 yataklıdır. KYB servisinde, gündüz vardiyasında 1 sorumlu hemşire, 2 hemşire, 1 porter ve 1 tıbbi sekreter görev yapmaktadır. KYB gece vardiyasında 2 hemşire ve 1 porter görev yapmaktadır. KYB servisinde 1 profesör doktor ile 2 uzman hekim görev almaktadır. Gece vardiyası için nöbetçi kardiyolog bulunmaktadır. KYB servisinin günlük hasta sayısı ortalama 6'dır. Aylık hasta sayısı ise ortalama 130'dur. Hastaların işlem sonrası durumlarına göre ortalama kalış süresi 1 gündür.

Hasta, hastane KYB servisine, iki şekilde başvurmaktadır. Bunlardan ilki hastanın, acil servisten girişi yapılarak gerçekleşmektedir. Acil serviste ayaktan kayıt hizmetleri verildikten sonra hasta, KYB servisine yerleştirilmektedir. İkincisi ise hastanın hastane kardiyoloji polikliniğine başvurup oradan yönlendirilmesidir. Orda da süreç yatış-çıkış biriminde girişler tamamlandıktan sonra hastanın KYB servisine yerleştirilmesi şeklinde ilerlemektedir. Değer akışı haritasına başlanabilmesi için oluşturulan, ilgili işlemlere göre gruplanmış hasta grupları Tablo 1.'de yer aldığı şekildedir.

**Tablo 1. Hasta Grupları**

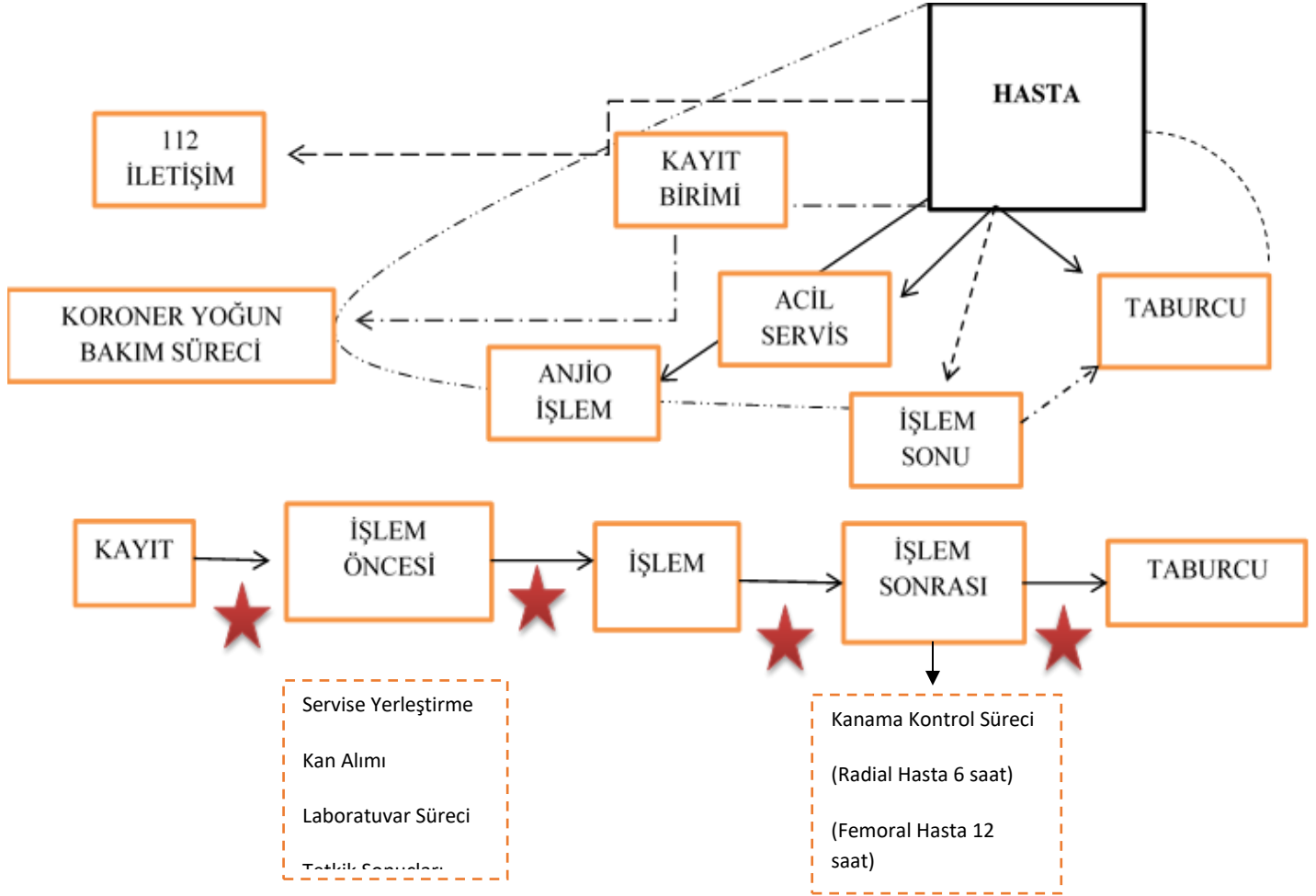
Hasta Grup Numarası	Yapılan İşlemler
1	Muayene
2	Muayene + Efor
3	Muayene + Efor + Laboratuvar + Anjiyo + Medikal Tedavi
4	Sevk + Laboratuvar +EKO+ Anjiyo + PTCA + Stent
5	Muayene + EKO+ Efor + Laboratuvar + Anjiyo + Medikal Tedavi
6	Sevk + Anjiyo + PTCA + Stent

Hasta grupları, KYB servisine başvuruda bulunan hastalara gerçekleştirilen hizmetleri içermektedir. Araştırmamız kapsamında oluşturulan değer akışı haritası 4. ve 5. hasta gruplarını kapsamaktadır. İlk olarak 4. hasta grubu incelenmiştir. Hastane KYB servisine sevk ile gelen hastalar için süreç 112 telefon hattı üzerinden sevki gerçekleştirecek kurum doktoru ile kabul işlemini gerçekleştirecek kurum doktorları aracılığıyla başlamaktadır. Doktor tarafından hasta hakkında gerekli tıbbi bilgiler alındıktan sonra hastanın servise getirilmesi için süreç başlamaktadır. Hastanın kabulünden sonra, hastanın servise getirilmesi için belirli bir süre geçmektedir. Bu süre zarfında bazı karışıklıklar yaşanmakta ve hasta zaman kaybetmektedir. Hastanın kabul edildiği kuruma girişi gerçekleştirilirken acilden ayaktan muayene kaydı istenmektedir. Kayıt açılabilmesi için acil vezne tarafından kardiyoloji doktoruna konsültasyon istemi yapılmakta ve istek karşılanınca hastanın KYB servisine yatışı gerçekleştirilmektedir. Yatış kaydı açılan hasta KYB servisine 112 ekipleri tarafından teslim edilmektedir.

Hasta servise girişinden itibaren yatağına yerleştirilmekte, hasta onamları alındıktan sonra kan tetkikleri yapılmaktadır. Hasta monitöre bağlandıktan sonra doktorun gelişi ve tedavinin planlanması beklenmektedir. Poliklinikten hızla gelmeye çalışan doktor, hemşirelerden telefonla bilgi almaktadır. Doktorun gelişinden sonra tedavi planlanmakta, laboratuvar dan kan tetkik sonuçlarının onaylanması ile hasta Anjiyo işlemine alınmaktadır. Bu süreçte en çok zaman israfı laboratuvar sürecinde yaşanmaktadır. Hasta işlem den çıktıktan sonra işlem esnasındaki durumuna göre hastanede kalış süresi değişmektedir. Hastanın kanama riski geçtikten sonra taburculuğu planlanmaktadır. Sürece ek olarak servis içerisinde hastaya tomografi, ultrason gibi tetkiklerle birlikte kan değerlerine göre hastanenin diğer doktorlarından konsültasyon ile destek istenmektedir. Konsültasyon hekiminin notlarına göre hasta tedavisinde gerekli düzenlemeler sağlanmaktadır.



Şekil 1: Sevkle Gelen Hasta Değer Akışı

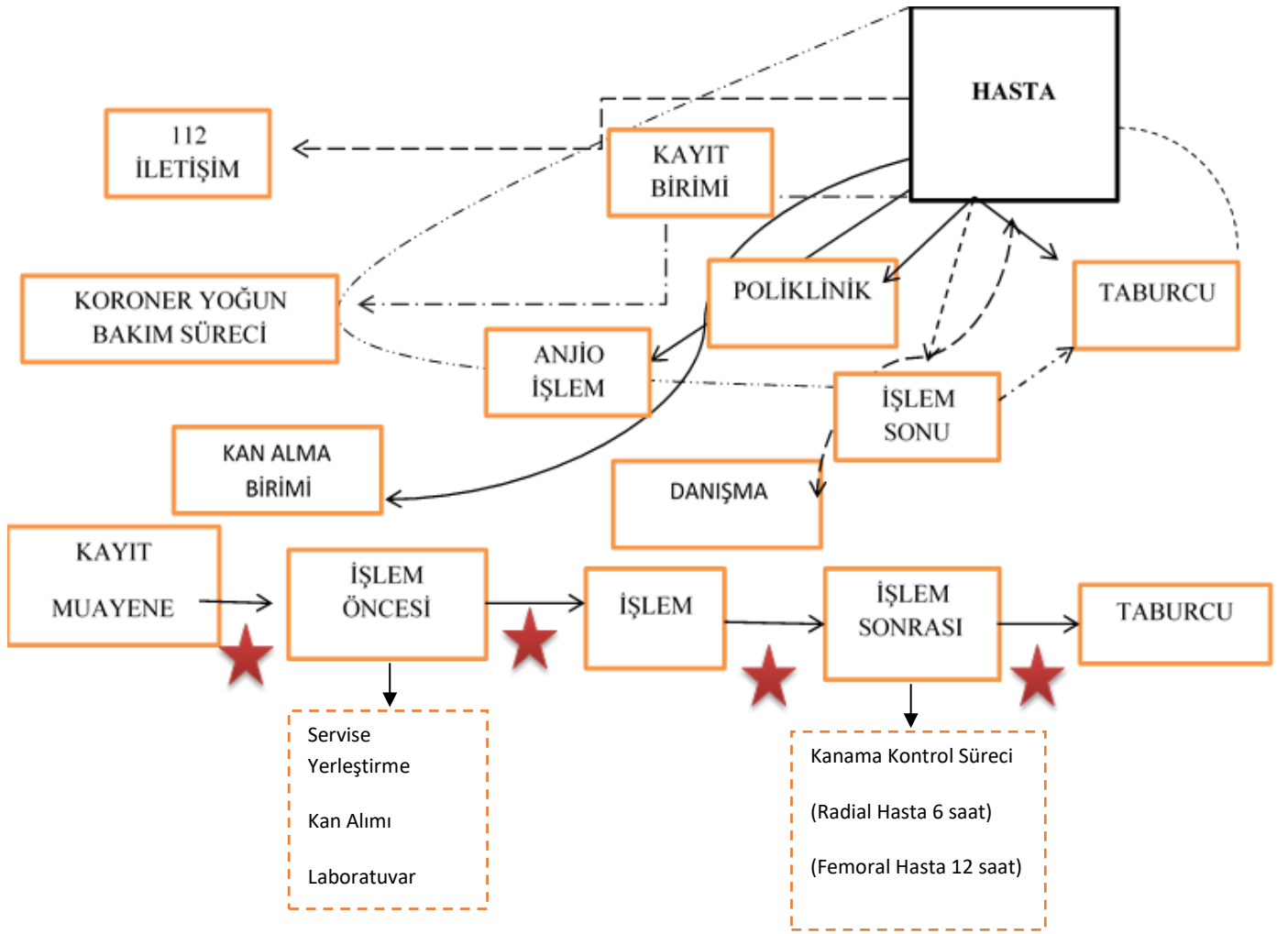


Şekil 1 de, Koroner Yoğun Bakım ünitesine sevkle gelen hasta yolculuğuna yönelik yüksek seviyeli bir değer akışı gösterilmektedir. Değer akışı haritası hastanenin matris yapısı dolayısıyla karmaşık bir yapıdadır. Değer akışı haritasının üst kısmında, farklı birimler ile koordinasyon, servisler ve bilişim sistemleri arasındaki enformasyon akışları izlenmektedir. Değer akış haritasının alt kısmı, hastanın bakımı ile ilgili seyri ifade etmektedir. Kırmızı yıldızlar süreç içerisindeki hasta bekleme sürelerini temsil etmektedir.

İkinci olarak da 5. hasta grubu olan poliklinik müracaatı incelenmiştir. Hastane randevu sistemi ile kardiyoloji doktoruna başvuruda bulunan hastalar, muayenenin ardından efor testi ve eko yapıldıktan sonra işleme karar verilirse KYB servisine alınmaktadır. İşlem kararı verilen hastalar ilk olarak kan alma merkezine yönlendirilmektedir. Oradan da yatış çıkış biriminden yatışları yapıldıktan sonra personel yardımı ile KYB servisine götürülmektedir. KYB servisine gönderilen hasta, servis

hemşireleri ve bölüm sekreteri tarafından karşılanmaktadır. Hasta yatağına yerleştirildiğinde poliklinikte eksik alınan kan tetkikleri için ikinci bir kan alma işlemi gerçekleştirilmektedir. Daha sonra kan sonuçlarına göre doktor tedavi planlaması yapıp hastayı yoğunluğuna göre işleme almaktadır. Gerçekleştirilen Anjio işlem sonrası hastanın işlemdeki sonuçlarına göre taburculuk işlemleri yapılmaktadır.

Şekil 2. Poliklinikten Gelen Hasta Değer Akışı



Şekil 2’de de, Koroner Yoğun Bakım ünitesine poliklinikten gelen hasta yolculuğuna yönelik yüksek seviyeli bir değer akışı gösterilmektedir. Bu hasta sürecine ait değer akışı haritası incelendiğinde, önceki akış da olduğu gibi üst kısım, farklı birimler ile koordinasyon, servisler ve bilişim sistemleri

arasındaki enformasyon akışlarını göstermekte iken alt kısım hasta bakım sürecini ifade etmektedir. Yine bu şekilde de kırmızı yıldızlar süreç içerisindeki hasta bekleme sürelerini temsil etmektedir

### Değer Akışında Yer Alan Aksaklıklar

KYB servisinde hizmet süreçleri incelenip analiz edildiğinde ortaya çıkan israflar, ilgili olduğu alan kapsamında sunulmuştur. İsrar tablosunun çıkarıldığı süreçler incelendiğinde iş süreçlerinde tam bir akış mevcut değildir.

1.Hasta Nakil Süreci: 112 aracılığıyla kurumlar arasında transfer olacak hastanın kabul sürecinde zaman kaybı yaşanmaktadır. Transferin gerçekleşeceği kurumun doktoru ile iletişime geçilememektedir. (Poliklinikte hasta bakması, laboratuvarında işlemde olması gibi nedenlerle vs.) İletişim kurulduktan sonraki süreçte hastanın hangi kurum tarafından ambulans ile alınacağına karar verilmektedir. Ambulansların uygun olmaması durumunda hasta için yine bir değer kaybı söz konusu olmaktadır. İstanbul trafiğinin de hesaba katılması ile birlikte hastaların çevre hastanelerden dahi sevki 1-2 saat ortalama ile gerçekleşmektedir.

2. Acil Servise Geliş ve KYB Servisine Geçiş: Sevk ile gelen hastalarda önce acil serviste ayaktan hasta kaydı yapılmaktadır. SGK kuralları gereği bu süreç izlenmektedir. Acil servisin yoğunluğuna göre hasta bekleme süresi değişiklik göstermektedir. Ayaktan hasta kaydı yapıldıktan sonra kardiyoloji hekimine konsültasyon atılmaktadır. Yatış çıkış birimi tarafından doktorun konsültasyon istemine yatış isteği ile cevap vermesi sonucu KYB yatışı gerçekleştirilmektedir. Bu süre zarfında doktorun hastane bilgi yönetim sistemi olan pusulasının başında olmaması, ameliyat veya yatış isteğinin beklenmesi ara ara pusula kayıt sisteminde yaşanan donmalar hastaya değer kaybı yaşatmaktadır.

3. Hastanın KYB Servisine Yerleştirilmesi: Servise gelen hasta bölüm hemşiresi ve sekreteri tarafından karşılanmaktadır. Hastanın aydınlatılmış onamlarının kendisinden ve ya yasal temsilcisinden alınmasının ardından hasta yatağına yerleştirilmektedir. Hasta geldikten sonra alanda iki hemşire ile bir sorumlu hemşirenin olması hastanın yatağına yerleştirilmesinin ardından bir süre beklemesine sebep olmaktadır. Alanın 10 yataklı olması belirli sürelerde hastaların üst üste gelmesi de bu sorunu tetiklemektedir. Hemşireler anamnez alma ve dosyayı oluşturma işlemi için hastanın yanına gelmektedir. Hemşire tarafından hastanın kanları alınmakta ve EKG'si çekilmektedir. EKG ve kan sonuçlarına göre hastalara anjio işlemi yapılmaktadır. İşlem gerektiren durumlarda doktorun poliklinikten gelmesi beklenmektedir. Doktorun poliklinik yoğunluğuna göre değişkenlik gösteren süreler hastalarda huzursuzluk yaratmaktadır. Doktor geldikten sonra işlem gerçekleşmektedir. İşlem

sonucunda hastalar 6 ila 12 saat aralığında kanama riskine karşı takip edilmektedir. İşlem sonu kan tetkikleri yapıldıktan sonra kanama riski geçen hastaların tedavisi planlanıp taburcu edilmektedir.

4.Stok Kullanımı: Alan içerisindeki dolaplarda hasta için kullanılacak malzemeler yer almaktadır. İlaçlar için ayrı bir depolama, sarflar için ayrı bir depolama alanı vardır. Her hasta için kullanılan malzemenin depo çıkışlı bir barkodu bulunmaktadır. Gün içerisinde iki kez kontrol sağlanarak her hastaya kullanılan malzeme bölüm sekreteri tarafından pusula sistemine girilmektedir. Hastaya kullanılan malzemenin barkodu hemşireler tarafından sarf girişim formuna yapıştırılmaktadır. Bu noktada hemşirelerin forma yapıştırmaması, elinde kalan barkodu başka hastaya yapıştırmaması, barkodsuz malzemeyi kullanması gibi sorunlar yaşanmaktadır. Diğer bir sorun ise bölüm çalışanlarının birbirinden habersiz olarak diğer bir servis veya bölüme stoktan malzeme vermesidir.

5.İlaç: KYB servisinde hastaya kullanılacak ilaçlar doktor tarafından order edildikten sonra eczane tarafından sağlanmaktadır. Eczanenin 9. katta yer alması hastalar ile aynı asansörün kullanılması ilaçların gelmesini geciktirebilmektedir. Bu durum ilaç uygulama saatlerinde aksaklıklar yaratmaktadır. Gözlemlenen başka bir sorun ise eczane çalışan sayısının 1 olmasıdır. KYB servisi için küçük ebatlarda olan ilaçlar, tüp bebek merkezi biriminde yer alan siwislog tüp sistemi üzerinden gönderilmektedir. KYB servis personellerinin alandan çıkıp bu bölüme gitmesi ve ilaçları alması zaman kaybı yaratmaktadır.

6. Malzeme Eksikliği: servis içerisinde kullanılan pump cihazı, enjektomat gibi demirbaşlardaki eksiklik diğer birimlerden istek yapmayı gerektirmektedir. İsteğin yapıldığı birimde o an için hastaya kullanılmayan demirbaşlar porter aracılığı ile KYB servisine getirilmektedir. Sirkülasyonun fazla olması ve KYB servisinde yatan yetmezlik hastalar göz önünde bulundurularak yedek demirbaş bulundurulması gerekmektedir.

7.Laboratuvar: KYB servisi laboratuvar sürecinde bölüm sekreteri hemşire ile birlikte doktorun istediği kan girişlerini pusula sistemi üzerinden hasta barkod numarası ile birlikte girmektedir. Hastanın daha önceki gelişlerinden yaptırılan kan sonuçları da pusula ekranında görülebilmektedir. 112 ile gelen hastalarda sevk edilen hastanede yapılan kan sonuçları talep edilmektedir. Hastanın yanında bulunmayan kan tetkikleri tekrar çalışılmaktadır. KYB servisine sevkle gelen hastalar için doktorların istediği rutin kan tetkikleri de bulunmaktadır. Özellikle sevkle gelen hastalarda Troponin değerine tekrar bakılmaktadır. Hemşireler tarafından hastanın kanları alındıktan sonra porter aracılığıyla laboratuvara gönderilmektedir. Porterin depoda olması, alanda başka bir işinin olması gibi nedenlerle aksaklık yaşanabilmektedir. Porterin alan dışında bulunduğu sürede işleri uzun sürecek ise

tüp sisteminin kullanımı için tüp bebek servisine geçilmektedir. İki servis arası yaklaşık 300 metre olup değer kaybı yaratmaktadır. Porter alanda olduğunda laboratuvar birimine kan taşıma kabı ile birlikte gitmektedir. Laboratuvarın bir üst katta yer alması dolayısıyla porter yaklaşık 600-700 metre yürümekte 20 basamak çıkmaktadır. Porterin alanda olmadığı zamanlarda yoğunluktan dolayı kanların alanda uzun süre beklemesi kanın hemoliz olmasına yol açmakta tekrar ikinci bir kan alınması durumunu da ortaya çıkarabilmektedir. Bu durum iş yükünü arttırdığı gibi zaman kaybına da yol açmaktadır. KYB servisinde kan tetkik sonuçlarına göre anjio işlemine karar verilmektedir. Laboratuvar sürecinde bu konuda aksaklıklar yaratmaktadır. Kanların geç ulaşması arada onaylama işleminin gecikmesi gibi nedenlerden ötürü hasta bekletilmektedir.

8.Radyoloji: Doktorun isteği üzerine hastalar radyoloji bölümüne gitmektedir. Radyoloji bölümü randevu sistemi ile çalışmaktadır. Genellikle yoğunluğun fazla olduğu radyoloji bölümünden istenen tetkiklerde hasta bekletilmektedir. Randevulu hastaların işleminin kısa sürdüğü zamanlarda yatan hastalar alınmaktadır. Hastaların pusula sistemine tetkik istemi girildikten sonra barkodu ile birlikte radyoloji bölümüne gidilmektedir. Hastaya bir hemşire ve porter eşlik etmektedir. Hastaların radyoloji bölümüne gidişinde asansör kullanılması, asansörün geç gelmesi ve hemşirenin diğer bir hastayla ilgilenmeyi bırakıp gitmesinin gerektiği durumlarda radyoloji bölümünde açılan süre daralmaktadır. Hasta radyoloji bölümüne ulaştığında tetkik işleminin uzun sürmesi bir sonraki randevuları aksatmaktadır. Hem hasta zaman kaybetmekte hem radyoloji bölümünde aksamalar olmakta hem de servisteki hasta hemşiresini bekleyebilmektedir.

Koroner Yoğun Bakım servisine sevk ile gelen hastalarda gerçekleşen bu aksaklıkların birçoğu poliklinikten gelen hastalar içinde geçerlidir. Hastanın KYB servisine yerleştirilmesinden sonraki süreçte aynı sıkıntılar gözlenmektedir. Öncesindeki süreç içinse mevcut durum aşağıda aktarılmıştır.

Muayene Süreci: Hasta hastaneye girişini gerçekleştirdikten sonra danışmanın yönlendirmesi ile muayene olacağı doktor için kayıt açtırmaktadır. Kayıt işlemini gerçekleştirdikten sonra doktor asistanı tarafından karşılanmakta muayene için gerekli bilgiler verilmektedir. Bu süreçte randevu saati gelen hastalar, doktorun KYB servisinde anjiyo işleminde olması veya vizit işlemlerini gerçekleştiriyor olması nedeniyle zaman kaybetmektedir. Doktorun odasına gelmesinden sonra muayene süreci başlamakta gerekli tetkik ve tedavi bilgileri alındıktan sonra medikal tedavi, ameliyat gibi yatış gerektiren durumlarda hastanın yatışı KYB servisinde gerçekleşmektedir. KYB servisine gerçekleştirilecek yatışlar için doktor hastayı kan alma merkezine yönlendirmekte gerekli tetkikleri istemektedir. Hasta ilk olarak yatış-çıkış bölümüne gitmekte yatışının yapılması için beklemektedir.

Yatış çıkış biriminde iki elemanın çalışması hastaların beklemesine sebep olmaktadır. Yatışı gerçekleştirilen hasta kan merkezine yürümek zorunda kalmaktadır. Oradan da KYB servisine yönlendirilen hasta yaklaşık olarak 900 metre yürümek zorunda kalmaktadır. İşlemleri biten hasta, hasta danışmanları eşliğinde KYB servisine götürülmektedir. Bu aşamadan sonraki süreç sevk ile gelen hasta ile aynı işlemektedir.

Tüm süreçlerdeki aksaklıkları daha net şekilde görmemizi sağlayacak israf alanları, Tablo 2.'de yer almaktadır.

**Tablo 2. İsfraf Noktaları**

İsfraf	İlgili Vaka
<b>Bekleme</b>	Kan alımı sırasında bekleme Radyolojide bekleme Eksik malzeme sebebi ile bekleme Eczaneden gelecek ilaç için bekleme
<b>Stok</b>	Malzemelerin habersiz ödünç verilmesi Malzeme barkodlarının yanlış yapıştırılması
<b>Hareket</b>	Kan alma için birime yönlendirme, stok taşıma.
<b>Hata</b>	Malzeme barkodlarının yanlış yapıştırılması, kanın yanlış alınması (hemoliz olması),

### 3. TARTIŞMA

Çalışmanın yapıldığı koroner yoğun bakım sürecinde özellikle dört alan için Kaizen grupları kurularak süreçlerin analiz edilmesi gerekmektedir. Bu dört alan; bekleme süreleri, insan kaynağı planlama, işlemler boyunca gerçekleştirilen hareket ve stoklardır.

Hastaneler için hizmet üretim sürecinde teşhis ve tedavi, hastaların ve gerçekleştirilen işlemlerin kontrolü, hastaların servislere, ameliyathaneye, görüntüleme hizmetlerine veya başka bir alana yerleştirilmesi, alınan kanların laboratuvarında çalışılması, başka kurumdan nakil süresi gibi hasta yatışından çıkışına kadar gerçekleşen tüm süreçler bekleme zamanı olarak değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra üretilen tıbbi hizmetlerde personel ile ilgili bekleme de yaşanmaktadır. Çalışma yapılan, koroner yoğun bakım servisinde bekleme, temel olarak iyi tasarlanmamış kayıt ve işlem süreçlerinden kaynaklanmaktadır. Sevki hastalarda acilde kayıta bekleme, konsültasyon istem sürecini bekleme, isteklerin doktor tarafından karşılanmasının beklenmesi, yatış kararının alındıktan

sonra boş yatak bekleme, laboratuvar sürecinde sonuç bekleme, muayene sırası bekleme hastaya değer katmayan süreçler olarak izlenmiştir. Burada bilişim sistemi üzerinde daha etkin ve hızlı bir hasta kayıt sistemi oluşturulması ile bekleme süreleri kısaltılabilecektir. Bu durum bekleme sürelerini azaltacağı gibi, süreç analizlerinin daha rahat yapılmasını ve maliyetlerin azaltılmasını sağlayacaktır. Hasta takip sisteminin hasta bileklikleriyle entegre şekilde organize edilmesi bir diğer iyileştirme yöntemi olarak kullanılabilir. Dijital hasta bilekliklerinin kullanımına geçilmesi hasta güvenliği açısından önemli olduğu gibi bekleme sürelerini azaltacak tıbbi hataların da önüne geçecektir. Bileklikler sayesinde hastane çalışanları veya başka departmanlar arasındaki iletişim eksikliği de giderilebilecektir.

KYB servisinin yatak sayısının alanda çalışan sayısına göre fazla olmasının hasta bekleme sürelerini arttırdığı gözlemlenmiştir. Bu durumda personel sayısının ideal olarak planlanması soruna çözüm sağlayacaktır. Koordinasyon yetkilisinin de alandaki hemşireler ile iletişiminin iyi olması gerekmektedir. Sevk ile gelen hastalar dışında planlı olarak gelecek hastalara verilen saatler arasında belirli aralıklar olması gerekmektedir. Sevk ile gelebilecek hastanın da göz önüne alınarak planlama yapılması gerekmektedir. Hastane yönetim süreçleri ekip olarak iyi çalışmayı gerektirmektedir. Süreçler karmaşık ve birbirine bağlıdır. İletişim sorunlarının azaltılması için KYB servisi hastalarının ortak ekrandan takibinin yapılması gerekmektedir. Bilişim teknolojileri sayesinde cep telefonlarına bu sistem entegre edilmelidir. Sevk ile gece alınan hastalardan gün içerisindeki planlı hastalara boş yatak kalmaması durumlarının da önüne geçilmesi için bu sistem gereklidir. Planlı hastalar için alternatif bir sistem planlaması yapılmalıdır. Bu sayede hastaların KYB servisine yerleştirilmesi aşamasındaki değer kayıpları da azalacaktır.

Hastaneler arası iletişim sıkıntısının çözümlenmesi için de merkezi bir bilişim sistemi kurulabilir. Sevk edilecek hastalarda doktorun telefon ile tek tek yatak araması yerine saatlik bildirimlerin gerçekleşeceği bir sistemin kurulması hangi kurumda kaç yatağın boş olduğunu daha rahat görmeyi sağlayacaktır. Boş yatağı olan kurum doktoru ile gerçekleşen görüşme sonucu hastanın kabulü veya reddi sağlanabilecektir. Sevki gerçekleştirecek doktora kazandırılan zamanın yanı sıra hastaların aciliyet durumunda da bekleme sürelerini azaltacaktır. Ancak bu durum yalnızca ilgili hastaneden kaynaklı bir sorun değildir. Bu alan için, multidisipliner ve ulusal düzeyde entegre bir sisteme ihtiyaç duyulmaktadır.

Değer katmayan süreçlerden bir diğeri de gereksiz taşımalarıdır. İlaçların eczaneden servisteki hastaya adet bazında taşınması, laboratuvara kanların tek tek taşınması, malzeme eksikliğinde enjektomat,

pump cihazı vb. diğer servislerden bu malzemelerin nakliye edilmesi, süreç boyunca gözlemlenen sorunlardandır. Öncelikle gereksiz taşımaların ortadan kaldırılması için hastane süreçlerinin ve fiziksel koşullarının uygun şekilde dizayn edilmiş olması gerekmektedir. Pnömatik tüp sisteminin etkin olarak kullanılması uygun bir çözüm olarak değerlendirilebilir. Hastalara gönderilecek ilaçların zamanında gelmesini sağlayacak tüp sistemi doz sarkmalarını azaltacak, zaman kaybını ve personelin gereksiz yere yorulmasını önleyecektir. Laboratuvar süreci içinde pnömatik tüp ile gönderilen kanların daha hızlı ulaşması sağlanacak, sonuçlara daha hızlı erişilebilecektir. Pnömatik tüp sistemlerine ayrıca bir uyarıcıda yerleştirilmelidir. Personel tarafından dolu tüplerin geldiği gözden kaçmamalıdır.

Bir diğer önemli alan, yoğun bakım süreçlerinde kullanılan ilaç ve malzemelerin varlığı noktasıdır. Bu alanda öncelikle 5S yöntemi ile alanda nizamın sağlanması zaruridir. Bu sayede, stok kontrolü için gerekli düzen temin edilmiş olacaktır. Aynı zamanda Kanban kartlarının, malzeme kullanımı durumunda, ilgili hastaya ait belgeye tutturulması, malzemelerin yanlış hastalara işlenmesini önleyebilecek bir adım olacaktır. Kanban kartı, stokları görünür hale getirmesi faydası ile de, ihtiyaç duyulan malzemelerde, yokluk yaşanmasının önüne geçilmesini sağlayacaktır.

Bütün bu iyileştirmelerin ötesinde, öncelikle yalın anlayışın kurumsal perspektifte kabul görmesi ve sürekli bir anlayış olduğu bilincinin yerleştirilmesi gerekmektedir. Dolayısı ile atılması gereken ilk adım, insan kaynağının iletişim süreçlerini ve motivasyon unsurlarını değerlendirmek ve ekip ruhunu yansıtacak bir çalışma disiplini yaratmak olacaktır. Yalın anlayışta insan kaynağının bir maliyet unsuru değil, potansiyel bir değer olduğu unutulmamalıdır.

Çalışmanın birincil olarak, sağlık hizmetlerinde Kaizen ve değer akış haritalama olgularına yönelik genel bir farkındalık oluşturması beklenmektedir. Bu farkındalık sonucu, içerdiği süreçler ve analiz doğrultusunda, pratiğe yönelik olarak uygulama içermesinden dolayı, yeni uygulamalarda yardımcı kaynak olarak kullanılabilmesi hedeflenmiştir.

#### 4. SONUÇ

Bu çalışmada, incelen koroner yoğun bakım süreçlerinde temel israf noktalarının, bekleme, stok eksikliği, gereksiz hareket ve süreç hataları olduğu gözlenmiştir.

İşlem maliyetlerini azaltmak ve müşteri memnuniyetini arttırmak üzere, koroner yoğun bakım sürecine yönelik bir Kaizen grubunun oluşturulması, yalın felsefesinin benimsenmesi için önemli bir adımdır. Bu grubun, süreçte rol oynayan tüm çalışanların birlikteliği ile yapılması ve çalışanların yalın prensipleri benimsemesi üzere eğitilmesi, başarı için en büyük faktörlerdendir



Yalın yönetimin içinde barındırmış olduğu, hem felsefi hem teknik boyutları, birlikte benimseyebilmek için, insan kaynağının iyi yönetilmesi, şeffaflığın sağlanması, katılımcı yönetimin benimsenmesi ve son olarak yalın tekniklerine yönelik eğitimlerin planlanması, akılcı adımlar arasında yer almaktadır.

Bu çalışmada, birden fazla hastane ile çalışmak ve süreçlere yönelik kesin zaman ölçümleri gerçekleştirmek mümkün olmamıştır. Sağlık kurumlarında daha ileri noktalara ulaşabilmek için, değer akış haritalamasının daha geniş bir perspektifte ve Kaizen grupları mantığı ile uygulanması önerilmektedir.

#### KAYNAKLAR

- Bohmer, R.M., Ferlins, E.M. (2006) Virginia Mason Medical Center. Boston: Harvard Business School.
- Chiarini, A. (2012). Lean Organization: from The Tools of The Toyota Production System to Lean Office. Springer-Verlag Mailand
- Deran, A., Beller, B. (2014) Hastanelerde Yalın Yönetimin Bir Aracı Olarak Değer Akış Maliyetleme ve Kamu Hastanesinde Bir Uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 32,161-174.
- Efe, Ö.F., Engin, O. (2012) Yalın Hizmet-Değer Akış Haritalama ve Bir Acil Serviste Uygulama. Verimlilik Dergisi, 4, 79-107.
- Gellad, Z.F., Day, T.E. (2016) What is Value Stream Mapping, and How Can It Help My Practice?. The American Journal of Gastroenterology, 111, 447-448.
- Grabam, M. (2011). Yalın Hastane: Kalite, Hasta Güvenliği ve Çalışan Memnuniyetini Arttırmak. İstanbul: Optimist Yayınları
- Grout, J.R., Toussaint, J.S. (2010). Mistake Proofing Healthcare: Why Stopping Processes May Be a Good Start. Kelly School of Business, 53:149-156
- Jackson, T. (1996). "Implementing a Lean Management System. Productivity Press
- Kootanaee, A.J.,Babu, K.N., Talari, H.F.(2013). Just in Time Manufacturing System. From Introduction to Implement, International Journal of Economics, 1(2): 7-25
- Lai, K., Cheng, E. (2009). Just in Time Logistics. Gower Publishing Ltd.
- Liker, J.(2004). Toyota Way: 14 Management Principles from The World Greatest Manufacturer. New York: McGraw-Hill



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Lillrank, P., Peltokorpi, A. (2006). Time- Based Management of Patient Process. Journal of Health Organization and Management, 20(6), 512-524

Manos, A., Sattler, M., Alukal, G. (2006). Make Healthcare Lean. Quality Progress, 39(7), 24-30.

Ramaswamy, R., Rothschild, C., Alabi, F., Wachira, E., Muigai, F., Pearson, N. (2017) Using Value Stream Mapping to Improve Quality of Care in Low-Resource Facility Settings. International Journal for Quality in Healthcare, 29(7), 959-963.

Rüttiman, B.G., Stöckli, M.T. (2016). Going Beyond Triviality: The Toyota Production System-Lean Manufacturing beyond Muda and Kaizen. Journal of Service Science and Management, 9:149-149

Simon, R.W., Canacari, E.G. (2012). A Practical Guide to Applying Lean Tools and Management Principles to Health Care Improvement Projects. Aorn Journal, 95(1), 85-103.

Stofisch, V.L.(2011). Lean Management in Hospitals: Principles and Key Factors for Successful Implementation. Bachelor+Master Publishing

World Health Organization. (2017) 10 Facts on Patient Safety.18.11.2017 tarihinde [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/) adresinden alınmıştır

Yıldız, S., Yalman, F. (2015) Sağlık İşletmelerinde Yalın Uygulamalar Üzerine Genel Bir Literatür Taraması. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 1(1), 5-20.

*Usaysad Derg, 2018; 4(1): 74 -93(Araştırma makalesi)*

## SAĞLIK PERSONELİNİN İŞ TATMİNİNİN MOTİVASYON ÜZERİNE ETKİSİ

**Prof. Dr. Emine Orhaner**

Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi

[eorhaner@gazi.edu.tr](mailto:eorhaner@gazi.edu.tr)

**Seda Mutlu**

Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yüksek Lisans Öğrencisi

[seda.yurtseven@livhospital.com.tr](mailto:seda.yurtseven@livhospital.com.tr)

Makale gönderim-kabul tarihi (20.03.2018-17.04.2018)

### Özet

Bu çalışmada sağlık personelinin motivasyonu üzerinde iş tatmininin etkisinin saptanması ve iş tatmininin motivasyon üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla Ankara ilinde özel bir hastanede çalışan 222 sağlık personeli üzerinde bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda daha önce yapılan çalışmalarda kullanılmış, geçerliliği ve güvenilirliği ispatlanmış İş Tatmini ve Motivasyon ölçekleri veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizi sonucunda katılımcıların iş tatminlerinin düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların içsel motivasyonlarının yüksek, dışsal motivasyonlarının olmadığı ya da yetersiz olduğu ve genel motivasyonlarının ise orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın sonucunda iş tatmini faktörünün, çalışanların motivasyonları üzerinde pozitif yönlü etkisi olduğu, iş tatmini ve motivasyon arasında anlamlı bir ilişkisi olduğu ve iş tatmininin çalışan motivasyonunu arttırdığı belirlenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Motivasyon, İş Tatmini, Hastane, Sağlık Personeli

### THE EFFECTS ON THE MOTIVATION OF HEALTH PERSONNEL'S, WORK SATISFACTION

#### Abstract

In this study, it was aimed to determine the effect of job satisfaction on the motivation of health personnel and to determine how they affected motivation. For this purpose, a survey was conducted on 222 health personnel working in a private hospital in Ankara. Job satisfaction and motivation scales, which have been used in the past research, have been used as data collection tools. As a result of the analysis of the research data, it was determined that the participants were at a lower level of satisfaction. It has been concluded that the internal motivation of the participants is high, the external motivation is none or inadequate and the overall motivation is moderate. At the end of the study, it was determined that the job satisfaction factor has a positive effect on employees' motivations, has a significant relationship between job satisfaction and motivation, and job satisfaction increases employee motivation.

**Keywords:** Motivation, Job Satisfaction, Hospital, Health Personnel

## GİRİŞ

Sağlık sektörünün giderek gelişmesi ve özel sağlık hizmeti sunan hastanelerin yaygınlaşması ile birlikte, hem sağlık hizmetlerinin kalitesi artmış hem de sağlık hizmetleri sektöründe rekabetçi bir yapı ortaya çıkmıştır. Artan rekabet koşulları ile birlikte, maliyet artışı ve gelirlerde azalma gibi ekonomik sorunlar da giderek önem kazanmaya başlamıştır. Sunulan hizmetin gereği rekabet koşulları altında maliyet ve fiyat alanında farklılık yaratması mümkün olmayan hastanelerin, hizmet kalitesi ve hasta tatmini gibi konularda farklılık yaratarak rekabet gücünü artırma yöntemleri giderek önem kazanmıştır.

Kuşkusuz hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinde farklılık yaratabilmenin temel koşullarından biri, hastane personelinin hizmet sunum kalitesinin artırılmasıdır. Bu bağlamda hem rekabet gücünü arttırmak, hem kaliteli hizmet sunmak, hem de hasta memnuniyetini arttırmak için; yoğun iş yükü ve stres altında çalışan hastane personelinin motivasyonu oldukça büyük öneme sahiptir (Karakaya ve Ay, 2007; Korkmaz, 2008, Aslanadam, 2011; Kılıç ve Keklik, 2012; Tekingündüz ve Tengilimoğlu, 2013; Doğanlı ve Demirci, 2014; Çelik, 2016).

Motivasyon, hem bireyin kendi amaç ve hedefleri hem de çalıştığı kurumun amaç ve hedeflerine ulaşmasında etkili olan ve örgüt amaçlarına kanalize etmeye yarayan itici güç veya güdülerdir. Dolayısıyla bir işletmenin başarıya ulaşması ve rekabet gücünü arttırabilmesi için, sahip olduğu insan kaynağını en etkili ve verimli şekilde kullanması oldukça önemlidir. Bireyin performans ve verimini arttırabilmenin temel koşulu ise, onu en iyi şekilde motive etmektir. Ayrıca bununla birlikte takdir, ödüllendirme, prim ve benzeri çeşitli faktörler ile, demografik ve örgütsel çeşitli faktörlerin motivasyon üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmada sağlık personelinin iş tatmininin motivasyonu üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## İş Tatmini ve İş Tatminini Etkileyen Faktörler

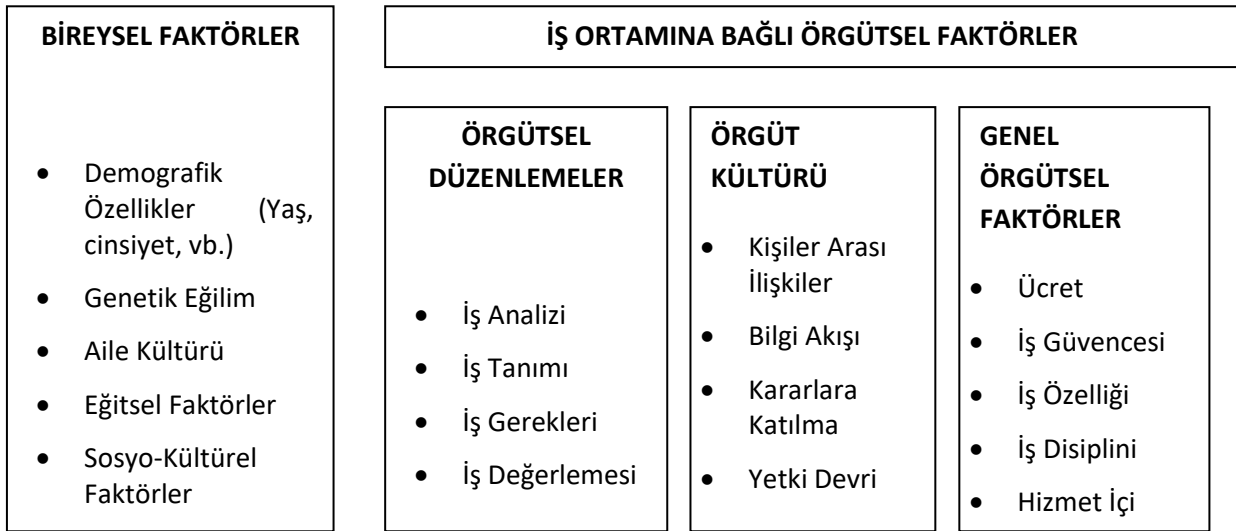
İşletmelerin faaliyet sürecinde kullandıkları çeşitli girdiler arasında insan kaynakları yer almaktadır. Mal ve hizmet üretim sürecinde bir işletmenin, en önemli ve yüksek maliyetli kaynakları arasında insan kaynağı veya diğer bir ifade ile işgücü maliyet yer almaktadır. Gerek işgücü maliyetinin yüksek olması ve gerekse işgücünün işletme açısından etkin ve verimli olabilmesi açısından, işgücünün tatmin edilmesini önemli kılmaktadır. Kuşkusuz üretim sürecinde insan kaynağı tek başına bir faktör olmamakla birlikte, işletmelerin makine, teçhizat, hammadde, vb. gibi diğer girdi kaynaklarının etkin ve verimli kullanılabilmesi, insan faktörüne bağlıdır. Dolayısı ile tüm işletmelerin temel ve belirleyici girdisi, insan kaynaklarıdır. İşletmelerin amaç ve hedeflerine ulaşabilmesi veya başarılı olabilmesi, çalışanların işletme amaçları doğrultusunda güdülenmesi ve harekete geçirilmesine bağlıdır (Tengilimoğlu, 2005). Çalışan bireylerin günlük yaşam sürelerinin önemli bir bölümü işlerinde veya iş yerlerinde geçmektedir. Dolayısı ile çalışanların işe ilişkin tatmin veya tatminsizlikleri gerek çalışan ve gerekse işletme amaçları açısından önem taşımaktadır (Demir, 2007: 98).

İş tatmini kavramı en basit ifade ile çalışanın işine karşı gösterdiği duygusal tepki veya genel tutumu (Tengilimoğlu, 2005) olarak tanımlanmaktadır. İş tatmini kavramı birçok açıdan ele alınarak tanımlanmış olmasına rağmen, örgütsel araştırmalarda en çok kullanılan tanım Locke (1976) tarafından yapılan; “Bireyin işine karşı geliştirdiği keyifli veya olumlu bir duygusal tutum” şeklindedir (Aktaran: Judge ve Klinger, 2008: 394). Locke’un kavrama ilişkin tanımından hareketle Hulin ve Judge (2003), iş tatminini; “Bireyin işine karşı duygusal, bilişsel ve davranışsal değerlendirmeleri sonucu ortaya koyduğu psikolojik tepkiler” olarak tanımlamıştır (Aktaran: Judge ve Klinger, 2008: 394). Çalışanların, işlerine ve işin tüm unsurlarına karşı geliştirdikleri duygusal tutumların bütünü olan

“iş tatmini” (Alınkurt ve Yılmaz, 2012), kişiye göre değişkenlik gösterebilen, personelin işine karşı gösterdiği genel tutum ve davranışları etkileyebilmektedir.

Özetle, bireyden bireye farklılık gösteren ve bireye göre değişkenlik arz eden iş tatmini, gerek bireyin kişisel özellikleri ve gerekse çalışılan işe ilişkin olanaklar, özellikler ve durumlar olmak üzere çeşitli faktörlere bağlı olarak gerçekleşen bir sonuçtur (Tengilimoğlu, 2005). Literatürde iş tatminini etkileyen faktörlerin çeşitli şekillerde sınıflandırıldığı görülmüştür. Ancak yapılan sınıflandırmaların, genel olarak bireysel ve örgütsel faktörler (Lam, 1995) olmak üzere iki ana grupta toplandığını söylemek mümkündür.

Çalışanların iş tatminlerini etkileyen bireysel ve örgütsel faktörler, aşağıdaki Şekil 1’de gösterildiği gibi modellenmektedir.



Şekil 1. İş Tatminini etkileyen faktörler

**KAYNAK:** Akıncı, 2002

### İş Tatmini ve Motivasyon İlişkisi

Kavramsal olarak, bireyi harekete geçiren faktör veya içsel güç olarak ifade edilen motivasyon, örgütsel bağlamda ele alındığında; gerek çalışanların ve gerekse örgütün amaç, istek ve ihtiyaçlarını tatminle sonuçlanacak bir ortam yaratılarak çalışanı harekete geçirmeye yönelik isteklendirilme süreci (Keser, 2006: 3) olarak tanımlanabilir. Kavramın tanımında da anlaşılacağı üzere motivasyon, birey ve/veya çalışanı tatmin eden ve örgüt amaçlarına kanalize etmeye yarayan itici güç veya güdülerdir.

İş tatmini ve motivasyon kavramları, bilişsel çıktı veya kavramlardan ziyade bireyin içsel huzur ve rahatlığını ifade eden duyguya veya hisse bağlı kavramlardır (Tengilimoğlu, 2005). Motivasyon ve iş tatmini arasında genel olarak pozitif bir ilişki olduğu söylenemeyebileceği gibi, aynı zamanda negatif bir ilişkiden de söz etmek mümkün değildir. Diğer bir ifade ile iş tatmini ve motivasyon arasında, duruma, bireye ve değişkenlere göre pozitif, negatif veya nötr bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür. Motivasyon, bireyin davranışlarını harekete geçiren ve etkileyen bir faktör iken, iş tatmini içsel huzur ve rahatlığa yol açan ve bireyin davranışlarının değişmesine etki etmeyen bir sonuçtur. Bireyin iş tatmininin sağlanması, motive edilmesi için koşulların uygun hale getirilmesine olanak sağlamaktadır (Şimşek ve diğ., 2001: 127-128). Dolayısıyla tatmin edilmiş bir çalışanın, davranışlarını değiştirmeye ve güdülenmeye hazır olduğunu söylemek mümkündür.

Bir işletmenin, faaliyetlerinden verim elde edebilmesinin en önemli koşullarından biri kabul edilen bu güdülenme çalışanların yüksek motivasyona sahip olmalarına katkıda bulunmaktadır. Bir bireyin günlük yaşamının önemli bir bölümünü çalışmaya veya işine ayırdığı dikkate alındığında, beklentileri karşılanan çalışanların daha huzurlu ve mutlu olduğu yadsınmaz. Dolayısı ile çalışanların motive edilmesi, iş tatminine olumlu yönde etki sağlayabilecektir (Yavuz ve Karadeniz, 2009). Karşılanan bir ihtiyaç veya beklentinin yerini başka bir ihtiyaç ve beklentiye bırakması, bireylerin ihtiyaç ve beklentilerinin sürekli değişken olmasına bağlıdır. Bu nedenle her motivasyon, beraberinde yeni motive edilecek ihtiyaçların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. İş tatmini örgütsel motivasyon faktörleri ile sağlanabilen, ancak sürekliliği olmayan bir dinamik bir olgudur. Dolayısı ile çalışanların motive edilmesi, iş tatmininin sağlanmasına olumlu etki etmekle birlikte, tatminin sürekliliğini sağlamaya yeterli değildir.

İş tatmini ve motivasyon arasındaki ilişkiyi ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalardan bazıları şu şekildedir;

Derin (2007) tarafından Eskişehir Devlet Hastanelerinde çalışan 1017 sağlık personeli üzerinden yürütülen araştırmada; başarı, tanınma, işin kendisi ve iş sorumluluğu gibi işe ilişkin motivasyon faktörleri ile içsel tatmin arasında güçlü bir ilişki olduğu ve buna bağlı olarak, hastane personelinin içsel iş tatminlerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın; denetim şekli, yöneticilerle ilişkiler, çalışma arkadaşları ile ilişkiler ve ücret gibi iş çevresine bağlı motivasyon faktörleri ile dışsal iş tatmini arasında ters yönlü bir ilişki olduğu, dolayısı ile araştırmanın yürütüldüğü evrendeki örneklem grubunda dışsal iş tatmininin düşük olduğu tespit edilmiştir.

Yılmaz (2014) tarafından Elâzığ ilinde kamu kurumlarında çalışan 500 kişi üzerinden yürütülen araştırmada; çalışanların iş tatminleri ile motivasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada çalışanların iş tatminleri arttıkça motivasyonlarının da pozitif yönde arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Rajan (2015) tarafından özel hastanelerde çalışan 60 eczacı üzerinden yürütülen araştırmada; hastane organizasyonlarının yapısı ve yönetsel faktörlerin, çalışanların motivasyonlarını ve buna bağlı olarak da iş tatminlerini etkilediği tespit edilmiştir. Görev ve sorumluluk tanımlarının açık olarak yapıldığı, yöneticilerin çalışanlar ile iletişiminin güçlü olduğu hastanelerde, çalışanların motivasyonlarının ve dolayısı ile iş tatminlerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Zeynel ve Çarıkcı (2015) tarafından 378 akademisyen üzerinden yürütülen araştırmada; akademisyenlerin mesleki özelliklerine bağlı içsel iş tatminleri arasında güçlü, işyerinin fiziksel özelliklerine bağlı motivasyon ile içsel iş tatmini arasında orta düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yine araştırmada elde edilen bulgulara göre; iş arkadaşları ile olan ilişkileri yönetim politikaları, mesleki özellikler ve işyerindeki fiziksel koşullara motivasyon ile dışsal iş tatmini arasında bir ilişki olduğu ifade edilmiştir. Araştırmada mesleki motivasyon sağlanmasının, akademisyenlerin iş tatminlerini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Öztürk ve Dündar (2003) tarafından kamuda çalışan 150 kişi üzerinden yürütülen araştırmada, yöneticilerde manevi ödüllerin, iş görenlerde maddi ödüllerin daha çok motivasyon sağlamaya yardımcı olduğu gözlemlenmiştir. Araştırmaya katılanların tamamına yakınında, takdir edilmenin, kişilerin kariyer olanaklarının açık olması ve iş hakkında fikirlerinin sorulması yüksek motivasyon sağlarken, araştırmada ücret adaletsizliğinin huzursuzluk yaratacak bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir.

Öztürk ve İlman (2015) tarafından Ankara ve Gazi Üniversitesinde, sağlık yönetimi bölümünde okuyan 150 öğrenci üzerinden yapılan öğrencilerin bölümü tercih nedenleri ile beklenti ve motivasyon düzeyleri incelendiğinde bölümden memnun olan öğrencilerin beklenti ve motivasyonlarının yüksek

olduğu görülmüştür. Bölümü tercih etme nedenleri arasında toplumsal saygınlık, kariyer fırsatları, topluma fayda ve hizmet açısından bölümün önemli oluşu anlaşılmakta olup bölümün ülkemizde hızla gelişmeye başlaması, amaçları ve işlevleri bölümün tercih edilirliliğini arttırmaktadır.

Literatürde, iş tatmini ve motivasyon arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelik çok sayıda araştırma olduğu tespit edilmiştir. Araştırma bulguları incelendiğinde; genel olarak iş tatmini ile motivasyon arasında doğrusal ve güçlü bir ilişkinin olduğunu söylemek mümkündür. Özellikle çalışanların mesleki özelliklerine bağlı güçlü bir motivasyonlarının olduğu, bu doğrultuda da içsel iş tatminlerinin yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Buna karşın çalışma koşulları, ücret, çalışma arkadaşları ve yöneticiler ile iletişim ve yönetim anlayışı gibi faktörlerin olumsuz olduğu örgütlerde, çalışanların düşük motivasyon ve düşük iş tatmininin olduğu yönünde çeşitli araştırma bulguları tespit edilmiştir. Sonuç olarak iş tatmini ile motivasyon arasındaki ilişkinin karşılıklı etkileşime dayalı, motivasyon düzeyi arttıkça iş tatmininin de olumlu yönde arttığı, motivasyon düzeyi düştüğünde ise iş tatmininin azaldığı söylenebilir. Ancak, her motivasyon faktörü çalışanlarda iş tatminine yol açmadığı gibi, iş tatmininin görüldüğü durumlarda motivasyonun bulunduğunu söylemek de mümkün değildir.

## Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; hastane çalışanlarının iş tatminlerinin motivasyonları üzerine etkisini tespit etmektir. Yetişkin bir insanın yaşamının önemli bir zaman dilimi iş yerinde, diğer bir ifade ile çalışma hayatı içinde geçmektedir. Günümüz modern yönetim anlayışına göre; çalışma hayatı içinde en önemli değer “insan” faktörüdür. İnsan faktörünün bulunduğu her alanda ise “motivasyon” kavramı öne çıkmaktadır. Dolayısıyla bir işletmenin başarıya ulaşması ve rekabet gücünü artırabilmesi için, sahip olduğu insan kaynağını en etkili ve verimli şekilde kullanması gerekmektedir. Bireyin performans ve verimini artırabilmenin temel koşulu ise, onun en iyi şekilde motive edilmesidir. Bu nedenle bu çalışmada sağlık personelinin motivasyonuna iş tatmininin etkisinin belirlenmesi ve iş tatmininin motivasyonu ne şekilde etkilediğinin ortaya koyulması amaçlanmıştır. Bu amacı gerçekleştirmek üzere aşağıdaki hipotezler geliştirilmiş ve test edilmiştir.

Araştırmanın amacını test etmeye yönelik hipotezler şu şekildedir:

H<sub>1</sub>: Sağlık personelinin iş tatmin düzeyleri ile motivasyonları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H<sub>2</sub>: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri sosyo-demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

## Araştırmanın Önemi

Alan yazın incelendiğinde; sağlık personelinin motivasyonunu ve motivasyonları üzerinde etkili olan bireysel ve örgütsel faktörleri belirlemeye yönelik oldukça fazla sayıda, ulusal ve uluslararası çalışmanın olduğu görülmüştür. Soykenar (2008) çalışmasında, sağlık personelinin motivasyonlarını etkileyen faktörlerin; bireysel özellikler, işyerinin fiziki özellikleri ve yönetsel faktörler olduğu bulgusuna ulaşmıştır. Korkmaz (2008) çalışmasında, sağlık personelinin motivasyonlarını etkileyen faktörlerin; işyerinin fiziki koşulları ve motivasyon araçları olduğu bulgusuna ulaşmıştır. Aslanadam (2011) çalışmasında, sağlık personelinin motivasyonları üzerinde içgüdüsel ve araçsal motivasyon faktörlerinin etkili olduğu bulgusuna ulaşmıştır. İncelenen çalışmaların büyük bir bölümünün genellikle, tek bir örgütsel veya bireysel faktör bağımsız değişken ile motivasyon arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda, sağlık personelinin iş tatmininin, motivasyon üzerindeki etkisinin belirlenmesi, hem alan yazına katkı sağlaması hem de hastane yöneticilerine referans kaynak olması açısından öneme sahiptir.

## YÖNTEM

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Ankara ili, örneklemini Ankara ilinde faaliyet gösteren özel hastaneler, örneklem grubunu ise; araştırmanın yürütüleceği özel hastanede çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırma veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu; uygulamanın gerçekleştirildiği özel hastanede çalışan 345 personelden, ulaşılabilecek azami örnekleme yüz yüze anket yöntemi ile uygulanmıştır. Bu kapsamda araştırma verilerinden %95 güvenilirlikte ve %5 hata payında sonuçlara ulaşabilmek amacıyla, araştırma kapsamında uygulamanın yapıldığı özel hastanede çalışan 345 personelden asgari 182 kişiye (n=182) anket uygulaması yapılması hedeflenmiştir. Uygulamanın yürütüldüğü Haziran-Eylül 2017 döneminde, araştırma evreninde 222 kişiye anket uygulaması gerçekleştirilmiş olup, ulaşılan bu sayının asgari örnekleme sayısından (n=182) büyük olması sebebiyle, veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

Veri toplama sürecinde elde edilen 222 anket formunun kullanılabilir nitelikte, doğru ve eksiksiz olmasına bağlı olarak, araştırmanın örneklem büyüklüğü n=222 olarak kabul edilmiştir.

### Sınırlılıklar

Araştırmamız Ankara ilinde faaliyet gösteren bir özel hastane ile sınırlandırılmış olup, sonuçları genelleştirilemez. Araştırmamız 2017 yılı ile sınırlıdır.

### Veri Toplama Yöntemi ve Model

Araştırmamız mevcut durumu tespit eden betimsel ve ilişkisel bir tarama modelidir. Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi tercih edilmiştir. Araştırma amaçlarını mümkün olabilecek en iyi düzeyde gerçekleştirmek ve araştırmanın problemlerini cevaplayabilmek için anket formunda yer alacak sorular, maddeler ve ölçekler geçmişte yapılan ampirik çalışmalardan yararlanılarak hazırlanmıştır. Ayrıca anket sorularının hazırlanmasında ve formun tasarlanmasında uzmanlar tarafından belirtilen hususlar dikkate alınmıştır.

Araştırmada kullanılacak olan anket formu; kendi içinde üç alt bölüme ayrılmakta ve her bölüm, araştırma amacı doğrultusunda oluşturulacak hipotezlerin sınanmasını sağlayacak soru ve ifadeleri içermektedir. Anket formunun birinci bölümünde; araştırmaya katılan sağlık personelinin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 8 soru yer almaktadır.

Formun ikinci bölümünde; sağlık personelinin iş tatmin düzeylerini belirlemeye yönelik, 1967 yılında Weiss, David, England ve Lofquist tarafından geliştirilen, 20 sorudan oluşan ve kısa ölçek olarak adlandırılan ‘Minnesota İş Tatmin Ölçeği’ yer almaktadır.

Anket formunun üçüncü ve son bölümü ise; araştırmaya katılan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri ve iş tatmini ile kurumsal güvenin motivasyon üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik, 18 sorudan oluşan ‘‘Motivasyon’’ ölçeği yer almaktadır. Anket formunun ikinci ve üçüncü bölümlerinde kullanılan ölçekler 5’li Likert tipi olup, katılımcılardan ölçekte yer alan sorulara kendilerini en iyi yansıtan seçeneği işaretleyerek cevap vermeleri istenmiştir.

### Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizinde kullanılacak testlerin belirlenmesinde, verilerin normal dağılım sergileyip sergilemedikleri önem taşımaktadır. Bu doğrultuda normallik testlerinden Shapiro Wilk Testi yürütülmüş olup, test sonucunda verilerin normal dağılım sergiledikleri (p>0,05) tespit edilmiştir. Verilerin normal dağılım sergilediği durumlarda, parametrik testlerin uygulanması gerekmektedir (İslamoğlu, 2009: 169). Bu araştırmadan elde edilen veriler; tanımlayıcı istatistik (frekans, dağılım, aritmetik ortalama ve standart sapma) testler ve parametrik testler (Bağımsız



örneklem t-test ve varyans (ANOVA) analizi) yardımı ile test edilmiş, hipotezlerin sınanmasında regresyon testleri kullanılmıştır.

### Araştırmanın Bulguları

Araştırmada elde edilen verilerin normallik test sonuçları aşağıda Tablo 1’de verilmiştir.

**Tablo 1. Verilerin normallik dağılımı testi**

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
<b>İş Tatmini Ölçeği</b>	,081	222	,081	,977	222	<b>,079</b>
<b>Motivasyon Ölçeği</b>	,065	222	,314	,973	222	<b>,051</b>

Araştırmada kullanılan Minnesota İş Doyum Ölçeği ve Motivasyon Ölçeği ile elde edilecek verilerin, istatistiksel olarak %95 güvenilirlikte ve %5 hata payında sonuçlar verip vermeyeceği, ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları, diğer bir ifade ile güvenilirlik düzeyleri, pilot anket uygulaması ile elde edilen 50 anket formu verileri üzerinden Cronbach’s Alpha testi ile test edilmiştir. Test sonucunda araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan iki ölçeğin tamamının yüksek güvenilirlikte olduğu ( $\alpha=0,961$ ;  $\alpha=0,966$ ) tespit edilmiştir. Ulaşılan bu sonuç doğrultusunda, araştırma verileri sonucunda %95 güvenilirlikte bulgulara ulaşılabileceği görülmüş ve bu ölçekler ile veri toplanmasına devam edilebileceğine karar verilmiştir.

Araştırma ölçeklerinin güvenilirliklerini ortaya koyan ön test (pilot) ve son test Cronbach’s Alpha değerleri aşağıdaki Tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2. Araştırma ölçeklerinin iç tutarlılık (güvenilirlik) analiz sonuçları**

ÖLÇEKLER	N (Ölçekte Yer Alan Soru Sayısı)	Pilot Test- Cronbach’s Alpha Değeri	Son Test- Cronbach’s Alpha Değeri
<b>İş Tatmini</b>	20	0,961	0,959
<b>Motivasyon</b>	18	0,966	0,970

Tablo 2’de yer alan Cronbach’s Alpha değerleri incelendiğinde; veri toplama aracı olarak kullanılan iki ölçeğin tamamının, son testler sonucunda da yüksek güvenilirlikte olduğu ( $\alpha=0,959$ ;  $\alpha=0,970$ ) tespit edilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerliliğinin belirlenmesinde, değişkenler (ölçekler) arasındaki ilişkinin (korelasyon) ve ölçeklerin faktör analizlerine uygunluğunun belirlenerek, araştırmada kullanılacak ölçeklerin geçerliliğinin olup olmadığı test edilmiştir. Araştırma veri toplama formu ile elde edilen veriler KMO ve Bartlett’s testine tabi tutularak, faktör analizine uygunluğu sınanmıştır. Araştırma ölçeklerine ilişkin KMO ve Bartlett’s test sonuçları aşağıdaki Tablo 3’de verilmiştir.

**Tablo 3. Araştırma ölçeklerinin KMO test değerleri**

ÖLÇEKLER	KMO Değeri	BARTLETT	p
<b>İş Tatmini</b>	0,935	4217,444	0,000<0,05
<b>Motivasyon</b>	0,947	4968,187	0,000<0,05

Araştırmada kullanılan İş tatmini ve motivasyon ölçeklerinin güvenilirliğinin belirlenmesine yönelik yürütülen KMO ve Bartlett’s test değerlerinin yer aldığı Tablo 3 incelendiğinde; ölçeklerin KMO değerinin 0,935 ile 0,947 arasında olduğu ve ölçeklerin faktör analizine uygun oldukları

görülmektedir. Faktör analizi sonucunda her bir ölçekte yer alan maddelerin korelasyon katsayılarının 0,50 ve üzerinde çıktığı tespit edilmiş olup, ulaşılan bu sonuç doğrultusunda ölçeklerde yer alan maddelerin hiçbirinin, ölçeklerin güvenilirliğini düşürmediği, dolayısı ile araştırmada kullanılan iki ölçegin de geçerli olduğuna karar verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastane personelinin demografik özelliklerine ilişkin bulguların yer aldığı aşağıdaki Tablo 4 incelendiğinde; katılımcıların %76,6'sının kadın, %23,4'ünün erkek personelden oluştuğu, katılımcıların %48,6'sı evli, %51,4'ü ise bekar personelden oluştuğu, katılımcıların %41,4'ünün 21-30 yaş aralığında, %36'sının 31-40 yaş aralığında %17,6'sının ise 41-50 yaş aralığındaki bireylerden oluştuğu ve personelinin %3,6'sı 21 yaş altı iken, sadece %1,4'ü 51 yaş ve üstünde olduğu, katılımcıların %23,4'ü hemşirelerden, %20,3'ü idari personelden, %18'i doktorlardan, %18'i laborant, teknisyen, vb. gibi diğer sağlık hizmetleri sınıfındaki personelden, %13,1'i hasta hizmetleri danışmanlarından ve %7,2'si ise, temizlik hizmetleri personelinde oluştuğu, katılımcıların %34,2'si lisans, %22,5'i i lisansüstü düzeyinde eğitime sahip olduğu, ön lisans düzeyinde eğitime sahip olan katılımcıların oranı %20,7 iken, katılımcıların %21,6'sı ortaöğretim düzeyinde eğitime sahip olduğu ve ilköğretim düzeyinde eğitime sahip katılımcı oranının ise %0,9 gibi oldukça düşük bir oranda olduğu, katılımcıların %37,4'ünün 1.301-2.000 TL gelir aralığında aylık kazanç elde ettiği, Aylık gelir düzeyi 1.300 TL ve altındaki katılımcıların oranının %2,7 olduğu, gelir düzeyi 2.001-3.000 TL arasındakilerin oranının %22,5, 3.001-4.000 TL arasındakilerin oranının %10,8, 4.001-5.000 TL arasındakilerin oranının %6,8 ve 5.001 TL ve daha üstünde aylık gelire sahip olanların oranının ise %19,8 olduğu, katılımcıların %33,8'inin sektörde 1-5 yıl arasında çalıştıkları, sektör çalışma süresi 6-10 yıl arasında olan personel oranı %26,6 iken, 11-15 yıl arasında sektör çalışma süresine sahip personel oranı %12,2 olduğu, sektörde 15 yıldan daha fazla çalışma süresine sahip personel oranı %13,9 iken, sektörde 1 yıldan daha az çalışan personel oranının %13,5 olduğu görülmektedir

**Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri**

Değişkenler	Gruplar	n	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	170	76,6
	Erkek	52	23,4
	Toplam	222	100
<b>Medeni Durum</b>	Evli	108	48,6
	Bekar	114	51,4
	Toplam	222	100
<b>Yaş</b>	21 yaş altı	8	3,6
	21-30 yaş arası	92	41,4
	31-40 yaş arası	80	36,0
	41-50 yaş arası	39	17,6
	51 yaş ve üstü	3	1,4
	Toplam	222	100
<b>Meslek</b>	Doktor	40	18,0

	Hemşire	52	23,4
	İdari Personel	45	20,3
	Diğer Sağlık Personeli	40	18,0
	Hasta Hizmetleri Danışmanı	29	13,1
	Temizlik Personeli	16	7,2
	Toplam	222	100
<b>Eğitim Düzeyleri</b>	İlköğretim	2	0,9
	Ortaöğretim	48	21,6
	Ön Lisans	46	20,7
	Lisans	76	34,2
	Lisansüstü	50	22,5
	Toplam	222	100
<b>Gelir Düzeyleri</b>	1.300 TL ve daha az	6	2,7
	1.301-2.000 TL arası	83	37,4
	2.001-3.000 TL arası	50	22,5
	3.001-4.000 TL arası	24	10,8
	4.001-5.000 TL arası	15	6,8
	5.001 TL ve üstü	44	19,8
	Toplam	222	100
<b>Mesleki Çalışma Süresi</b>	1 yıldan az	30	13,5
	1-5 yıl arası	75	33,8
	6-10 yıl arası	59	26,6
	11-15 yıl arası	27	12,2
	15 yıldan fazla	31	13,9
	Toplam	222	100
<b>Hastanede Çalışma Süresi</b>	1 yıldan az	22	9,9
	1-5 yıl arası	167	75,2
	6-10 yıl arası	33	14,9
	Toplam	222	100

Araştırmaya katılanların iş tatminlerini ölçmede kullanılan Minnesota İş Tatmini Ölçeği Kısa Formunda yer alan sorulara, katılımcılar tarafından verilen cevapların ortalamaları ve standart sapmaları aşağıdaki Tablo 5’de verilmiştir.

İşsel iş tatmin ölçeği maddeleri içinde, 4,08 cevap ortalaması ile “Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağımın olmasından” maddesi en yüksek cevap ortalamasına sahiptir. Maddeye verilen cevapları ortalamasından da anlaşılacağı üzere, araştırmaya katılanlar çalıştıkları hastanede başkaları için bir şey yapabilme olanağı sağlanmasından “memnun” görülmektedirler. Benzer şekilde “hastanenin kendilerine sabit ve düzenli bir iş olanağı sağlaması” da, çalışanlar tarafından memnuniyet verici ( $\bar{X}=4,05$ ) olarak nitelendirilmektedir. İşsel tatmin ölçeğinde yer alan maddelerin genel olarak çoğunluğu, katılımcılar tarafından memnuniyet-tatmin edici olarak nitelendirilmekle birlikte; “Kendi kararlarımı uygulama serbestisi vermesinden ( $\bar{X}=3,00$ ) ve “Ara sıra değişik işler de yapabilmeme olanak vermesinden ( $\bar{X}=3,29$ )” maddelerinde ulaşılan memnuniyet-tatmin düzeyi “Kısmen Memnuniyet veya tatmin” düzeyindedir.

Katılımcıların; doğrudan işle ilgili olmayan, çalışma koşulları, ücret, motivasyon, kararlara katılımın sağlanması, övgü ve takdir, yönetim ve politikalar, vb. gibi faktörlerden kaynaklı tatmin düzeylerini ortaya koyan dışsal tatmin ölçeği maddeleri içinde, “İşyerindeki arkadaşlarımla birbirleri ile olan uyum ve ilişkilerinden ( $\bar{X}=3,91$ )” ve “İşyerimin çalışma koşullarından ( $\bar{X}=3,87$ )” maddeleri en yüksek ortalamaya sahip olup, katılımcıların memnun-tatmin oldukları görülmektedir. Ölçekte yer alan; “Yaptığım işe karşılık aldığım ücretten ( $\bar{X}=2,47$ )”, “Çalıştığım iş yerinde terfi olanaklarının olmasından ( $\bar{X}=2,82$ )” ve “İşe yönelik alınan kararların uygulamaya konmasından ( $\bar{X}=3,37$ )” maddelerinde ise, katılımcıların memnuniyet düzeyleri kısmen memnuniyet düzeyindedir. İşsel ve dışsal tatmin ölçekleri maddelerine verilen cevapların ortalamaları değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan hastane personelinin işsel tatmin düzeylerinin, dışsal tatmin düzeylerinden daha fazla olduğunu söylemek mümkündür.

**Tablo 5. İş tatmini ölçeği maddelerine verilen cevapların ortalama ve standart sapma dağılımları**

Faktör 1- İşsel İş Tatmini		Ort. ( $\bar{X}$ )	Std. Sp.
İT1	Yaptığım işin beni sürekli meşgul etmesinden,	3,32	0,80
İT2	Tek başıma çalışmama olanak vermesinden,	3,40	0,78
İT3	Ara sıra değişik işler de yapabilmeme olanak vermesinden,	3,29	0,76
İT4	Sosyal statümü arttırıp, toplumda sayın bir kişi olmama olanak vermesinden,	3,89	0,70
İT5	Vicdanıma ve duygularıma uygun işler yapabilme olanağım olmasından,	3,99	0,60
İT6	Bana sabit ve düzenli bir iş olanağı sağlamasından,	4,05	0,56
İT7	Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağımın olmasından,	4,08	0,55
İT8	İnsanlara ne yapacaklarını söyleme şansım olmasından,	3,41	0,89
İT9	Kendi yeteneklerimle bir şeyler yapabilme şansım olmasından,	3,90	0,69
İT10	Kendi kararlarımı uygulama serbestisi vermesinden,	3,00	0,90
İT11	Kişisel yeteneklerimi sergileme olanağı vermesinden,	3,56	0,81
İT12	Yaptığım işten dolayı duyduğum başarı hissinden,	3,89	0,66
Faktör 2- Dışsal İş Tatmini		Ort. ( $\bar{X}$ )	Std. Sp.

DT1	Yöneticimin astlarını yönetme şeklinden,	3,53	0,77
DT2	Yöneticimin karar verme yeteneğinden,	3,58	0,73
DT3	İşe yönelik alınan kararların uygulamaya konmasından,	3,37	0,80
DT4	Yaptığım işe karşılık aldığım ücretten,	2,47	0,91
DT5	Çalıştığım iş yerinde terfi olanaklarının olmasından,	2,82	0,85
DT6	İşyerimin çalışma koşullarından,	3,87	0,73
DT7	İşyerindeki arkadaşlarımla birbirleri ile olan uyum ve ilişkilerinden	3,91	0,66
DT8	Yaptığım işten ve başarılarımdan dolayı takdir edilmekten,	3,44	0,84

Araştırmaya katılanların motivasyon düzeylerini ölçmede kullanılan Motivasyon Ölçeği Formunda yer alan sorulara, katılımcılar tarafından verilen cevapların ortalamaları ve standart sapmaları aşağıdaki Tablo 6’da verilmiştir.

Çalışanların içsel motivasyon düzeylerini etkileyen faktörleri gösteren maddeler içinde, 4,21 ortalama ile “Hastanenin fiziksel çalışma ortamından” maddesi en yüksek memnuniyet ortalamasına sahiptir. Ulaşılan bu ortalama, katılımcıların fiziki çalışma ortamının kendilerini motive ettiği yönünde görüşe sahip olduğunu göstermektedir. “Çalışanlar arasındaki uyum ve iş birliğinden ( $\bar{X}=3,83$ )”, “Ekip çalışmasına verilen önemden ( $\bar{X}=3,53$ )” ve “Bu hastanede çalışmaktan ( $\bar{X}=3,52$ )” maddelerinin ortalama puanları, katılımcıların bu maddelere ilişkin içsel motivasyonlarının olduğu yönündedir. Buna karşın katılımcıların hastanenin çalışma saatlerinden memnun olmadıkları ( $\bar{X}=2,49$ ) görülmektedir. Benzer şekilde “Başarısızlığa gösterilen tepkilerden ( $\bar{X}=2,93$ )” çalışanların memnun olmadıkları ve bu durumun içsel motivasyonlarını düşürdükleri görülmektedir.

Çalışanların dışsal motivasyonları üzerinde etkili olan maddelerden sadece, “Mesleki eğitim ve gelişme olanaklarından ( $\bar{X}=3,40$ )” maddesinde katılımcıların motive oldukları görülmektedir. Çalışanları dışsal motive eden veya dışsal motivasyonlarını ortaya koyan ölçekteki diğer maddelere katılım oranı ise; ( $\bar{X}=2,47-2,85$ ) puan aralığında olup, ulaşılan bu bulgu katılımcıların dışsal motivasyonlarının olmadığı veya yetersiz olduğu yönündedir.

**Tablo 6. Motivasyon ölçeği maddelerine verilen cevapların ortalama ve standart sapma dağılımları**

	Faktör 1- İçsel Motivasyon	Ort. ( $\bar{X}$ )	Std. Sp.
1.	Bu hastanede çalışmaktan,	3,52	1,04
2.	Hastanenin fiziksel çalışma ortamından	4,21	1,02
3.	Çalışanlar arasındaki uyum ve iş birliğinden	3,83	1,18
4.	Takdir edilmem ve duyduğum başarı hissinden	3,31	1,36
5.	Denetim ve gözetim altında tutulma derecesinden	3,28	1,33
6.	Yöneticiler arasındaki uyumdan,	3,42	1,22
7.	Çalışma saatlerinden	2,49	1,28
8.	Ekip çalışmasına verilen önemden,	3,53	1,14
9.	Bana verilen sorumluluk düzeyinden,	3,50	1,27

10.	Başarısızlığa gösterilen tepkilerden,	2,93	1,34
11.	Fikirlerime değer verilmesinden,	3,36	1,30
<b>Faktör 2- Dışsal Motivasyon</b>		<b>Ort. (<math>\bar{X}</math>)</b>	<b>Std. Sp.</b>
1.	Özlük haklarımı kullanabilme (tatil, izin) olanaklarından,	2,85	1,34
2.	Ücret politikalarından (mesai, nöbet, vb.),	2,54	1,32
3.	Hastanenin performans değerlendirme sisteminden,	2,75	1,32
4.	Aldığım ücretten,	2,49	1,31
5.	Mesleki eğitim ve gelişme olanaklarından,	3,40	1,11
6.	Hastane tarafından gerçekleştirilen sosyal aktivitelerden,	2,47	1,32
7.	Başarının ödüllendirilmesinden,	2,75	1,35

Araştırmaya katılan hastane personelinin iş tatminlerini ve tatmin düzeylerini belirlemeye yönelik t-testi yürütülmüş ve test sonuçları Tablo 7’de sunulmuştur. Test sonucunda ulaşılan ortalama puan, katılımcıların iş tatmin düzeylerinin bulunmadığı veya kısmi tatminin bulunduğu (nötr tatmin)<sup>1</sup> puanların üzerinde çıkmıştır. Katılımcıların içsel iş tatmin puanları  $\bar{X}=3,65$ , dışsal iş tatmin puanları  $\bar{X}=3,38$  ve genel iş tatmin puanları  $\bar{X}=3,54$  olarak bulunmuştur. Ulaşılan bu bulgular, araştırmaya katılan hastane personelinin; içsel ve genel iş tatmin düzeylerinin bulunduğunu ancak tatmin düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir.  $\bar{X}=3,38$  dışsal iş tatmin puanı ise, çalışanlarda kısmi düzeyde iş tatminini olduğunu göstermektedir.

**Tablo 7. Katılımcıların iş tatmin düzeyleri**

İŞ TATMİNİ	N	Ortalama	Standart Sapma	t	Sig. (p)
Genel	222	3,54	0,85	61,555	<b>0,000</b>
İçsel	222	3,65	0,86	62,616	<b>0,000</b>
Dışsal	222	3,38	0,90	55,563	<b>0,000</b>

Araştırmaya katılan hastane personelinin, tatmin düzeyleri arasındaki (içsel, dışsal ve genel iş tatmini) ilişkinin belirlenmesine yönelik korelasyon testi yürütülmüş ve sonuçlar aşağıdaki Tablo 8’de sunulmuştur. Korelasyon testi sonucunda; hastane personelinin iş tatmini ile içsel ve dışsal iş tatminleri arasında güçlü bir ilişki (korelasyon) olduğu belirlenmiştir ( $r=0,979$  ve  $r=0,957$ ,  $p=0,000$ ). Ancak, çalışanların içsel iş tatminleri ile genel iş tatminleri arasındaki korelasyonun ( $r=0,979$ ), dışsal iş tatmini ile genel iş tatmininin arasındaki korelasyondan ( $r=0,957$ ) daha fazla olduğu görülmektedir. Ulaşılan bulgulara göre; çalışanların genel iş tatminleri üzerinde içsel iş tatmininin, dışsal iş tatmininden daha fazla etkili olduğunu söylemek mümkündür. İçsel iş tatmininin ile dışsal iş tatmininin arasında da yüksek bir korelasyon ( $r=0,878$ ) bulunmakla birlikte, görece olarak daha düşük

<sup>1</sup> Beşlik Ölçekler ile elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; ortalama 1,00- 2,59 arasında ise, çalışanlarda iş tatmininin olmadığı, 2,60-3,39 arasında ise kısmi iş tatmininin bulunduğu, 3,40-4,19 arasında ise iş tatmininin bulunduğu, 4,20-5,00 arasında ise çalışanlarda yüksek düzeyde iş tatmininin bulunduğundan söz edilir (Uzun ve Yiğit, 2011).

düzyededir. Bulgular doğrultusunda çalışanların genel iş tatminlerinin, hem içsel hem de dışsal iş tatmininin birlikte sağlanması ile gerçekleştirilebileceğini söylemek mümkündür.

**Tablo 8. Katılımcıların iş tatmin düzeyleri arasındaki ilişki**

	1	2	3	Sig.(p)
<b>İçsel Tatmin</b>	-			0,000
<b>Dışsal Tatmin</b>	0,878	-		0,000
<b>İş Tatmini</b>	0,979	0,957	-	0,000

p<.05

Araştırmaya katılan hastane personelinin motivasyonlarını ve motivasyon düzeylerini belirlemeye yönelik t-testi yürütülmüş ve test sonuçları Tablo 9’da sunulmuştur. Test sonucunda araştırmaya katılan hastane personelinin; içsel motivasyonlarının olduğu  $\bar{X}=3,40$  ancak düşük düzeyde içsel motivasyona sahip oldukları, dışsal motivasyonlarının ise bulunmadığı ( $\bar{X}=2,75$ ) tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastane personelinin genel motivasyonlarının ise; kısmi düzeyde ( $\bar{X}=3,15$ ) olduğu belirlenmiştir. Ulaşılan bu bulgular doğrultusunda; araştırmaya katılanların işlerini sevdiğileri ve işe ilişkin içsel motive oldukları, bununla birlikte ücret, terfi, ikramiye, vb. gibi dışsal motivasyonlarının bulunmadığı, ancak genel olarak kısmi düzeyde motive edildiklerini söylemek mümkündür.

**Tablo 9. Katılımcıların motivasyon düzeyleri**

MOTİVASYON	N	Ortalama	Standart Sapma	t	Sig. (p)
Genel	222	3,15	1,03	45,280	<b>0,000</b>
İçsel	222	3,40	1,02	49,712	<b>0,000</b>
Dışsal	222	2,75	1,17	34,951	<b>0,000</b>

Araştırmaya katılan hastane personelinin, motivasyon düzeyleri arasındaki (içsel, dışsal ve genel motivasyon) ilişkisinin belirlenmesine yönelik korelasyon testi yürütülmüş ve sonuçlar aşağıdaki Tablo 10’da sunulmuştur. Korelasyon testi sonucunda; hastane personelinin genel motivasyon düzeyi ile içsel ve dışsal motivasyon düzeyleri arasında güçlü bir ilişki (korelasyon) olduğu belirlenmiştir ( $r=0,971$  ve  $r=0,945$   $p=0,000$ ). Ancak, çalışanların genel motivasyonları ile içsel motivasyonları arasındaki ilişki ( $r=0,971$ ), dışsal motivasyonları ile genel motivasyonları arasındaki ilişkiye göre ( $r=0,945$ ) daha yüksektir. Bu doğrultuda araştırmaya katılan hastane personelinin; içsel motivasyonlarının, genel motivasyon düzeylerini arttırdığı, buna karşın dışsal motivasyonun yetersiz olması nedeniyle genel olarak düşük düzeyde motive olduklarını söylemek mümkündür.

**Tablo 10. Katılımcıların motivasyon düzeyleri arasındaki ilişki**

	1	2	3	Sig.(p)
<b>İçsel Motivasyon</b>	-			0,000
<b>Dışsal Motivasyon</b>	0,840	-		0,000
<b>Genel Motivasyon</b>	0,971	0,945	-	0,000

p<.05

Araştırma problemi doğrultusunda kurulan ana hipotezler ve alt hipotezlerin sınanması sonucunda ulaşılan çizelgeler haline sunulmuştur. Araştırmanın ana hipotezleri regresyon analizi ile sınanmıştır. Regresyon analizinde iş tatmininin çalışanların motivasyonları üzerindeki etkisi sınanmış, iş tatmini ile motivasyonun açıkladığı varyans görüldüğünden analize devam edilmiştir.

Tablo 11’de motivasyonu yordayan değişkenleri saptamak amacıyla yürütülen çoklu regresyon analizi sonuçları verilmektedir. Çoklu hiyerarşik regresyon analizi, aşamalı çözüm yöntemiyle yapılmıştır, böylece hangi değişkenlerin yordayıcı gücü olduğu saptanmaya çalışılmıştır. Analiz sonucunda regresyon denkleminde giren değişkenlerin katsayıları aşağıdaki tabloda verilmiştir. Çizelgede gösterilen B ve Beta değerleri bütün değişkenler regresyon denkleminde iken, ham madde ve standart puanlar için katsayıları göstermektedir. Bu değişkenlerin her birinin öncekilerle birlikte açıkladığı varyanslar ise  $\Delta R^2$  değişimi olarak gösterilmiştir.

Tablo 11’de görüldüğü gibi; çalışanların motivasyonlarını yordayan değişkenlere ilişkin hiyerarşik regresyon analizi sonucunda; denkleme birinci aşamada girilen iş tatmini değişkeninin genel olarak modele katkısı anlamlıdır ( $F=749.614$ ;  $p<.05$ ). Bu doğrultuda iş tatmininin, çalışanların motivasyonlarını anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir. ( $\beta=.87$ ;  $p<.05$ ). İş tatmini değişkeninin, bağımlı değişken olan motivasyondaki varyansın %77.2’sini açıkladığı ve anlamlı olduğu görülmektedir ( $\Delta R^2=.772$ ;  $F=749.614$  ve  $p<.05$ ). Ulaşılan bu bulguya göre araştırmanın birinci hipotezi olarak kurulan; “ $H_1$ : Sağlık personelinin iş tatmin düzeyleri ile motivasyonları arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 11. İş Tatminine göre hiyerarşik regresyon analizi**

Değişken	B	SE B	$\beta$	$R^2$	$\Delta R^2$
<b>Aşama I</b>					
İş Tatmini	1.063	.03	.879	.773	.772
<b>Aşama II</b>					
İş Tatmini	.540	.06	.447	<b>.836</b>	<b>.835</b>

Araştırmaya katılan sağlık personelinin motivasyon düzeylerinde cinsiyete ve medeni duruma göre farklılık olup olmadığının belirlenmesine yönelik bağımsız örnekleme t-testi yapılmıştır. T-testi sonucunda katılımcıların motivasyon düzeylerinin cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ( $t_{(222)} = -.267$ ;  $p > .05$ ) tespit edilmiştir. Katılımcıların medeni durum demografik özellik değişkenine göre ise motivasyon düzeyleri, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır ( $t_{(222)} = 4.814$ ;  $p < .05$ ). Cinsiyet ve medeni durum değişkenlerine göre katılımcıların motivasyon düzeylerine ilişkin yürütülen t-testi sonuçları aşağıdaki Tablo 12’de izlenebilir.

**Tablo 12. Katılımcıların motivasyon düzeylerinin cinsiyet ve medeni durumlarına göre değerlendirilmesi**

Değişkenler	N	Ortalama	S.S.	t	p
Kadın	114	3.13	.96	-.267	.790
Erkek	108	3.17	1.11		
Evli	111	3.47	.98	4.814	.000
Bekar	111	2.83	.99		

Tablo 12’de yer alan bulgular doğrultusunda, araştırmanın üçüncü hipotezi olarak kurulan “ $H_2$ : Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri sosyo-demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır”, ana hipotezi; *cinsiyet değişkenine göre reddedilmiş, medeni duruma göre*



ise kabul edilmiştir. Tablo 12’de görüleceği üzere; evli sağlık personelinin motivasyon düzeyi puan ortalamaları ( $\bar{X}=3.47$ ), bekar sağlık personelinin puan ortalamasından ( $\bar{X}=2.83$ ) yüksektir. Dolayısı ile ulaşılan bu bulgu, evli katılımcıların motivasyon düzeylerinin bekar katılımcılardan yüksek olduğunu, evli ve bekar sağlık personelinin motivasyon düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaştığını ( $p < .05$ ) göstermektedir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin, motivasyon düzeylerinin; yaş, meslek, eğitim, gelir, sektördeki çalışma süresi ve buldukları hastanedeki çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesine yönelik varyans (ANOVA) analizi yürütülmüştür. Farklılaşmanın bulunduğu demografik özellik değişkenlerinde, farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Tukey-testi yapılmıştır.

Test sonucunda katılımcıların motivasyon düzeylerinin, yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ( $F=18.178$ ;  $p < .05$ ). 21 yaş altı sağlık personelinin motivasyon puan ortalamaları ( $\bar{X}=3.90$ ), 21-30 yaş grubundaki sağlık personelinin puan ortalamalarından ( $\bar{X}=2.56$ ) daha yüksektir. Ayrıca tüm yaş gruplarının motivasyon düzeyi puan ortalamalarının, 21-30 yaş grubundaki katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda, araştırmaya katılan 21-30 yaş grubundaki katılımcıların motivasyon düzeylerinin, diğer yaş gruplarındaki katılımcılara göre daha düşük olduğu söylenebilir.

Katılımcıların motivasyon düzeylerinin mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ( $F=22.937$ ;  $p < .05$ ). Doktorların motivasyon puan ortalamaları ( $\bar{X}=4.18$ ), araştırmaya katılan diğer sağlık personellerinin tamamından anlamlı düzeyde yüksektir. Hemşirelerin motivasyon puan ortalamaları ( $\bar{X}=2.55$ ), doktorlar ( $\bar{X}=4.18$ ) ve idari personelin ( $\bar{X}=3.61$ ) puan ortalamalarından daha düşüktür. İdari personelin motivasyon puan ortalamaları doktorlardan düşük iken, diğer sağlık personelinin puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksektir. Diğer sağlık hizmetleri personellerinin motivasyon puan ortalamaları ( $\bar{X}=3.08$ ), doktorlar ve idari personelin motivasyon puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşüktür. Hasta hizmetleri danışmanlarının ( $\bar{X}=2.55$ ) ve temizlik personelinin ( $\bar{X}=2.67$ ) motivasyon puan ortalamaları, doktorlar ve idari personelin motivasyon puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşüktür. Bulgulara göre; araştırmaya katılanlar içinde doktorlar ve idari personelin motivasyon düzeylerinin, diğer meslek gruplarındaki çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğunu, hemşireler ve temizlik personelinin ise oldukça düşük motivasyon düzeyinde oldukları söylenebilir.

Katılımcıların motivasyon düzeylerinin eğitimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ( $F=10.689$ ;  $p < .05$ ). Orta öğretim düzeyindeki katılımcıların motivasyon puan ortalamaları ( $\bar{X}=2.68$ ), lisans ( $\bar{X}=3.17$ ) ve lisansüstü ( $\bar{X}=3.84$ ) eğitim düzeyindeki katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Ön lisans ( $\bar{X}=2.84$ ) ve lisans ( $\bar{X}=3.17$ ) eğitim düzeyindeki katılımcıların motivasyon puan ortalamaları ise, lisansüstü ( $\bar{X}=3.84$ ) eğitim düzeyindeki katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Bulgulara göre, lisansüstü ve lisans düzeyinde eğitilmiş katılımcıların motivasyon düzeylerinin, diğer eğitim düzeyindeki katılımcılara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Katılımcıların motivasyon düzeylerinin gelirlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ( $F=11.562$ ;  $p < .05$ ). Aylık gelir düzeyi 5.001 TL ve üstünde olan katılımcıların motivasyon puan ortalamaları ( $\bar{X}=3.99$ ), diğer gelir düzeyine sahip katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Katılımcıların motivasyon düzeylerinin sektördeki çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ( $F=9.156$ ;  $p < .05$ ). Sektördeki toplam çalışma süresi bir yıldan az olan katılımcıların motivasyon puan ortalamaları ( $\bar{X}=3.35$ ), sektörde 1-5 yıl arasında çalışanlardan anlamlı düzeyde yüksektir. Buna karşın sektörde toplam 1-5 yıllık çalışma süresi olan katılımcıların

motivasyon puan ortalamaları ( $\bar{X}=3.08$ ), sektörde 6 ve daha fazla yıldır çalışan katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksektir. Bulgulara göre, sektördeki çalışma süresi ile motivasyon düzeyi arasında ters yönlü bir ilişkinin olduğu, çalışma süresi arttıkça motivasyon düzeyinin düştüğü söylenebilir.

Katılımcıların motivasyon düzeylerinin aynı hastanedeki çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir ( $F=1.331$ ;  $p=.266 > .05$ ).

**Tablo 13. Katılımcıların motivasyon düzeylerinin diğer demografik özellik değişkenlerine göre değerlendirilmesi**

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Ortalamaların Karesi		F	Sig. (p)	Grup Farklılıkları
		Gruplar Arasında (df=4)	Gruplar İçinde (df=217)			
Motivasyon Düzeyi	Yaş	56.641	177.990	18.178	.000	21YA>21-30Y 21-30Y<DYG DR>DM HE<DR ve IP IP<DR IP>DM DSP<DR DSP<IP HHD<DR ve IP TP<DR ve IP
	Meslek	82.412	155.219	22.937	.000	OÖ<LS ve LSU ÖL<LSU LS<LSU
	Eğitim	39.115	198.517	10.689	.000	GG6>GG2-3-4-5
	Gelir	50.173	187.459	11.562	.000	SCS1>SCS2 SCS2<SCSD
	Sektördeki çalışma süresi	41.557	196.074	9.156	.000	
	Bu hastanedeki çalışma Süresi	2.855	234.777	1.331	.266	

$p<.05$  Not: 21YA: 21 yaş altı; 21-30Y: 21-30 yaş arası. DYG: Diğer yaş grupları; DR: Doktor, DM: Diğer Meslek Çalışanları; HE: Hemşire; IP: İdari Personel; DSP: Diğer Sağlık Personeli; TP: Temizlik Personeli; HHD: Hasta Hizmetleri Danışmanı OO: Orta Öğretim; OL: Ön Lisans; LS: Lisans; LSU: Lisans Üstü; GG2: Aylık Geliri 1.301-2000 TL Arasında Olanlar; GG3: Aylık Geliri 2001-3000 TL Arasında Olanlar; GG4: Aylık Geliri 3.001-4000 TL Arasında Olanlar; GG5: Aylık Geliri 4.001-5000 TL Arasında Olanlar GG6: Aylık Geliri 5.001 TL ve Üstünde Olanlar. SCS1: Sektörde 1 Yılandan Az Çalışanlar; SCS2: Sektörde 1-5 Yıl Arasında Çalışanlar; SCSD: Sektörde Çalışma Sürelerinin Diğerleri.

Tablo 13'deki bulgulara sonucunda, araştırmaya katılanların motivasyon düzeylerinin; yaş, meslek, eğitim, gelir ve sektördeki toplam çalışma süresi bağımsız demografik özellik değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı, buna karşın aynı hastanede çalışma süresi değişkeninde ise farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Bu doğrultuda araştırmanın ikinci hipotezi "H<sub>2</sub>: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri sosyo-demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır" hipotezi:

Katılımcıların motivasyon düzeyleri cinsiyet ve aynı hastanede çalışma süresi değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı yönünde ret,

Yaş, meslek, eğitim, gelir ve sektördeki toplam çalışma süresi değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı yönünde kabul edilmiştir.

Araştırma verilerinin analizi sonucunda ulaşılan bulgular doğrultusunda, araştırmanın problem cümlesi olarak kurulan “İş tatmini faktörleri, sağlık çalışanlarının motivasyonlarını etkilemekte midir?” sorusu; iş tatmininin, çalışanların motivasyonlarını pozitif yönde ve anlamlı düzeyde etkilediği şeklinde cevaplandırılmıştır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, Ankara ilinde faaliyet gösteren bir özel hastanede çalışan sağlık personelinin, motivasyon düzeylerinin belirlenmesi ve iş tatmin düzeyleri düzeylerinin motivasyonları üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Verilerin analizi sonucunda ulaşılan bulgulara göre, araştırmaya katılan sağlık personelinin; düşük düzeyde içsel motivasyona sahip oldukları, dışsal motivasyonlarının ise olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ulaşılan bu bulgular doğrultusunda katılımcılarda kısmi düzeyde “genel motivasyon” bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ulaşılan bu bulgular doğrultusunda; araştırmaya katılanların işlerini sevdiğikleri ve işe ilişkin içsel motive oldukları, bununla birlikte ücret, terfi, ikramiye, vb. gibi dışsal motivasyonlarının bulunmadığı, ancak genel olarak kısmi düzeyde motive edildiklerini söylemek mümkündür. Dolayısı ile, araştırmaya katılan hastane personelinin; içsel motivasyonlarının, genel motivasyon düzeylerini arttırdığı, buna karşın dışsal motivasyonun yetersiz olması nedeniyle genel olarak düşük düzeyde motive oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin iş tatminlerine ilişkin yürütülen analizler sonucunda, katılımcılarda; orta düzeyde içsel iş tatmininin olduğu, dışsal iş tatminlerinin kısmen bulunduğu, buna bağlı olarak çalışanların genel iş tatminlerinin düşük düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ulaşılan bu sonucu, yüksek işsizlik oranlarının bulunduğu Türkiye’de bireylerin, çalışacak bir işe ve düzenli gelire sahip oldukları için daha az memnuniyetsizlik ve duygusal tatmin ile açıklamak mümkündür. Çalışanların genel iş tatminleri üzerinde içsel iş tatmininin, dışsal iş tatmininden daha fazla etkili olduğunu söylemek mümkündür. İçsel iş tatmininin ile dışsal iş tatmininin arasında da yüksek bir korelasyon bulunmakla birlikte, görece olarak daha düşük düzeydedir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin motivasyon düzeylerinin belirlenmesine yönelik yürütülen analizler sonucunda;

- Katılımcıların motivasyon düzeylerinin cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı tespit edilmiştir.
- Katılımcıların motivasyon düzeylerinin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Evli katılımcıların motivasyon düzeylerinin bekar katılımcılardan yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Katılımcıların motivasyon düzeylerinin yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Genel olarak araştırmaya katılan 21-30 yaş grubundaki katılımcıların motivasyon düzeylerinin, diğer yaş gruplarındaki katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların motivasyon düzeylerinin mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir. Genel olarak sağlık personelinin motivasyon düzeyi ile mesleği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olduğu, iş yükü daha fazla buna karşın daha

düşük maddi kazançta sahip meslek grubu çalışanlarının motivasyonlarının düşük olduğu belirlenmiştir.

- Katılımcıların motivasyon düzeylerinin eğitimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça sağlık personelinin motivasyon düzeyinin de arttığını söylemek mümkündür. Eğitimin, meslek ve kazanç ile ilişkili olması, eğitim düzeyi arttıkça mesleki kariyer ve gelirin de artacağı gerçeği, eğitilmiş sağlık personelinin motivasyon düzeylerinin yüksek olmasını açıklamaktadır.
- Katılımcıların motivasyon düzeylerinin gelirlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir. Bulgulara göre; aylık gelir düzeyi en yüksek olan sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri, diğer gelir gruplarındaki çalışanlara göre daha yüksektir. Bulgulara göre; gelir ile motivasyon düzeyi arasında pozitif doğrusal bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Katılımcıların motivasyon düzeylerinin sektördeki çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir. Bulgulara göre, sektördeki çalışma süresi ile motivasyon düzeyi arasında ters yönlü bir ilişkinin olduğu, çalışma süresi arttıkça motivasyon düzeyinin düştüğü söylenebilir.
- Katılımcıların motivasyon düzeylerinin aynı hastanedeki çalışma sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı belirlenmiştir.
- Bulgular doğrultusunda araştırmanın ikinci hipotezi olarak kurulan; “ $H_2$ : Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri sosyo-demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır” hipotezi, katılımcıların motivasyon düzeylerinin cinsiyet ve aynı hastanedeki çalışma süresi açısından farklılaşmadığı, yaş, medeni durum, meslek, eğitim, gelir ve sektördeki toplam çalışma süresi açısından farklılaştığı için kısmen kabul edilmiştir.
- Araştırma kapsamında kurulan birinci hipotezde, regresyon analizi ile sınanmış ve test sonucunda: “ $H_1$ : Sağlık personelinin iş tatmin düzeyleri ile motivasyonları arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi; katılımcıların iş tatminlerinin, bağımlı değişken olan motivasyondaki varyansın %77,2’sini açıkladığı ve açıklanan varyansın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu için kabul edilmiştir.

Sonuç olarak, araştırma verilerinin analizi sonucunda ulaşılan bulgular doğrultusunda, iş tatmininin çalışanların motivasyonlarını pozitif yönde ve anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır.

Araştırmadan ulaşılan sonuçlar doğrultusunda, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar ile ileride benzer nitelikte çalışma yapacak araştırmacılara bazı öneriler sunulmaktadır.

## Kurum ve Yöneticilere Öneriler

Çalışanların iş tatminlerinin sağlanması, hem kurum amaç ve hedeflerine ulaşılmasını kolaylaştırmakta, hem kurumun zaman, emek, vb. gibi maliyet unsurlarından tasarruf etmesini, hem de hizmet kalitesinin artmasını sağlamaktadır. Özellikle çalışanların yaptıkları işe karşı aldıkları ücretin yetersiz olduğu ve terfi olanaklarının yetersizliği gibi olumsuz algılarının ortadan kaldırılması, hem dışsal hem de genel iş tatmin düzeyinin artmasını sağlayacaktır. Bu nedenle aynı işi yapan veya tüm hastane çalışanları arasında eğitim, kıdem, liyakat, bireysel performans, vb. gibi faktörler dikkate alınarak daha adil ve dengeli bir ücret politikası uygulanmalıdır. Ayrıca terfi olanaklarının artırılması ve/veya her çalışan için eşit kariyer olanağı sağlanması önerilmektedir.

Çalışanların kurumsal güven düzeyleri ile örgütsel bağlılık, iş tatmini, örgüt amaçlarının etkin iletimi ve örgüt içi iş birliğinin gelişmesi gibi pozitif kazanımlar veya diğer bir ifade ile sonuçların ortaya çıkması ile yakından ilişkilidir. Özellikle hastane çalışanlarının kuruma güven düzeyini arttırmak için çalışanlara kişisel zaman planlaması yapmalarına olanak sağlayacak bir çalışma programı sağlamaları,

yönetici ve amirlere olan güven düzeyini arttırmak için ise, özlük haklarının adil bir şekilde yerine getirilmesi önerilmektedir.

Araştırmaya katılan hastane personelinin içsel motivasyon düzeylerini arttırmak için; çalışma saatlerinin düzenlenmesi ve çalışanların başarısız oldukları durumlarda sert tepkiler gösterilmemesi önerilmektedir. Dışsal motivasyon için ise; ücret, özlük haklarının kullanımı, kişisel başarısının ödüllendirilmesi, hastane tarafından sosyal aktivitelerin düzenlenmesi ve performans değerlendirme sisteminin daha açık ve anlaşılır olması gibi konularda iyileştirme ve düzenleme yapılması önerilmektedir.

#### Araştırmacılar İçin Öneriler

Bu araştırmada sadece özel sektöre ait bir hastanede çalışan sağlık personelinin, iş tatmin ve kurumsal güvenlerinin motivasyonları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Gelecekte kamu ve özel sektör hastane çalışanlarına yönelik bir araştırma yapılması ve ulaşılan bulgular doğrultusunda kamu-özel sektör sağlık çalışanlarının iş tatmin, kurumsal güven ve motivasyonlarının karşılaştırması önerilmektedir.

#### KAYNAKÇA

- Akıncı, Z. (2002). Turizm Sektöründe İşgören İş Tatminini Etkileyen Faktörler: Beş Yıldızlı Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama. Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi, 4, 1-25.
- Alıncıkurt, Y., Yılmaz, K. (2012). Ortaöğretim Okullarında Değerlerle Yönetim, Örgütsel Adalet ve İş Doyumu Arasındaki İlişki. Sakarya University Journal of Education. 2 (2), 65-78.
- Aslanadam, B. (2011). “Sağlık personelinin motivasyonu ve buna ilişkin araştırma”. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Çelik, A. (2016). “Hemşirelerdeki motivasyon düzeyinin ekip çalışması üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi”. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Demir, N. (2007). Örgüt Kültürü ve İş Tatmini Plastik Sektöründe Bir Araştırma. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Derin, N. (2007). “Devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin iş doyum düzeyleri ve etkileyen faktörler”. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Doğanlı, B., Demirci, Ç. (2014). Sağlık Kuruluşu Çalışanlarının (Hemşire) Motivasyonlarını Belirleyici Faktörler Üzerine Bir Araştırma. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 21 (1), 47-60.
- İslamoğlu, A.H. (2009). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. İstanbul: Beta Yayınevi.
- Judge, T. A. ve Klinger, R. (2008). “Job Satisfaction: Subjective Well-Being at Work”. In M. Eid, & R. Larsen (Eds.), The Science of Subjective Well-Being. (Ch. 19, pp. 393-413). New York: Guilford Publications, 20 Mayıs 2017 tarihinde <http://www.timothy-judge.com/Job%20Satisfaction%20and%20Subjective%20Well-Being-Judge%20&%20Klinger.pdf>, adresinden alınmıştır.
- Karakaya, A., Ay, F.A. (2007). Çalışanların Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 31 (1), 55-67.
- Kaya, F. ve Oğuzöncül, A.F. (2016). Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler. Dicle Tıp Dergisi, 43 (2), 248-255.
- Keser, A. (2006). Çalışma Yaşamında Motivasyon. İstanbul: Alfa Aktüel.
- Kılıç, R., Keklik, B. (2012). Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi, 14 (2), 147-160.

- Korkmaz, S. (2008). "Hastanelerde doktor, hemşire ve ebelerin motivasyonunu etkileyen faktörler: Bir uygulama". Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin
- Kundak, Z., Taş, H.Ü., Keleş, A. ve Eğilcioglu, H. (2015). Bir Üniversite Hastanesinde Hemşirelik Mesleğinde İş Tatmini ve Motivasyon. Kocatepe Tıp Dergisi, 16, 1-10.
- Lam, S.S.K. (1995). Quality Management and Job Satisfaction: An Empirical Study. International Journal of Quality and Reliability Management, 12 (4), 72-78.
- Rajan, D. (2015). Motivation and Job Satisfaction: A Study of Pharmacists in Private Hospitals. SAMVAD: International Journal of Management, 9, 87-100.
- Soykenar, M. (2008). "Sağlık işletmelerinde personelin motivasyonunu etkileyen faktörler: Dokuz Eylül Üniversitesi hastanesinde örnek bir uygulama". Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Şimşek, M.Ş., Akgemici, T., Çelik, A. (2001). Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım
- Tekingündüz, S., Tengilimoğlu, D. (2013). Hastane Çalışanlarının İş Tatmini, Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Güven Düzeylerinin Belirlenmesi. Sayıştay Dergisi, 91, 77-103.
- Tengilimoğlu, D. (2005). "Hizmet İşletmelerinde Liderlik Davranışları İle İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma". Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 1, 23-44.
- Yavuz, C. ve Karadeniz, C. (2009). Sınıf Öğretmenlerinin Motivasyonunun İş Tatmini Üzerine Etkisi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2 (9), 507-519.
- Yılmaz, T. (2014). "Çalışanların iş tatmini ve motivasyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Kamu çalışanları üzerinde bir araştırma". Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Zeynel, E. ve Çarıkçı, İ.H. (2015). "Mesleki Motivasyonun, İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Akademisyenler Üzerine Görgül Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 20 (3), 217-248.
- Öztürk, Z., Dündar, H. (2003). Örgütsel Motivasyon ve Kamu Çalışanlarını Motive Eden Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi, İİBF Dergisi, 4 (2), 57-167.
- Öztürk, Z., İlman, E. Z. (2015). Sağlık Yönetimi ve İşletmeciliği Bölümünde Okuyan Öğrencilerin Bölümü Tercih Nedenleri ile Beklenti ve Motivasyon Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. Hitit Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8 (1), 71-93.

Usaysad Derg, 2018; 4(1): 94 -108(Araştırma makalesi)

## AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA HİZMET SUNUCULARIN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN FARKLILIKLARI

**Doç. Dr. Aykut EKİYOR**

Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

[aykutekiyor1974@yahoo.com](mailto:aykutekiyor1974@yahoo.com)

<https://orcid.org/0000-0002-7718-9329>

**Hasan Hüseyin UYANIK**

Kars İl Sağlık Müdürlüğü

[hhuyanik@gmail.com](mailto:hhuyanik@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-2845-2602>

Makale gönderim-kabul tarihi (22.03.2018-12.04.2018)

### Özet

Aile hekimliği, gelişmiş ülkelerin tamamına yakınında tercih edilip uygulanan birinci basamak sağlık hizmeti şeklindedir. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş bir yaklaşımla yeniden düzenlenmesi ve tüm toplum bireyleri tarafından tercih edilebilir şekilde sunulması için bu çağdaş hizmetin özgün bir modeli oluşturulmuş ve uygulamaya konmuştur. Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Sağlık Bakanlığınca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği bireye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek, kendisine kayıtlı bireyleri bir bütün olarak ele alıp, bireye yönelik sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunmaktadır.

Bu çalışmada, Kars İli ve çevresinde uygulanmakta olan aile hekimliği modelinden yola çıkılarak; hizmet sunucularının memnuniyet düzeyi ölçülmeye çalışılmıştır. Bununla birlikte hizmet sunucularının demografik özellikleri ile memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılıkların ortaya konması hedeflenmiştir.

Kars İlinde, aile hekimliği modeli sisteminde yer alan hizmet sunucusu 60 kişiye, iki bölüm ve 18 sorudan oluşan memnuniyet anketi uygulanmıştır. Elde edilen veriler istatistiksel paket programına girilerek analizleri yapılmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre aile hekimliği modelinden hizmet sunucularının memnuniyetleri ile demografik özellikleri açısından farklılıkları olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimi, Aile Sağlığı Elemanı, Aile Hekimliği Modeli, Aile Hekimi Memnuniyeti, Kars, Türkiye.

### DIFFERENCE IN SATISFACTION LEVEL IN TERMS OF DEMOGRAPHIC FEATURES OF SERVICE PROVIDERS IN THE FAMILY PHYSICIAN APPLICATION

#### Abstract

Family practice is a primary care health service preferred and applied in nearly all of the developed countries. In our country, to temporarily reorganize and presented to be preferred by all citizens, the primary care health

94

service has been created and put into effect in a unique model. The family physician is to administer the family health center, inspect the team he/she works with and provide in-service training, carry out health services directed to individuals necessitated from special health programs conducted by the Ministry of Health, approach to the individuals registered to him/her as a whole, perform health services in a team percept.

In this study, level of satisfaction of the service providers based on the family physician model applied in the Kars province and its surroundings have been admeasured. Additionally, it is aimed to find out the difference between the demographic features and the level of satisfaction of the service providers.

A satisfaction questionnaire, consisting of two sections and 18 questions, has been conducted to 60 service provider participants partaking in the family physician model system in the Kars province. The results of the data has been analyzed and evaluated by a statistical package program. According to the research results, a significant difference has not been observed between the satisfaction levels and demographic features of the service providers in the family physician model.

**Key Words:** Health services, Family Physician, Family Health Personnel, Family Practice Model, Family Physician Satisfaction, Kars, Turkey.

## GİRİŞ

Toplumsal hayatta refah düzeyi ile bireylerin genel sağlık durumlarındaki sürekli iyileştirmeler arasında yakın ilişki bulunmaktadır. Sağlıklı bir toplum için; sağlıkta eşitlik sağlanması, bireylere sağlıklı bir yaşam kazandırılması ve yaşam süresinin uzatılması amaçlanmaktadır. İnsanların refah ve mutluluğunu artıracak sonucu elde etmek için sistemin temel girdileri olan fiziki, mali ve beşeri kaynakların akılcı kullanımı esastır. Söz konusu kaynaklardan en iyi şekilde yararlanmanın yolu, çağdaş bilimin ulaştığı olduğu bugünkü seviyede faydalı olabilecek her türlü bilimsel metodu kullanmaktan geçmektedir (Yıldırım, 1994). Türkiye’de uygulamaya konulan aile hekimliği modeli de bu yöntemlerden biridir.

Aile hekimliği kavramının ortaya çıkış nedeni, birinci basamak sağlık kurumlarında hizmet verecek hekimlerin bilgi ve becerilerini artırmak ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerini iyileştirmektir. Dâhiliye uzmanı olan Doktor Francis E. Peabody 1923 yılında, modern tıbbın sağlık hizmet sunumunu çok fazla parçalara ayırdığından dolayı yetersiz hale geldiğini belirtmiş, hızlı ve kapsamlı biçimde kişisel sağlık hizmeti sunacak genel hekimliğe geri dönüş yapılması gerektiği çağrısı yapmıştır. Doktor Francis E. Peabody’nin bu çağrısı zamanından önce yapılmış bir uyarı olarak kalmış ve uzmanlaşma eğilimi 1950’li yıllara kadar güç kazanarak devam etmiştir (Ercan, 2012). Birinci basamaktaki yeni uzmanlık kavramı aile hekimliği 1966 yılında yayımlanan üç ayrı rapor ile tanınmıştır. Bu raporlardan birincisi, Millis Komisyon Raporu olarak da bilinen Amerikan Tıp Birliğinin Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Vatandaş Komisyonu Raporu, ikinci rapor, Willard Komite Raporu olarak da bilinen Amerikan Tıp Birliği Eğitim Konseyi Aile Hekimliği Eğitim Komitesinin Raporu, üçüncü rapor ise Folsom Raporu, Toplum Sağlığı Ulusal Komisyonu’nun raporudur. Bu rapor hem Amerikan Halk Sağlığı Derneği hem de Ulusal Sağlık Konseyi tarafından desteklenmektedir (Saatçi ve diğerleri, 2006). Amerikan Tıp Birliği’nin Millis ve Willard Raporları’nı yayımlaması sonrasında Amerika Birleşik Devletleri’nde 1969 yılında birincil bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı olarak “Aile Hekimliği” tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu kurulmuştur (Sezer, 2008). 1994 yılındaki Millis raporuna göre, birinci basamak hekiminin başlıca dört ana sorumluluğu veya rolü bulunmaktadır. Birinci rol; ayrıştırılmamış hasta ile ilk temas sürecindeki hizmetin sağlanması, ikincisi; geniş kapsamlı bakımı sağlamak, üçüncü rolü; bakımın sürekliliği ve sağlık sistemi içindeki koordinasyonu, dördüncü rolü ise; birinci basamak hekimi toplum içinde liderlik ve yol göstericilik yapmak olarak belirlenmiştir. Millis Raporu’ndaki tanıma ek olarak aile ve toplumun entegrasyonu sorumluluğu da eklenmiştir (Medaniel ve diğerleri, 2007).



Hollanda'da 1974 yılında İkinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı düzenlenmiştir. Düzenlenen bu toplantıda aile hekimliği; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, bireylere, ailelere ve sorumlu olduğu nüfusa kişisel, sürekli ve birinci basamak sağlık hizmetleri sunan uzmanlaşmış tıp doktoru olarak tanımlanmıştır (Çalış, 2006). Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu (WONCA) tarafından 1991 yılında aile hekimliği tanımı yapılmıştır. WONCA genel pratisyen ya da aile hekimini, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir şeklinde tanımlamıştır (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), 1991). WONCA Avrupa Bölgesi 2002 yılında günün koşullarına göre tanımını güncellemiştir. WONCA Avrupa Bölgesi'nin 2002 yılında (WONCA, 2002) yaptığı yeni tanıma göre aile hekimliği; kendi eğitim içeriği, araştırması, kanıta dayalı ve klinik faaliyeti olan birincil bakıma yönelik akademik ve bilimsel bir disiplindir.

Aile hekimliği ile ilgili literatürde aynı amaç doğrultusunda farklı tanımlar bulunmaktadır. Saran (2007) aile hekimini, bireylerin serbestçe seçebildikleri ve kendileriyle uzun süreli düzenli bir ilişki kuran bir hekim olarak, aile üyelerinin sağlık geçmişlerini, özel durumlarını, hayat şartlarını, içinde yaşadıkları çevreyi, psikolojik durumlarını, karşı karşıya buldukları riskleri çok iyi bilen ve böylelikle bireyi bütüncül yaklaşımla değerlendirebilen bir kişidir şeklinde ifade etmiştir. Dikici ve diğerleri (2007) ise, aile hekimliğini sağlık hizmetinin ilk başvuru noktası -giriş kapısı- olarak nitelendirmiştir. Yazarlara göre aile hekimi bireye sağlıkta ve hastalıkta sürekli hizmet sunmanın yanı sıra tüm disiplinlerin hizmetini belirli bir düzeyde içine alan kapsamlı bir hizmettir. Tüm sağlık gereksinimlerinin koordinatörüdür. Hasta izlemi ve toplum sağlığı sorunlarının çözümüne ilgili sürekli bir sorumluluk taşır ve kişiselleştirilmiş bakım sağlar. Olesen ve arkadaşları (2000) aile hekiminin görev tanımının gözden geçirilmesine yönelik önerileri içeren çalışmalarında aile hekimliğini; genel pratisyen, bir sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği sağlık problemlerine bakım vermeye yönelik ilk adımları atmak için eğitilmiş bir uzman olarak nitelendirmişlerdir.

Aile hekimi 2013 yılında Resmi Gazete'de yayımlanan 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanununda; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, belirli bir mekânda, sürekli ve kapsamlı olarak sunmakla yükümlü, gerekli zamanlarda gezici sağlık hizmeti sunan ve tam gün esasına göre görev yapan aile hekimliği uzmanı ve Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman hekim veya hekim olarak tanımlanmıştır.

### KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Aile hekimliği kavramı, 1970-1980'li yıllarda dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye'de tartışılmaya başlanmıştır. Türkiye'de aile hekimliği her ne kadar ilk olarak 05.07.1983 tarihli Tababet (Tıp) Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almış olsa da tıp tarihi incelendiğinde 1894 tarihli "Aile Tabibi" kitabı aile hekimliğini sözcük olarak topluma tanıtan ilk örnek olmuştur (Ünlüoğlu, 2008). Aile Hekimliği Anabilim Dalı ilk olarak 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı eğitim hastanelerinde 1985 yılında aile hekimliği uzmanlık eğitimine başlanmıştır. Yüksek Öğretim Kurulu tıp fakültelerinde 1993 yılında aile hekimliği anabilim dallarının kurulması uygun bulunmuştur (Algın ve diğerleri, 2004).

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında, aile hekimliği uygulamasına geçiş gayretlerinin nedenleri arasında ilk sırada, Türkiye'de yaşanan bebek ve anne ölümleri gelmektedir. Bu ölümlerin sebeplerinden ve en fazla görülen hastalıklardan dolayı sağlık hizmetlerinin sunumunda bir iyileştirme veya değişikliğe gidilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır (Günaydın, 2007). Aile hekimliği, 1990 sonrası birçok devlet dokümanında ve VI, VII ve VIII. beş yıllık kalkınma planlarında yer

almıştır. Son olarak Türkiye Cumhuriyeti 58. Hükümetinin Acil Eylem Planı ve Sağlıkta Dönüşüm Programında yer almıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılının Kasım ayında yayınladığı "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında Aile Hekimliği, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, genel sağlık sigortası, sağlık bilgi sistemi, tanı ve tedavi kurumları ile teşkilat yapısının yenilenmesi şeklindeki genel politikaları ile birinci basamak sağlık hizmetlerine farklı bir yaklaşımla gündeme gelmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015). Aile hekimliği modeli ilk olarak 15 Ekim 2005 tarihinde Düzce'de başlamış ve daha sonraki yıllarda tüm illerde kademeli olarak aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

Aile hekimliği uygulaması farklı ülkelerde farklı şekilde uygulanmaktadır. İngiltere'de sağlık hizmetinin temel direği aile hekimidir. Sağlık hizmetinden faydalanmak isteyen kişiler, öncelikli olarak aile hekimlerine başvurmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetlerinde ise uzman hekimler görev yapmaktadır. Hastalar uzman hekime aile hekiminin sevk etmesiyle başvurabilmektedir. Üçüncü basamakta ise özel dal hastaneleri ve eğitim hastanelerini içeren ileri tıp merkezleri bulunmaktadır. İngiltere nüfusunun %97'si aile hekimine kayıtlıdır. Geri kalan kesim ise kendi sağlık harcamalarını yapabilen üst düzey gelir grubunu kapsamaktadır (Oral, 2002). Randevu sistemiyle hizmet veren kliniklere, kayıtlı nüfus başvuruyor. Mevcut durumda bir hekimin üzerine kayıtlı nüfus yaklaşık 4 bin kişi ve bir hekim günde 30-40 hastayla temas ediyor. Ancak Ocak 2015'te getirilen yeni düzenlemeyle vatandaşlar, hizmet almak istedikleri genel pratisyenlik kliniğini yaşadıkları bölgeden bağımsız olarak seçebiliyorlar. Bu düzenlemeye bağlı olarak, klinikler arasındaki rekabetin artması ve kliniklerin kayıtlı nüfus ve gelir düzeylerinde farklılaşmalar görülmesi bekleniyor. Kliniklerde görev yapan hekimler, kendi istekleri doğrultusunda haftada birkaç kez yarım gün bir hastanede, genellikle acil servislerde çalışabiliyor. Bu çalışma sistemi, hekimlerin eğitim ve yeni uygulamalardan uzak kalmamasını ve ek gelir elde etmesini sağlıyor. Bir genel pratisyenlik kliniğinin kadrosu genellikle 4-5 hekimden; danışma, evrak görevlilerinden, hemşire, ebe ve sekreterden oluşuyor. (<http://ailehekimi.org/p/ingilterede-aile-hekimligi-ve-genel-pratisyenlik-klinikleri>, Erişim Tarihi: 25.04.2018). Almanya'da pratisyen hekimler, birinci basamak sağlık hizmetine giren koruyucu sağlık hizmetlerini vermekte olup, ayaktan tedavi hizmetleri ile hastane hizmetleri birbirinden ayrılmıştır. Hastaların aile hekimini değiştirebilmesi için kayıtlı olduğu hekimde üç ay doldurması gerekmektedir. Birinci basamakta aile hekimleri yanında uzman hekimler de görev yapabilmektedir (Kaya, 2011). Amerika Birleşik Devletleri sağlık sisteminin kendisine özgü karmaşık yapısı içinde ve hastalara tanıdığı özgürlükler nedeniyle basamaklandırılmış bir sağlık sistemi ve etkili bir sevk sistemi bulunmamaktadır. Sağlık sigortası olan hastalar kendi seçimlerine göre istedikleri sağlık kurumundan sağlık hizmeti talep etmektedir. Hastaların genel eğilimi, önceden belirlenmiş birinci basamak hekimi tarafından değerlendirilmeden, hastalıklarının semptomları ile ilgili bir uzmana başvurmaları şeklindedir (Terzi, 2007). Küba'da 1983 yılında aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Aile hekimliği ekipleri hizmet sundukları bölgede yaşamaktadır ve aile hekimi başına 700-800 kişi düşmektedir. Aile hekimleri aynı zamanda fabrikalardan ve okullardan da sorumludurlar (Paycı ve Ünlüoğlu, 2004).

Türkiye'de aile hekimliği modeline Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde başlanmıştır. Birinci basamakta çalışmak isteyen ve uzmanlık eğitimi almamış hekimler geçiş dönemi eğitime tabi tutulmuşlar ve böylece aile hekimi olmuşlardır (Görpelioğlu, 2004). Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye'de aile hekimliği uygulamasında sevk zincirinin bulunmadığı görülmektedir. Ayrıca, Türkiye'de aile hekimliği modelinde aile hekimine düşen hasta sayısı çok sayıda ülkeye göre fazladır. Küba'da bir aile hekiminin ilgilendiği kişi sayısı 800, Almanya'da 1.000, Litvanya'da 1600, Hollanda'da 2.300 ve İngiltere'de ise en fazla 3000 kişidir. Türkiye'de ise bir aile hekimine kayıtlı kişi sayısı 3634 olup bu rakam 4.500'e kadar çıkmaktadır. Türkiye'de aile hekimine kayıtlı kişi sayısının diğer ülkelere oranla fazla olması gerek ulaşılabilirlik gerekse süreklilik anlamında sağlık hizmeti sunumunda hizmette aksamalara yol açmaktadır (Akman, 2014).

Sağlıkta insan gücü, sağlık hizmetlerinin ve sağlık politikalarının en kritik bileşenlerinden biridir (Hongoro ve McPake, 2004). Sağlık hizmetlerinde kritik görevde bulunan aile hekimlerinin temel vazifeleri; bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmelerine yardımcı olmak, hastalıkları tedavi etmekten ziyade hastalığın oluşmadan önlenmesi konusunda bireylere yol göstermek, halk sağlığı konularında toplumu bilinçlendirmek, kronik hastalığı olan kişilerin gerekli sıklıkta takibini yapmak, özürli kişilere yönelik sağlık hizmetlerini yürütmek, gebelik dönemi ve doğum sonrası loğusa ve bebek takibi yapmaktır (Katz ve diğerleri, 2009; Chuang ve diğerleri, 2009). Aile hekimliği uygulaması çalışanları görevlerini yerine getirirken toplumun farklı kesimleri ile iletişim kurdukları için bu hizmeti sunan çalışanlarda meydana gelebilecek bir tatminsizlik veya motivasyon kaybı, aile hekimliği hizmeti alan kişileri olumsuz etkileyecektir (Clever, 2002).

Aile hekimliği memnuniyeti ile ilgili literatürde farklı çalışmalara rastlanmaktadır. Bunlardan Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nün sağlık personeli memnuniyet araştırması önemli çalışmalardan biridir. 2009 yılında gerçekleştirilmiş ve 2010 yılında yayınlanmış olan araştırma farklı sağlık kurumlarında çalışan 4983 kişiye uygulanmış ve çalışanların %4,2'sini aile hekimleri oluşturmuştur. (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2010). Aiken ve diğerlerinin (2001) 43.000 hemşirenin iş doyumsuzluğunu araştırdıkları çalışmada, hemşirelerin doyumunun yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Ayrıca, Algin ve diğerleri (2004), Chaabad (2006), Ilgar (2006), Şişman (2010), Ağdemir (2012), Korkmaz ve diğerleri (2012), İlgün (2014), Uysal (2014) gibi yazarlar tarafından yapılan ve aile hekimlerinin sorunları, aile hekimliği modeli, aile hekimlerinin görüşleri, memnuniyetleri ve sağlık personelinin iş doyumunu başlıkları altında çeşitli çalışmalara rastlanmaktadır.

## ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ

Araştırmanın metodolojisi kısmında araştırmanın amacı, araştırmanın yöntemi ve araştırmanın hipotezlerine yer verilmiştir.

### Araştırmanın Amacı

Aile hekimliği uygulamasının temel unsuru olan hizmet sunucularının uygulamaya bakış açıları, çalışma koşulları ve görüşleri, uygulamanın olumlu ve olumsuz yönlerinin ortaya çıkarılması, uygulama kapsamında oluşabilecek bazı problemlerin, olası risklerin ve bunlara ilişkin düzenlemelerin ortaya çıkarılması açısından önem taşımaktadır.

Bu araştırmada aile hekimliği modeli çerçevesinde, hizmet sunucularının aile hekimliği uygulamasındaki memnuniyet düzeyinin ölçülmesi ve hizmet sunucularının memnuniyet düzeyi ile demografik özellikleri arasındaki farklılıkların ortaya konması amaçlanmıştır.

### Araştırmanın Yöntemi

Araştırma, Kars ili ve çevre ilçelerde aile hekimliği hizmeti sunan aile hekimi ve aile sağlığı elemanları ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri nicel araştırma tekniklerinden olan anket tekniği ile toplanmıştır. Bu bağlamda hizmet sunucularına yönelik literatürde çeşitli araştırmalardan elde edilen 18 sorudan oluşan memnuniyet anketi hazırlanmıştır. Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde 7 sorudan oluşan sosyo-demografik özellikler, ikinci bölümde ise 11 sorudan oluşan 5'li likert ölçekli ifadeler yer almıştır. Katılımcıların sorularda yer alan ifadeleri "1: Kesinlikle Katılmıyorum, 5: Kesinlikle Katılıyorum" aralığında beşli skalada değerlendirmeleri istenmiştir. Anketin güvenilirliği Cronbach's Alfa testi ile tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda Cronbach's Alfa katsayısının 0,738 olduğu tespit edilmiştir. Tüm maddeler için elde edilen  $\alpha$  değeri o anketin toplam güvenilirliğini gösterir ve genel kabul bu değer 0.7 ve büyük olmasıdır. Cronbach alfa

katsayısının yorumlanması için farklı sınıflamalar literatürde yer almaktadır. Yaygın kabul edilen yaklaşıma göre;  $\geq 0.9$  mükemmel,  $0.7 \leq \alpha < 0.9$  iyi,  $0.6 \leq \alpha < 0.7$  kabul edilebilir,  $0.5 \leq \alpha < 0.6$  zayıf,  $\alpha < 0.5$  kabul edilemez olarak değerlendirilmektedir (George ve Mallery, 2003). Elde edilen değere göre anketin iyi olduğu kabul edilmektedir. Araştırmada belirlenen anket Kars ili ve çevresinde faaliyet gösteren aile hekimliği birimlerinde ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan 60 aile hekimi ve aile sağlığı elemanına (hemşire, ebe, sağlık memuru) kolayda örnekleme yöntemi ile yüz yüze uygulanmıştır. Böylece ankette anlaşılamayan sorular nedeniyle cevaplama oranının düşük çıkması önlenmeye çalışılmış, bu yöntem ayrıca sunulan hizmetlere ilişkin katılımcıların öneri ve tavsiyelerini almaya olanak sağlamıştır. Aile sağlığı merkezlerinin tamamında bu araştırmayı yürütmek zaman ve maliyet yönünden zor olduğu için sınırlılıklara gidilmiştir. Çalışmanın yapıldığı dönemde Kars ilinde 8 toplum sağlığı merkezi (TSM), 28 aile sağlığı merkezi (ASM), 81 aile hekimliği birimi (AHB) bulunmaktadır. Merkez İlçeden 7 aile sağlığı merkezinden 18 aile hekimliği birimi; Dığor İlçesinden 1 aile sağlığı merkezinden 2 aile hekimliği birimi; Sarıkamış İlçesinden 2 aile sağlığı merkezinden 5 aile hekimliği birimi; Selim İlçesinden bir aile sağlığı merkezinden 5 aile hekimliği birimi; Susuz İlçesinden bir aile sağlığı merkezinden 3 aile hekimliği birimi örneklem olarak seçilmiştir. Evrenin belirlendiği ilçelerde 60 aile hekimi ve 60 aile sağlık elemanı görev yapmaktadır. Örneklem oranı aile hekimleri için %46,67, aile sağlığı elemanı için ise %53,33 belirlenmiştir. Çalışmanın yapıldığı ilçelerde hizmet sunucularının %50'sine ulaşılmıştır. Katılımcılardan ankette kendilerine en yakın buldukları seçenekleri işaretlemeleri istenmiştir. Anket uygulamasından elde edilen veriler SPSS 22 istatistik paket programında değerlendirilmiştir ve verilere frekans analizi, t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

### Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler şu şekildedir:

H<sub>1</sub>: Hizmet sunucularının aile hekimliği uygulama memnuniyeti ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark vardır.

H<sub>2</sub>: Hizmet sunucularının aile hekimliği uygulama memnuniyeti ile medeni durum arasında anlamlı bir fark vardır.

H<sub>3</sub>: Hizmet sunucularının aile hekimliği uygulama memnuniyeti ile öğrenim durumu arasında anlamlı bir fark vardır.

H<sub>4</sub>: Hizmet sunucularının aile hekimliği uygulama memnuniyeti ile yaş arasında anlamlı bir fark vardır.

H<sub>5</sub>: Hizmet sunucularının aile hekimliği uygulama memnuniyeti ile görevleri arasında anlamlı bir fark vardır.

### Araştırmanın Bulguları

Tablo 1: Araştırmaya Katılan Hizmet Sunucularının Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler		f	%
Cinsiyet	Kadın	41	68,3
	Erkek	19	31,7
Yaş	21-30	35	58,4

	31-40	15	25,0
	41-50	8	13,3
	51-60	2	3,3
<b>Medeni Durum</b>	Evli	35	58,3
	Bekâr	25	41,7
<b>Öğrenim Durumu</b>	Lise	16	26,7
	Önlisans	5	8,3
	Lisans	9	15,0
	Lisansüstü	30	50,0
<b>Görevi</b>	Aile Hekimi	28	46,7
	Aile Sağlığı Elemanı	32	53,3
<b>Görev Süresi</b>	0-5 Yıl	27	45,0
	6-10 Yıl	21	35,0
	11-15 Yıl	5	14,0
	16-20 Yıl	3	8,3
	21 Yıl ve Üstü	4	5,0
<b>Kurumdaki Görev Süresi</b>	0-5 Yıl	49	81,7
	6-10 Yıl	8	13,3
	11-15 Yıl	2	3,3
	21 Yıl ve Üstü	1	1,7

Tablo 1'e göre hizmet sunucularının %68,3'ünün kadın, %31,7'sinin erkek; %58,4'ünün 21-30 yaş; %25,0'inin 31-40 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %58,3'ünün evli, %41,7'sinin bekar; %50,0'sinin lisansüstü, %26,7'sinin lise mezunu olduğu; %46,7'sinin aile hekimi ve %53,3'ünün ise aile sağlığı elemanı olarak çalıştığı; %45,0'inin 0-5 yıl, %35,0'inin 6-10 yıl arasında toplam görev süresinin olduğu; %81,7'sinin 0-5 yıl arasında kurumda çalıştıkları yapılan frekans analizi sonucunda belirlenmiştir.

**Tablo 2: Hizmet Sunucularının Memnuniyet Ölçek Ortalamaları**

DEĞİŞKENLER	X
Aile sağlık merkezinin fiziki koşulları	3,777
Aile hekimliği uygulamasında verilen ücretin yeterliliği	3,241
Aile hekimliği uygulamasında yetki ve sorumluluklarımızın belirginliği	2,848

Aile hekimliği uygulamasında çalışma saatlerinin uygunluğu	3,025
Aile hekimliğine başvuran hasta yoğunluğunun fazla olmadığı	3,000
Aile hekimliği uygulamasında haftalık çalışma düzeninin aile hekimi tarafından belirlenmesinin çalışma düzeninde bir rahatlık sağlayacağı	3,962
Aile hekimliği uygulamasında çalışanlara eşit davranıldığı	2,987
Aile sağlık merkezinde gerekli güvenlik tedbirlerinin alındığı	1,760
Aile hekimliği uygulamasında mesleğinizde istediğiniz gelişme ve ilerleme için gerekli desteğin verildiği	2,405
Aile hekimliği uygulamasında hastalara ait bilgilerin sistemde saklanması, hastaların sağlık hizmetini alırken tıbbi açıdan takip edilebilirliğinin sağlanması	3,823
Genel olarak aile hekimliği uygulamasının eski sağlık ocakları sistemine göre daha iyi olduğu	4,076

Hizmet sunucularının aile hekimliği uygulamasındaki memnuniyet ölçek ortalamalarına göre; en yüksek ortalamaya sahip değişken genel olarak aile hekimliği uygulamasının eski sağlık ocakları sistemine göre daha iyi olduğudur (4,076). Aile hekimliği uygulamasında haftalık çalışma düzeninin aile hekimi tarafından belirlenmesinin çalışma düzeninde bir rahatlık sağlayacağı (3,962), aile hekimliği uygulamasında hastalara ait bilgilerin sistemde saklanması ve hastaların sağlık hizmetini alırken tıbbi açıdan takip edilebilirliğinin sağlanması (3,823) değişkenleri yüksek ortalamaya sahiptir. En düşük ortalamaya; aile sağlık merkezinde gerekli güvenlik tedbirlerinin alındığı (1,760) ifadesidir. Aile hekimliği uygulamasında hizmet sunucuları eski sağlık ocağı sistemine göre bu sistemin daha iyi olduğunu, haftalık çalışma düzeninin belirlenmesi ile ilgili yetkilerin kendilerine verilmesi gerektiğini ve hastalara ait bilgilerin sistemde saklanmasının tıbbi açıdan takip edilebilirliğini sağlaması dolayısıyla uygun bulduklarını ifade etmişlerdir. Aile hekimliği uygulamasında hizmet sunucuları güvenlik tedbirleri açısından yetersiz bir ortamın olduğunu belirtmektedirler.

### Hipotezlerin Test Edilmesi

Araştırmanın anket uygulamasından elde edilen verilerde hipotezlerin test edilmesinde T-testi, ANOVA testi, TUKEY testi ve Tamhane's T2 testi analizleri kullanılmıştır.

**Tablo 3: Hizmet Sunucularının Cinsiyete Göre Grup İstatistikleri**

Cinsiyet		N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalama
Memnuniyet Ortalaması	Kadın	41	3,1641	,53056	,08285
	Erkek	19	3,1818	,61059	,14008

Tablo 3'de gösterilen analiz sonuçlarına göre 41 kadın katılımcıya ilişkin ortalama memnuniyet düzeyinin 3,1641, 19 erkek katılımcıya ilişkin ortalama memnuniyet düzeyinin ise 3,1818 olduğu

tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre kadın ve erkek katılımcıların memnuniyet ortalamalarının birbirlerine yakın olduğu görülmektedir.

**Tablo 4: Hizmet Sunucularının Cinsiyetine Göre Bağımsız İki Örneklem T-Testi**

Hizmetten Yararlananlar-Cinsiyet	Varyansların Eşitliği İçin Levene Testi	Ortalamaların Eşitliği İçin T-Testi							
		F	Sig	t	p	Ortalama Fark	Standart Hata farkı	Farkın %95 Güven Aralığı	
								Alt	Üst
Varyanslar Eşit Olduğunda	1,749	,191	-,115	,909	-,01774	,15448	-,32696	,29149	
Varyanslar Eşit Olmadığında			-,109	,914	-,01774	,16725	-,34963	,31416	

p >,005

Tablo 4’de gösterilen, Kadın ve Erkek katılımcıların memnuniyet ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığının belirlenmesine yönelik gerçekleştirilen Bağımsız İki Örnek T Testi sonuçlarına göre, grup ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı (p= 0,909 > 0,005) tespit edilmiştir. Dolayısıyla, H<sub>1</sub> hipotezi reddedilerek, kadın ve erkek katılımcıların memnuniyet düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 5: Hizmet Sunucularının Medeni Durumuna Göre Grup İstatistikleri**

Medeni Durum		N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalama
Memnuniyet Ortalaması	Evli	35	3,0935	,53031	,08964
	Bekar	25	3,2764	,57465	,11493

Tablo 5’de gösterilen analiz sonuçlarına göre 35 evli katılımcıya ilişkin ortalama memnuniyet düzeyinin 3,0935, 25 bekar katılımcıya ilişkin ortalama memnuniyet düzeyinin ise 3,2764 olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre kadın ve erkek katılımcıların memnuniyet ortalamalarının birbirlerine yakın olduğu görülmektedir.

**Tablo 6: Hizmet Sunucularının Medeni Durumuna Göre Bağımsız İki Örneklem T-Testi**

Hizmetten Yararlananlar-Medeni Durum	Varyansların Eşitliği İçin Levene Testi	Ortalamaların Eşitliği İçin T-Testi							
		F	Sig	t	p	Ortalama Fark	Standart Hata Farkı	Farkın %95 Güven Aralığı	
								Alt	Üst
Varyanslar Eşit Olduğunda	,002	,964	-1,272	,209	-,18286	,14379	- ,47068	,10496	
Varyanslar Eşit Olmadığında			-1,255	,216	-,18286	,14575	- ,47572	,11001	

p >,005

Tablo 6’da gösterilen, katılımcıların medeni durum memnuniyet ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığının belirlenmesine yönelik gerçekleştirilen Bağımsız İki Örnek T Testi sonuçlarına göre, grup ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı (p= 0,209 > 0,005) tespit edilmiştir. Dolayısıyla, H<sub>2</sub> hipotezi reddedilerek, katılımcıların medeni durumlarına göre memnuniyet düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 7: Hizmet Sunucularının Öğrenim Durumuna Göre Tek Yönlü Varyans Analizi**

Memnuniyet Ortalaması-Öğrenim Durumu	Tanımlayıcı İstatistikler							
	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Farkın % 95 Güven Aralığı		F	p
					Alt Sınır	Üst Sınır		
Lise	16	3,0625	,51396	,12849	2,7886	3,3364	,588	,625
Önlisans	5	3,4000	,77032	,34450	2,4435	4,3565		
Lisans	9	3,2727	,48532	,16177	2,8997	3,6458		
Lisansüstü	30	3,1576	,56341	,10286	2,9472	3,3680		

p >,005

Hizmet sunucularının öğrenim düzeyleri ile aile hekimliği modelinden memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılığı belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tablo 7’de gösterilen analiz sonuçlarına göre, öğrenim durumu ile katılımcıların aile hekimliği memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı (p= 0,625 > 0,005) için H<sub>3</sub> hipotezi reddedilmiştir. Elde edilen bu sonuç, grup ortalamalarının birbirine yakın olduğunu göstermektedir.



**Tablo 8: Hizmet Sunucularının Yaş Gruplarına Göre Tek Yönlü Varyans Analizi**

Memnuniyet Ortalaması- Yaş	Tanımlayıcı İstatistikler							
	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Farkın % 95 Güven Aralığı		F	p
					Alt Sınır	Üst Sınır		
<b>21-30</b>	23	3,2130	,55251	,09339	3,0232	4,4874	,578	,632
<b>31-40</b>	93	3,1091	,55744	,14393	2,8004	4,2597		
<b>41-50</b>	59	3,0114	,58198	,20576	2,5248	4,2918		
<b>51-60</b>	42	3,5000	,57854	,40909	- 1,6980	4,3336		

p >,005

Hizmet sunucularının yaş grupları ile aile hekimliği modelinden memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılığı belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tablo 8’de gösterilen analiz sonuçlarına göre, yaş grupları ile katılımcıların aile hekimliği memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı (p= 0,632 > 0,005) için H<sub>4</sub> hipotezi reddedilmiştir. Elde edilen bu sonuç, grup ortalamalarının birbirine yakın olduğunu göstermektedir.

**Tablo 9: Hizmet Sunucularının Görevlerine Göre Tek Yönlü Varyans Analizi**

Memnuniyet Ortalaması- Görev	Tanımlayıcı İstatistikler							
	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Farkın % 95 Güven Aralığı		F	p
					Alt Sınır	Üst Sınır		
<b>Aile Hekimi</b>	28	3,1396	,56879	,10749	- ,34439	- ,23157	,485	,489
<b>Aile Sağlığı Elemanı</b>	32	3,1960	,54453	,09626	- ,34544	- ,23262		

p >,005

Katılımcıların görevleri ile aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyleri arasındaki farklılığı belirlemek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tablo 9’da gösterilen analiz sonuçlarına göre, hizmet sunucularının görevleri ile katılımcıların aile hekimliği memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı (p= 0,489 > 0,005) için H<sub>5</sub> hipotezi reddedilmiştir. Elde edilen bu sonuç, grup ortalamalarının birbirine yakın olduğunu göstermektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile hekimliği modelinde hizmet sunanların sorunları ve memnuniyet düzeyini belirlemeye yönelik yapılan bu çalışma Kars İli ve çevre ilçelerde faaliyet gösteren aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları ile yapılmıştır.

Hizmet sunucu memnuniyetinin değerlendirilmesinin amacı, sağlık kurumlarının performanslarını geliştirerek hasta beklentilerini en iyi şekilde karşılamanın yolunu aramaktır. Hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentileri ve sağlık hizmetini sunan personelin davranışı oluşturmaktadır. Sağlık insan gücünün önemli olduğu günümüzde hasta beklentilerinin karşılanması çalışanın motivasyonu ve tatmini ile birlikte değerlendirilmelidir.

Araştırma sonuçlarına göre hizmet sunucularının genel memnuniyet durumları değerlendirildiğinde %54'ünün memnun olmadığı, %46'sının memnun olduğu anlaşılmaktadır. Anket uygulanan 60 kişinin 38'i aile hekimliği uygulamasından memnun olmadığını, 32 kişi memnun olduğunu belirtmiştir. Araştırmacıların değişkenlere verdikleri cevapların ortalamalarına göre; fiziki koşulların rahat ve kullanışlı olduğu (3,777), haftalık çalışma düzeninin aile hekimi tarafından belirlenmesinin çalışma düzeninde bir rahatlık sağlayacağı (3,962), hastalara ait bilgilerin sistemde saklanması hastaların sağlık hizmetini alırken tıbbi açıdan takip edilebilirliğini sağlayacağı (3,823) ve genel olarak aile hekimliği sisteminin eski sağlık ocağı sistemine göre daha iyi olduğu (4,076) sonucuna ulaşılmıştır. Hizmet sunanların (çalışanlar) anketlere verdikleri yanıtlar genel olarak kişisel odaklı, etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu amaçlayan aile hekimliği uygulamasının, eski sağlık ocakları sistemine göre daha işlevsel ve etkili olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın bulgularından hizmet sunucularının gerekli güvenlik tedbirlerinin alınmamasından (1,760) ve mesleğinde istediği gelişme ve ilerleme için gerekli desteğin verilmemesinden (2,405) rahatsızlık duydukları sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda verilen ücretin yeterli olduğu (3,241), yetki ve sorumlulukların belirlenmiş olduğu (2,848), çalışma saatlerinin uygun olduğu (3,025), hasta yoğunluğunun fazla olmadığı (3,000), çalışanlara eşit davranıldığı konusunda (2,987) ortalamalar dikkate alındığında hizmet sunucularının kararsız oldukları anlaşılmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2010) tarafından yapılan Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması sonuçlarına göre; performansa dayalı ek ödemenin birinci sırada ele alınması gereken konu olarak ortaya çıktığı, izin kullanma sırasında ek ödeneğin kesilmesi, meslekler arası büyük farklılıklar olması, ek ödemelerin geleceğiyle ilgili belirsizlik algısının da temel sorunlar olduğu ve personelin motivasyon düzeyinde farklı nedenlerden dolayı düşüklük olduğu tespit edilmiştir. Uysal (2014) tarafından yapılan çalışmada da Aile Sağlığı Merkezlerinin fiziksel koşullarının iyileştirildiği ve iş yükünde artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Chaabad (2006) Michigan'daki kentsel ve kırsal kesimde çalışan 123 anestezi hemşiresi arasında gerçekleştirdiği araştırmasında, kırsal kesimde çalışan hemşirelerin kentsel kesimde çalışanlara oranla daha fazla iş tatmini elde ettiğini ve örgütlerine daha fazla bağlı oldukları belirtilmiştir.

Araştırma kapsamında belirlenen hipotezlerin istatistiki analizlerle test edilmesiyle hizmet sunucularının demografik özellikleri ile (cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu ve görev) memnuniyet düzeyleri arasında fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Uysal'ın (2014), Aile Hekimliği Sisteminde Çalışanların Aile Hekimliğine Yönelik Görüşleri başlıklı farklı değişkenlerle demografik özellikleri karşılaştırdığı çalışmasında; aile hekimliğinde çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarının personel eksikliğini giderme boyutuna yönelik çözüm önerilerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği; aile hekimliği uygulamasındaki çalışma koşulu, işe bağlılık ve memnuniyet, verimlilik ve hizmet kalitesi boyutlarına yönelik görüşlerin medeni duruma göre değiştiği saptanmıştır. Aynı çalışmada; aile hekimliği çalışanlarının mesleki gelişim, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, personel eksikliğini giderme ve bilgi sistemi geliştirme boyutlarına ilişkin çözüm önerilerinin medeni duruma göre

faklılaştığı; çalışma koşulu, iş yükü, verimlilik ve hizmet kalitesine yönelik görüşlerinin yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği sonuçlarına da ulaşılmıştır.

Bu araştırmanın sonuçlarından hizmet sunucularının aile hekimliği sisteminde memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu anlaşılmaktadır. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları güvenlik konusunda tedirginlik yaşamaktadırlar. Yapılacak düzenlemelerle hizmet sunucularının güvenliklerinin sağlanması gerekmektedir. Hizmet sunucularının mesleki gelişimlerini sağlamaya yönelik eğitimlerin, sempozyum, kongre vb. bilimsel etkinliklerin düzenlenmesi gerekmektedir. Ayrıca yetki ve sorumluluklar, ücret, çalışma saatleri ve eşitlik konusunda hizmet sunucularının düşüncelerine başvurulmalı ve onların deneyimleri göz önünde bulundurularak yeni çözüm önerileri geliştirilmelidir.

Bu araştırma aile hekimliği modeli alanında yapılmış olması dolayısıyla alanyazına faydalı bilgiler ve veriler sunmaktadır. Araştırma yer ve örneklem bakımından sınırlılığa sahiptir. Bu konu ile ilgili yapılması düşünülen çalışmaların daha geniş bölge ve örneklem üzerinde yapılması araştırmanın temsil gücünü ve öneri sunma imkanını artıracaktır. Aile hekimliği modelinde hizmet sunucularının sorunlarının, uygulanan sistemden memnuniyetlerinin ve/veya memnuniyetsizliklerinin belirlenmesinin sağlık politikacıları ve uygulayıcıları başta olmak üzere alana önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

#### KAYNAKÇA

- Ağdemir, H. (2012). Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi ile Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Çığ Üniversitesi, Mersin.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H. and others.(2001) Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries , Health Affairs, 20 (2): 43-53.
- Akman, M. (2014). Türkiye'de Birinci Basamağın Gücü, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 18(2): 70-78.
- Algın K. Şahin İ. Top M. (2004). Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(3): 249-275.
- Chaabad, H. (2006). Job Satisfaction, Organizational Commitment and Turnover Intent Among Nurses Anesthetist in Michigan, Master Thesis, Capella University, Michigan.
- Chuang A.W., M.D., Ling F.W. (2009). Gynecology for the Primary Care Physician, Springer Press.
- Clever, L.H. (2002). Who is Sicker: Patients or Residents? Residents' Distress and the Care of Patients, Annals of Internal Medicine, 136(5), 391-393.
- Çalış, S. (2006). Türkiye'de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Dikici, M.F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A.S., Yarı, F. (2007). Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Tıbbi Eğitim Dergisi, 27: 412-418.
- Ercan, E. (2012). Aile Hekimliği Başucu Kitabı, İstanbul: Selen Yayıncılık.
- Görpelioglu, S. (2004). Geçiş Dönemi Eğitim Programı Gerekliliği, Amacı ve Yapısı, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara.
- Günaydın, A. (2007). Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu Değerlendirmeleri, Yüksek Lisans Tezi, İÜ Sosyal Bilimleri Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.

Hongoro, C., McPake, B. (2004). How to Bridge the Gap in Human Resources for Health, *Lancet*, 364, 1451-1456.

<http://ailehekimisi.org/p/ingilterede-aile-hekimligi-ve-genel-pratisyenlik-klinikleri>, Erişim Tarihi: 25.04.2018.

İlgar, M. (2006). Düzce İli Aile Hekimliği Pre-Pilot Uygulamasının Sahada Görevli Hekimlerce Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

İlgün, G. (2014). Aile Hekimliği Sisteminde Çalışanların Aile Hekimliği Uygulamasına Yönelik Görüş ve Önerileri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Katz, D.L., Ali, A. (2009). Preventive Medicine, Integrative Medicine, and the Health of the Public,” Institute of Medicine of the National Academies, <http://www.iom.edu/~/media/Files/Activity%20Files/Quality/IntegrativeMed/Preventive%20Medicine%20Integrative%20Medicine%20and%20the%20Health%20of%20the%20Public.pdf>.

Kaya, A. (2011). Türkiye ile Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırması, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Korkmaz, M., Yahyaoglu, G., Çalışkan, D. (2012). Aile Hekimlerinin Zaman Yönetimi Ve İş Performansının Uygulamaları Olarak İncelenmesi. *Akademik Bakış Dergisi*, 29: 1-18.

McDaniel, S.H., Campbell, T.L., Hepworth, J., Lorenz, A. (2007). Aile Yönelimli Birincil Bakım, (Çev. Editör. H.Yaman), İstanbul:Yüce Yayınevi.

Olesen, F., Dickinson, J., Hjortdahl, P. (2000). General Practice- Time for a New Definition, *BMJ*, 320: 354-357.

Oral A.I. (2002). ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2): 61-77.

Paycı, Ö.S., Ünlüoğlu, G. (2004). Dünyada ve Türkiye’de Aile Hekimliği, Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara.

Resmi Gazete. (2013). 5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu 25665, Madde: 1.

Saatçi, E., Bozdemir, N., Akpınar, E. (2006). Amerika Birleşik Devletleri’nde Aile Hekimliği, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 10(2): 80.

Sağlık Bakanlığı. (2018). <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikladonusum.pdf>. (Erişim Tarihi:10.03.2018).

Saran, U. (2007). Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri, *Aile Hekimliği Dergisi*, 1(4): 10-15.

Sezer, T. (2008). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulamalarında Bakımda Sürekliliğin Durumu, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi (YUT), Adana.

Şişman S. (2010). Aile Hekimliği Sistemine Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısı. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Uysal, F. (2014). Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık Personeli Tarafından Değerlendirilmesi: İzmir İli Konak İlçesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Ünlüoğlu, İ. (2008). Türkiye’de Aile Hekimliği Disiplinin Gelişimi, *PRN Aile Hekimliği Dergisi*, 2(33): 425-429.

Terzi, C. (2007). Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi: Sağlık Sistemleri-II, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 22(1-2): 6.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. (2010). Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 805, Ankara: Opus Basın Yayın Ltd. Şti.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Yıldırım, S. (1994). Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, DPT.

Wonca. (1991). The Rol Of The General Practitioner/ Family Physician in Health Care Systems: A Statement from Wonca.

Wonca. (2002). The European Definition of General Practice/Family Medicine. Wonca Europe. Barcelona: Wonca Europe Office Publication.

George, D., Mallery P. (2003). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

*Usaysad Derg, 2018; 4(1): 109 -121(Derleme makale)*

HEHJH

### TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ

**Dr. Öğr. Üyesi Ersin AYHAN**

Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

[eyhan@gazi.edu.tr](mailto:eyhan@gazi.edu.tr)

<https://orcid.org/0000-0002-4097-0840>

**Ergün ÖNDER**

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

[ergun.onder@gazi.edu.tr](mailto:ergun.onder@gazi.edu.tr)

Makale gönderim-kabul tarihi (14.03.2018-15.04.2018)

<https://orcid.org/0000-0001-7942-1403>

#### Özet

Sağlık hizmeti bir kamu hizmetidir. Türkiye'de bu hizmet, yalnızca devlet eliyle verilebileceği gibi liberalleşme politikalarının devamı niteliğinde ortaya çıkan özelleşmelerle kamu-özel ortaklığı şeklinde de verilmeye başlanmıştır. Bu bağlamda, daha önce yalnızca kamu sektörünün sunduğu mal ve hizmetler, özelleştirme ve çeşitli yöntemlerle özel sektör veya kamu özel sektör işbirliğiyle de verilebilmektedir.

Bu çalışmada Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı modelinin, bu model ile yapılan entegre sağlık kampüslerinin ve bu projenin özellikle mevzuat boyutunun altı çizilecektir. Bu çalışmada mülakat yoluyla bu modelin avantajları ve dezavantajları belirlenmeye çalışılmış, uygulama sırasında ortaya çıkabilecek çeşitli problemler ve çözüm önerilerine yer verilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Özelleşme, Kamu-Özel Ortaklığı

### PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP MODEL IN THE HEALTH SECTOR IN TURKEY

#### Abstract

Healthcare is a public service. In Turkey, these services can be submitted by the government and also with the privatizations emerging as the continuation of liberalization policies in the form of public private partnership. In this context, goods and services previously offered only by the public sector can be given through privatization and various methods in private or public private sector cooperation.

In this study, the public private partnership model in Turkey, the integrated health campuses built with this model and the legislative dimension of this project will be underlined. In this study, the advantages and disadvantages of this model were tried to be determined through interviews, various problems that might arise during the application and suggestions for solution were given.

**Keywords:** Health, Privatization, Public Private Partnership

## GİRİŞ

20. yüzyılın son çeyreğinde küresel dünya ekonomisi, hem uluslararası hem de ulusal düzeyde ekonomik anlayışta bir değişim yaşamaya başlamıştır. Bu değişiklikler, liberalleşme ve özelleştirme olmuştur. Sonuç olarak, kamu sektörü ciddi dönüşümlere maruz kalmıştır. Bu dönüşümün tezahürlerinden biri, özel sektörün normlarının kamu sektörü örgütleriyle bütünleşmesidir. Diğer ise, her ikisinin de özünde olan özelleştirmedir.

1980'lerde özelleştirme araçları oldukça yayılmış, başka bir deyişle, özelleştirme, hem demokrasiyi hem de verimliliği garanti altına alacağı savunulduğundan oldukça önemli hale gelmiştir. Bu bağlamda, iktisadi devlet teşekküllerinin özelleştirilmesi, mal ve hizmet alımları gibi farklı özelleştirme biçimleri ön plana çıkmıştır.

1990'lı yılların başından itibaren bu politikalar, devletin piyasadan çekilmesinin olumsuz dışsallıklar yaratmış ve bu başarısızlıklara cevap vermek için düzenleyici devlet fikri gündeme gelmiştir. Öte yandan tek başına devlet verimsiz kabul edilmiştir. Bu nedenle, kamu sektörünün yatırımlar için gerekli olan kaynaklardan (mali boyut) yoksun olduğu ve aynı zamanda verimlilikten mahrum olduğu görüşü ortaya atılırken, özel sektörün yalnızca sosyal dışsallıklara yol açtığı iddia edilmektedir (Balyemez, 2017). Verimliliği, kaliteyi, finansal desteği, hakkaniyeti, adil fiyatlandırmayı garanti altına almak için, yeni hizmet sunum biçimlerine ihtiyaç vardır. Bu yeni kamu hizmeti sunum biçimi, kamu-özel ortaklığı olarak adlandırılmaktadır.

Bu bağlamda, bu çalışmada ilk bölümde bu kavram açıklanacak, ikinci bölümde, bu kavram çerçevesinde ortaya çıkan entegre sağlık kampüsleri ve devamında hazine garantisine dair bilgiler verilecektir. Ayrıca mülakat yoluyla projelerin verimliliği dezavantajları ve uygulamada ortaya çıkabilecek ve ya çıkmış çeşitli problemlere değinilecektir.

### 1. Kamu Özel Ortaklığı Modeli ve Kapsamı

Bir kamu özel ortaklığı, isminden de anlaşılacağı üzere kamu ve özel şirketler arasında bir ortaklıktır. Ortaklık, çeşitli düzenlemelerle her iki taraf için farklı seviyelerde katılım sağlayabilir. Kamu ve özel sektör arasında bir ortaklık kurmanın temeli, karşılıklı ihtiyaç ve faydadır (Grimsey & Lewis, 2007).

Kamu özel ortaklığı, “geleneksel olarak hükümet tarafından yapılan alt ve üst yapı hizmetlerini (yol, hastane, cezaevi, okul vs.) özel sektörün işbirliği ile yapmasıdır” şeklinde de tanımlanabilir (OECD, 2012).

Görüldüğü üzere kamu ve özel şirketler kamu alanındaki çok farklı hizmet alanlarında ortak projeler yürütebilmektedir. Kamu özel sektörü işbirliği projelerinde özel sektörün katılımı projenin türüne ve yapılan sözleşmedeki detaylara göre değişebilmektedir (Chen ve Fang, 2011).

#### 1.1. Kamu Özel Ortaklığının Gelişimi

1980'li yıllarda benimsenen özel sektör ağırlıklı kalkınma modelinin bir sonucu olarak, sanayi yatırımları kademeli olarak azalmış ve merkezi yatırım bütçesinde altyapı yatırımları ön plana

çıkıştır. Bu bağlamda, son yıllarda büyük ölçekli olarak adlandırılabilir ulaşım, sulama ve enerji sektörlerinde altyapı projeleri kamu yatırımlarının büyük bir bölümünü meydana getirmiştir. Bu şekilde, son yıllarda özellikle kamu finansmanında alternatif kamu kaynaklarına ek olarak, Kamu Özel Ortaklığı modellerini de içermek üzere, Türkiye'deki altyapı yatırımlarının artan ihtiyacını yerine getirmek adına kullanılmaya başlanmıştır (Kalkınma Bakanlığı, 2012).

## 1.2. Kamu Özel Ortaklığının Motivasyonu

Kamu Özel Ortaklığı, sadece kamu sektörü tarafından düzenlenirken, özel sektör tarafından sağlanan hizmetler olarak, çeşitli sebeplerle gerçekleştirilmektedir (Grimsey & Lewis, 2007). Bunlardan ilki yatırım maliyetleridir.

Bir KÖO projesinin en önemli nedeni, kamu sektörü için projenin mali yüküdür. Kamu sektörü, sağlık ve ya altyapı gibi varlık maliyetlerinin yüksek olduğu hizmetleri sağlamaktan sorumludur. Bing ve diğ. (2005), bu projelerin ilk kez Birleşik Krallık' ta, ek yatırım fırsatları için bütçenin tahsis edilmesi nedeniyle kullanıldığını belirtmiştir. Ayrıca, Grimsey ve Lewis (2007), KÖO ödemelerinin “bilanço dışı” statüsünü tartışmış ve bu durum muhasebe açısından gerçek dışı bir durum ortaya koymuştur. KÖO sözleşmeleri ile tüm finansal yükümlülüklerin özel sektöre devredildiği anlaşılabilir. Ancak, kamu ve / veya kamu yönetimi, özel sektöre yatırım ve işletme maliyetlerini eninde sonunda ödemektedir.

Bir başka motivasyon ise risk transferidir. Risk aktarımı ilkesi, uzman kişilere sorumluluk vererek riski azaltmasıdır. Kamu sektörünün, müşteri, işletmeci ve düzenleyici olarak aynı zamanda, gerekli uzmanlık ve verimlilik motivasyonu ile herşeyi aynı anda ele alması mümkün olmamaktadır. Özel sektörde risk transferi esas olarak, şirketlerin, çalışanlarının algılanan uzmanlıkları tarafından yönetilir; çünkü bunlar günlük faaliyetlere ve tasarım, inşaat, işletme, finansman ve bakım sorumluluğuna dâhil olurlar. Bu bağlamda uzmanlık bir diğer motivasyon olmuştur (Teker, 2008).

## 1.3. Kamu Özel Ortaklığının Modelleri

Kamu özel ortaklığı modeli, kendi kendini finanse eden bir model olarak ortaya çıkmaktadır. Bu bölümde öne çıkan kamu özel ortaklığı finansman modelleri listelenmiştir(Sönmez, 2016)

- **Yap-İşlet:** Yap İşlet modelinin Yap İşlet Devret modelinden ayrılma sebebi, Yap İşlet modelinde özel hukuk kişinin finansman sağlayarak üretim yaptığı tesisin sahiplik haklarının yatırımı meydana getiren özel müteşebbise ait olmasıdır.
- **Yap-Kirala-İşlet-Devret:** Kamu ile özel sektör bağlamında yapılan bir sözleşme uyarınca, bir yapının özel sektör tarafından finanse edilerek yapıldığı, gerekli durumlarda dizayn edildiği, bir süre için devlete kiralandığı, kiralanın yapı üstündeki çeşitli mal ve hizmet üretim birimlerinin kısmi ya da tamamen yapım eliyle işletilebildiği ve yapının mülkiyetinin kira dönemi bitiminde sözleşmede düzenlenmesi halinde kamuya geçtiği yapıdır.
- **Yap-Sahip ol-İşlet:** Bu modelde, yüklenici kamu mülkiyetini kamuya aktarmadan bir tesis kurar ve işletir. Tesisin yasal başlığı özel sektöre ait ve kamusal alanın tesisi satın alması veya unvan alması için herhangi bir yükümlülüğü bulunmamaktadır. Bir sistem, tüm İç Vergi Usul Kanunu şartları yerine getirildiğinde vergiden muaf statüye hizmet sözleşmesi olarak kalabilmektedir.



#### 1.4. Kamu Özel Ortaklığının Avantajları ve Dezavantajları

Kamu kaynaklarının kısıtlılığı nedeniyle yapılan büyük ve teknik detay gerektiren kamu projelerinde özel sektörle ortak projeler gerçekleştirilmektedir. Aşağıda bu metodun potansiyel faydalarına yer verilmiştir (Çevrimiçi, <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/ppp-objectives>):

- KÖO'ları, gelişmiş operasyonel verimlilikle daha iyi kamu hizmetleri sunmada, özel sektör teknolojisini ve inovasyonu tanıtmının bir yolu olarak keşfetmeyi sağlamaktadır.
- Özel sektörün projeleri zamanında ve bütçe dahilinde teslim etmek için teşvik edilmesini sağlamaktadır.
- Zaman içinde altyapı projelerinin mevcut ve gelecekteki maliyetlerini belirleyerek bütçe kısıtlarını belirlemektedir.
- KÖO'ları, büyük uluslararası firmalarla ortak girişimler yoluyla yerel özel sektör yeteneklerini geliştirmenin bir yolu olarak kullanmanın yanı sıra inşaat işleri, elektrik işleri, tesis yönetimi, güvenlik hizmetleri, temizlik hizmetleri, bakım hizmetleri gibi alanlarda yerel firmalar için taşeronluk fırsatları sunmaktadır.
- KÖO'ları, devlete ait işletmeleri ve hükümeti kademeli olarak özel sektör katılımı düzeylerine (özellikle yabancı) maruz bırakmakta ve bu projeleri kendi operasyonlarını profesyonelce yürütecek şekilde yapılandırmaktadır.
- Altyapıyı kolaylaştırıcı altyapı temeli açısından ülkeyi daha rekabetçi hale getirerek ve altyapı geliştirme (inşaat, ekipman, destek hizmetleri gibi) ile ilgili iş ve endüstriye destek vererek ekonomide kalıcılık yaratmayı sağlamaktadır.
- Altyapı geliştirme için artan talebi karşılamak için sınırlı kamu sektörü kapasitelerinin desteklenmesini kolaylaştırmaktadır.
- Tasarım / inşaat / işletme / bakım aşamasına kadar, projenin ömrü boyunca özel sektöre uygun risk transferi yoluyla uzun vadeli paranın çıkarılması sağlanmaktadır.

Kamu Özel Ortaklıkları ile ilişkili bir dizi potansiyel risk şunlardır (Çevrimiçi, <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/ppp-objectives>):

- KÖO projelerinde kalkınma, ihale ve devam eden maliyetlerin, geleneksel hükümet ihale süreçlerinden daha büyük olması muhtemeldir. Bu nedenle hükümet, daha büyük maliyetlerin haklı olup olmadığını belirlemelidir.
- Özel sektör finansmanı kolaylaştırabilirken, finans sadece proje şirketinin işletme nakit akışının yatırım getirisini sağlaması beklenen durumlarda mevcut olacaktır.
- Bazı projeler diğerlerine göre politik ve sosyal olarak daha zorlayıcı olabilir. Özellikle eğer özel sektöre aktarılmasından korkan mevcut bir kamu sektörü işgücünün bulunması halinde, projenin hayata geçirilebilmesi için önemli bir tarife artışları gerekiyorsa, bu durum zorlaşabilmektedir.
- Özel şirketler (ve borç verenler), mevcut varlıkların döviz kuru riski gibi riskleri taşıyorlarsa hizmet bedeli bunu yansıtabilir.
- Özel sektör, ne yapması gerektiğini ve bundan daha fazlasını yapmayacaktır. Bu nedenle teşvikler ve performans gereklilikleri sözleşmede açıkça belirtilmelidir.
- Bu projelerin uzun vadeli niteliği ve ilgili karmaşıklık göz önünde bulundurulduğunda, proje geliştirme ve olaylar sırasında olası tüm beklenmedik durumları tespit etmek zordur ve sözleşme sırasında taraflarca veya belgelerde beklenmeyen sorunlar ortaya çıkabilir. Tarafların,

bu durumları karşılamak için sözleşmeyi yeniden müzakere etmeleri gerekenden daha muhtemel değildir. Bazı projelerin, projenin öngörülen süresinden önce, hükümet politikasındaki değişiklikler, özel işletmeci veya hükümetin yükümlülüklerini yerine getirmemesi veya gerçekten de yükümlülüklerini yerine getirmesi gibi nedenlerden dolayı başarısız olabilir veya sonlandırılabilir.

### 1.5. Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı

Sağlık sektöründe teknolojidaki gelişmeler, yaşlanan nüfus, demografik nedenler, hastalıkların mevcut tedaviye uyumu ve uyuşturucu madde bağımlılığı gibi sebepler sağlık harcamalarında artışa sebep olmaktadır. Kamu Özel Ortaklıkları, özel sektörü bu sorunların üstesinden gelmek için yaygın olarak kullanan bir yöntemdir. Türkiye'de "Sağlık Sektöründe Geçiş" kavramı kapsamında, özel sektör yatırımcısını sağlık sektörüne yatırım yapmaya teşvik etmek amacıyla 2007 yılında KÖO departmanı kurulmuştur. KÖO modelinde risk, devlet ve özel yatırımcı arasında paylaşılır ve hastalara doğrudan verilen hizmet devlet tarafından verilir. Ekipman tedariki, malzeme vb. gibi diğer işlemler özel yatırımcının sorumluluğundadır. Sağlık hizmeti KÖO'larının, halkın dikkatini sosyal refah projelerine yönlendiren bir mekanizma olarak görülebileceği belirtilmelidir (Öge ve Baş, 2016).

Bu bağlamda aşağıda bu kapsamda sözleşmesi tamamlanan projeler ve kapasiteleri yer almaktadır.

**Tablo 1. Sözleşmesi Tamamlanan Projeler ve Kapasiteleri**

Hastane	Kapasite	Hastane	Kapasite
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3660 Yatak	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2060 Yatak
Ankara Etilik Şehir Hastanesi	3566 Yatak	İsparta Şehir Hastanesi	755 Yatak
Kayseri Şehir Hastanesi	1584 Yatak	Kocaeli Şehir Hastanesi	1180 Yatak
İstanbul İkitelli (Başakşehir) Şehir Hastanesi	2682 Yatak	Konya Şehir Hastanesi	1250 Yatak
Yozgat Şehir Hastanesi	475 Yatak	*FTR & YGAP & PH Paketi	2400 Yatak
Adana Şehir Hastanesi	1550 Yatak	Eskişehir Şehir Hastanesi	1081 Yatak
Elazığ Şehir Hastanesi	1040 Yatak	Tekirdağ Şehir Hastanesi	480 Yatak
Gaziantep Şehir Hastanesi	1875 Yatak	Şanlıurfa Şehir Hastanesi	1700 Yatak
Manisa Şehir Hastanesi	560 Yatak	Kütahya Şehir Hastanesi	600 Yatak
Mersin Şehir Hastanesi	1250 Yatak	Bursa Şehir Hastanesi	1355 Yatak

**Kaynak:** <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TabId/347/PID/1034/CategoryID/15/Default.aspx>

\*Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri dağılımı aşağıda listelenmiştir.

**Tablo 2. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri Dağılımı**

İller	FTR	Psikiyatri	YGAP
1 Afyon	150		
2 Diyarbakır	150	200	100
3 Erzurum	150		100
4 İstanbul-Bakırköy		400	200
5 Malatya	150		
6 Samsun	150		100
7 Trabzon			100
8 Van	150	200	100
<b>Toplam</b>	<b>900</b>	<b>800</b>	<b>700</b>
<b>Genel Toplam</b>		<b>2400</b>	

**Kaynak:** <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TabId/347/ArtMID/1034/ArticleID/58/FTR-Psikiyatri-Y252ksek-G252venlikli-Adli-Psikiyatri-Hastaneleri.aspx>

## 2. Türkiye’de Entegre Sağlık Kampüsleri ve Kamu Özel Ortaklığı

### 2.1. Entegre Sağlık Kampüslerine Geçiş Süreci

20. Yüzyılın son çeyreğinde, devlet idaresi bakış açısında önemli değişimler meydana gelmiş, yönetim hiyerarşisi ve bürokraside önemli gelişmeler yaşanmış, bahsedilen periyottaki iktisadi ve toplumsal şartların da tesiriyle esnek ve piyasa merkezli bir doğrultuda evrilmiştir. Bu anlamda, kamu hizmetlerinde, geleneksel yapıdan ayrılarak fiyat ve müşteriye konsantre olan bir sistem olmuş ve servis arzında verimlilik faktörü önemszenmeye başlanmıştır.

Bu dönemde, özellikle İngiltere’den başlayarak tüm Avrupa ve Dünya’da bir özelleşme süreci başlamıştır. Bahsedildiği üzere, özelleştirme bağlamında sağlık iş kolunda da çeşitli değişimler yaşanmış ve Kamu Özel Ortaklığı Modeli çerçevesinde bu sektör de yatırımcıların ilgisine açılmıştır. Özelleştirme liderlerinden İngiltere’de sağlık özelinde bu gelişimler 1993 yılından itibaren olmuş ve 2012 yılına dek 70 milyar pound hastane yatırımı gerçekleşmiştir (Benli vd. 2014:210).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin etkili ve özelleşme çerçevesinde verilmesinde ana araç ise kamu özel işbirlikleri olmuştur (Kerman vd. 2012:2-3). Türkiye’de bu projeler 5396 sayılı Kanun ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek Madde 7 ve bu maddeye dayalı “Sağlık Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” ile düzenlenmektedir (Benli vd. 2014:210). Bu bağlamda, sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeline dair ilk adım olan bu düzenlemelerde Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nda hizmet arzı, nasıl verildiği ve mali durumu bakımından değişikliklere yer verilmiştir (Karasu, 2011: 220-223).

## 2.2. Entegre Sağlık Kampüslerinin Yapılmasında Yap Kirala Devret (YKD) Modelinin Genel Yapısı ve Özellikleri

1980'den sonra, özelleştirme ve de-regülasyon gibi neo-liberal politikaların uygulanmasıyla, devletin hem işlevleri hem de örgütsel yapısı yeniden belirlenmiştir. Önemli ölçüde piyasadan temine dayalı alternatif yöntemlerin, bu dönemde kamu hizmetlerinin sunulmasında geleneksel yöntemlerin yerine geçtiği görülmüştür. Farklı yollarla kurulan ve en geniş anlamda Kamu-Özel Ortaklıkları (KÖO) olarak adlandırılan ortaklık modelleri de alternatif yöntemler arasında kabul edilmektedir (Flinders, 2005: 218).

Türkiye'nin YKD (Yap Kirala Devret) modeliyle ilk deneyimi sağlık hizmetleri projeleri kapsamındaydı. Bu projeleri yaklaşık 30 yıllık bir süre içinde yürütecek bir yasal çerçeve oluşturma politika yapımcıların ilk önceliği olmuştur. Sağlık sektöründe YKD modelini tanıtmaya yönelik ilk yasal adımlar, Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Hizmetleri İnşaatına İlişkin YKD Yönetmeliği ile birlikte 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanununun Ek 7 Maddesi'nin eklenmesiyle 2005-2006'da atılmıştır (Çevrimiçi,

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.5.3359&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=3359>).

Sağlık alanındaki YKD projelerine yönelik ilk yasal girişimler 2005 yılında yapılmış olsa da, ilk ihalenin başlatıldığı 2010 yılına kadar tam olarak tasarlanmış değildi. Bu beş yıl zarfında yasal çerçevedeki çalışmalar devam etmiş ve Sağlık Bakanlığı tarafından Tesislerin İnşası, Tadilatı ve İşletilmesi Hakkında Kanunun KÖO Modeli ile sonuçlanmıştır. Bu yasa, 2013 yılında sağlık hizmetleri ile ilgili yasal dayanakların belirlenmesi için özel olarak oluşturulmuştur. YKD Yasası, 2010 yılında YKD projelerinin fiili lansmanı sırasında yaşadığı yasama gerekliliklerine, bazı YKD'nin ihale aşamalarına karşı başlatılan bir dizi davaya hitap etmektedir. Projeler, özellikle bu projelerin bankacılığın düzeyini artırma zorunluluğu ile ilgili olmuştur. YKD Yasası, Türkiye'de genel olarak KÖO ile ilgili diğer mevzuatlara kıyasla daha genel bir referans olduğu için, borç verenlerin haklarını ve yönetimin devralınması için bir anlaşmaya varma yetenekleri bakımından benzersizdir (Özeke, 2016).

KÖO projeleri ile Türk sağlık sistemine giren entegre sağlık kampüsü ve şehir hastaneleri yeni organizasyon yapılarıdır. Sağlık hizmetlerinde çeşitli dal / ihtisas hastanelerinden oluşan büyük ölçekli entegre organizasyon yapıları hedeflenmiştir.

Bu modelin kamu mali tabloları açısından iki önemli üstünlüğü bulunmaktadır. Bunlar; borç stoku rakamlarında azalma ve faiz giderleri kaleminden klasik modele oranla daha düşük ödeme gerçekleştirilmesidir. (Bülbül, 2017).

Türkiye'de genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerince KÖO modeli çerçevesinde yaptırılan yatırım ve hizmetlerin muhasebe işlemleri Maliye Bakanlığı, Muhasebat Genel Müdürlüğü'nün 45 Sıra No.lu Genel Tebliği ile düzenlenmektedir. Bu Tebliğ'de; sağlık alanında ESK'larda uygulanan Yap-Kirala-Devret Modeli şu şekilde açıklanmıştır:

“İlgili mevzuatı çerçevesinde kamu hizmeti sunmak amacıyla ihtiyaç duyulan yapım işlerinin İşletmeci/Görevli Şirket/Yüklenici tarafından finanse edilerek yapılmasını, sözleşme süresi ile sınırlı olarak belirlenen bedel üzerinden idareye kiralanmasını, sözleşmede belirlenen bedel karşılığında yüklenici tarafından diğer hizmetlerin yerine getirilmesini ve süre bitiminde varlığın idareye

devredilmesini içeren model” olarak tanımlanarak YKD çerçevesinde imzalanan sözleşmelerin, Genel Yönetim Muhasebe Yönetmeliği'nin 25. maddesinde belirlenen finansal kiralama ile ilgili muhasebe standartları çerçevesinde ilgili hesaplara kaydedileceği hükme bağlanmıştır.

Bu tebliğ' in 4. Maddesi'ne göre KÖO modeline ilişkin sözleşmelerin muhasebe esasları belirlenmiştir;

1. İlgili mevzuatı çerçevesinde imzalanan kamu özel ortaklığı sözleşmelerinde yer alan yapım işlerine ilişkin girişilen taahhütler, gerçekleştirmeler, güncellemeler, edinilen varlıklar ile üstlenilen yükümlülükler ve kamu hizmetinin sunumuna ilişkin işlemler Yönetmelik hükümlerine göre muhasebeleştirilir.

2. Yap-işlet-devret modeli çerçevesinde imzalanan sözleşmeler, Yönetmeliğin 24 üncü maddesine göre hizmet imtiyaz sözleşmeleri olarak değerlendirilir ve edinilen varlıklar hizmet imtiyaz varlıkları ile ilgili muhasebe standartları çerçevesinde belirlenen hesaplara kaydedilir.

3. İşletme hakkının devri sözleşmelerine konu maddi duran varlıklar, işletme süresinin başlangıcında kayıtlı oldukları hesaplardan çıkarılarak hizmet imtiyaz varlığı olarak muhasebe kayıtlarına alınır.

4. Yap-kirala-devret modeli çerçevesinde imzalanan sözleşmeler, Yönetmeliğin 25 inci maddesinde belirlenen finansal kiralama ile ilgili muhasebe standartları çerçevesinde ilgili hesaplara kaydedilir.

5. Sözleşmelerde belirlenen talep ve alım garantilerinin ilgili kamu idaresince ödenmesi tahmin edilen hesaplanmış tutarları, hizmet imtiyaz varlığının işletmeye alındığı yıldan itibaren nazım hesaplarda izlenir. Hizmet imtiyaz varlıklarının işletmeye alındığı ilk yılın sonunda o yıla ilişkin gerçekleştirmeler de dikkate alınarak sonraki dönemlerde ödenmesi tahmin edilen tutarlara ilişkin bir hesaplama yapılır ve nazım hesaplara kaydedilir. İşletme süresince her yılın sonunda bu hesaplamalar kalan süre için gözden geçirilerek düzeltilir. İlgili kamu idarelerince, sonraki dönemlerde ödenmesi tahmin edilen garanti tutarlarına ilişkin olarak yıl içerisinde yeniden tahmin yapılmasını gerektirecek derecede koşullarda önemli değişiklikler oluşur ise yılsonu beklenmeksizin garanti tutarları güncellenebilir. Garantilere ve katkı paylarına ilişkin ödeme yükümlülüğü doğması halinde bu tutarlar bütçe giderleri ile ilişkilendirilerek muhasebeleştirilir.

6. İlgili mevzuatına uygun olarak sözleşmelerde belirlenen şartlar çerçevesinde taahhüt edilen borç üstlenimleri, bunlardan yapılan kullanımlar ve anapara geri ödemeleri nazım hesaplarda izlenir.

7. Yap-İşlet modeli çerçevesinde yaptırılan varlıkların işletme süresi sonunda idareye devri öngörülmediğinden sadece taahhüt ve garantiler bu Tebliğ kapsamında izlenir.

Yine aynı Tebliğ'de bu sözleşme türüne ait işlemlerin muhasebe kayıtları aşağıdaki şekilde tarif edilmiştir:

Yapımı tamamlanan ve idare tarafından kabulü yapılan kiralamaya konu maddi duran varlığın gerçeğe uygun değeri ile kira ödemelerinin bugünkü değeri karşılaştırılır ve düşük olan değer üzerinden muhasebeleştirilir. Kiralamaya konu maddi duran varlık, yukarıda açıklanan yöntemle belirlenen değer üzerinden 252-Binalar Hesabına, toplam kira tutarı ile maddi duran varlığın kayıtlı tutarı arasındaki borçlanma maliyetlerine ilişkin farkın içinde bulunulan faaliyet döneminin sonraki aylarına ilişkin kısmı 308-Ertelenmiş Finansal Kiralama Borçlanma Maliyetleri Hesabına, içinde bulunulan faaliyet dönemini takip eden dönemlere ait kısmı 408-Ertelenmiş Finansal Kiralama Borçlanma

Maliyetleri Hesabına borç; vadesi bir yılı aşmayan kira tutarları 307- Finansal Kiralama İşlemlerinden Borçlar Hesabına, sonraki yıllara ait kısmı 407- Finansal Kiralama İşlemlerinden Borçlar Hesabına alacak kaydedilir. Ayrıca, ödenecek bedelin içerisinde taşınırlarında yer alması halinde taşınırlar belirlenen bedel üzerinden ilgili varlık hesabına kaydedilerek birinci fıkraya göre belirlenen değerden düşülür, kalan tutar ilgili taşınmaz hesabına kaydedilir.

### 2.3. Hazine Garantisi

KÖO için hazine garantisi de 3996 ve 4283 sayılı kanunlarda olduğu görülmektedir (Pehlivan, 2009: 13). Öte yandan konuya dair mevzuatlar şu şekilde listelenmiştir (Acartürk ve Keskin, 2012:43);

1. 576 sayılı ve 10.06.1910 tarihli Menafi-i Umumiye Müteallik İmtiyazat Hakkındaki Kanun,
2. 3096 Sayılı ve 04.12.1984 tarihli Türkiye Elektrik Kurumu Dışındaki Teşebbüslerin Elektrik Üretme, İletme, Dağıtma ve Ticaretini Yapmaya Yetkilendirilmesine Dair Kanun,
3. 3465 sayılı ve 28.05.1988 tarihli Karayolları Genel Müdürlüğü Dışındaki Kuruluşların Erişme Kontrollü Karayolu (Otoyol) Yapımı, Bakımı ve İşletilmesi ile Görevlendirilmesi Hakkında Kanun,
4. 3996 sayılı 08.06.1994 tarihli Bazı Yatırım ve Hizmetlerin YapıŞlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapıtırılması Hakkında Kanun,
5. 4046 sayılı ve 24.11.1994 tarihli Özelleştirme Uygulamaları Hakkında Kanun,
6. 06.07.1997 tarihli ve 4283 sayılı, Elektrik Enerjisi Üretim Tesislerinin Kurulması ve İşletilmesi ve YapıŞlet Modeli ile Enerji Satışına İlişkin Kanun.

2012 yılında 6288 sayılı yasayla KÖO ihalelerini alan şirketlere tam KDV muafiyeti getirilmiş, 2013 yılında geçen 6428 sayılı yasa uyarınca şirketlerin her türlü borçlarına tam Hazine garantisi verilmektedir. 2015 yılında çıkartılan 6639 sayılı yasa da ise, doğacak uyuşmazlıkların yabancı tahkime tabi olacağı düzenlenmektedir (Çevrimiçi, [http://www.ttb.org.tr/kollar/\\_sehirhastaneleri/haber\\_goster.php?Guid=66843552-efd2-11e7-ab2b-2dd192695673](http://www.ttb.org.tr/kollar/_sehirhastaneleri/haber_goster.php?Guid=66843552-efd2-11e7-ab2b-2dd192695673)).

### 3. Veri ve Yöntem

#### Araştırmanın amacı:

Bu araştırmanın amacı, Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modelini incelemektir. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü üst düzey yöneticisiyle mülakat yapılarak sistemin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

#### Evren Örneklem:

Bu çalışmada, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Denetim ve Müşavirlik Hizmetleri Daire Başkanı Mehmet ÖZER ile mülakat gerçekleştirilmiştir.

### Sınırlılıklar:

Bu araştırma 2018 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü üst düzey yöneticileri arasından seçilen, Türkiye'deki sağlık alanındaki KÖO uygulamalarını iyi bilen bir kişinin verdiği cevaplarla sınırlıdır.

### Verilerin Toplanması:

Bu araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden derinlemesine mülakat kullanılarak araştırma verileri toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmaya katılan yöneticiye, “Projelere başlanmadan önce risk durumu tanımlanabilir ve ölçülebilir olmakta mıdır?”, “Özel ortaklar kendilerine devretme riskini kabul etmeye istekli midir?”, “Piyasa içinde rekabet ne derecededir?”, “Yapım aşaması ile projenin işletim aşaması arasında uzun vadeli bir sözleşme imzalanmasının yararları ve zararları nedir?”, “Olası maliyet ve kalite dengesini ele alacak şekilde, özel ortağın vermesi gereken nitelik ve hizmet çıktı miktarı açıkça ölçülebilir mi?”, “Projeler için ne kadar yenilik gerekmektedir ve bunu kamunun karşılaya bilirliği nedir?”, “Malın işletilmesi için gerekli becerilerin kamu sektöründe bulunabilirliği nedir?”, “Teknolojinin bu projelerde yeri ve önemi nedir?”, “Devlet, teslim edilecek hizmetin çıktı özellikleri ile ilgili ne kadar esneklik sağlamaktadır?”, “Devlet, bir hizmetin yararlanıcılarının tümünü veya bir bölümünü sübvansane etmek için ne ölçüde istek duymaktadır?”, “YKD modeliyle yapılan yatırımın olumlu ve olumsuz yönleri nelerdir?”, “Karşılıklı risk dağılımı ne ölçüdedir?”, “Denetim yeterli seviyede midir?”, “YKD modeliyle yapılan projenin ekonomik açıdan kazançları nelerdir?”, “Yatırımı devlet gerçekleştirseydi maliyet nasıl olurdu?”, “Özel ortaklara devletin garantör olmasındaki riskler nelerdir?”, soruları yöneltilmiştir.

### Verilerin Değerlendirilmesi:

Bu bölümde gerçekleştirilen mülakat ile çalışma sorularına cevap aranmıştır.

Bu bağlamda yöneltilen ilk soru avantajları ile ilgilidir. Bu model ile kurulan entegre sağlık kampüslerinin yararı şu şekilde açıklanmıştır:

*“Şehir Hastaneleri, ülke ölçeğinde ihtiyaç duyulan nitelikli yatak sayısının hızlı bir şekilde sağlanmasında faydalı olmuştur.”*

Tüm bunlara ek olarak vatandaş memnuniyeti ve risk aktarımı da önemli bir avantaj olarak göze çarpmaktadır. Bu bağlamda, tamamen yeni oluşumların tercih edilmesi eski yapıların dönüşümünün oldukça zor olması ve hastane binalarının tehdit arz etmesi olarak gösterilmiştir. Bunun yapılması için gerekli kamu finansmanının yeterli olmaması ise bu modele iten bir motivasyon olarak göze çarpmıştır.

*“Türkiye’deki hastanelerin çoğunun yenilenmesi gerektiğinden devlet, YKD modeliyle yatırım maliyetinden kurtulmak ve bina işletmesi ile uğraşmadan sadece tıbbi hizmete odaklanmak istemiştir.”*

Bu gibi bir dönüşümün bir diğer motivasyonu ise mülakatta şu şekilde açıklanmaktadır:

*“Ülkedeki 10.000 kişiye düşen yatak sayısı OECD ülkelerine göre çok düşük (yaklaşık yarı yarıya) seviyededir.”*

Tüm bunlara ek olarak, bu modele itici gücün diğer önemli sebepleri ise faydalanılmak istenen özel sektör finansmanları ve deneyimleridir. Buna ek olarak bu modelde çeşitli yaptırımların olması özel sektörün proje teslimi ile ilgili güvenilir bir tablo çizdiğini göstermektedir:

*“Eski klasik yöntemde hastane yapımı uzun sürmekte ve bitirilmesi uzun yıllar alabilmekteydi. Bu projeye hastanelerin zamanında bitmesi ve işletmeye başlayarak gelir elde etmesi şirketin lehine*

olacağından ve zamanında bitiremezse cezai işlem uygulanacağından dolayı hastane yapımı verilen sürelerde bitirilmektedir. Bu durum devlet ve vatandaşın lehine olmaktadır.”

Bu yaptırımlar, devlet eli ile denetlenmekte ve müşavirler aracılığıyla gerçekleştirilmektedir.

Devletin gerçekleştirdiği senaryoda bu yatırımların ne maliyetle ve kalitede gerçekleşeceğine yönelik sorunun cevabı ise şu şekilde olmuştur:

“Uzun vadede maliyetler KÖO modeliyle yapıldığında klasik yöntemle göre daha ucuz olmaktadır. İşletme döneminde bakım ve onarım şirket tarafından yapıldığından hastane daha sağlam ve bakımlı olmaktadır. Eğer devlet klasik yöntemde kendi yapsaydı, tesisin zamanında bitirilememesi, bakım onarım maliyetleri, finansman maliyeti, kur riski, tasarım hataları, tesisin yapımından sonra yapısal değişikliğe gidilmesi, coğrafi durum, terör ve hırsızlık (KÖO modelinde terör ve hırsızlık için sigorta yapılmıştır) dolayısıyla bunlar tesis yapım fiyatının üstüne çıkmaktadır.”

Bu projelere verilen garantiler ise şu şekilde açıklanmaktadır:

“ Bu projelere kanunen hazine garantisi verilmiştir. Verilecek garanti Bakanlar Kurulu kararıyla çıkarılmaktadır. Ancak, şimdiye kadar hiçbir şehir hastanesinde işletilmemiştir. Şehir Hastanesinin kirasını ve sağlık çalışanlarının maaşlarını Sağlık Bakanlığı kendi bütçesinden ve hastanenin döner sermaye gelirlerinden ödeyecektir. Dolayısıyla hazineye bir yükü bulunmamaktadır. Doluluk garantisi de verilmemektedir.”

Proje ayrıntıları ise mülakatta şu şekilde açıklanmıştır.

“25 yıllık kira süresi inşaatın bittiği gün başlamakta ve sürecin uzun olması geri ödenecek yıllık kiranın düşük olmasını sağlamaktadır. Bu da bütçe imkânları çerçevesinde projenin fizibil olmasını sağlamaktadır. Projenin tasarım sorumluluğu şirkettedir. 25 yıllık sözleşme süresi bitiminde arazi üzerindeki tüm tesisler idareye geçecektir.”

İşletmenin özel olması sağlık kuruluşunun işleyişini engellememelidir. Bu sebeple anlaşmada kesintisizlik söz konusudur bu durum ise şu şekilde açıklanmaktadır.

“Hizmetlerde kesintisizlik esastır. Şirket ile idare arasında herhangi bir uyuşmazlık, anlaşmazlık veya idare tarafından ödeme yapılmaması dâhil durumlarda hizmetler sunulmaya devam edecektir.”

Bu duruma ücret de dâhildir.

“Şehir Hastanelerinde verilen tıbbi hizmetler karşılığında vatandaşlardan herhangi bir ilave ücret talep edilmemektedir.”

#### 4. Sonuç ve Öneriler

1980'lerde neoliberal politikaların ortaya çıkışı, devletin faaliyet alanlarını daraltması anlayışı temelinde, kamu yönetimi ve ekonomide önemli bir rol oynamıştır. Kamu sektörü en aza indirilmiş olsa bile, daha iyi ve daha verimli yönetim için piyasaya dayalı bir vatandaş (müşteri) odaklı hizmet sunumu sağlamak daha önemli hale gelmiştir. İlk olarak, mülkiyet ve yönetimin kamuya ait işletmenin devriyle ilgili olduğu özelleştirme politikaları, 2000'li yıllarda şekillenmeye başlamış ve küresel olarak bir KÖO finansman modeli olarak uygulanmıştır.

KÖO finansman modelleri öncelikle kamu yatırımlarının koordinasyonu noktasında özel kişilerle bir ortaklık kurarken altyapı yatırımlarına uygulanmaktadır. Kamu sektörünün yüksek teknoloji, yüksek sermaye ve teknik becerilerden faydalanması gerektiğinden, özel sektör tarafından hizmet finansmanı finanse edildiğinden bunun özel sektöre bir yük olmadığı düşünülmektedir.

Türkiye’de altyapı projelerinde ve hizmet sunumunda geleneksel yöntemin 1980'lere kadar imtiyazla uygulandığı söylenebilir. Kamu hizmetlerinde yaşanan değişiklikler, serbestleşme sürecinin etkisi,





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

yaşam standartlarının değişmesi ve hizmet sunumundaki kalite beklentisi farklı hizmet sunum yöntemlerine yol açmıştır.

Mülakat uyarınca alınan bilgilere dayanarak entegre sağlık kampüslerinin sağlık kalitesini artırıcı bir etkisinin olması beklendiğinin ve vatandaşı koruyucu politikaların göz ardı edilmediğinden bahsedilebilir. Öte yandan kamu finansmanının tahmin edilenden daha fazla kullanılması ileride ulusal düzeyde bütçe açısından zararlı olabilir ve bu durum dolaylı olarak halkı etkileyebilir. Bu bağlamda söz konusu projelerin başarılı olmasını sağlamak için doğru bir analiz yapılmalıdır. Yani, her yatırım için kamu özel ortaklığı modeli uygulanmamalıdır. Bu nedenle, maliyetlerin faydasını aşmamalıdır. Kamu ve özel sektörün, riskleri bir ortaklık ilişkisi içinde paylaşması gerekir. Sonuç olarak, yapılan hizmetlerle hizmetin sürekliliğinin sağlanması, yeni bir hizmet alanının meydana getirilmesi, para arzı olarak sosyal faydanın sağlanması, sağlığın uzun vadeli olumlu etkisinden dolayı kamu sektörüne olumlu yansımalarıdır.

### KAYNAKÇA

Balyemez, A. S. (2017). Türkiye’de Neoliberal Dönüşüm Kapsamında Yapılan Düzenlemeler Çerçevesinde Kamu İdareleri ve Özel Sektör İşletmelerinin Bağımsız Dış Denetimi, *LAÜ Sosyal Bilimler Dergisi* (VIII-I): 92-132

Benli, F., Topuz, G., & Ceviz, E. (2014). Kamu Özel Ortaklığı İle Yapılan Entegre Sağlık Kampüsü Projelerinin Mali Analizi Ve Riske Maruz Değer (Var) Metodolojisi Altında Kur Riski Ölçümlemesi. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (28), 209-226.

Bing, L., Akintoye, A., Edwards, P. J., & Hardcastle, C. (2005). The allocation of risk in PPP/PFI construction projects in the UK. *International Journal of Project Management*, 23(1), 25-35.

Bülbül, D. (2017). Türkiye’de Kamu Özel İşbirliği Uygulamasının Mali Saydamlık Açısından Değerlendirilmesi. *The Journal of International Scientific Researches*, 2(7), 93-108.

Chen, J. X., & Fang, J. (2011). *On the public private partnership financing strategies of urban rail transit*.

Çevrimiçi, [http://www.kalkinma.gov.tr/KamuOzelIsbirligiYayinlar/2\\_Password\\_Removed.pdf](http://www.kalkinma.gov.tr/KamuOzelIsbirligiYayinlar/2_Password_Removed.pdf), [Erişim tarihi: 16.09.2017].

Çevrimiçi, <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/overview/ppp-objectives>, [Erişim tarihi: 12.11.2017].

Çevrimiçi, <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.5.3359&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=3359>, [Erişim tarihi: 30.11.2017].

Çevrimiçi, [http://www.ttb.org.tr/kollar/\\_sehirhastaneleri/haber\\_goster.php?Guid=66843552-efd2-11e7-ab2b-2dd192695673](http://www.ttb.org.tr/kollar/_sehirhastaneleri/haber_goster.php?Guid=66843552-efd2-11e7-ab2b-2dd192695673), [Erişim tarihi: 20.02.2018].

Çevrimiçi, <https://www.oecd.org/governance/budgeting/PPP-Recommendation.pdf>, [Erişim tarihi: 12.03.2017].

Çevrimiçi, <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TabId/347/PID/1034/CategoryID/15/Default.aspx>, [Erişim tarihi: 25.03.2018].

Flinders, M. (2006). Public/private: the boundaries of the state. *The state: Theories and issues*, 223-247.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Grimsey, D., & Lewis, M. (2007). *Public private partnerships: The worldwide revolution in infrastructure provision and project finance*. Edward Elgar Publishing.

Karasu, K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66(03), 217-262.

Kerman, U., Altan, Y., Aktel, M., & Eke, Ö. G. E. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17(3).

Öge, H., & Baş, T. (2016). Public-Private Partnership Healthcare Projects in Turkey. The Journal of Business Science, 4(2), 105-119.

Özeke, H. B. (2016), "The Build-Lease-Transfer Model: First Health Campuses, What's Next?" (Yap-Kirala-Devret Modeli: Önce Sağlık Kampüsleri, Sonra?) "The Build - Lease-Transfer Model", <http://www.herguner.av.tr/newsletters/winter-2016>.

Sönmez, M. (2016). Kamu-Özel İşbirliği Projelerinde Büyüyen Sorunlar, Mimarlık Dergisi, Kasım-Aralık Sayısı.

Teker, D. (2008). Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi".