



Cilt/Volume :3 Sayı/Issue :3 Yıl/Year :2017(Aralık) ISSN-2149-6161

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND
STRATEGIES RESEARCH



İÇİNDEKİLER

E-NABIZ UYGULAMASININ YÖNETİM BİLİŞİM SİSTEMLERİ VE HASTA MAHREMİYETİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (318-325)
(Yrd.Doç.Dr. Yusuf Yalçın İLERİ, Yrd.Doç.Dr. Ayhan ULUDAĞ)

SURİYELİ MÜLTECİ KAMPLARININ BULUNDUĞU İLÇELERDE ÇALIŞAN HEMŞİRE VE EBELERİN TÜKENMİŞLİK SEVİYESİ: ŞANLIURFA ÖRNEĞİ (326-339)
(Öğr.Gör.Dr. Hüseyin ERİŞ, Öğr.Gör. Suzan HAVLIOĞLU, Uzm. Yasemin KÜÇÜKÖZKAN, Öğr. Gör. Sümeyye ÖZMEN,)

PERFORMANSA DAYALI ÜCRET SİSTEMİ VE HEKİMLERİN MOTİVASYON ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ (340-353)
(Arş. Gör. Gürkan Kolaylı ,Doç. Dr. Fatma Lorcu)

BİR SAĞLIK MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN GÜNDÜZ UYKULULUK HALLERİNİN EPWORTH UYKULULUK ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ (354-369)
(Öğt.Gör.Dr., Fatih ORHAN, Uzm, Selahattin AKYÜZ, Öğt.Gör.Dr., Şemsettin VAROL, Öğt.Gör.Selahattin TUNCER)

ÖRGÜTSEL SİNİZMİN TÜKENMİŞLİK ÜZERİNE ETKİSİ: HASTANE ÇALIŞANLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA
(Bio.Emrullah İNCESU, Dr. Mehmet YORULMAZ, Uzm. Hasan EVİRGEN) (370-380)

SAĞLIK ÇALIŞANLARI TARAFINDAN ALGILANAN DURUMSAL LİDERLİK STİLLERİ (ANKARADA BİR ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ) (381-397)
(Doç. Dr. Zekai ÖZTÜRK, Araş. Gör. Ece DOĞUÇ, Araş. Gör. Gamze ARIKAN)

SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANINDA ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ ROLÜ (398-412)
(Prof. Dr. Emine ORHANER)

E-NABIZ UYGULAMASININ YÖNETİM BİLİŞİM SİSTEMLERİ VE HASTA MAHREMİYETİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF E-PULSE APPLICATION ON MANAGEMENT INFORMATION SYSTEMS AND PATIENT CONFIDENTIALITY

Yrd.Doç.Dr. Yusuf Yalçın İLERİ
Necmettin Erbakan Üniversitesi
yileri@konya.edu.tr

Yrd.Doç.Dr. Ayhan ULUDAĞ
Necmettin Erbakan Üniversitesi
ayhanuludag@konya.edu.tr

Özet

Teknoloji yatırımı konusunda yeterli tecrübesi olmayan ülke ve kurumlar elektronik bilgi sistemlerinin iş süreçlerine entegrasyonu sonrasında ortaya çıkan ve öngörülemeyen pek çok sorunla karşılaşmaktadırlar. Günümüzde eleştiriler, bilişim uygulamalarının bilgi mahremiyeti ve gizliliğine zarar verdiği ve bilgi kaynaklarının güvenliğinin sağlanamadığı noktasında yoğunlaşmaktadır. Sağlık sektöründe var olan bilgi asimetrisinin azaltılmasına yardım etmesi hedeflenen E-Nabız sisteminin, ülkemizde bazı hasta hakları ihlallerinin de temel sebebi olabileceği devam eden bir tartışma konusudur. Doktor ve hastaların sağlık verilerine bir sistem dahilinde ulaşabilmesini sağladığından E-Nabız bilgi yönetim sistemi uygulaması oldukça önemlidir. Etkin kullanıldığında tüm sektörlerde olağanüstü ilerlemeler kaydedilmesini sağlayan bilişim sistemleri uygulamalarının, hizmet vermeye başladığı andan itibaren sıklıkla maruz kaldığı eleştiriler açısından hızla değerlendirilmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılması kritik önemdedir. Çalışma, buradan hareketle, Türkiye’de henüz kullanılmaya başlanan Elektronik Nabız (E-Nabız) uygulamasını yönetim bilişim sistemleri, hasta mahremiyeti ve kişilik hakları üzerinden değerlendirmekte, uygulamanın eksik görülen yanlarının iyileştirilmesi için öneriler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: E-Nabız, Yönetim Bilişim Sistemleri, Hasta Hakları, Hasta Mahremiyeti

Abstract

Unexperienced institutions and countries in technology investment face with many unpredictable problems that emerge after the integration of information systems in business processes. Today, criticisms concentrated on information systems as these systems damage information privacy and confidentiality and fail at ensuring security of information resources. Although e-Pulse system was intended to help to reduce mentioned information asymmetry in the health care sector, still discussions continue that it may be the fundamental reason some patient rights violations in our country. The implementation of the E-pulse information management system is very important as it allows physicians and patients to access health data within a system. Providing remarkable progress in all sectors as long as used effectively, it is critical that information systems must be evaluated in terms of exposed criticisms and necessary improvements must be put into practice rapidly. This study investigates Electronic Pulse (E-Pulse) system yet activated in Turkey on the manner of management information system, patient privacy and personality rights and make suggestions to improve the application and overcome deficiencies.

Keywords: E-Pulse, Management Information Systems, Patient Rights, Patient Privacy

GİRİŞ

Hizmet ettiği temel öge insan olan sağlık sektörü, teknolojinin getirdiği son ürünleri kullanmak durumundadır. Teknoloji kullanımında ise sağlık alanında bazı kısıtlamaların olması da zorunludur. Teknoloji kullanımının insan hak ve değerlerini ihlal edici özellikler taşımaya müsaade edilmemelidir. Çünkü kişinin sağlıklı olmasını sağlayan etken bir dizi esenlikler bütünüdür. Fiziksel sağlığının yanında, psikolojik, sosyolojik etkenleri de bu bütünün içinde önemli bir yer tutmaktadır.

Günümüzde bütün sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de yönetim bilişim sistemlerinin kullanımı ve bu sistemlere düzenli olarak yatırım yapılması kurumların rekabetin içerisinde yer alabilmesi açısından kritik önemdedir. Sağlık bakımı ve yönetimi bilişim sistemlerinin kullanımı sayesinde giderleri azaltıcı, kaliteyi ve etkinliği artırıcı, aynı kaynaklarla daha fazla hastaya bakabilme imkanını veren bir etkiye sahiptir. Sağlık bilişim sistemlerinin kullanımı ekonomik kazanç ve giderler arasında ikiye bir gibi bir oran bulunmaktadır (Karl vd., 2006; 27-29).

Kurum içerisinde yönetsel ve medikal alanlarda kullanılan farklı otomasyon ve yazılım sistemlerinin entegre edilmesiyle, sağlık yöneticileri en güncel ve doğru bilgiye istedikleri her yerden, en hızlı şekilde erişebilme imkanına kavuşmuş, böylelikle toplumların sağlık kurumlarından bekledikleri çeviklik, yenilikçilik ve her gün daha kaliteli hizmet anlayışı yolunda önemli ilerlemeler kaydedilebilmiştir. Bilişim sistemlerinin her sektörde patlayıcı bir güç oluşturduğunu gören Dünya Sağlık Örgütü, tüm dünyada sağlık bilişim sistemlerinin kullanımına destek verilmesi isteğini ve yöneticilere elektronik sağlık politikaları ve stratejileri geliştirme önerisini sıklıkla tekrarlamaktadır (WHO, 2006).

Farklı sağlık bilişim sistemlerinin aynı dili kullanması, bilgi paylaşımının sağlanması ve gelecek ihtiyaçlara cevap verebilecek sağlık bilişimi standartlarının geliştirilmesi, sağlık bilişim sistemlerine yapılan bilgi teknolojileri yatırımlarının uygun standartlarda olduğunun kontrolünü yapacak sertifikasyonların geliştirilmesi, güvenlik, gizlilik ve hasta mahremiyeti konularında bilgi teknolojilerine gerekli denetimlerin getirilmesi son yıllarda sağlık yönetim bilişim sistemleri çalışmalarının temel hedefleri arasındadır (RHC, 2006).

Hem AB hem de ülkemiz kanunlarına göre, sağlık verisinin sahibi hastanın kendisidir ve hastanın onayı olmadan sağlık verilerine erişilmesi yasal değildir. Ancak, uygulamada zorluklar yaşandığı ve teknik bilgi gerektirdiği için AB, e-sağlık alanında ISO (International Organization for Standardization) ve CEN (the European Committee for Standardization) tarafından belirlenmiş pek çok standardı kullanmaktadır. Birçoğu Türkiye’de de kullanılan bu standartlardan en önemlileri şunlardır:

- Elektronik sağlık kaydı sistemi kayıt yönetimi standardı, ISO 14589.
- Elektronik sağlık kayıtlarının arşivlenmesi için güvenlik gereklilikleri, ISO TC 215/SC.
- Bilgi sistemleri için açık arşivleme standardı, ISO 14721.
- Bilgi güvenliği yönetim Sistemi, ISO 27001.
- Elektronik sağlık kaydı sistemi kayıt standardı, CEN 1306.

Bu çalışmanın temel amacı; Türkiye’de henüz kullanılmaya başlanan ve yukarıda sayılan standartları en yüksek seviyede karşılaması beklenen Elektronik Nabız (E-Nabız) uygulamasının temel özelliklerini incelemek, Türkiye sağlık sektörü açısından getirdiği avantaj ve dezavantajları tartışmaktır. Bunun yanında, E-Nabız uygulamasının yönetim bilişim sistemleri, hasta mahremiyeti ve

kişilik hakları üzerinden değerlendirilmesi ve uygulamada eksik görülen noktaların iyileştirilmesi için öneriler sunulması hedeflenmiştir.

Yönetim bilişim sistemlerinden etkin şekilde faydalanmayı amacı doğrultusunda Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık yönetim bilişim sistemleri kapsamında faaliyete geçirilen elektronik nabız (e-nabız) uygulaması; vatandaşların hangi sağlık tesisinde yapıldığına bakılmaksızın tüm muayene bilgilerine, randevu, tanı, tedavi, reçete ve ilaç detaylarına, alerji bilgilerine, laboratuvar tahlil sonuçlarına ve radyolojik görüntülere raporlarıyla birlikte ulaşmasını sağlayan web tabanlı bir bilgi paylaşım ve ulaşım platformudur. Sistem içerisinde pek çok amacı barındırmakla beraber tekrarlayan tetkiklerin engellenmesi ve hem hastanın ve hasta yakınlarının hem de hekimlerin hastanın geçmiş ve güncel verilerine ulaşabilmesi sağlık hizmetlerinin verimliliği ve etkinliği noktasında büyük bir katkı yapabileceğine sahiptir. Hastalar, farklı sağlık kurumlarından aldıkları sağlık hizmetlerini E-Nabız sistemi üzerinden değerlendirebilmekte, kurumun ve hizmetin kalitesi ile ilgili görüş ve şikâyetlerini belirtebilmektedirler (saglik.gov.tr).

Hizmet alanların, hizmet veren kurumlar ile ilgili bu kadar kolaylıkla kalite değerlendirmesi yapabileceği sağlık kurumları arasında rekabet ortamını artıracak ve hasta odaklı hizmet anlayışının daha fazla benimsenmesini sağlayabilecektir. E-Nabız uygulaması ile hastalar kullandıkları akıllı cihazlardan aldıkları tansiyon, şeker gibi ölçüm verileri ile nabız, adım sayısı gibi verileri sağlık profillerine kaydedebilmekte ve bu bilgileri karşılaştırmalı olarak görüntüleyebilmektedirler. Sistemin zaman içerisinde geliştirilmesiyle, hastalar uygulama üzerinden, aldıkları ilaçların yan etkilerini sistemden öğrenebilecek, gebelik izlemelerine yönelik tüm bilgilendirme ve hatırlatma mesajlarına ulaşabilecek ve çocuklarının aşı takip bilgilerini görebileceklerdir.

Uygulama çok geniş kapsamlı olduğundan hastaların ve hekimlerin ihtiyaç ve önerilerine göre zamanla güncelleme ve iyileştirmeler yapılması kaçınılmazdır. Örneğin; Sağlık Bakanlığı’nın planlamaları arasında; hastalara röntgenler ve teknik cihazların ne kadar radyasyon verdiğini görebilmesi, geriye dönük hastanın aldığı radyasyon dozunun belirlenebilmesi ve kalibrasyonu bozuk, gerekli bakımları zamanında yapılmamış veya olması gerekenden daha fazla radyasyon veren cihazların izlenebilmesi gibi ek özelliklerin sisteme entegre edilmesi bulunmaktadır (saglik.gov.tr).

2. E-Nabız Sisteminin Sağlık Yönetim Bilişim Sistemleri Açısından Değerlendirilmesi

Günümüzde hastane bilgi yönetim sistemlerinin hızla yaygınlaşması ile hastalar geçmiş tıbbi kayıtlarını hastanelerden elektronik ortamda sıklıkla talep etmekte, bu kayıtları diğer sağlık kurumlarına veya özel hekimlerine müracaatta kullanmaktadırlar. Artan bu talebi karşılamaya çalışan hastane yöneticileri, kurum içerisinde bu isteklere cevap verebilmek adına özel birimler kurmak, fazladan personel ve donanım yatırımı yapmak zorunda kalmaktadırlar. E-Nabız uygulaması ile sağlık verilerine her yerden ulaşabilen hastalar, hastanelere başvurmaya gerek kalmadan elde ettikleri tıbbi verileri kullanabilecekler ve sağlık idarecileri bu yöndeki talepleri yönetmek zorunda kalmayacaklardır.

Vatandaşların, istediklerinde kendi sağlık verilerini sistemden tamamen silebilmeleri ve tüm bilgilerini erişimine izin verdikleri doktorlarla paylaşabilmeleri kişisel bilgi güvenliği ve hakları açısından bakıldığında uygulamaya pozitif değer katan ve benzer uygulamalarda mutlaka olması gereken özelliklerdendir.

E-Nabız uygulaması kişisel bilgisayardan web tabanlı kullanılabilmesi gibi Windows Phone, IOS veya Android işletim sistemlerinden herhangi birine sahip tüm akıllı cihazlardan da bağlanabilmesi imkanı uygulamaya erişim kolaylığı sağlamak ve kullanılabilirliğini artırmaktadır.

Sağlık Bakanlığı E-Nabız uygulamasında paylaşılmış bilgilerin, kişinin onayı dışında ya da yargı kararı ve/veya yasal bir yükümlülük bulunmadığı sürece herhangi bir üçüncü şahıs, kurum ve kuruluş ile hiçbir nedenden ötürü paylaşılmayacağını garanti etmekte, yasal düzenlemelerle bu bilgilerin açıklanmasını gerektiren bir durum gerçekleşmediği sürece bu bilgiler kesinlikle açıklanmayacağını garanti etmektedir. Bu durum kullanıcıların kendilerini güvende hissetmelerine ve uygulamaya güven duymalarına neden olmaktadır. Ancak, bilgilerin herhangi bir şekilde paylaşılması veya böyle bir şüphenin oluşması uygulamanın kullanım oranlarını dramatik şekilde düşürebilecektir.

Kullanıcıların acil müdahale gerektiren bir durumda mobil telefon veya tabletlerinden E-Nabız sistemindeki “112 acil” butonu yardımıyla otomatik olarak yer bildirimini yaparak 112 acil servisini olay yerine çağırabilmeleri, acil durumlarda yaşanan kaygı ve telaş sonucu acil servis telefonlarını hatırlayamama veya konum ve adres bildirememe gibi olayların yaşanmasını önleyecektir. Bu sayede insan hayatı için kritik önemde olan ilk müdahalenin çok daha hızlı bir şekilde yapılabilmesi sağlanacak, sistem otomatik hale getirildiğinden 112 merkezlerinin iş yükü azalacak, verimliliği artacaktır.

E- Nabız sistemi, kişisel sağlık bilgilerinin gizliliği ve güvenliğine özel önem vererek vatandaşların mahremiyet korkusunu giderme noktasında önemli adımlar atmıştır. Uygulamada tüm verilerin şifrelenerek kriptolu halde saklanması, sağlık verisini üreten hizmet sunucusu ile hizmeti alan kişi arasında güvenli iletişim altyapısı sunulması, verilerin sadece kişinin sistem üzerinden bizzat izin verdiği yakınları ve hekimler tarafından görüntülenebilmesi ve verilen yetkinin istenildiği anda geri alınabilmesi gibi özellikler en azından temel düzeyde bilgi güvenliği ve gizliliği gerekliliklerini karşılamaktadır.

Dünyada özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde pek çok internet tabanlı sağlık bilgi erişim sistemleri kurulmuştur. Bu sistemlerin bir kısmı pilot uygulama olmanın ötesine geçememiş, bir kısmı ise günümüzde halen kullanılmakta, zaman içerisinde ihtiyaçlar doğrultusunda güncellenmektedir. Türkiye’de uygulanan e-nabız uygulamasına göre kapsam, erişilebilirlik ve bilgi derinliği açısından sınırlı kalan bu uygulamaların en önemlileri aşağıda görülmektedir (openclinical.org).

- Apoteket (İsveç ulusal entegre ilaç sistemi) - Elektronik reçeteleme sistemi
- IZIP, Çek Cumhuriyeti - Web tabanlı ulusal elektronik sağlık bilgi sistemi
- Medcom, Danimarka - Danimarka ulusal sağlık bilgi ağı
- Sjunet - İsveç-İspanya arasında Radyoloji konsültasyonlarını içeren bir tele-tıp sistemi.

Yukarıda da belirtildiği gibi Türkiye’de kullanılmakta olan E-Nabız uygulaması henüz yeni bir sistem olmasına rağmen uygulamaya erişen kişi sayısı, medikal verilerin çeşitliliği, uygulama içerisinde gömülü alt sistemlerin çokluğu gibi açılardan bakıldığında dünyada öncü sağlık yönetim bilişim sistemleri arasında bulunmaktadır.

3. E-Nabız Uygulamasının Hasta Mahremiyeti ve Hasta Hakları Açısından Değerlendirilmesi

Dünya çapında yaşanan teknolojik gelişmeler zaman geçirmeden hizmet sektörlerine yansımaktadır. Teknolojinin getirdiği kolaylık ve hız hiçbir sektör tarafından göz ardı edilebilecek durumda değildir. Diğer sektörler gibi sağlık alanında da teknolojik gelişmeler kullanılmakta olup özellikle de bilişim sektöründe ki yenilikler hızla sağlık uygulamalarına dahil edilmektedir. Bilişim alanında ki gelişmelerin sağlığa katkılarının yanında önlem alınmazsa özellikle kişisel bilgilerin mahremiyetinin korunması gibi nedenler sorun teşkil edebilmektedir. Sağlık alanında hasta bilgilerinin ilgili olmayan kişilerin eline geçmesi ciddi bir sorundur. Bu konuda hangi bilgileri, kimler nasıl görecektir, bu konuda

ki kısıtlar ve sınırlar nasıl olacak gibi birçok soru ve cevap sağlık sektöründeki önemli tartışmalardandır. Bu tartışmalarda bazı önemli merhaleler alınsa da hala belirlenmesi gereken noktalar bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı E-Nabız uygulaması ile ilgili yayınladığı Genelge'de (2016/6) hedeflerini şu şekilde belirtmektedir: "Sağlık.Net Online Sistemi ve bu sisteme bağlı çalışarak, ilgili kişilerin kendilerinin veya yetki verdikleri üçüncü kişilerin sağlık verilerine erişimini sağlayan e-Nabız aracılığı ile kişilerin kendi sağlık durumları ile ilgili bilgi sahibi olmaları, bu bilgiler ışığında sağlıkları ile ilgili kararlara katılmak suretiyle kendi sağlık durumlarını yönetmeleri, tetkik tekrarlarını önlemek suretiyle teşhis ve tedavi sürelerinin kısaltılması ve bütünlük bir sağlık hizmeti sağlanması hedeflenmiştir" (Resmi Gazete, 2016). E-Nabız uygulaması ile hastalarının kendi sağlık bilgileri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarını sağlayarak onları güçlendirerek tedavi kararlarına katılımlarının daha fazla sağlanması hedefi en azından teoride iyi bir gelişmedir. Hastanın sağlıkta kararlara katılımının sağlanması modern tıbbın en önemli adımlarındandır. Yine bilgi sahibi olmayan bir hastanın gerçekten rıza vermesini beklemek ise ancak bir kandırmaca olacaktır. Eğer bu sağlanabilirse hastaların, hekimler karşısındaki bilgi bağımlı zayıflığı ve bilgi asimetrisinin şiddeti azalacaktır.

Hastalar için hedeflenen olumlu yönlerin ötesinde istenmeyen sorunların yaşanması da olasıdır. Bunların başında hasta bilgilerinin ilgisiz kişiler tarafından öğrenilmesi, kullanılması ve paylaşılması riskidir. Hasta mahremiyetinin ihlaline neden olacak bu risklerin yok edilmesi veya en aza indirilmesi için öncelikle mahremiyet kavramının açıklanmasında yarar olacaktır.

Tüm e-devlet kurumları sanal örgütlerdir ve sanal bir dünyada dijital olarak varlıklarını sürdürmektedirler. Bu sanal dünya internetten oluşmaktadır. İnternet teknolojisinin ilk gözlenen sakıncalarından biri de kişi mahremiyetinin tehlikeye girmesidir. (Tataroğlu, 2009; 96). Sağlık hizmetlerinde mahremiyet hakkı (Sert, 2008; 19) "hastaya ait bilgilerin gizli tutulması" ve beden mahremiyetine saygı gösterilmesi" ana başlıkları altında ele alınmıştır. E-nabız sistemi meslek mensuplarının sır saklama ödevinden daha çok kurumların bilgileri işlemesi, saklaması gibi konularla daha çok ilgili olmaktadır. Mahremiyet, kişileri hem psikolojik hem de toplumsal yaşamı derinden ilgilendiren sosyolojik bir olgudur. Gerek bireysel yaşam gerekse toplumsal yaşam bakımından böylesine önemli bir olgunun yalnızca hukuki düzenlemelerle yeterli düzeyde korunabileceği de ileri sürülemez. Etik boyutu da en az hukuki boyut kadar önemlidir (Yüksel, 2003; 211). Kişisel verilerin korunmamasının insan üzerindeki etkilerinden biri de onu belirli faaliyetlerden alıkoyup, pasif kalmaya sevk edebilme durumudur. Bu da kişinin maddi ve manevi varlığını geliştirme hakkının zarar görmesiyle sonuçlanabilir (Zafer, 2013; 1327). Sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin özel hayatlarına saygı gösterilmesi bu bireylerin kişilik haklarının, onurlarının ve kişiliklerinin korunması açısından önem taşımaktadır (Sert, 2008; 91). Hastaya ait bilgi, aitlik-mülkiyet ilişkileri bağlamında değerlendirilebilir ve bilgilerin korunması ise temelde sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır. Sağlık çalışanlarının bu rolüne rağmen, hastaların mahremiyetinin korunmasına devletin sorumluluğu eklenmezse, bu konuda epey ihlal yaşanacağı gerçeği göz ardı edilmemelidir (İzgi, 2014; 33-36).

Yirminci yüzyıl siyasal, ekonomik, sosyal, teknoloji alanlarında hızlı gelişim ve değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Bu yüzyılda özellikle bilgi ve iletişim teknolojilerinde çok hızlı gelişmeler görülmüştür. Bu gelişmeler ekonomik ve sosyal hayatta karşılaşılan pek çok işlemleri kolaylaştırdığı ölçüde bilgi güvenliğine karşı çeşitli boyutlarda risk ve tehdit doğurmuştur. Bu risk ve tehditler hukuki anlamda bazı sorunları da istenmeden de olsa beraberinde getirmiştir (Kılınç, 2012; 1090; Özenç, 2007; 183).

Ticari ya da meslek sırları, ya da diğer değerli kişisel bilgilerin kişinin kendisine veya bir başkasına menfaat sağlamak ya da zarar vermek amacıyla kullanılması, satılması ve dağıtılmasına kişisel

verilerin suistimali denilmektedir (Karimi ve Korkma, 2013). Ülkemizde sağlık bilgileri bazen gizlice, bazen bilgisizce bazen de kasten ilgisiz kişilere verilmiştir. Bu konuda birçok haber medyada yer almış olup bazıları da maalesef yalanlanmamış hatta kabul edilmiştir.

Bilişim teknolojilerinin sağladığı olanakla kolaylıkla toplanabilen, saklanabilen ve dağıtılabilen kişisel bilgiler, kişinin bilgisi/rızası olmadan ve/veya amacı dışında kullanılabilmesi kendi başına etik olarak kabul edilemeyecek edimler olmasının yanında, aynı zamanda demokrasinin gereği olan mahrem olanı ve mahrem alanı koruma hakkını ihlale yol açmaktadır (Dedeoğlu, 2014; 5895).

Çoğu araştırmacı uzun zamandan beri kişisel verilerin korunmasında başlı başına bir hukuki düzenlemenin sağlanması (Kılınç, 2012; 1159) konusunda hemfikirdir. Türkiye’de uzun süren tartışmalardan sonra bilgi güvenliği konusunda 2016 yılında ‘Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’ kabul edilmiştir. Kanunda, kişisel veri, verilerin kaydedilmesi, depolanması ile ilgili birçok düzenlemeye yer verilmektedir. Kanunda, kişisel veri tanımı (Madde 3(1) d) “Kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü bilgiyi” şeklinde yer almaktadır. “Kişisel veriler ilgili kişinin açık rızası olmaksızın işlenemez” (Madde 5(1)) derken sağlıkla ilgili bilgilerini rıza aranmadan işlenmesine ise bazı istisnalar getirmiştir: “Sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel veriler ise ancak kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla, sır saklama yükümlülüğü altında bulunan kişiler veya yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından ilgilinin açık rızası aranmaksızın işlenebilir” (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu). Daha öncede hukuki anlamda kişisel verilerin korunmasına dönük hukuki metinler bulunmasına rağmen bu kanunla birlikte hem kişisel veri kavramı daha net bir tanıma kavuşmuş hem de yaptırımlar konusunda caydırıcılık artmıştır.

E-Nabız uygulaması, hasta ve doktorun sağlık verilerine ulaşmasını sağlamasının ötesinde aslında hastalara, sağlık verilerine doğrudan kolay bir şekilde ulaşma imkanı vermesi nedeniyle de diğer bilgi yönetim sistemlerinden farklıdır. Kişisel sağlık verilerinin ilgisiz kişilerin eline geçmesi sonucu birçok suistimal ortaya çıkmaktadır. Literatürde, kişisel verilerin korunmasına dönük çalışmalara rastlanmaktadır fakat E-Nabız gibi hem hekimin hem de hastanın aynı kolaylıkla ulaştığı sisteme özgü çalışmalar sınırlıdır.

4. Sonuç ve Tartışma

Kurumların kendi açıklarını ve hatalarını içeriden görebilmeleri ve düzeltebilmeleri için doğası gereği çok zordur. Mahremiyetin ve bilgi güvenliğinin son derece önem arz ettiği E-Nabız uygulamasının sorunsuz ve şüphelerden arınmış şekilde yoluna devam edebilmesi için sistemin periyodik olarak, tarafsız, bilgi güvenliği yönetimi konusunda uzman kuruluşlar tarafından denetlenmesi uygun olacaktır. Ayrıca, sonuç raporlarının güvenlik açığı oluşturmayacak şekilde toplumla paylaşılması ve düzeltici faaliyetlerin toplumun algılayabileceği şekilde anlatılması sisteme karşı toplum nezdinde büyük bir prestij ve güven oluşmasını sağlayacaktır.

E-Nabız sisteminin en önemli özelliği milyonlarca insan tarafından sıklıkla kullanılacak olmasıdır. Bu kullanım sırasında aslında sürekli test edilecek olan uygulama, kullanıcılardan gelen öneri ve şikayetler dikkatlice incelenirse hızla geliştirilebilecek, hatalar ve güvenlik açıkları giderilebilecektir.

Kişi paylaştığı takdirde vatandaşın acil hayati bilgilerine anında ulaşılacağından, sistem gereksiz tekrarlanan tahlil ve tetkik istemlerinden kaynaklanan sağlık maliyetlerini azaltabilecek ve özellikle acil sağlık hizmetlerinde hem hastanın sağlık kurumuna ulaştırılması hem de acil servislere ilk müdahale noktasında etkinliğin artırılmasını sağlayacaktır. Bununla birlikte, acil durumlarda insanların telefonla 112’yi aramak ve adres tarifi vermek yerine daha önceden kullandıkları ve aşına

oldukları bir yazılım ile hızlıca ambulans isteyebilmeleri, konum bilgisi girmek zorunda kalmamaları hem hastalar hem de sistem açısından büyük kolaylıklar getirecek, hastaya ulaşılan zamanı oldukça kısaltacağından ölümleri azaltabilecektir.

TUİK'in 2013 yılı istatistiklerine göre toplam başvuruların %7,6 'sını alan üniversite hastaneleri ile %18,6 'sını alan özel hastanelerin uygulamaya henüz dahil edilmemiş olması özellikle bu kurumlarda ülkemizdeki tüm ameliyatların yaklaşık yarısının yapıldığı da göz önüne alındığında sistemin en büyük zaafı ortaya çıkmaktadır. Bu durum uygulamayı kullanan vatandaşların bilgilerini tam olarak görememesine yol açacak, eksik medikal verilerin elde edebilmesi için sisteme dahil olmayan sağlık kurumlarına yoğun bir başvurunun önünü açacaktır. Yönetim bilişim sistemleri açısından bakıldığında; bilginin tam, doğru ve zamanında kullanıcılara sunulması kritik önemdedir, bu boyutlardan birindeki eksiklik tüm sistemi zaafa uğratabilecek potansiyele sahiptir. Bu nedenle E-Nabız uygulamasının önceliği sisteme dahil olmayan sağlık kuruluşlarının da süratle sisteme entegre edilmesi olmalıdır.

İnsan esenliğinin bütününe odaklanan sağlık hizmeti sunumu, hasta hakları ihlallerinin azalmasına neden olacaktır. Büyük oranda tıbbi kaygıları öne çıkaran bir hastaya yaklaşım şekli, hastayı nesneleştirmek gibi bir sorunu da istemeden doğuracaktır. Nesneleşen hastanın mahremiyet başta olmak üzere bazı hakları göz ardı edilebilecektir. Unutulmaması gereken hastanın sosyal ve psikolojik ihtiyaçları ile koordineli bir tıbbi hizmet ideal yaklaşım olacaktır. Yine sağlık personelinin mahremiyet ihlallerini önlemeye dönük çabaları da bazen tek başına işe yaramayacaktır. Burada kurumlara oldukça önemli işler düşmektedir. Bilgi güvenliği konusunda teknolojinin ulaştığı son imkanları kullanarak, hastaların mahremiyetini koruma kaygısı üst düzeyde tutmalıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın geçmiş yıllarda yayınladığı raporlar, yıllardır hizmet veren MEDULA sistemi ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nda toplanan büyük çaptaki verinin korunması adına yapılan yatırımlar incelendiğinde, Türkiye'de sağlık planlaması, denetimi ve finansmanı noktasında görevli kurumların bilgi güvenliği ve mahremiyeti konusunda diğer pek çok kuruma göre bu konuda daha hassas olduğu görülebilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılında yayınladığı ve sürekli güncellediği "Veri Güvenliği Genelgesi" tatmin edici olmakla beraber, konunun sadece teknik boyutunun olmadığı gerçeğinden hareketle, özellikle sağlık yöneticileri, sağlık çalışanları ve hukukçuların da karar alma sistemlerine dahil edilmesi yapılan yatırımların etkinliğini artıracak, sistemin herkes tarafından sahiplenilmesini sağlayacak, artan güven yeni bilişim sistemleri uygulamalarının faaliyete geçirilebilmesini kolaylaştıracaktır.

Türkiye'de sağlık sektöründe özellikle hastalar ve hekimlerin geçmiş ve güncel medikal verilere doğru ve hızlı şekilde erişebilmeleri için hayata geçirilmiş E-Nabız uygulaması ile ilgili literatürde çok kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma sistemin temel özellikleri, hedefleri ve sağlık sektörüne katkılarını irdeleyen ilk çalışmalardandır.

5. Öneriler

E-Nabız sisteminin kullanımının yaygınlaşmasıyla beraber, hastaların uygulama ile ilgili istek ve düşüncelerine ışık tutacak, sistem geliştiricilerine uygulamanın tasarım altyapısı, eksik fonksiyonları, güncelleme gerektiren modülleri noktasında daha somut öneriler sunabilecek saha çalışmalarının yapılması çok faydalı olabilecektir. Gelecekteki çalışmalarda, sistemin teknik yönlerinin geliştirilmesinin yanında, kişisel sağlık verilerin korunmasının sağlanması yönündeki çabalarda en üst düzeyde olmalıdır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

KAYNAKÇA

Dedeoğlu, S.G. (2014). “Özgürlük, Mahremiyet, Demokrasinin Değeri ve Bilişim Toplumunda Maruz Kaldığı Tehditler”, Journal of Yaşar University, sayı: 34, s.5887-5897

İzgi, M.C. (2014). “Mahremiyet Kavramı Bağlamında Kişisel Sağlık Verileri”, Türkiye Biyoetik Derneği, sayı:1, s.25-37.

Karimi, O., & Korkmaz, A. (2013). “Kişisel Verilerin Korunması”, 18. Türkiye’de İnternet Konferansı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, 9-11 Aralık 2013.

Karl, A., vd. (2006). “eHealth is Worth it?”, [Online] Available at: <<http://www.ehealth-impact.org>>, [Erişim tarihi: 19.09.2016].

Kılınç, D. (2012). “Anayasal Bir Hak Olarak Kişisel Verilerin Korunması”, AÜHFD, sayı: 61 (3), s. 1089-1169.

Özenç, K. (2007). “Bilgi ve İletişim teknolojilerinde Kişisel ve Kurumsal Bilgi Güvenliğinin Sağlanması”, Uluslararası Katılımlı Bilgi Güvenliği ve Kriptoloji Konferansı, Ankara, 183-190, 13-14 December. Resmi

Gazete (2016). Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 07.04.2016, Sayı 29677. RHC (2006). Reforming Health

Care for the 21st Century, National Economic Council, US Sağlık Bakanlığı (2016). Sağlık.Net Online ve e-

Nabız, 2016/6 sayısız Genelge. Sert, Gürkan. Tıp Etiği ve Mahremiyet Hakkı, İstanbul, Babil Yayıncılık, 2008.

Tataroğlu, M. (2009). “E-Devlet’te Kullanılan Gözetim ve Kayıt Teknolojilerinin Mahremiyet Üzerinde Etkileri”, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, sayı: 18, s. 95-120.

WHO (2006). eHealth Tools and Services: Needs of the Member States. Report of the WHO Global Observatory for eHealth.

Yüksel, M. (2003). “Mahremiyet Hakkı ve Sosyo-Tarihsel Gelişimi”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, sayı: 58, s.181-213.

Zafer, H. (2013). “Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi Suçu (TCK M.280)”, İÜHFMC, sayı: 1, s. 1327-1352.

www.openclinical.org/publicreportsE-healthStrategiesDetails.html, [Erişim tarihi: 02.09.2016].

www.saglik.gov.tr, [Erişim tarihi: 27.08.2016].

Usaysad Derg, 2017; 3(3):326- 339

SURİYELİ MÜLTECİ KAMPLARININ BULUNDUĞU İLÇELERDE ÇALIŞAN HEMŞİRE VE EBELERİN TÜKENMİŞLİK SEVİYESİ: ŞANLIURFA ÖRNEĞİ

THE BURNOUT LEVELS OF NURSES AND MIDWIVES WORKING IN THE DISTRICTS LOCATED NEAR CAMPS OF SYRIAN REFUGEES: CASE OF SANLIURFA

Öğr.Gör.Dr. Hüseyin ERİŞ,
Harran Üniversitesi,
erisharran@hotmail.com

Öğr.Gör. Suzan HAVLIOĞLU,
Harran Üniversitesi,
suzanhavlioglu@hotmail.com

Uzm. Yasemin KÜÇÜKÖZKAN,
Şanlıurfa Halk Sağlığı Müd.,
yasmin_kn@hotmail.com

Öğr. Gör. Sümeyye ÖZMEN,
Uşak Üniversitesi,
sumeyyeozmen@gmail.com

Özet

Bu çalışmada, sağlık kurumlarında çalışanların işyeri ve yaşam kalitesinde önemli bir yeri olan tükenmişlik düzeyi incelenmektedir. Araştırma, Şanlıurfa'nın Suriye sınırında bulunan ve Suriyeli mülteciler için oluşturulan kampların bulunduğu Suruç, Harran, Akçakale, Viranşehir ve Ceylanpınar ilçelerindeki Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı bulunan 5 devlet hastanesinde çalışan toplam 350 hemşire ve ebeye 01.03.2016 – 15.06.2016 tarihleri arasında Maslach Tükenmişlik Ölçeği uygulanarak yapılmıştır. Araştırmaya 258 (0,74) hemşire ve ebe katılmıştır. Bu çalışmada tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarına ait maddelerin ortalama değerleri incelendiğinde, 5 hastanenin duygusal tükenmişlik ortalamasının 2,30; duyarsızlaşma ortalamasının 1,83 ve kişisel başarı ortalamasının 1,45 olduğu belirlenmiştir. Buna göre, en yüksek ortalamanın yani tükenmişliğin en yüksek olduğu boyutun Duygusal Tükenme boyutuna ait olduğu görülmektedir. Bu durumda, hemşire ve ebelerin en yüksek duygusal tükenmişlik algısına sahip oldukları ve duyarsızlaşma ile kişisel başarı boyutu algılarının nispeten daha düşük olduğu söylenebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik, Sağlık Kurumları, Hemşirelik, Ebelik

Abstract

The level of burnout, which has an important place in workplace behaviors and life quality of healthcare professionals, is examined in this study. The study was conducted on a total of 350 nurses and midwives working in 5 public hospitals affiliated with the Public Hospitals Administration in the districts of Suruç, Harran, Akçakale, Viranşehir, and Ceylanpınar, located near the Syria border in Şanlıurfa and hosting the camps of Syrian refugees, and at 5 camps in these districts by applying Maslach Burnout Inventory between 01.03.2016 – 15.06.2016. 258 (0.74) nurses and midwives participated in the study. When examining mean scores of items of

subscales of the burnout inventory in the study; it was determined that emotional exhaustion mean score was 2.30; depersonalization mean score was 1.83, and personal accomplishment mean score was 1.45. Accordingly, the subscale of Emotional Exhaustion had the highest mean score, namely the highest level of burnout. In this case, it may be asserted that nurses and midwives had the highest level of emotional exhaustion perception and they had relatively lower perceptions of depersonalization and personal accomplishment.

Keywords: Burnout, Medical Institutions, Nursing, Midwifery

GİRİŞ

Tükenmişlik kavramı son yıllarda üzerinde en çok araştırma yapılan konuların başında gelmektedir. Modern yaşamın hastalığı olarak tanımlayabileceğimiz tükenmişlik kavramı tıp, örgütsel psikoloji, yönetim bilimi gibi farklı bilim dallarınca hakkında araştırmalar yapılarak, farklı tanımlar ortaya konulmaktadır.

Maslach tükenmişliğin yalnızca yorgunluk, yıpranma ve iş doyumsuzluğundan kaynaklanmadığını; fiziksel bitkinlik, süregelen yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik, olumsuz kişilik algılaması, işe, aileye ve çevreye karşı olumsuz tutumlar içeren fiziksel, duygusal ve fiziksel bir sendrom olduğunu bildirmektedir (Maslach ve Jackson, 1981). Tükenmişlik özellikle hizmet sektöründe çalışan polis, doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, din adamı gibi sosyal yardıma dayalı mesleklerde görülmektedir. Sağlık personeli, tükenmişlik açısından hizmet sektörü içerisindeki en riskli gruplar arasında yer almaktadır.

Bugün hizmet sektöründe faaliyette bulunan sağlık kurumları bir taraftan kendi örgütsel ve fiziksel gelişmelerini sağlamaya çalışırken diğer taraftan da sağlık personelinin çalışma koşullarını iyileştirerek, personeli iş stresi ve tükenmişlik gibi olumsuz durumlardan uzak tutmaya çalışmaktadırlar. Sağlık yöneticileri, sağlık personelinin iş doyumunu sağlayıp, motivasyonunu artırarak, hem personelin kendi performansını geliştirmeye hem de sağlık kurumunun verimliliğine olumlu katkı sağlamasını amaçlamaktadırlar. Fakat Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumunda karşılaşılan ciddi sorunlar yüzünden (hasta sayısının fazlalığı, sağlık personelindeki bölgesel dağılımdaki adaletsizlik, sağlık politikaları, yetersiz ve niteliksiz sağlık personeli, fiziksel mekân ve ekipmanların yetersizlikleri gibi) özellikle sağlık personeli birçok sorunla karşı karşıya kalmakta ve bu sorunlar yüzünden iş stresi seviyesi artmakta ve ilerleyen dönemlerde tükenmişlik yaşamaktadırlar. Bu sebeple tükenmişlik, sağlık personelinde farklı şekillerde ortaya çıkmakta ve hem personeli hem sağlık kurumunu hem de toplumu olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu nedenle, bu araştırmada toplumda önemli bir yere sahip olan ebe ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve ilişkili boyutları incelenmiştir.

Çalışma Yaşamında Tükenmişlik Kavramı ve Tanımı

Günümüzde çalışma yaşamında sıklıkla gözlemlenebileceğimiz bir olgu haline gelen tükenmişlik ilk kez 1970’li yıllarda sosyal bir problem olarak algılanmaya başlanmıştır (Alkan, 2011:15). Tükenmişliğin “mesleki bir tehlike” olarak ilk klinik tanımlarından biri, 1974 yılında, Freudenberger tarafından yapılmıştır. Freudenberger (1974) tükenmişliği, “başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu” şeklinde ifade etmiştir (Sağlam, 2011). Tükenen bireylerin eleştirici, kızgın, insanları iten davranışlar sergileyebildikleri, kendi sınırlarını zorlayan, programları sürekli dolu olan, her zaman istenenden daha fazlasını yapmaya çalışan, hayata büyük beklenti ve umutlarla başlayan bireylerin daha fazla tükenmişlik belirtileri gösterebildikleri belirtilmektedir (Freudenberger ve Richelson, 1981:11- 13).

Tükenmişlikle ilgili günümüzde en yaygın kabul gören tanım, konuyla ilgili çalışan araştırmacılar arasında en önemli isim olarak anılan ve Maslach Tükenmişlik Envanterini geliştiren Christina Maslach’a aittir (Budak ve Sürgevil, 2005). Uzun dönemli iş stresinin tükenmişliğe yol açtığını söyleyen Maslach ve Jackson (1981) tükenmişliği “profesyonel bir kişinin mesleğinin özgün anlamı ve

amacından kopması, hizmet verdiği insanlar ile artık gerçekten ilgilenemiyor olması” biçiminde tanımlamıştır (Kaçmaz, 2005). Daha sonra Maslach (2003) tükenmişliği “çalışma yerindeki strese neden olan durumlara karşı ortaya çıkan uzun süreli psikolojik bir sendrom ve özellikle iş ve çalışan arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanan kronik bir gerginlik olarak ifade etmiştir (Öztürk, Koçyiğit ve Bal, 2011; Alkan, 2011).

Tükenmişlik insan hizmetleri, eğitim ve sağlık hizmetlerinde insana yönelik çeşitli meslekler için bir tehlike olarak kabul edilmektedir (Filizöz ve Ay, 2011). Ancak, insanlara yüz yüze hizmet veren ve insan merkezli meslek dalları için mesleki bir tehdit olarak değerlendirilen tükenmişlik ile ilgili yapılan araştırmalar sonucunda, tükenmişliğin artık diğer meslek dalları çalışanlarına da yayılmaya başladığı görülmüştür (Maslach ve Goldberg, 1998). Çalışma yaşamında psikolojik, sosyal ve fiziksel açılardan sorunlar nedeniyle, öfke, utanç, korku ve umutsuzluk duyguları hissedilmektedir. Bu sorunların nedenleri açık olmadığı için belirsizlikler ve hayal kırıklıkları da yaşanmaktadır. Böyle olaylar altında insanlar sürekli çalışmanın etkisiyle kronikleşen stres tükenmişlik riskini ortaya çıkarır. Tükenmişliğin gelişmesinde stres anahtar bir rol oynamaktadır. Stresten farklı olarak tükenmişlikte özellikle işle çalışan arasındaki uyumsuzluk sonucu ortaya çıkan kronik bir gerginlik söz konusudur (Maslach ve Jackson, 1981). Bazı insanlar tükenmişliğin sonucu olarak işinden ayrılabilmesine rağmen, diğerleri işinde kalmaktadır. Bu durum işin kalitesini azaltmakta, hem fiziksel hem de psikolojik sağlıkta çok maliyetli olabilmekte, sadece çalışan bireyi değil, herkesi etkileyebilmektedir (Maslach ve Goldberg, 1998).

Barutçu ve Serinkan (2008) ise tükenmeyi; kişisel kaynakların sona dayandığı, günlük olaylar karşısında sürekli bir umutsuzluk ve olumsuz düşüncenin yer aldığı, yaşam enerjisinin tükenmiş şekli olarak tanımlamışlardır. Ne yapılırsa yapılsın ne denli çalışırsa çalışılsın; mevcut durumda bir değişiklik, farklılık yaratılamayacağı duygusunun sonucunda ortaya çıkan bir teslimiyet duygusu olarak ifade etmişlerdir. Diğer yandan, tükenmişlik sendromu sadece tükenmişlik yaşayanı ilgilendiren bir sorun değil, bireyin ailesini, arkadaşlarını, ilişkilerini, iş performansını, iletişimini, ast ve üstlerini etki ve sonuçları ile tüm hayatını etkileyen bir durumdur (Babaoğlu, 2006). Tükenmişlik yaşayan çalışanlar, bireysel çatışmalar yaratarak ve işlerin yapılmasını engelleyerek, çalışma arkadaşlarının üzerinde olumsuz bir etkide bırakabilirler. Bu nedenle ise, tükenmişliğin “bulaşıcı” bir olgu olduğu söylenebilir (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001:406).

Tükenmişliğin çeşitli araştırmalarda ortaya konan ve diğer bireylerin kolaylıkla gözleyebildikleri durum, fiziksel ve duygusal enerjinin azalmasıyla meydana gelen yorgunluk ve bitkinlik halidir (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001; Gündüz, 2005). Ani öfke patlamaları, sürekli kızgınlık, yalnızlık ve umutsuzluk duyguları, çaresizlik ve engellenmişlik duyguları tükenme döneminde bulunan kişilerin en sık dile getirdikleri belirtilerdir (Alkan, 2011). Tükenmişliğin çalışanlar üzerindeki etkilerine demografik değişkenler açısından bakıldığında, kadınların erkeklerden, genç çalışanların yaşlı çalışanlardan ve bekar çalışanların ise evli çalışanlardan daha fazla tükenmişlik yaşadıkları görülmektedir (Gibson, Ivancevich, Donnelly ve Konopaske, 2003).

Çalışma Yaşamında Tükenmişliğin Boyutları ve Belirtileri

Tükenmişlik sendromu fiziksel, duygusal ve zihinsel bulgu ve belirtiler içermektedir. Fiziksel tükenmişlik belirtileri; kronik yorgunluk, güçsüzlük, enerji kaybı, yıpranma, hastalıklara daha hassas olma, sık baş ağrıları, bulantı, kas krampları, bel ağrısı, uyku bozuklukları gibi değişik sorun ve yakınmaları içermektedir. Duygusal tükenmişlik bulguları depresif duygulanım, desteksiz, güvensiz hissetme, ümitsizlik, evde gerilim ve tartışma artışı, kızgınlık, sabırsızlık, huzursuzluk gibi negatif duygulanımlarda artış, nezaket, saygı ve arkadaşlık gibi pozitif duygulanımlarda azalma içermektedir. Zihinsel tükenmişlik bulguları doyumumsuzluk, kendine, işine ve genel olarak yaşama karşı negatif tutumlar içerebilmektedir. Sonuçta işi bırakma, savaşımla gibi davranışlar görülebilmektedir (Ersoy, Yıldırım ve Edirne, 2001; Alkan, 2011:17; Dikmetaş, Top, Ergin. 2011:139).

Tükenmişlik fiziksel anlamda öncelikle hafif belirtiler olarak kendisini göstermektedir. Bu belirtiler; yorgunluk ve bitkinlik hissi, baş ağrısı, uyuşukluk, uyku bozuklukları şeklinde sıralanmaktadır. Önlem alınmazsa devam eden süreçte; geçmeyen soğuk algınlıkları, enfeksiyonlara karşı direncin azalması, kilo kaybı veya şişmanlık, solunum güçlüğü, genel ağrı ve sızılar, mide bağırsak hastalıkları, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, kas gerilmeleri, kalp çarpıntısı ve cilt hastalıkları oluşmaya başlayabilmektedir (Filizöz ve Ay, 2011). Psikolojik belirtiler, tükenmişlik yaşayan kişilerde görülebilecek diğer belirtilere oranla daha az belirgindir. Bunun yanında, tükenmişliğin psikolojik belirtileri işi bırakmayı düşünme ve sık sık işe gitmek istememe olarak da kendisini göstermektedir (Ardıç ve Polatçı, 2008; Filizöz ve Ay, 2011; Çetin, Basım ve Aydoğan, 2011; Marmaya, Hitam, Zawawi ve Jody, 2011). Davranışsal belirtiler fiziksel ve psikolojik belirtilere göre başkaları tarafından daha kolay gözlenebilen tükenmişlik belirtileridir. Bu belirtiler unutkanlık, başarısızlık hissi, aile içi çatışmalar, konsantrasyon düşüklüğü, çabuk öfkelenme, ani sinir patlamaları, sık gelen ağlama nöbetleri, yalnız kalma isteği, alınganlık ve takdir edilmediğini düşünme, işi yavaşlatma, hastalıktan kaynaklanan nedenlerle işe gelmemelerde ve geç gelmelerde artış, işten ayrılma ve başka iş alanlarına transfer olma isteği şeklinde sıralanabilmektedir (Ardıç ve Polatçı, 2008).

Diğer yandan, birey için oldukça olumsuz bir deneyim olan tükenmişlik, üç boyutlu bir sendrom olarak ortaya çıkabilmektedir. Maslach ve Jackson (1981) ve Maslach, Schaufeli ve Leiter (2001) tükenmişliği boyutlarını üç şekilde ortaya koymuşlardır. Bu boyutları; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarının azalması olarak ifade etmişlerdir. Bunlar şu şekilde açıklanabilmektedir (Deliorman, Boz, Yiğit ve Yıldız, 2009).

Maslach Tükenmişlik modeli, alan yazınında “Çok boyutlu tükenmişlik modeli” ya da “Üç boyutlu tükenmişlik modeli” olarak da anılmaktadır. Bu modele göre ise tükenmişlik; yaygın olarak insanlarla yüz yüze çalışılan mesleklerde bireylerin, (a) “duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri”, (b) “işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları” ve (c) “kişisel başarı/ yeterlilik duygularında azalma” şeklinde görülen bir sendrom olarak tanımlanmıştır (Maslach, Schaufeli ve Leiter; 2001:399).

(a) “Duygusal Tükenme (Emotional Exhaustion)”: Üç boyutlu bir sendrom olarak ortaya çıkan tükenmişliğin birinci boyutu, bireylerin işlerinde yorulmalarını, yıpranmalarını, psikolojik düzeyde bireyin duygusal kaynaklarının azaldığını ifade eden duygusal tükenmedir. Bu sürecin en önemli kaynakları arasında ise, aşırı iş yükü ve iş ortamındaki kişiler arasındaki çatışma yer almaktadır. Bu aşamada bireyler “kuruduklarını” ve “yerine yenisinin gelemeyeceği” biçimde de “boşaldıklarını” hissederler (Solmuş, 2004:103). Enerji eksikliği ve duygusal kaynaklarının bittiği hissine kapılan birey için ertesi gün yeniden işe gitme zorunluluğu büyük bir endişe kaynağıdır (Cordes ve Dougherty, 2003). Birey o kadar yorgundur ki çevresine yararlı olamadığı ve bir işe yaramadığı hissine kapılarak kendini yıpratmaktadır (Silah, 2005:165; Alkan, 2011:16; Dikmetaş ve diğ., 2011:139). Tükenmişlik duygusal tükenme ve sinizmin bir sendromudur. Tükenmişlik sendromunun temel yönü duygusal tükenme hislerinin artmasıdır. Duygusal kaynakları tükenmiş olduğundan çalışanlar, psikolojik düzeyde artık kendi kendilerine yetemeyeceklerini hissederler. Tükenmişliğin başka bir yönü, çalışma ortamında ilişkide bulunduğu birisi hakkında olumsuz, alaycı davranışlar ve olumsuzluklar geliştirmektir. Tükenmişlik sendromunun üçüncü yönü ise, kendini olumsuz şekilde değerlendirme eğilimidir. Bu eğilim özellikle kişinin işiyle ilişkide bulunduğu kişiler arasındadır. Çalışanlar iş başarılarından dolayı kendilerini mutsuz ve tatminsiz hissetmektedirler (Maslach ve Jackson, 1981).

(b) Duyarsızlaşma (Depersonalization): Duyarsızlaşma, tükenmişliğin kişiler arası boyutunu temsil etmekte ve müşterilere yönelik negatif tutum ve çalışılan işe karşı tepkisizleşmeyi belirlemektedir (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001:403) Kendinden ve işinden uzaklaşan çalışanlar, çalıştıkları işe yönelik tüm idealizm ve coşkularını kaybederler. Hizmet verilen kişilere karşı düşmanlık içeren olumsuz tepkilerde bulunma sıklıkla görülen bir davranış biçimidir. Konuda yapılan araştırmalarda

ise, duygusal tükenme ile duyarsızlaşma arasında önemli bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır (Gündüz, 2005:153).

(c) Kişisel Başarının Azalması (Lack of Personal Accomplishment): Kişisel başarı, kişinin işindeki yeterlik ve başarı duygularını tanımlar. Kişisel başarısızlık ise, kişinin kendisini işinde yetersiz ve başarısız olarak değerlendirmesini ifade eder. Bu aşamada kişi kişisel olarak başarısızlık duyguları ile doludur (Izgar, 2003:164). Kişisel başarı noksanlığı, kişinin kendini olumsuz değerlendirme ve çalışan işinde başarısız olduğu düşüncesiyle tatminsizlik duymakta ve iş dışındaki faaliyetlere yönelmektedir (Wright ve Bonett, 1997:492).

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın amacı: Bu araştırmanın amacı, Şanlıurfa ilinde Suriye sınırında Suriyeli mülteciler için oluşturulan kampların bulunduğu 5 ilçede bulunan 5 devlet hastanesinde görev yapmakta olan ebeler ve hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini tespit etmektir. Sağlık sektörünün en yoğun çalışan ve sürekli olarak strese maruz kalan meslek gruplarının başında ebe ve hemşireler gelmektedir. Türkiye'nin Suriye'ye sınırı olan diğer ilçeler ile Suriyeli mülteci kamplarının bulunduğu bölgelerde çalışan sağlık personeli ile ilgili bir araştırma yapılmadığı için, buralarda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri hakkında bir bilgi yoktur. Bu çalışmada, sadece Şanlıurfa'nın Suriye'ye sınırı olan ve Suriyeli mülteci kamplarının bulunduğu ilçelerde çalışan ebe ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve alt boyutlarına ilişkin değerlendirmeler yapılmıştır. Ayrıca ebe ve hemşirelerde söz konusu tükenmişlik algısının bazı demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa ilindeki Suriyeli Mülteci Kamplarının bulunduğu Suruç, Harran, Akçakale, Viranşehir ve Ceylanpınar ilçelerinde bulunan Sağlık Bakanlığına bağlı 5 ilçe hastanesinde görev yapmakta olan 350 hemşire ve ebe oluşturmaktadır. 5 ilçe devlet hastanesinde çalışmakta olan toplam 350 hemşire ve ebeden 258 (0,74) hemşire ve ebeye ulaşılmıştır. Bu hemşire ve ebeler hem ilçe devlet hastanelerinde hem de ilçelerde bulunan Suriyeli mülteci kampında nöbet usulü çalışmaktadırlar.

Veri Toplama Aracı: Araştırmada hemşire ve ebelerin "tükenmişlik" düzeyini ölçmek amacıyla, Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilmiş olan Duygusal Tükenme (DT), Duyarsızlaşma (DYSZ) ve Kişisel Başarı (KB) olmak üzere üç alt boyuttan ve 22 maddeden oluşan Maslach Tükenmişlik ölçeği (MTÖ) kullanılmıştır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan araştırmalarda ortaya konulmuştur (Çapri, 2005; Alkan, 2011). Ölçeğin yer aldığı anket formunda, 6 demografik soru ve 5'li likert yöntemiyle hazırlanan 22 soru yer almaktadır.

Verilerin Analizi: Bu araştırma betimsel ve ilişkisel tarama modeline göre modellenmiştir. Deneklerin var olan özelliklerine hiçbir değişiklik yapılmaksızın veri toplanarak, var olan durum hakkında deneklerin görüşleri alınmaya çalışılmıştır. Betimleme yöntemine göre, araştırmaya konu olan olay, kendi şartları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılmaktadır. Araştırmaya katılanların cinsiyet, yaş, kurumda toplam çalışma süresi ve medeni durum gibi demografik özelliklerini ölçmek amacıyla her bir değişken için frekans analizi yapılmıştır. Araştırmada kullanılan MTÖ için faktör analizi uygulanmış ve ölçeğin genel ve alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alpha güvenilirlik değerleri incelenmiştir. Araştırmanın anlamlılık düzeyi ,05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Öncelikle, araştırma örneklemelerinden elde edilen kişisel veriler incelenmiştir. Söz konusu demografik bilgiler aşağıda Tablo 1 ile sunulmaktadır.

Tablo 1. Ankete Katılan Çalışanların Demografik Bilgilerinin Frekans Dağılımı

Yaş grupları	Sayı	Yüzde
24 yaş ve altı	86	33,3
25-27 yaş	100	38,8
28-32 yaş	48	18,6
33 yaş ve üstü	24	9,3
Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Kadın	152	58,9
Erkek	106	41,1
Medeni Durum	Sayı	Yüzde
Evli	76	29,5
Bekar	173	67,1
Boşanmış	9	3,5
Eğitim durumu	Sayı	Yüzde
Lise	50	19,7
Önlisans	27	10,6
Lisans	177	69,7
Meslekte çalışma süreleri	Sayı	Yüzde
1 yıl	81	31,4
2 veya 3 yıl	84	32,6
4-7 yıl	64	24,8
8 yıl ve üstü	29	11,2
Bölgede çalışma süreleri	Sayı	Yüzde
1 yıl	117	45,5
2 yıl	53	20,6
3 veya 4 yıl	57	22,2
5 yıl ve üstü	30	11,7
Toplam	258	100,0

Sonuçlara göre, örneklem grubunu oluşturan ebe ve hemşirelerin, 152'si bayan, 106'sı erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Araştırma örnekleminin % 33,3'lük kısmı 24 yaş ve altı, % 38,8'lik kısmı 25-27 yaş arası, %18,6'lık kısmı 28-32 yaş ve diğer %9,3'ü 33 yaş ve üstü yaş grubundadırlar. Örneklem grubunu oluşturan çalışanların % 29,5'inin evli, % 67,1'inin bekâr ve % 3,5'inin boşanmış ya da dul oldukları belirlenmiştir. Eğitim seviyesi açısından incelendiğinde, katılımcıların %19,7'si lise, %10,6'sı önlisans ve %69,7'si lisans mezunudur. Katılımcıların %31,4'ü 1 yıl, %32,6'sı 2-3 yıl, %24,8'i 4-7 yıl ve diğer %11,2'si 8 yıl ve üstü süreyle toplam mesleki tecrübeye sahip oldukları görülmüştür.

Araştırmanın Güvenirliliği

Ankette kullanılan ölçeğin güvenirliliği Cronbach's Alpha katsayısı ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre duygusal tükenme boyutunun güvenirliliği 0,875, duyarsızlaşma boyutunun güvenirliliği 0,836 ve kişisel başarı boyutunun güvenirliliği 0,779 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bu sonuçlar yapılan ölçümün güvenirliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Tükenmişlik ölçeği alt boyutları hastane değişkeni bakımından Tablo 2'de incelenmiştir.

Tablo 2. Tükenmişlik Ölçeği Boyutlarının Anketin Yapıldığı Hastane Değişkeni Bakımından İncelenmesi

	İlçe Hastanesi	N	Ort.	Std. Sapma	F	p
Duygusal Tükenme	Harran	27	2,35	0,795	2,504	,043
	Ceylanpınar	36	2,18	0,949		
	Viranşehir	109	2,30	0,881		
	Suruç	35	2,01	0,876		
	Akçakale	51	2,57	0,687		
	Toplam	258	2,30	0,857		
Duyarsızlaşma	Harran	27	1,59	0,978	4,030	,003
	Ceylanpınar	36	1,75	1,104		
	Viranşehir	109	1,84	0,994		
	Suruç	35	1,43	0,914		
	Akçakale	51	2,27	1,174		
	Toplam	258	1,83	1,060		
Kişisel Başarı	Harran	27	1,34	0,630	3,078	,017
	Ceylanpınar	36	1,47	0,680		
	Viranşehir	109	1,38	0,698		
	Suruç	35	1,83	0,813		
	Akçakale	51	1,40	0,653		
	Toplam	258	1,45	0,708		

Tablo 2’de incelenen boyutlarda hastane değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile araştırılmıştır. Yapılan istatistiksel test sonucunda boyutlardan üçünde de hastane değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farklılığın kaynağını belirlemek için Tukey testine göre; DT boyutunda Suruç ile Akçakale hastanelerinin, DYSZ boyutunda Akçakale ile Harran, Akçakale ile Suruç hastanelerinin, KB boyutunda Viranşehir ile Suruç ve Akçakale ile Suruç hastanelerinin ortalamalarının farklı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. Tükenmişlik ölçeği boyutlarının yaş grupları değişkeni bakımından incelenmesi

	Yaş Grupları	N	Ort.	Std. Sapma	F	p
Duygusal Tükenme	24 yaş ve altı	86	2,42	0,798	4,429	,005
	25-27 yaş	100	2,38	0,870		
	28-32 yaş	48	2,18	0,830		
	33 yaş ve üstü	24	1,77	0,885		
	Toplam	258	2,30	0,857		
	Duyarsızlaşma	24 yaş ve altı	86	1,98		
25-27 yaş	100	1,83	1,019			
28-32 yaş	48	1,81	1,147			
33 yaş ve üstü	24	1,32	0,995			
Toplam	258	1,83	1,060			
Kişisel Başarı	24 yaş ve altı	86	1,48	0,673	1,294	,277
25-27 yaş	100	1,43	0,652			
28-32 yaş	48	1,35	0,656			
33 yaş ve üstü	24	1,68	1,069			
Toplam	258	1,45	0,708			

Tükenmişlik ölçeği boyutları yaş grupları değişkeni bakımından incelenmiş ve sonuçlar yukarıda yer alan Tablo 3 ile sunulmuştur. İncelenen boyutlarda yaş grupları değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile araştırılmıştır. Yapılan istatistiksel test sonucunda DT boyutunda yaş grupları değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmuştur. Farklılığın kaynağını belirlemek için Tukey testine göre; 33 yaş-üstü ile 24 yaş-altı ve 33 yaş-üstü ile 25-27 yaş gruplarının ortalamalarının farklı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. Tükenmişlik ölçeği boyutlarının cinsiyet değişkeni bakımından incelenmesi

	Cinsiyet	N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Duygusal Tükenme	Kadın	152	2,28	0,835	-,432	,666
	Erkek	106	2,33	0,891		
Duyarsızlaşma	Kadın	152	1,74	1,037	-1,667	,097
	Erkek	106	1,96	1,084		
Kişisel Başarı	Kadın	152	1,49	0,690	1,103	,271
	Erkek	106	1,40	0,733		

Tükenmişlik ölçeği boyutlarının cinsiyet değişkeni bakımından incelenmesi ise yukarıda yer alan Tablo 4’de verilmiştir. İncelenen boyutlarda cinsiyet değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı t testi ile araştırılmıştır. Yapılan istatistiksel test sonucunda boyutlardan hiçbirisinde cinsiyet değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 5. Tükenmişlik ölçeği boyutlarının eğitim durumu değişkeni bakımından incelenmesi

	Eğitim	N	Ort.	Std. Sapma	F	p
Duygusal Tükenme	Lise	50	2,18	0,741	1,086	,339
	Önlisans	27	2,28	0,855		
	Lisans	177	2,37	0,865		
	Toplam	254	2,32	0,842		
Duyarsızlaşma	Lise	50	1,75	0,922	,292	,747
	Önlisans	27	1,92	1,069		
	Lisans	177	1,87	1,087		
	Toplam	254	1,85	1,052		
Kişisel Başarı	Lise	50	1,77	0,750	6,042	,003
	Önlisans	27	1,36	0,654		
	Lisans	177	1,40	0,676		
	Toplam	254	1,47	0,702		

Tükenmişlik ölçeği boyutlarının eğitim durumu değişkeni bakımından incelenmesi aşağıda yer alan Tablo 5’de verilmiştir. İncelenen boyutlarda eğitim durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile araştırılmıştır. Yapılan istatistiksel test sonucunda kişisel başarı eğitim durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farklılığın kaynağını belirlemek için Tukey testine göre; bu boyutta lise ile önlisans ve lise ile lisans gruplarının ortalamalarının farklı olduğu tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Yapılan analizlerde öncelikle katılımcıların kişisel özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler değerlendirilmiştir. Sonuçlara göre, örneklem grubunu oluşturan ebe ve hemşirelerin çoğunluğunun bayan katılımcılardan oluştuğu, çoğunluğunun 25-27 yaş arası grupta olduğu görülmüştür. Ayrıca, katılımcıların büyük oranının bekar olduğu ve eğitim seviyesinin ise yüksek oranda lisans seviyesinde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun ise 2-3 yıl toplam mesleki tecrübeye sahip oldukları görülmüştür.

Bununla birlikte, yapılan istatistiksel test sonucunda boyutlardan üçünde de hastane değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tukey testine göre; DT boyutunda Suruç ile Akçakale hastanelerinin, DYSZ boyutunda Akçakale ile Harran, Akçakale ile Suruç hastanelerinin, KB boyutunda Viranşehir ile Suruç ve Akçakale ile Suruç hastanelerinin ortalamalarının farklı olduğu tespit edilmiştir.

Şanlıurfa'nın Suriye sınırında ve Suriyeli mülteci kamplarının bulunduğu 5 ilçe devlet hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini tespit etmek amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda elde edilen sonuçlar şöyledir: Araştırmaya 258 hemşire ve ebe katılmıştır. DT boyutunun ortalaması 2,30; DYSZ boyutunun ortalaması 1,83 ve KB boyutunun ortalaması da 1,45 olarak bulunmuştur. Ortalamalara bakıldığında her üç alt boyutta da tükenme seviyelerinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Yani hemşire ve ebelerin tükenmişlik seviyeleri MTÖ'ye göre orta seviyededir. Ayrıca tablo incelendiğinde, DT ve DYSZ alt boyutunda Akçakale, KB alt boyutunda ise Suruç devlet hastanesinde çalışan hemşire ve ebelerin tükenmişlik ortalamaları diğer devlet hastanesinde çalışan hemşire ve ebelerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu iki ilçedeki hemşire ve ebelerin ortalamalarının diğer ilçe devlet hastanesinde çalışan hemşire ve ebelerden farklı olmasının birçoğu önemli nedeni bulunmaktadır. Öncelikle Akçakale ve Suruç ilçeleri, Suriye sınır hattında olan ilçelerdir. Akçakale, Tall Abyad'a; Suruç ise Kobane'ye sınırdır ve bu ilçeler arasındaki mesafe birkaç yüz metre uzaklıktadır. Bu sebeple Tall Abyad ve Kobane'de devam eden savaş, Akçakale ve Suruç ilçelerinde yaşayanları çok olumsuz etkilemiştir. Tall Abyad ve Kobane'deki çatışmalardan dolayı defalarca Akçakale ve Suruç ilçe merkezlerine savaş bombaları düşmüş, yerel halk ateş altında kalarak silahlı çatışmalara maruz kalmıştır. Sınır ötesi bu saldırılardan dolayı onlarca yerel halk şehit olmuş ve yüzlerce insan yaralanmıştır. Bu iki ilçe devlet hastanesinde çalışan hemşire ve ebelerin tükenme düzeylerinin diğer ilçelerde çalışan hemşire ve ebelerine göre daha yüksek çıkmasının en önemli nedeni olarak, savaş ortamına çok yakın olmaları ve bu durumdan daha çok etkilendikleri düşünülmektedir.

Ayrıca tükenmişliğin en önemli nedenlerinden birisi olarak, artan iş yükü gösterilmektedir (Solmuş, 2004). Tablo 6'ya bakıldığında 2012 yılında Suriyeli mültecilerin Türkiye'ye gelmeye başladıkları dönemde ilçe devlet hastanelerinde çalışan hemşire sayıları ve ilçe hastanelerinde tedavi edilen hasta sayıları verilmiştir. 2012 yılında, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının yanı sıra bazı ilçelerde Suriyeli mültecilerinde çok az da olsa tedavi olmaya başladıkları görülmektedir. Aradan geçen yıllar itibarıyla, 2016 yılına baktığımızda hem Türk hastaların hem de Suriyeli mülteci hastaların sayısındaki çok büyük bir artış olmasına rağmen, çalışan hemşire ve ebe sayılarına bakıldığında aynı doğrultuda bir artış olmadığı görülmektedir. Artan iş yükünün de bu hastanelerde çalışan hemşire ve ebelerin tükenmişlik seviyelerini doğrudan etkilediği düşünülmektedir.

Suriyeli mülteci hastaların sayıları artmaya başlayınca, çalışan ebe ve hemşireler için yeni sorunlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu sorunların başında ve en önemlisi dil sorunudur. İletişim sağlayabilmek için Türkçe konuşmayı bilmeyen Suriyeli mültecilerle anlaşmaya çalışan ebe ve hemşirelerin de Arapça bilmemeleri ciddi iletişim sorununu ortaya çıkarmıştır. Hastaneler ilk dönemlerde çalışan personelden Arapça bilen personelleri tercüman olarak kullanmaya çalışmışsa da yetersiz gelmiş ve iletişim sorununu çözmemiştir. İlerleyen dönemlerde mülteci kamplarından gelen hastalar tercümanlar eşliğinde gelmeye başlamış ve bu durum iletişim sorununu bir nebze olsun gidermiştir. Fakat sayıları çok fazla olan ve kamp dışında yaşayan Suriyeli mülteciler içinse hastanelere, kamu hastaneleri genel sekreterliği tarafından tercüman görevlendirilmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından İngilizce, Fransızca, Rusça ve Arapça tercümanlık hizmeti veren 08502883838 nolu telefon hattı ile 7/24 ihtiyaç duyan sağlık personeline tercümanlık hizmeti verilmektedir.

Tablo 6. 2012 ve 2016 Yıllarında İlçelerde Tedavi Edilen Hasta Sayıları ile Çalışan Hemşire ve Ebe Sayıları

İlçe Devlet Hastaneleri	Yıllar	Hemşire /Ebe Sayısı	Türkiye Vatandaşı			Suriye Vatandaşı			Kampta Bakılan	
			Poliklinik	Yatan Hasta	Toplam	Poliklinik	Yatan Hasta	Hasta	Toplam	
Akçakale	2012	32	167677	4794	172471	187	11	0	198	
	2016	57	398888	8891	407779	287365	4573	154137	446075	
Ceylanpınar	2012	69	312.807	2839	315.646	35.812	232	35.314	36.044	
	2016	77	429.584	5.700	435.284	216.911	1.727	207.893	218.638	
Viranşehir	2012	75	389.327	9277	398.604	0	0	0	0	
	2016	100	813.953	19.167	833.120	50.828	2.662	111.667	165.157	
Harran	2012	30	141.644	6151	147.935	0	2	302	304	
	2016	45	252.613	4.520	257.133	5.459	160	4.005	9.624	
Suruç	2012	83	279514	10928	290442	36	2	0	38	
	2016	71	358825	6104	364929	216.817	2.458	142.487	361.762	

Kaynak: Araştırma Yapılan İlçe Devlet Hastaneleri

Literatürde sağlık personeli üzerinde yapılan araştırma sonuçlarında da araştırma sonuçlarıyla benzerlik gösteren araştırmalar bulunduğu tespit edilmiş ve genel itibariyle hemşire ve ebelerin tükenmişlik seviyelerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Öztürk ve diğ. 2014; Şahin ve diğ. 2008; Şen ve diğ. 2007; Erol ve diğ. 2012). Literatürde, yaptığımız araştırmada elde ettiğimiz sonuçlardan farklı sonuçlar tespit edilen araştırmalar da bulunmaktadır. Örneğin Ergin ve diğ. ile Raftopoulos ve diğ. yaptıkları araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ergin ve diğ. (2009); Raftopoulos ve diğ. (2012); Altay, Gönener ve Demirkıran (2010); tarafından yapılan araştırmada hemşirelerde MTO alt boyutlarının ortalamalarının duygusal tükenme alanında "üst" sınırdaki, duyarsızlaşma ve bireysel başarı boyutlarının ortalamalarının ise orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Metin ve Özerin (2007), Karadağ ve diğ. (2001) ile Haran ve diğ. (1998) yaptıkları araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin en fazla DT boyutunda tükenmişlik yaşadıkları tespit edilmiştir. Yaptığımız araştırma sonuçlarında da benzer sonuç elde edilmiş ve hemşire ve ebelerin DT boyutunda, DYSZ ve KB boyutlarına göre daha yüksek tükenmişlik değerlerine sahip oldukları görülmektedir.

Poghosyan ve diğ. (2010), 1998-2005 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Yeni Zelanda, Birleşik Krallık, Almanya ve Japonya'yı kapsayan 6 ülkedeki 53,846 hemşirenin tükenmişlik seviyeleri hakkında yaptıkları çalışma sonucunda, hemşirelerin yüksek derecede tükenmişlik seviyesine sahip olduklarını belirlemişlerdir. DT ve DYSZ boyutlarında en yüksek tükenmişlik ortalamasına Japonya da çalışan hemşireler sahipken, KB alt boyutunda ise Yeni Zelanda da çalışan hemşirelerin en yüksek tükenmişlik ortalamasına sahip olduğunu tespit etmişlerdir.

Araştırmada, hemşire ve ebelerin bazı demografik özellikleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiye de bakılmıştır. Cinsiyet değişkeni açısından tükenmişlik boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Sağlık-Sen tarafından 2012 yılında yapılan "Türkiye'de Sağlık Çalışanları Tükenmişlik Araştırması Sonuçları"na göre cinsiyet açısından DT boyutunda anlamlı fark bulunmuş ve kadınların DT boyutunda erkeklerden daha fazla tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir.

Hemşire ve ebelerin, yaş değişkeni açısından sadece DT boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testine göre; 33 yaş-üstü ile 24 yaş-altı ve 33 yaş-üstü ile 25-27 yaş gruplarının ortalamalarının farklı olduğu tespit edilmiştir. Yaş ilerledikçe, kazanılan deneyim ve tecrübe ile DT boyutundaki tükenmişlik düzeyinin, genç hemşire ve ebelere göre daha azaldığı görülmektedir. Ayrıca hemşireler, belli bir dönem hizmet süresini tamamladıktan sonra çalışma saatlerini gece nöbeti yerine gündüz mesai yaparak tamamlamaları da

DT boyutundaki tükenmişlik seviyesinin düşük çıkmasına olumlu etki eden bir unsur olduğu düşünülmektedir. Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde Altay, Gönener, ve Demirkıran (2010) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin DT ve DYSZ boyutlarında anlamlı fark tespit edilmemiş, KB boyutunda anlamlı fark tespit edilmiş ve yaş artıkaça KB puanının arttığı belirlenmiştir.

Hemşire ve ebelerin, eğitim değişkeni açısından sadece KB boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu boyutta; lise ile ön lisans ve lise ile lisans gruplarının ortalamalarının farklı olduğu tespit edilmiştir. Ortalamalara baktığımızda, lise mezunu hemşire ve ebelerin ortalamalarının, Ön lisans ve lisans mezunlarına göre daha yüksek olduğu, yani KB boyutunda daha çok etkilendikleri görülmektedir. Ön lisans ve lisans mezunu hemşire ve ebelerin iletişim teknikleri, stresle başa çıkma ve zaman yönetimi becerilerini daha iyi kullanmalarını almış oldukları eğitim açısından değerlendirebiliriz. Öztürk ve arkadaşları (2014) yaptıkları araştırma sonucunda DT, DYSZ ve KB boyutlarında eğitim açısından gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiş fakat lise mezunu hemşirelerin ortalamalarının diğer gruplara göre daha düşük çıktığı tespit edilmiştir.

Kaya ve arkadaşlarının (2010) bir devlet hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları araştırmada, hemşirelerin cinsiyet ve yaş değişkenleri açısından tükenmişlik düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiş fakat eğitim değişkeni açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, Şanlıurfa ilinde bulunan beş ilçedeki beş devlet hastanesinde görev yapmakta olan hemşire ve ebelerin çalışma yaşamında algıladıkları tükenmişlik düzeyleri belirlenmiş ve tükenmişlik düzeyleri, bazı sosyo-demografik değişkenler açısından değerlendirilmiştir.

Bu araştırmada tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarına ait maddelerin ortalama değerleri incelendiğinde, duygusal tükenmişlik ortalamasının 2,30, duyarsızlaşma ortalamasının 1,83 ve kişisel başarı ortalamasının 1,45 olduğu belirlenmiştir. Buna göre, en yüksek ortalamanın yani tükenmişliğin en yüksek olduğu boyutun DT boyutuna ait olduğu görülmüştür. Bu durumda, hemşire ve ebelerin en yüksek DT algısına sahip oldukları ve DYSZ ile KB boyutlarındaki tükenmişlik algılarının nispeten daha düşük olduğu söylenebilmektedir. Bununla birlikte, yapılan istatistiksel test sonucunda boyutlardan üçünde de hastane değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tukey testine göre; DT boyutunda Suruç ile Akçakale hastanelerinin, DYSZ boyutunda Akçakale ile Harran, Akçakale ile Suruç hastanelerinin ve KB boyutunda ise Viranşehir ile Suruç ve Akçakale ile Suruç hastanelerinin ortalamalarının farklı olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada, hemşire ve ebelerin bazı demografik özellikleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiye de bakılmıştır. Cinsiyet değişkeni açısından tükenmişlik boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hemşire ve ebelerin, yaş değişkeni açısından DT boyutunda, eğitim değişkeni açısından ise KB boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Sonuç olarak, bu araştırma yalnızca Şanlıurfa'nın sınırdaki ve Suriyeli mülteci kamplarının bulunduğu 5 ilçedeki devlet hastanesinde gerçekleştirilmiş olduğundan, Türkiye sağlık sektörüne genellenemez. Araştırma sonuçlarının Türkiye sağlık sektörü veya sınır genelinde ve Suriyeli mülteci kamplarının bulunduğu ilçe devlet hastanelerinde hemşire ve ebelerine genellenebilmesi için benzer araştırmaların farklı büyüklükte ve alandaki kurumlarda da yapılması gerekmektedir. Türkiye'de özel bir alan oluşturan sağlık kurumlarının, hemşire ve ebelerden oluşan sağlık görevlilerinin örgütsel davranış alanına giren konularda kuramsal ve görgül olarak daha fazla araştırılması gerektiği düşüncesinden hareketle, daha kapsamlı yeni çalışmaların yapılmasının gerekliliği düşünülmektedir. Özellikle, işyerinde tükenmişlikle ilişkili olabilecek diğer kavramlar olarak işyerinde duygusal baskılar, iş stresi, iş yükü, örgüt iklimi, amir ve çalışan etkileşimi, iş tatmini ve örgütsel bağlılık gibi kavramların da sağlık çalışanları üzerinde incelenmesi uygulamaya ve literatüre önemli katkılar sağlayabilecektir.

Sonuç olarak araştırmadan elde edilen bu veriler doğrultusunda şu öneriler yapılabilir:

- Öncelikle bu bölgede çalışan hemşire ve ebelerin can güvenliğinin sağlanması gerekmektedir. Sınır bölgesindeki çatışmalar ve ilçelere yönelik yapılan saldırılar, sağlık personelinin son derece rahatsız etmektedir.
- Bu ilçe hastanelerinde yetersiz olan hemşire ve ebelere takviye olarak, çalışacak yeni hemşire ve ebelerin ivedilikle alınarak, bu ilçe hastanelere gönderilmesi ve çalışan hemşire ve ebelerin iş yükünün azaltılması gerekmektedir. Mesai saatleri, dinlenmelerine ve özel yaşamlarına uygun olarak düzenlenmelidir.
- Bu bölgede çalışan hemşire ve ebeleri motive edebilmek amacıyla döner sermaye gelirinin artırılması ve Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından ek ödeme yapılarak, çalışma motivasyonlarının artırılması sağlanmalıdır.
- Hemşire ve ebelerin bölgede çalışma süreleri düzenlenmeli ve çalışma süresi bittikten sonra başka bölgelere tayin imkanları sağlanmalıdır.
- Sınır bölgesinde çalışma süreleri belirlenmeli, süresini tamamlayan hemşire ve ebelerin başka bölgelere gönderilerek, yerine yeni personelin getirilmesi faydalı olacaktır.
- Sağlık personelinin, sağlık hizmeti sunumu esnasında karşılaştıkları güçlükleri ve buna yönelik çözüm yollarını sunabilecekleri toplantıların belirli aralıklarla yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Alkan, E. (2011). Yıldırma (Mobbing) Davranışlarının Beden Eğitimi Ve Spor Öğretmenlerinin Tükenmişliği Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Balıkesir.
- Altay, B., Gonener, D. ve Demirkıran, C. (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteginin Etkisi. Fırat Tıp Dergisi, 15(1), 10-16.
- Ardıç, K. ve Polatci, S. (2008). Tükenmişlik Sendromu Akademisyenler Üzerinde Bir Uygulama (GOÜ Örneği). İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 10(2), 1-28.
- Babaoğlan, E. (2006). İlköğretim okulu Yöneticilerinde Tükenmişliğin Bazı Değişkenlere Göre Araştırılması. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 55-67.
- Barutçu, E. ve Serinkan, C. (2008). Gunumuzun Onemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli'de Yapılan Bir Arastırma. Ege Academic Review, 8(2), 541-561.
- Budak, G. ve Sürgevil, O. (2005). Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama. Dokuz Eylül Üniversitesi İİBF Dergisi, 20(2), 95-108.
- Cordes, C.L. and Dougherty, T.W. (1993). A Review And İn Integration Of Research On Job Burnout. Academy of Management Review, 18(4), 621-656.
- Çapri, B. (2005). Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2(1), 62-77.
- Çetin, F., Basım, H. N. ve Aydoğan, O. (2011). Örgütsel Bağlılığın Tükenmişlik İle İlişkisi: Öğretmenler Üzerine Bir Araştırma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 25, 61-70.
- Deliorman, R. B., Boz, İ., Yiğit, İ. ve Yıldız, S. (2009). Tükenmişliği Ölçmede Alternatif Bir Araç: Kopenhag Tükenmişlik Envanterinin Marmara Üniversitesi Akademik Personeli Üzerine Uyarlaması. Yönetim Dergisi, 63, 77-98.

- Dİkmetaş, E., Top, M. ve Ergin, G. (2011). Asistan Hekimlerin Tükenmişlik Ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 137-149.
- Ergin, D., Celasun, N.Ş., Akış, Ş., Altan, Ö., Bakırloğlu, Ö. ve Bozkurt, S. (2009). Dahili Kliniklerde Görev Yapan Hemşirelerin Tükenme Ve Empatik Beceri Düzeyleri Ve Bunları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11, 49-64.
- Erol, A., Akarca, F., Değerli, V., Sert, E., Delibaş, H., Gülpek, D. ve Mete, L. (2012). Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik Ve İş Doyumu. *Klinik Psikiyatri*, 15, 103-110.
- Ersoy, F., Yıldırım, C. ve Edirne, T. (2001). Tükenmişlik (Staff Burnout) Sendromu. *Sürekli Tıp Dergisi*, 10(2), 46-47.
- Filizöz, B. ve Ay, A. (2011). Örgütlerde Mobbing ve Tükenmişlik Olgusu Arasındaki İlişkilere Yönelik Bir Araştırma. *E-Journal of New World Sciences Academy*, 6(2), 3-21.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
- Freudenberger, H. J. and Richelson, G. (1981). *Burn-out: The high cost of high achievement*. Bantam Books.
- Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., Donnelly jr J.H. and Konopaske, R. (2003). *Organization: Behavior, Structure, Processes*. McGraw Hill, Boston.
- Gündüz, B. (2005). İlköğretim Öğretmenlerinde Tükenmişlik. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(1), 133-155.
- Haran, S., Özgüven, H.D. ve Ölmez, Ş. (1998). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Ve Ankara Numune Hastanesi'nde Çalışan Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri. *Kriz Dergisi* 6(1), 75-84.
- Izgar, H. (2003). *Okul Yöneticilerinde Tükenmişlik: Nedenleri, Sonuçları Ve Başa Çıkma Yolları*. Ankara: Nobel Kitabevi.
- Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 68, 29-32.
- Karadağ, F., Karagöz, N., Ateşçi, F.Ç. ve diğerleri (2001). Denizli İlinde Çalışan Hemşirelerde Tükenme Düzeyi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 38(4), 208-214.
- Kaya, N., Kaya, H., Ayık, S.A., Uygur, E., (2010) Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, cilt:7, sayı:1
- Leiter, M. P. and Maslach, C. (1988). The Impact of Interpersonal Environment on Burnout and Organizational Commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Marmaya, N. H., Hitam, M., Zawawi, N. and Jody, J. M. (2011). Organizational commitment and job burnout among employees in Malaysia. In *Proc Intl Conference on Business and Economics Research*, 1, 185-187.
- Maslach, C. and Goldberg, J. (1998). Prevention of Burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7(1), 63-74.
- Maslach, C. and Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. and Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.

- Metin, Ö. ve Özer, F.G. (2007). Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10, 1.
- Öztürk, S., Özgen, R., Şişman, H., Baysal, D., Sariaççalı, N., Aslaner, E., ve diğerleri, (2014). Bir Üniversite Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Sosyal Desteğin Etkisi. Cukurova Medical Journal, 39(4), 752-764.
- Öztürk, V., Koçyiğit, S. Ç. ve Bal, E. Ç. (2011). Muhasebe Meslek Mensuplarının Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri İle İşe Bağlılık Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma: Ankara İli Örneği. Doğu Üniversitesi Dergisi, 12(1), 84-98.
- Poghosyan, L.S.P., Finlayson. M. and Aiken. H. A. (2010). Nurse Burnout and Quality of Care: Cross-National Investigation in Six Countries. Res Nurs Health. Author manuscript; available in PMC 2011 Aug 1. Published in final edited form as: es Nurs Health, 33(4), 288–298.
- Raftopoulos, V., Charalambous, A. and Talias, M. (2012). The Factors Associated With The Burnout Syndrome And Fatigue In Cypriot Nurses: A Census Report. BMC Public Health. 12:457. (online) Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/457> adresinden alınmıştır.
- Sağlam, A. S. Ç. (2011). Akademik Personelin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tükenmişlik Düzeyleri İle İlişkisi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(15), 1-25.
- Silah, M. (2005). Sosyal Psikoloji: Davranış Bilimi. Ankara:Seçkin Yayıncılık.
- Solmuş, T. (2004). İş Yaşamında Duygular ve Kişilerarası İlişkiler: Psikoloji Penceresinden İnsan Kaynakları Yönetimi. İstanbul: Beta Yayınları.
- Şahin, D., Turan, F.N., Alparıslan, N. ve diğerleri (2008). Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Tükenmişlik Düzeyleri. Nöropsikiyatri Arşivi, 45, 116-121.
- Şen, S., Yorulmaz, H. ve Batmaz, M. (2007-Nisan 20-21). Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu. Şanlıurfa:5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kongre Kitabı.
- Türkiye Sağlık Çalışanları Tükenmişlik Araştırması Sonuçları (2012). Sağlık-Sen. Erişim: <http://www.saglikcalisanisagligi.org/tezler2/tukenmislikarastirmasi.pdf>.
- Wright, T. A. and Bonett, D. G. (1997). The Contribution of Burnout to Work Performance. Journal of Organizational Behavior, 11(2), 491-499.

Usaysad Derg, 2017; 3(3):340- 353

PERFORMANSA DAYALI ÜCRET SİSTEMİ VE HEKİMLERİN MOTİVASYON ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ¹

Arş. Gör. Gürkan Kolaylı

Trakya Üniversitesi Keşan Yusuf Çapraz Uygulamalı Bilimler Yüksek Okulu

gurkankolayli@trakya.edu.tr

Doç. Dr. Fatma Lorcü

Trakya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

fatmalorcü@trakya.edu.tr

Özet

Bu araştırmada, Kırklareli ilinde bulunan ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin, performansa dayalı ücret sistemine göre motivasyon algılarındaki farklılıkları çeşitli sosyo-demografik özelliklere göre incelenmiştir. Araştırmanın evrenini Kırklareli’ndeki 5 devlet hastanesinde çalışan 164 hekim oluşturmaktadır. Ancak hekimlerin tamamına ulaşılamamış ve 119 anket analize dahil edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre performansa dayalı ücret sisteminde hekimlerin motivasyon algılarında cinsiyet, medeni durum, özel sektör deneyimi, eşin çalışma durumu, eşin hekim olma durumu ve elde edilen sabit maaş geliri değişkenleri açısından bir farklılık bulunmamıştır. Yaş ve unvan değişkenleri, hekimlerin motivasyon algılarında ekonomik, sosyo-psikolojik ve örgütsel-yönetimsel araçlar açısından anlamlı farklılık oluşturan faktörler olarak belirlenmiştir. Aylık performansa dayalı elde edilen ek gelir faktörünün ise hekimlerin motivasyon algılarında sadece ekonomik araçlar açısından farklılık oluşturduğu, sosyo-psikolojik ve örgütsel-yönetimsel araçlar açısından bir farklılık yaratmadığı görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: Performansa Dayalı Ücret Sistemi, Motivasyon, Hekim, Sağlık Kurumları.

THE INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PHYSICIANS’ MOTIVATION PERCEPTION AND THE PERFORMANCE-BASED PAYMENT SYSTEM

Abstract

In this research, differences of physicians’ motivation perceptions according to socio-demographic characteristics in terms of performance-based payment system are investigated among physicians who work in second-line healthcare institutions in Kırklareli. The universe of the research is consists of 164 physicians work

¹Bu çalışma, T.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü’nde Gürkan Kolaylı tarafından hazırlanan yüksek lisans tezinden üretilmiş olup 18-21 Mayıs 2017 tarihlerinde Berlin’de düzenlenen Uluslararası Sosyal ve Beşeri Bilimler Konferansı’nda sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

in 5 public hospitals in Kırklareli city. However, all of the physicians were not reached and only 119 questionnaires were included in the analysis. Results show that the perceptions of physicians regarding motivation under the performance-based payment system are not significantly different for the variables: gender, marital status, experience in working private sector, having a spouse/partner with a job, being married to a physician and the fixed salary earned by physicians. On the other hand, when we consider the motivations of the physician with respect to the economic, social-psychology and organizational and management instruments, we observe that the effect of performance system is significantly different for age and specialty variables. Moreover, the variable, the monthly promotions earned by physicians, has a significant effect on the motivations of the physicians with respect to the economic factor, but do not have a significant effect with respect to the social-psychology and organizational and management instruments.

Key Words: Performance-based Payment System, Motivation, Physician, Healthcare Institutions.

GİRİŞ

Giderek artan günümüz rekabet ortamında başarılı olabilmek ve bu başarıyı devamlı kılabilmek için işletmeler, çalışanlarına daha fazla önem vermeye başlamıştır. İşletmelerin en önemli hedeflerinden biri, çalışanların memnuniyetlerinin artırılmasıdır. Çalışan memnuniyetinin artırılmasındaki en temel faktörlerden biri, motivasyon; çalışan motivasyonun sağlanmasındaki ana faktörlerden biri ise çalışanları tatmin edecek bir ücret politikası uygulamaktır. Ücret kavramı, işletme için bir çıktı olmasına rağmen çalışan için bir girdi anlamı taşır ve işletmenin istihdam karşılığında çalışanlarına sağladığı maddi olan ve olmayan ödüllerin tümü şeklinde tanımlanabilir (Ataay ve Acar, 2015: 351-352). İşletmelerin ücretlendirmede karşılaştıkları önemli problemlerden biri, adil ve eşit olmayan bir ücret sisteminin olması ya da çalışanlar tarafından bu şekilde hissedilmesidir. Adil ve eşit olmayan bir sistemi gören veya hisseden ve aldığı ücretten ve/veya mevcut sistemden memnun olmayan çalışan, hem yeterli performans gösteremeyecek hem de istenilen motivasyon düzeyine erişemeyecektir (Erkan, 2011: 424).

İşletmeler için sahip oldukları insan gücünün nitelik ve niceliği kadar bu insan gücünün verilen görevleri ne ölçüde gerçekleştirdiğinin belirlenmesi ve yönetilmesi de bir o kadar önem arz etmektedir. Bu noktada, ortaya performans kavramı çıkmaktadır. Armstrong'a (2009: 30-31) göre performans; bireylerin kendilerine verilen görevleri ne derece başarıyla yerine getirdiğinin ölçüsüdür. Ödüllendirme ve cezalandırmalar, çalışanların yetenekleri, işe duyulan ilgi ve belirlenen hedefler gibi durumlar, çalışanların performansına etki eden faktörlerden bazılarıdır. Çalışanların ücretlerinden ve performansını etkileyen diğer faktörlerden rahatsızlık duyması sonucunda ise çalışanın dolayısıyla işletmenin performansı düşecektir.

Performansa dayalı ücret sistemleri, bir ücret sistemi stratejisi olup çalışanların yüksek verimlilik ile çalışması, kaliteli hizmet üretmesi ve işletme tarafından belirlenen hedeflere ulaşması sonucu, işletmeye yaptığı katkıdan dolayı çalışanlara finansal teşvik verilmesi olarak tanımlanabilir (McNamara, 2006: 1). İşletmeler, belirlemiş oldukları stratejik hedeflere ulaşabilmek için ücret ile performans artışını ilişkilendirmeyi ve çalışanların motivasyonlarını artırmayı önemli bir araç olarak görmektedir. Bu nedenle performansa dayalı ücret sistemi, çalışanın göstereceği çaba ve motivasyonunu artırmak açısından teşvik edici bir unsur olarak kullanılmaktadır (Robbins ve Coulter, 2012: 450-451).

Sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanan performansa dayalı ücret sistemi ise önemli bir sağlık reformu olup sağlık sisteminin yönetimini, verimliliğini ve kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan ve hekim ve sağlık çalışanlarının aldıkları maaşa ek olarak çalıştıkları hastanenin döner sermayesine yapmış oldukları katkı doğrultusunda, aldıkları payı ifade eden bir sistemdir. Sağlık sektöründe performansa dayalı ödeme, ücret temel alınarak personelin ve hastaların tatmin seviyesine artırmak, verilen hizmet

kalitesini yükseltmek ve hastanelerde oluşan maliyetleri azaltma gibi amaçları içermektedir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi, çalışanların gösterdikleri performans sonucu onları ödüllendirerek motive etmek ve bu olumlu motivasyon sonucu daha yüksek performans geri dönüşü elde etmek için oluşturulmuştur (Akçakanat, 2013: 97-99). Sistemin getirdiği avantajların yanında (motivasyon ve hasta memnuniyetinin artması vb.) sakıncalarının da (branş farklılıklarından kaynaklanan ücret dengesizliği ve daha fazla hasta bakma anlayışı ile hizmet kalitesinde yaşanan düşüklük vb.) olması, sistemin tam anlamıyla mükemmel olmadığı ve eleştiriler aldığı birer göstergesidir (Zaim, 2007: 365-366; Mannion ve Davies, 2008: 307-308). Özellikle emek-yoğun teknolojiye sahip işletmeler için en önemli unsurlardan biri insandır. Hastanelerin de emek-yoğun ağırlıklı bir örgüt olduğundan yola çıkılarak hastanenin başarı ya da başarısızlığının, insan gücü temeline dayandığı söylenebilir. Bu durumda, çalışanın başarısı, hastane başarısına yansiyacak dolayısıyla başarıdan doğan ek kazanç, başarılı çalışana da geri dönecektir. Çalışanların başarılı olma unsurlarından biri de hastane amaçları doğrultusunda motive edilmeleridir. Motive olmuş çalışan, yüksek performans gösterecek, göstermiş olduğu yüksek performans sonrası ek gelir elde ederek çalışma motivasyonunun yüksek düzeyde kalması sağlanacaktır (Özer ve Bakır, 2003: 117-118).

Motivasyon ve Bireylerin Motivasyonuna Etki Eden Faktörler

İşletmeler, diğer işletmelere göre farklılık yaratarak rekabet avantajını elde edeceği en önemli faktörün insan faktörü olduğunu fark etmelerinden dolayı çalışanlarına geçmişten daha fazla önem vermektedir. Bu beraberinde işletmeleri, çalışanlarının davranışlarını ve onları motive eden faktörleri anlama çabalarının artmasına olanak tanımıştır. Motivasyon; davranışı, hedefe yönlendiren ve faaliyete geçiren güç ya da bireyleri belirli bir amaca doğru devamlı şekilde harekete geçirmek için gösterilen çabalar bütünüdür (Tengilimoğlu, 2013: 129-130). Çalışanların istenilen hedefler doğrultusunda motive edilmesi, işletme başarısına yansiyacak, işletmenin başarısı da çalışana olumlu yönde geri dönerek çalışanı başarılı ve mutlu kılacaktır. Bireyleri motive eden faktörlerin çeşitli sınıflandırmaları mümkündür (Örneğin; Luthans, 1992: 146-154; Halloran, 1986: 235-236). Bu sınıflandırmalardan biri de Halloran (1986, 235-236) ve Kinicki ve Kreitner (2006,160-161) tarafından yapılan içsel ve dışsal motivasyon sınıflandırmasıdır. İçsel motivasyon; bireyin içinden gelen ve dışarıdan verilmesi mümkün olmayan heyecan, tutku, öfke ve adil davranılmadığını düşünme gibi durumlardır. İşin doğası dışında meydana gelen ve dışarıdan bir faktör kullanılarak sağlanan motivasyon ise dışsal motivasyondur ve buna en güzel örnek ise ücret ve bireylere verilen ödül ve cezalardır (Tesone, 2008: 277).

Gerek içsel gerekse dışsal motivasyonda, çalışanların birbirinden bağımsız birer birey olduğu ve her bireyi motive etmek için farklı özendirici araçların gerekebileceği unutulmamalıdır. Bireyler üzerinde uygulanacak olan motivasyon teorileri, motivasyon araçlarına dayandırıldığında daha başarılı olmaktadır (Eren, 2012: 516-517). Motivasyon araçları; demografik, ekonomik, sosyo-psikolojik ve örgütsel-yönetimsel araçlar olmak üzere dört grupta ele alınabilir:

- Bireylerin motivasyonuna etki eden demografik faktörlere yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve kültürel faktörler örnek olarak verilebilir. Baker'a (2002: 543) göre genç yaştaki bireylerin motivasyonlarının daha yüksek olduğu, Warr'a (2008: 753-754) göre ise erkeklerin kadınlara göre iş ortamında, motivasyonlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bekar bireylerin motivasyon algıları, bireylerin sadece kendi düşüncelerine ve geçim problemlerine odaklanmış olmaları ve kendilerini işlerine adanmaları gibi sebeplerden dolayı evli olan bireylere göre daha yüksek olmaktadır.
- Bireylerin gösterdikleri performansı ve motivasyonu artırmada en önemli araçlardan biri, ücret, primli ücret, kara katılma ve ekonomik ödüllerin verilmesi faktörlerinin yer aldığı ekonomik araçlardır (Karatepe, 2005: 126). Bireylerin almış oldukları ücretin miktarı, diğer çalışanlar arasında ne kadar adil ve eşit dağıtıldığı, belirlenen performans limitlerinin geçilmesi sonucu primli ücret uygulanıp uygulanmadığı ve bireylerin

sahip oldukları ücretsiz servis, sosyal yardım ya da diğer ekonomik destekler, bireylerin motivasyonunu etkileyen ekonomik faktörlere örnek verilebilir (Tortop, 1994: 107; Colquitt ve diğ., 2013: 190-191).

- İnsanlar, sadece ekonomik bir varlık değil, sosyal bir varlık da olduğundan bireylerin motivasyonunda sadece ekonomik faktörler etkili değildir. Bireylerin sorumluluk almak ve inisiyatif kullanmak istemesi gibi çalışmada bağımsızlık (Genç, 2009: 138), diğer bireylerden almak istedikleri övgü ve saygıyı gösteren değer ve statü (Uçkun ve Pelit, 2003: 49-50), kendini ve geleceğini güvende tutabileceği bir işe sahip olma isteği (Robbins ve Coulter, 2012: 445), terfi ve gelişme olanakları ile sosyal ve kültürel olanaklar gibi faktörler (Byars ve Rue, 2004: 227-228), bireylerin motivasyonuna etki eden sosyo-psikolojik araçlara örnek olarak gösterilebilir.
- Bireylerin motivasyonuna etki eden bir diğer faktör ise örgütsel-yönetimsel araçlardır. Bireysel amaçlar ile örgüt amaçlarının örtüşmesini içeren amaç birliği, bireylerin yetki ve sorumluluk dengesi, yönetime, kararlara katılabilme ve önerilerini sunabilme ile çalışılan yerin sahip olduğu fiziksel ve çevresel koşullar gibi faktörler, bireylerin motivasyonuna etki eden örgütsel-yönetimsel araçlara birer örnektir.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Günümüzde, işletmelerin diğer işletmeler ile rekabetinde ve kurumsal olarak ortaya koydukları performansta belirleyici unsur, insan faktörüdür. İnsan faktörünün etkili şekilde kullanılmasında ise motivasyon önemli bir unsurdur. Özellikle sağlık sektöründe, hekimlerin yaptıkları işin önem derecesi ve niteliği göz önünde bulundurulduğunda, hekim motivasyonunu sağlamak bireysel, örgütsel ve de toplumsal avantajlar sağlayacaktır. Motive olan, işini seven ve güler yüzlü hizmet veren hekimler, hastalar üzerinde olumlu bir etki bırakırken kendisi için de işini iyi şekilde yapma ve faydalı olabilme düşüncesi ile iş tatminini elde edecek ve ayrıca ek bir gelir elde edebilme olanağı da elde edecektir. Kurum açısından ise hekimlerin göstermiş olduğu yüksek performans ile hasta memnuniyeti sağlanacak ve hastanenin belirlemiş olduğu örgütsel amaçlara ulaşılmış olacaktır. Ayrıca motivasyonu yüksek hekimlerin çalışması ile hastanenin prestiji artarak elde edeceği kurumsal performans kat sayısı da yükselecektir. Böylece hekimlere daha fazla gelir dağıtılarak hekimlerin elde edecekleri ek gelir ile daha çok motive edilmesi sağlanacak ve bu karşılıklı ilişki süreklilik arz edecektir.

Çalışanlar için motivasyon önemli olduğu gibi uygulanan performansa dayalı ücret sisteminin çalışanları gerçekten motive edip etmediği de önemlidir. Her ne kadar literatürde performansa dayalı ücret sisteminin hem avantaj hem de sakıncalı yanları ortaya konulmuş olsa da sistemin uygulanması ile olumlu sonuçların alınacağı öngörülmektedir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi, Sağlık Bakanlığı tarafından revize edilmeye devam etmesine rağmen hekimler tarafından eksik yanları dile getirilmekte ve sistem eleştirisi almaya devam etmektedir. Performansa dayalı ek ödemelerin hekimler arasında bir kıyas faktörü haline gelmesi, hekimlerin birbirleri ile rekabetinde bu sonuçlara bakmaları, diğer hekimlere kıyasla düşük performans geliri alan hekimlerin daha fazla gelir elde etmek için fiziksel ve ruhsal olarak yıpranmaları ve iletişimde yaşanan sıkıntılar, hekimlerin motivasyonunu ve çalışma huzurunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Bu çalışmanın amacı; performansa dayalı ek ücret sisteminin hekim motivasyonuna olan etkisinin motivasyon araçları ve sosyo-demografik özellikler açısından incelenmesidir. Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda sistemin daha iyi işlemesine yönelik çözüm önerileri de ortaya koyulması hedeflenmektedir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın anakütlesini, Kırklareli ilindeki ikinci basamak sağlık kurumu olan devlet hastanelerinde çalışan hekimler oluşturmaktadır. Araştırmanın yapılacağı devlet hastanelerinde çalışan hekim sayıları, ilgili kamu kurumundan alınan izin ile belirlenmiştir. Buna göre anakütledeki toplam hekim sayısı 164 olup anakütlenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak çeşitli nedenlerden dolayı (alınan yıllık izinler, araştırmanın gönüllülük esasına dayanması vb.) sadece 122 hekime ulaşılmıştır. Hekimlerin yapmış olduğu 122 anketten 3 tanesi sorulara verilen tutarsız cevaplardan dolayı analize dahil edilmemiştir. Anketin uygulanması için gerekli izinlerin alınması hekimlerin araştırmaya dahil olması için olumlu bir etki göstermiş olsa da performansa dayalı ek ücret hakkında yorum yapmaktan sakınılması ve kurum ve şahıs özel bilgilerinin paylaşılmak istenmemesi, araştırmaya katılım açısından azaltıcı etki göstermiştir.

Veri Toplama Teknikleri

Araştırmada veri toplama aracı olarak yüz yüze anket yöntemi kullanılmıştır. Anket, iki bölümden ve 39 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde yer alan 11 soru, hekimlerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için oluşturulmuş, ikinci bölümde yer alan diğer 28 soru ise hekimlerin performansa dayalı ek ücret sisteminin, motivasyonlarına etkisini analiz edebilmek için belirlenmiştir. Belirlenmiş olan bu 28 sorunun 5'i ekonomik araçlar, 10'u sosyo-psikolojik araçlar ve 13'ü örgütsel-yönetimsel araçlar ile ilgilidir. Sorular, Peker (2013) ve Başar'ın (2014) yapmış oldukları çalışmalarda kullandıkları anketlerden faydalanılarak hazırlanmıştır. Anketin geçerliliği ve güvenilirliği, Peker (2013) tarafından geliştirilen çalışmada doğrulanmıştır (Cronbach Alpha= 0,965).

Araştırmada yer alan performansa dayalı ek ücret uygulamasının motivasyona etkisi ile ilgili sorular 5'li Likert tipi ölçek kullanılarak oluşturulmuştur. Sorular ile ilgili değerlendirmeler: "1= Çok Olumsuz... 5= Çok Olumlu" şeklinde belirlenmiştir.

Verilerin Analizi

Yüz yüze görüşme yoluyla toplanan anketlerin analizi için SPSS 17.0 ve MS Excel programları kullanılmıştır. Ankette yer alan her bir motivasyon aracına ait sorulara verilen cevapların puanları toplanarak ilgili motivasyon aracına ait toplam puan elde edilmiştir. Elde edilen bu toplam puanlar arttıkça hekimlerin ilgili motivasyon algıları olumlu yönde olmaktadır.

Araştırmanın Bulguları

Araştırmaya katılanların demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hekimlerin, %65,5'ini erkekler, geri kalan %34,5'ini ise kadınlar oluşturmaktadır. 30-39 yaş grubu, ankete katılan tüm katılımcıların %59,7'sini oluşturmaktadır. Hekimlerin %58,8'i evli olup %41,2'si bekar. 70 evli hekimin, 54'ünün eşi de çalışmakta ve bunların 24'ü de hekimdir. Katılımcıların %81,5'inin özel sektör deneyimi varken %18,5'inin özel sektör tecrübesi yoktur. Hekimlerin özel sektör deneyimi ortalaması 2,68 yıldır. Hekimlerin kamuda çalıştığı yıl ortalaması ise 11,02 yıldır. Ankete katılan hekimlerin unvanları incelendiğinde büyük bir çoğunluğunun cerrahi ve dahili tıp bilimlerine ait olduğu görülmektedir. Hekimlerin %42'si cerrahi tıp uzmanları, %38,7'si dahili tıp uzmanı, %16'sı pratisyen hekim ve %3,4'ü temel tıp uzmanıdır.

Tablo 1. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri

Değişken	Kategori	Frekans (N)	(%)	Değişken	Kategori	Frekans (N)	(%)
Cinsiyet	Erkek	78	65,5	Medeni Durum	Evli	70	58,8
	Kadın	41	34,5		Bekar	49	41,2
Yaş Grubu	20-29	17	14,3	Eşin Çalışması	Evet	54	77,1
	30-39	71	59,7		Hayır	16	22,9
	40-49	24	20,2	Eşin Hekim Olması	Hayır	30	25,2
	50 ve üstü	7	5,9		Evet	24	20,2
Aylık Sabit Maaş Geliri	<2.200 TL	4	3,4	Aylık Performansa Dayalı Ek Gelir	<1.000 TL	9	7,6
	2.200-3.200 TL	18	15,1		1.000-2.000 TL	19	16
	3.201-4.000 TL	32	26,9		2.001-3.000 TL	37	31,1
	4.001-5.000 TL	49	41,2		3.001-4.000 TL	44	37
	5.001 TL ve +	16	13,4		4.001 TL ve +	10	8,4

Araştırmada belirlenen bu demografik özelliklere göre performansa dayalı ek ödeme sisteminin ekonomik, sosyo-psikolojik ve örgütsel-yönetimsel araçları açısından, motivasyon algı puanları üzerinde farklılık gösterip göstermediği, parametrik (varsayımların sağlandığı durumlarda) ve parametrik olmayan (varsayımların sağlanmadığı durumlarda) istatistik yöntemler ile değerlendirilmiştir. Cinsiyet, medeni durum, özel sektör deneyimi, çocuk sahibi olup olmama, eşin çalışıp çalışmaması ve eşin hekim olma durumu gibi bağımsız değişkenlerin, performansa dayalı ek ödeme sistemi ile ortaya çıkan motivasyon algı puanlarına etkisi olup olmadığı, normal dağılım varsayımı altında, bağımsız t testi ile %95 güven düzeyinde araştırılmıştır. Cinsiyet, medeni durum, eşin çalışıp çalışmaması, eşin hekim olma durumu ve çocuk sahibi olup olmama değişkenleri açısından, performansa dayalı ek ödeme sistemi ile ortaya çıkan motivasyon algı puanlarında farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Ancak özel sektör deneyimi açısından performansa dayalı ek ödeme sisteminin, ekonomik araçlar açısından hekimlerin motivasyon algı puanlarında farklılık oluşturduğu görülmektedir (Tablo 2).

Buna göre daha önce özel sektörde çalışmış olan hekimlerin, ekonomik araçlar açısından motivasyon algı puan ortalamaları ($3,209\pm 0,755$) deneyimi olmayan hekimlerin puanlarından ($2,722\pm 0,883$) anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 2. Bağımsız t Testi Sonuçları

Durum	Motivasyon Araçları	p değeri (Levene Testi)	t değeri	p değeri	df
Özel Sektör	Ekonomik	0,357	2,395	0,018*	117
	Sosyo-Psikolojik	0,595	1,369	0,174	
	Örgütsel Yönetimsel	0,050	1,442	0,152	

Araştırmanın bir sonraki aşamasında, hekimlerin yaş, unvan, sabit gelir ve performansa dayalı elde ettikleri ek gelir değişkenleri açısından performansa dayalı ek ödeme sisteminin motivasyon algı puanlarında farklılık oluşturup oluşturmadığı incelenmiştir. Yaş değişkenine göre performansa dayalı ek ödeme sisteminin tüm araçları açısından, hekimlerin motivasyon algı puan ortalamalarında farklılık oluşturduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Yaş Değişkenine Göre ANOVA Testi Sonuçları

Motivasyon Araçları	Yaş	p değeri (Levene Testi)	F değeri	p değeri
Ekonomik	20-29	0,316	4,543	0,005*
	30-39			
	40-49			
	50 ve üstü			
Sosyo Psikolojik	20-29	0,530	3,860	0,011*
	30-39			
	40-49			
	50 ve üstü			
Örgütsel-Yönetmel	20-29	0,135	3,847	0,011*
	30-39			
	40-49			
	50 ve üstü			

Yaş değişkenine göre motivasyon algılarında farklılık oluşturan gruplar Tablo 4'te gösterilmiştir. Tablo 4'e göre; ekonomik araçlar açısından 30-39 yaş grubu ($2,600 \pm 0,858$) ile 20-29 ($3,318 \pm 0,822$) ve 50 ve üstü yaş grubu ($3,314 \pm 0,501$) hekimlerin motivasyon algı puanları arasında anlamlı farklılıklar vardır. Sosyo-psikolojik araçlar açısından bakıldığında ise 30-39 yaş grubu ($2,045 \pm 0,569$) ile 20-29 ($2,441 \pm 0,504$) ve 40-49 yaş grubu ($2,379 \pm 0,624$) hekimler arasında fark olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Yaş Değişkeni İçin Post Hoc Değerleri (LSD)

Motivasyon Araçları	Yaş Grubu		p değeri	%95 Güven Aralığında	
	I	II		Alt Değer	Üst Değer
Ekonomik	30-39	20-29	0,002*	-5,839	-1,337
		50 ve üstü	0,034*	-6,874	-0,268
Sosyo-psikolojik	30-39	20-29	0,010*	-6,964	-0,957
		40-49	0,013*	-5,967	-0,714
Örgütsel-Yönetmel	30-39	40-49	0,009*	-8,477	-1,260
		50 ve üstü	0,017*	-13,489	-1,380

Örgütsel-yönetmel araçlar açısından 30-39 yaş grubu ($2,186 \pm 0,606$) ile 40-49 ($2,561 \pm 0,693$) ve 50 ve üstü yaş grubu hekimlerin ($2,758 \pm 0,386$) motivasyon algılarında farklılıklar oluşmaktadır. Çalışmanın bir sonraki aşamasında unvan değişkenine göre performansa dayalı ek ödeme sisteminin ilgili araçlar açısından motivasyon algı puanlarında farklılık oluşturup oluşturmadığı incelenmiştir.

Tablo 5. Unvan Değişkenine Göre ANOVA Testi Sonuçları

Motivasyon Araçları	Unvanlar	p değeri (Levene Testi)	F değeri	p değeri
Ekonomik	Cerrahi Tıp Uzmanı Temel Tıp Uzmanı Dahili Tıp Uzmanı Pratisyen Hekim	0,009*	-	-
Sosyo Psikolojik	Cerrahi Tıp Uzmanı Temel Tıp Uzmanı Dahili Tıp Uzmanı Pratisyen Hekim	0,571	6,912	0,000*
Örgütsel- Yönetmel	Cerrahi Tıp Uzmanı Temel Tıp Uzmanı Dahili Tıp Uzmanı Pratisyen Hekim	0,238	3,865	0,011*

Tablo 5 incelendiğinde, performansa dayalı ek ödeme sisteminin, sosyo-psikolojik ve örgütsel-yönetmel araçlar açısından motivasyon algı puanlarında bir farklılık oluşturduğu gözlenirse de ekonomik araçlar açısından varyansların eşitliği varsayımı sağlanamadığından ilgili farklılığın belirlenmesi amacıyla Kruskal Wallis testi uygulanmış ve sonuçlar Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Unvan Değişkeni İçin Ekonomik Araçlar Açısından Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Motivasyon Araçları	Unvanlar	N	χ^2	p değeri	Df
Ekonomik	Cerrahi Tıp Uzmanı	50	18,775	0,000*	3
	Dahili Tıp Uzmanı	4			
	Temel Tıp Uzmanı	46			
	Pratisyen Hekim	19			

Tablo 6 incelendiğinde, hekimlerin unvanları arasında, ekonomik araçlar açısından motivasyon algı puanlarında farklılıklar olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Ortaya çıkan bu farkın hangi unvanlar arasında olduğunu belirlemek amacıyla ikili gruplar arasında sıra ortalamaları dikkate alınarak Mann-Whitney U testi ile karşılaştırmalar yapılmış ve sonuçlar Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Unvan Değişkeni İçin Ekonomik Araçlar Açısından Mann-Whitney U Testi Karşılaştırma Sonuçları

Unvanlar	Z değeri	P değeri
Cerrahi Tıp Uzmanı Temel Tıp Uzmanı	-0,735	0,492
Cerrahi Tıp Uzmanı Dahili Tıp Uzmanı	-0,933	0,351
Cerrahi Tıp Uzmanı Pratisyen Hekim	-3,506	0,000*
Temel Tıp Uzmanı Dahili Tıp Uzmanı	-1,595	0,123
Temel Tıp Uzmanı Pratisyen Hekim	-1,500	0,162
Dahili Tıp Uzmanı Pratisyen Hekim	-4,099	0,000*

Buna göre, pratisyen hekimlerin (sıra ortalaması= 48,63), cerrahi tıp uzmanlarına (sıra ortalaması= 29,82) göre ve pratisyen hekimlerin (sıra ortalaması= 47,84), dahili tıp uzmanlarına (sıra ortalaması= 26,87) göre performansa dayalı ek ödeme sisteminin ekonomik araçları açısından motivasyon algı puanlarının farklı olduğu belirlenmiştir.

Sosyo-psikolojik ve örgütsel-yönetimsel açıdan farklılıklar ise Tablo 8’de incelenmiştir. Buna göre sosyo-psikolojik açıdan, pratisyen hekimlerin motivasyon algı puanları ($2,674 \pm 0,587$), cerrahi ($2,072 \pm 0,497$) ve dahiliye uzman hekimlerin ($2,085 \pm 0,578$) algı puanlarından anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 8. Unvan Değişkeni İçin Post Hoc Testi Değerleri (LSD)

Motivasyon Araçları	Unvan Grubu		p değeri	%95 Güven Aralığında	
	I	II		Alt Değer	Üst Değer
Sosyo-Psikolojik	Pratisyen	Cerrahi	0,000*	3,121	8,912
		Dahili	0,000*	2,959	8,818
Örgütsel-Yönetimsel	Temel Tıp	Cerrahi	0,008*	2,870	18,749
		Dahili	0,006*	3,393	19,323

Hekimlerin elde ettikleri aylık sabit gelir değişkenine göre performansa dayalı ek ödeme sisteminin tüm araçlarının, motivasyon algı puanlarında herhangi bir farklılığa neden olmadığı belirlenmiştir. Tablo 9’da ise hekimlerin elde ettikleri aylık performansa dayalı ek gelire göre motivasyon algı puanlarının etkilenip etkilenmediği gösterilmiştir. Sonuçlara göre elde edilen aylık performansa dayalı ek gelir değişkenine göre performansa dayalı ek ödeme sisteminin ekonomik araçlar açısından hekimlerin motivasyon algı puanlarında farklılık oluşturduğu fakat sosyo-psikolojik ve örgütsel-yönetimsel araçlar açısından bir farklılık oluşturmadığı belirlenmiştir.

Tablo 9. Performansa Dayalı Ek Gelir Değişkeni için ANOVA Testi Sonuçları

Motivasyon Araçları	Performansa Dayalı Ek Gelir	p değeri (Levene Testi)	F değeri	p değeri
Ekonomik	1.000 TL’den az	0,164	2,853	0,027*
	1.000-.2000 TL			
	2001-3.000 TL			
	3.001-4.000 TL			
	4.001 TL ve fazla			

Performansa dayalı elde edilen ek gelir değişkenine göre ekonomik araçlar açısından farklılık oluşturan grupların belirlenmesi amacıyla Post Hoc testleri yapılmıştır. Tablo 10’a göre özellikle 1.000 TL’den ($3,311 \pm 1,253$) az performansa dayalı ek gelir elde eden hekimler için bu sistem, 1.000-2.000 TL ($2,368 \pm 0,814$) ve 2.001-3.000 TL ($2,670 \pm 0,747$) arasında performansa dayalı ek gelir elde eden hekimlere göre daha motive edici bir unsur olmaktadır.

Tablo 10. Performansa Dayalı Ek Gelir Değişkeni İçin Post Hoc Testi Değerleri (LSD)

Bağımlı Değişken	Performansa Dayalı Ek Gelir Grubu		p değeri	%95 Güven Aralığında	
	I	II		Alt Değer	Üst Değer
Ekonomik Araçlar	1.000 TL’den az	1.000-2.000 TL	0,007*	1,296	8,130
		2.001-3.000 TL	0,045*	0,065	6,342
	1.000-2.000 TL	3.001-4.000 TL	0,011*	-5,339	-0,703

Araştırmada son olarak performansa dayalı ek ödeme sisteminin ekonomik, sosyo-psikolojik ve örgütsel-yönetimsel araçlarının birbiriyle olan ilişkisi incelenmiştir. Ele alınan tüm motivasyon araçları arasında anlamlı ve yüksek ilişkilerin olduğu belirlenmiştir. Ekonomik araçlar ile sosyo-psikolojik araçlar arasında anlamlı, pozitif yönde ve güçlü bir ilişki vardır ($r=0,657$; $p<0,05$). Ekonomik araçlar

ile örgütsel-yönetimsel araçlar arasında anlamlı, pozitif yönde ve güçlü bir ilişki ($r=0,602$; $p<0,05$) bulunmaktadır. Sosyo-psikolojik araçlar ile örgütsel-yönetimsel araçlar arasında da olumlu, pozitif yönde ve oldukça kuvvetli bir ilişki ($r=0,814$; $p<0,05$) görülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmakta olan performansa dayalı ek ücret sisteminin ekonomik, sosyo-psikolojik ve örgütsel-yönetimsel araçlar açısından hekimlerin motivasyon algılarında çeşitli faktörler açısından farklılık yaratıp yaratmadığını ortaya koymak amacı ile yapılmıştır.

Araştırma sonucu elde edilen bulgulara göre yaş değişkeninin, performansa dayalı ek ödeme sisteminin tüm araçları açısından, hekimlerin motivasyon algı puan ortalamalarında farklılık oluşturduğu görülmektedir. Ekonomik araçlar açısından bakıldığında, 50 ve üstü yaş grubu hekimlerin motivasyon algı puan ortalamalarının yüksek olmasının nedeni, uzun süre çalışmanın getirdiği iş doyumunu ve elde edilen gelirlerin tatmin edici nitelikte olması olarak açıklanabilir. Locke'un Amaç Teorisi ile örneklenebilecek olan bu durum, 50 ve üstü yaş grubu hekimlerin sahip olduğu tecrübe, "elinden gelenin en iyisini yapma" duygusu ve dış rekabet yerine iç tatmine önem vermesi nedeniyle ortaya çıkabilmektedir (Robbins ve Judge, 2013: 247). 20-29 yaş grubu hekimlerin motivasyon algı puan ortalamalarının yüksek çıkmasının sebebi ise bu yaş grubu hekimlerin çoğunluğunun (%82,4) pratisyen hekim olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Pratisyen hekimlerin çoğunluğunun medeni durumunun bekar olması (%63,2) ve acilde tutulan nöbetler sonucu elde ettikleri gelirin beklentilerini karşılaması sonucu ekonomik doyuma ulaşmaları ile ekonomik açıdan motivasyonları yükselmektedir (Dinçer, 1996: 314). Yaş değişkenine göre sosyo-psikolojik araçlar açısından 30-39 yaş grubu ile 20-29 ve 40-49 yaş grubu hekimler arasında farklılık olduğu görülmektedir. Branşlara göre farklı ücretlerin elde edilmesi, izin alındığında ve emeklilik durumunda ek gelirin kesilmesi ve hekimlerin diğer aktiviteler ve kendileri için eğitim olanaklarına bütçe ve zaman ayıramaması, 30-39 yaş grubu hekimlerin motivasyonunu olumsuz yönde etkileyen ve farkın ortaya çıkmasını sağlayan nedenlerdir. Alderfer'in ERG Teorisi ve Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisi'ne göre bireyler, kendini gerçekleştirme ihtiyacına göre yeteneklerini daha ileriye götürme isteği duymaktadırlar. 30-39 yaş grubu hekimlerin temel ihtiyaçlarını karşıladıktan sonra kendini gerçekleştirme ihtiyacında tatminsizlik duymasından dolayı motivasyonları olumsuz yönde etkilenmektedir (Gibson ve diğ., 2012: 131). Örgütsel-yönetimsel araçlar açısından ise 30-39 yaş grubu ile 40-49 ve 50 ve üstü yaş grubu hekimlerin motivasyon algılarında farklılıklar olduğu görülmektedir. Motivasyon algı puan ortalamalarına bakıldığında 30-39 yaş grubu hekimlerin motivasyonları daha olumsuz yönde etkilenirken, 50 ve üstü yaş grubu hekimlerin motivasyonu daha olumlu yönde etkilenmektedir. Genç yaş grubunda yer alan hekimler arasındaki rekabetin yüksek olması ve çalışma huzurunun olumsuz yönde etkilenmesi ve yaşın ilerlemesi ile hekimlerin rekabetten ve takım çalışmalarındaki değişimlerden daha az etkilenmesi ile hasta sayısı ve hastaya ayırdıkları sürenin değişikliğe uğramaması oluşan bu farkın nedenleri arasında sayılabilir.

Unvan değişkeninin, performansa dayalı ek ödeme sisteminin tüm araçları açısından, hekimlerin motivasyon algı puan ortalamalarında farklılık oluşturduğu görülmektedir. Pratisyen hekimlerin, dahili ve cerrahi tıp uzmanlarına göre ekonomik araçlar açısından motivasyon algı puanları daha olumlu yöndedir. Bu farklılığın ortaya çıkmasındaki nedenler, uzman hekimlerin gösterdikleri çabanın yapmış oldukları iş karşılığı aldıkları ücrete doğru yansımadığını, performansa dayalı sistemi yetersiz bulduğunu düşünmeleri dolayısıyla elde ettikleri ek geliri yetersiz bulmaları, sistemin motivasyonlarını teşvik edici bir araç olarak görmemeleri ve alınan ücretler açısından diğer hekimlerle kıyaslanmaya gidilmesi sonucu motivasyonun olumsuz etkilenmesidir. Adams'ın Eşitlik Teorisi'ne göre bireyler elde ettikleri sonuçları diğer bireylerle kıyaslamakta ve bu kıyaslama sonucunun olumsuz

olması durumunda motivasyonları olumsuz yönde etkilenmektedir (Miner, 2005: 134-138). Sosyo-psikolojik ve örgütsel-yönetimsel araçlar açısından farklılık oluşmasına örnek olarak ise uzman hekimler arasındaki branş farklılıklarından kaynaklanan adil olmadıklarını düşündükleri farklı gelir elde edilmesi gösterilebilir. Pratisyen hekimler ise branş farklılıklarının olmaması sonucu bir rekabet içerisine girmemekte ve tutmuş oldukları nöbetlerin kendilerine yeni tecrübeler kazandırdığı düşüncesiyle sebebiyle motivasyonları olumlu yönde olmaktadır. Ayrıca hekimlerin, oluşacak ek gelir kesintileri sebebiyle mecbur kalmadıkça izine ayrılmadıkları ve aileleri ve kendileri için yeterli zaman ayıramadıklarından dolayı motivasyonlarının olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür. Örgütsel-yönetimsel araçlar açısından ise temel tıp uzmanlarının motivasyon algı puan ortalamaları, diğer uzman hekimlere göre daha yüksektir. Sistemden, temel tıp uzman hekimleri örgütsel-yönetimsel açıdan en olumlu etkilenen hekimlerdir.

Performansa dayalı elde edilen ek gelir değişkenine göre ekonomik araçlar açısından hekimlerin motivasyon algılarında farklılık olduğu görülmektedir. Buna göre, 1.000 TL'den az performansa dayalı ek gelir elde eden hekimler için ekonomik araçların, 1.000-2.000 TL ve 2.001-3.000 TL arasında performansa dayalı ek gelir elde eden hekimlere göre daha motive edici bir unsur olduğu söylenebilmektedir. Bu durum Vroom'un beklenti teorisi ile açıklanabilmektedir (Vroom, 1964: 2-4). Hekimlerin gelir beklentilerinin düşük olması ve elde ettikleri düşük gelirlerin bu beklentileri ile örtüşmesi sonucu, en yüksek motivasyon algısı, en düşük performansa dayalı ek gelir elde eden grupta oluşmaktadır (Luthans, 1992: 162-163). Özellikle ekonomik araçlar açısından oluşan bu farklılık, hekimlerin elde ettikleri ek gelirlerinde farklılıklar olması ve ek gelirlerin hekimlerin aldıkları sabit maaş kadar ya da sabit maaşından bile fazla olması sebebiyle açıklanabilmektedir. Oluşan büyük farklılıklar, hekimlerin elde ettikleri ek gelirlere büyük önem vermelerine dolayısıyla motivasyonlarına etki yapmaktadır (Zaim, 2007:368). Karakaya ve Ay (2007: 64-65) da performansa dayalı ek ödeme yapılmasının özellikle düşük gelir elde eden çalışanlar için büyük önem arz ettiğini belirtmiştir.

Araştırmada ayrıca performansa dayalı ek ödeme sisteminin ekonomik, sosyo-psikolojik ve örgütsel-yönetimsel araçlarının birbiriyle olan ilişkisi incelenmiştir. Ele alınan tüm motivasyon araçları arasında anlamlı ve yüksek ilişkilerin olduğu belirlenmiştir. Ekonomik araçlar ile sosyo-psikolojik araçlar arasında anlamlı, pozitif yönde ve güçlü bir ilişki bulunmasının nedeni çalışanların terfi etmeleri sonucu değer ve statülerinin yükselmesi beraberinde elde ettikleri gelirden gelecek artış ve işletme karından elde edecekleri ek gelir avantajları ile açıklanabilir. Ekonomik araçlar ile örgütsel-yönetimsel araçlar arasında anlamlı, pozitif yönde ve güçlü bir ilişki bulunduğu görülmektedir. Hekimlerin yönetime katılmalarıyla elde edecekleri ek katsayılar sonucu, ek gelirlerindeki artışın meydana gelmesi, bu güçlü ilişkiye örnek olarak verilebilir (Aydın ve Demir, 2007: 63-66). Sosyo-psikolojik araçlar ile örgütsel-yönetimsel araçlar arasında olumlu, pozitif yönde ve oldukça kuvvetli bir ilişki olması durumuna ise terfi alma, işletme sorunları ile ilgili öneri getirebilme ile yetki ve sorumluluk ve yönetimlere katılma örnek verilebilir (Önen ve Tüzün, 2005: 84; Köroğlu, 2011: 177).

Elde edilen bulgular dahilinde hekimlerin performansa dayalı ek ödeme sisteminden genel olarak memnun olmadıkları söylenebilir. Erbaş ve Platin'in (2009: 54-58), yapmış olduğu çalışmada; hekimlerin %45,9'unun performansa dayalı ücret sistemini motivasyonları için azaltıcı bir unsur olarak gördüğünü belirtmişlerdir. Kakan (2010: 152-162), Bolat (2012: 140-143), Akçakanat (2013: 189-204) ve Çelik (2013: 119-126) de performansa dayalı ödeme sisteminin, hekimlerin motivasyonu üzerinde olumsuz yönde etki yaptığı sonucuna ulaşmıştır. Fakat Zaim (2007: 368-372), Fettah ve Şahin (2009: 177-198), Erşahan, Bakan ve Eyitmiş (2011: 101-118) ile Başar (2014: 108-120) ise performansa dayalı ek ödeme sistemine göre hekimlerin motivasyonunun olumlu yönde etkilendiklerini belirlemişlerdir.

Araştırma sonucu, performansa dayalı ek ücret sisteminin hekimlerin motivasyon algılarında farklılık yarattığı unsurlar açıklanmıştır. Bu farklı unsurların ortaya çıkışında, performansa dayalı ek ücret sisteminin tam anlaşılabilmesi ya da aktarılamaması, sistemin yasal yapısı ve yöneticilerin tutumlarında yaşanan farklılıklar etken olabilmektedir. Performansa dayalı ek ücretin hesaplanmasında ve dağıtımında da farklılıklar oluşabilmektedir. Performansa dayalı ek ücretin hesaplanmasında hekimlerin göstermiş oldukları bireysel başarı puanlarının yanı sıra hastanelerin aylık geliri, borç durumu, performansa dayalı ek ücret için ayırdığı pay, performans kalite kat sayısı, hekimlerin unvanları, kadro dereceleri, aldıkları çeşitli idari görevler sonucu ek katsayı kazanmaları gibi diğer faktörler de etkili olmaktadır. Performansa dayalı ek ücret sistemi ile yüksek performans gösteren bireylerin ödüllendirilerek motive edilmesi ve oluşacak bu motivasyon artışı ile daha yüksek performans geri dönüş olması beklenmektedir. Sistem ile hem olumsuz yönde motive olmuş bireyleri olumlu hale getirmeye çalışılmakta hem de motivasyonları az düzeyde olumlu yönde etkilenen bireyleri daha üst motivasyon düzeyine çıkarılması hedeflenmektedir. Yapılan çalışma ile hekimlerin hem sistem ile genel bir görüşü ele alınmış olup hem de sistemin hangi araçlar açısından hekimlerin motivasyonuna etki ettiği belirlenmiştir. Hastane yöneticileri için hekimlerin hangi araçlar açısından motivasyonlarının etkilendiğini görmek belirlenen motivasyon araçlarına odaklanmasını sağlayacaktır. Böylece hekimlerin, olumlu yönde motive oldukları araçlar üzerine yoğunlaşarak motivasyon seviyeleri daha yukarıya çıkarılabilirken hekim motivasyonunu olumsuz yönde etkileyen araçların ise giderilmesi ile sistemin negatif yönleri ortadan kaldırılmaya çalışılabilir. Hekimlerin yeterli ve adil bir şekilde ödüllendirilmesi, motivasyonlarını artıracak, hastanenin performansını geliştirecek ve hekimin kuruma olan bağlılığını artırarak hastane için hekimin işe devamlılığı sağlanmış olacaktır. Sistemdeki eksikleri gidermek için hekimlerin motivasyonlarını olumsuz yönde etkileyen en önemli unsurlara odaklanmak gereklidir. Özellikle emeklilik, izin ve rapor kullanımı, hekimler arası rekabet, iletişim, gelirin adaletli dağıtımı ve çalışma huzuru gibi etkenlerin hekimlerin motivasyonunu performansa dayalı ek ücret sistemi açısından en olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Sistemde yer alan, emeklilik ve izin alma halinde performansa dayalı ek gelirin kesilmesi durumlarıyla ilgili sorunlara çözüm getirilmelidir. Emeklilik halinde elde edilen gelirin revize edilmesi ve izin alma halinde kesilen ek gelirin hekimlerin bu sebepten dolayı izinlerini kullanmak istememe boyutuna varmayacak şekilde yeniden düzenlenmesi gereklidir. Hastaneler arası imkan ve olanakların tekrar gözden geçirilmesi ve aynı unvan ve branştaki hekimlerin almış olduğu ek gelir farklılıkları düzeltilmelidir.

Yapılan araştırma sadece Kırklareli’nde yer almakta olan ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimleri ele almakta ve sonuçları ortaya koymaktadır. İleride yapılabilecek diğer çalışmalarda araştırmacılar, kamu ile özel hastanelerde çalışan hekimler arasındaki ilişkiye bakarak kıyaslamaya gidebilir. Ayrıca ikinci basamak sağlık kurumları yerine diğer basamak sağlık kurumlarında çalışmakta olan hekimler ele alınabilir. Hekimlerin motivasyon algılarında ortaya çıkan farklılık sadece performansa dayalı ek ödeme sisteminden kaynaklanmayabilir. Hekimlerin motivasyon algılarına etki eden diğer unsurlar belirlenerek çalışma daha detaylı bir şekilde gerçekleştirilebilir. Ayrıca performansa dayalı ek ödeme sisteminin diğer sektörlerde çalışan bireyler üzerindeki etkisine bakılarak sağlık sektörü ile bir kıyaslama yapılabilir.

KAYNAKÇA

Akçakanat, T. (2013). “Üniversite Hastanelerinde Çalışan Öğretim Üyelerinin Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Tutumları Üzerine Bir Araştırma”. Doktora Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı. Isparta.

Armstrong, M. (2009). Armstrong’s Handbook of Performance Management. Kogan Page. London.

Ataay, İ.D. ve Acar, A.C. (2015). İnsan Kaynakları Yönetimi, İstanbul: Beta Yayınevi.

- Aydın, S. ve Demir, M. (2007). Sağlıkta Performans Yönetimi; Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi. Ankara: Onur Matbaa.
- Başar, E. (2014). "Sağlık Bakanlığı Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Sağlık Personelinin Motivasyon ve Hizmet Kalitesine Olan Etkisinin Bursa Örneğinde İncelenmesi". Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. İstanbul.
- Baker, S.C. (2002). Sex and Age Effects on Willingness to Communicate, Anxiety, Perceived Competence and Motivation Among Junior High School French Immersion Students, *Language Learning*, 52(3), 543.
- Bolat, G. (2012). "Performansa Dayalı Ücret Sisteminin İşgören Motivasyonuna Etkisi". Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Bilim Dalı, Ankara.
- Byars L.L. and Rue L.W. (2004). *Human Resource Management*. McGraw-Hill Companies. New York.
- Colquitt, J., Lepine, J. and Wesson, M. (2013). *Organizational Behaviour*. McGraw-Hill Companies. New York.
- Çelik, T.Z. (2013). "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ve Dicle Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama". Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı. Edirne.
- Dinçer, Ö. ve Fidan, Y. (1996). *İşletme Yönetimi*. İstanbul: Beta Yayınevi.
- Erbaş, H. ve Platin, N. (2009). Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 54-58.
- Eren, E. (2012). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*. İstanbul: Beta Yayınevi.
- Erkan, A. (2011). Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması, *Maliye Dergisi*, Sayı: 160, 424.
- Erşahan, B., Bakan, İ. ve Eytmiş, A.M. (2011). Performansa Göre Ücretlendirmenin Doktorlar Tarafından Algılanan Negatif Yönleri, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25, 101-118.
- Fettah, K. ve Şahin, B. (2009). Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 12(2), 177-198.
- Genç, N. (2009). *Yönetim ve Organizasyon*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., Donnelly, J.H. and Konopaske, R. (2012). *Organizations; Behaviour, Structure, Processes*, McGraw-Hill Companies. New York.
- Halloran, J. (1986). *Personnel and Human Resource Management*. Pearson Education Inc. New Jersey.
- Kakan, G. (2010). "Kamu Yönetiminde Performans Değerlendirmesi ve Sağlık Sektöründe Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemleri". Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Kamu Yönetimi Bilim Dalı. Ankara.
- Karakaya, A. ve Ay, F.A. (2007). Çalışanların Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma, *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 31(1). 64-65
- Karatepe, S. (2005). Ödüllendirme Yönetimi: Örgütlerde Güdülemeye Duyarlı Bir Yaklaşım, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 60(4), 126.

- Kinicki, A. and Kreitner, R. (2006). Organizational Behavior; Key Concepts, Skills and Best Practices. McGraw-Hill Companions. New York.
- Köroğlu, Ö. (2011). “İş Doyumu ve Motivasyon Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Performanslar İlişkisi”. Doktora Tezi. Balıkesir Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Anabilim Dalı. Balıkesir.
- Luthans, F. (1992). Organizational Behaviour, McGraw-HillCompanies. New York.
- Mannion, R.and Davies, H. (2008). Payment For Performance in Health Care, British Medical Journal, 336, 307-308.
- McNamara, P. (2006). Foreword: Payment Matters? Next Chapter, Medical Care Research and Review, 63(1), 1.
- Miner, J.B. (2005). Organizational Behaviour: Essential Theories of Motivation and Leadership. M.E. Sharpe INC. New York.
- Önen, L. ve Tüzün, B. (2005). Motivasyon. İstanbul: Epsilon Yayıncılık.
- Özer, M. ve Bakır, B. (2003). Sağlık Personelinin Motivasyonu İlgili Etmenlerin Belirlenmesi, Gülhane Tıp Dergisi, 45(2), 117-118.
- Peker, D. (2013). “Performansa Dayalı Ek Ödeme Yapılmasının Çalışan Motivasyonu Üzerindeki Etkileri”. Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Yönetimi Anabilim Dalı. İstanbul.
- Robbins, S.P. and Coulter, M. (2012). Management. Pearson Education Inc. New Jersey.
- Robbins,S.P. and Judge T.A. (2013). Organizational Behaviour. Pearson Education Inc. New Jersey.
- Tengilimoğlu, D. (2013). İşletme Yönetimi. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Tesone, D. (2008). Handbook of Hospitality Human Resources Management. Elsevier Ltd. Oxford.
- Tortop, N. (1994). Personel Yönetimi. Ankara: Yargı Yayınları.
- Uçkun, G. ve Pelit, E. (2003). Hizmet İşletmelerinde İşgören Motivasyonunun Önemi ve Verimliliğe Etkisi, Standard Dergisi, 493, 49-50.
- Vroom, H.V. (1964). Work and Motivation. Wiley Publishing. New York.
- Warr, P. (2008). Work Values: Some Demographic and Cultural Correlates, Journal of Occupational and Organizational Psychology, 81, 753-754.
- Zaim, H. (2007). Performansa Dayalı Ücret Uygulamasının Doktor Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri, Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, 53, 365-368.

Usaysad Derg, 2017; 3(3):354-369

**BİR SAĞLIK MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN GÜNDÜZ
UYKULULUK HALLERİNİN EPWORTH UYKULULUK ÖLÇEĞİ İLE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**AN ASSESSMENT OF DAYTIME SLEEPINESS AMONG STUDENTS OF A
VOCATIONAL SCHOOL OF HEALTH USING THE EPWORTH SLEEPINESS
SCALE**

Öğt.Gör.Dr., Fatih ORHAN,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu,

fatih.orhan@sbu.edu.tr

Uzm, Selahattin AKYÜZ,

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Doktora Programı,

selahattinakyuz@hotmail.com

Öğt.Gör.Dr., Şemsettin VAROL,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu,

semsettin.varol@sbu.edu.tr

Öğt.Gör.Selahattin TUNCER,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu,

selahattin.tuncer@sbu.edu.tr

***Sorumlu Yazar:** Öğt. Gör. Selahattin TUNCER,

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu,

selahattin.tuncer@sbu.edu.tr

Özet

Bu araştırmanın amacı, bir Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin uykululuk hali sıklığının saptanması, uyku bozukluğu ve uykululuk halini etkileyebilecek bazı özelliklerinin belirlenmesidir. Veriler bir Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinden elde edilmiştir. Araştırmaya katılım %91 (175/192) oranında gerçekleşmiştir. Demografik veriler anket ile öğrenci uykululuk düzeyleri ise Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) ile toplanmıştır. EUÖ puanı araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmuştur. Analiz sonrasında tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Verilerin karşılaştırılması Ki Kare testi ile yapılmıştır. Öğrencilerin %46,3'ünün EUÖ puanı 11 ve üzerindedir. EUÖ puanında her gün aşırı uykulu hissetme ile “dinlenmiş olarak uyanma”, “gün içinde aşırı uykululuk hissi yaşamama”, “gün içinde uyuma ihtiyacı hissetme” ve “dersi sevmeme nedeniyle uykululuk hali yaşama” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Araştırmaya katılan öğrencilerin %87,4'ü uykudan dinlenmiş olarak kalkmamakta ve %84,0'ü gün içerisinde aşırı uykululuk hali yaşamaktadır. Öğrencilere uyku, uykunun önemi, uygun ortamın sağlanması, uyku bozuklukları, bu sorunlarla başa çıkma yolları hakkında eğitim verilmesinin ve gerektiğinde profesyonel yardım almalarının sağlanmasının gerekli olduğu değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gündüz Uykululuk Hali, Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ), Sağlık Meslek Yüksekokulu Öğrencileri

Abstract

This research aimed to establish the frequency of sleepiness in a Vocational School of Health students, their sleep disorders and factors that may affect their sleep patterns. The data were obtained from a Vocational School of Health students. Actual participation was 91% (175/192). Data were collected by questionnaire and Epworth Sleepiness Scale (ESS). The ESS score was the dependent variable of the research. After the analysis, descriptive statistics were evaluated by number, percentage, mean and standard deviation. Comparisons of data were made by Ki-square test. 46.3% of the students have an ESS score of 11 and higher. A significant statistical link has been established in the ESS score between feeling extremely sleepy every day and “feeling rested upon waking up”, “not feeling excessively sleepy during the day”, “Feeling the need to sleep during the day” and “experiencing sleepiness because of to dislike the lesson” ($p<0.05$). Of the students who participated in the survey, 87.4% didn't feel rested upon waking up and 84.0% did experience sleepiness during the day. It is assessed that it is necessary for the students to be educated about sleeping, importance of sleeping, providing suitable environment, sleeping disorders, ways to cope with these problems and getting professional help if necessary.

Key Words: Daytime Sleepiness, Epworth Sleepiness Scale (ESS), Vocational School of Health Students

GİRİŞ

İnsan yaşamı boyunca sürekli olarak birtakım ihtiyaçlarını karşılamak zorunda kalmaktadır. Bu ihtiyaçların bazıları ertelenebilir veya geçiştirilebilir bir özelliğe sahipken, mutlak surette karşılanması gereken temel ihtiyaçların ise verimli, kaliteli ve sağlıklı bir şekilde hayata devam edilebilmesi için en uygun şekilde giderilmesi gerekmektedir. Periyodik olarak karşılanması gereken ve kendi içerisinde evreleri olan uyku da bu temel ihtiyaçlardan birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Uyku ihtiyacı uygun bir şekilde karşılanamadığında ise yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilenmektedir

Hayatın üçte birini kapsayan uykunun gizemini çözmek için insanoğlu asırlardır çaba göstermektedir ve uyku pozitif bilim öncesi dönemlerde mitolojik olaylarla açıklanmaya çalışılmış bir olgudur (Karadağ ve Ursavaş, 2007). Uyku, organizmanın çevreyle iletişiminin, değişik şiddette uyarılarla geri dönebilen biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumu olarak tanımlanmaktadır (Görgülü, 2003). Sirkadiyen bir ritimle günün belirli saatlerinde yaşanan, ses, ısı, ışık, koku, açlık, ağrı, temas gibi uyarılarla geri döndürülebilen uyku, insanların büyüme, gelişme, öğrenme ve dinlenmesini sağlamakta ve ertesi gün için vücudu restore etmektedir (Karadağ, 2007).

Normal uyku düzeni her toplumda aynıdır. Günümüzde sağlıklı erişkin bireyler günlerinin 1/3-1/4'ünü uykuda geçirmektedir (Ertekin, 1998). Uyku bireylerin yaşam kalitesini (Eryavuz, 2007) ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biri olup fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır (Sarıaslan, 2014). Uyku bozuklukları yetersiz uykuya neden olmakta (Altıntaş vd., 2006) ve bu durum gündüz aşırı uykululuğa yol açmaktadır.

Arzu edilen uyanıklık seviyesini sağlamada zorluk veya gün içerisinde aşırı uyku hali olarak tanımlanabilen gündüz aşırı uykululuk hali, ailevi ve sosyal problemlere, kazalara, iş hayatında ve okulda sorunlara neden olabilmektedir (Alóe, Pedroso ve Tavares, 1997).

Çoğunlukla girdinin insan, süreçlerin emek-yoğun ve çıktının ise sağlık ve hasta memnuniyeti olduğu sağlık sistemlerinde, sağlık çalışanlarının yapmış oldukları hizmetlerin kaliteli ve verimli olmasının, kendilerinin bilgili ve donanımlı olmaları ile doğru orantılı olduğu düşünüldüğünde sağlık çalışanlarının eğitim sürecinde aldıkları eğitimin kalitesi daha da önem kazanmaktadır.

Etkili ve verimli bir eğitime etki eden olumlu ya da olumsuz birçok etken vardır (Akbaba Altun ve Çakan, 2008), (Şahin vd., 2014). Bunlardan bir tanesi de eğitim alan bireyin gün içerisinde yaşadığı aşırı uykululuk halidir. Zindeliğin eğitimin verimliliğinde büyük önem arz etmesinden dolayı gündüz aşırı uykululuk halinin araştırılması ve gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Bu araştırma

Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin uykululuk hali sıklığının saptanması, uyku bozukluğu ve uykululuk halini etkileyebilecek bazı özelliklerinin belirlenmesi amacıyla 2014 yılında gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 88 birinci sınıf ve 104 ikinci sınıf olmak üzere toplam 192 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem hesabı yapılmamış olup evrenin tamamına ulaşılmak hedeflenmiştir. Araştırmaya katılım oranı %91 (175/192) olup kesitsel bir araştırmadır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak 23 sorudan oluşan anket ve 8 sorudan oluşan Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) kullanılmıştır. EUÖ 1991 yılında M.W. Johns tarafından geliştirilmiştir. Uykululuğun niteliksel ve niceliksel olarak ölçülmesi için geliştirilen ölçeğin uygulanması pratik ve değerlendirilmesi kolay olup yaygın olarak kullanılmaktadır. Benzer ölçeklerden farklı olarak uykululuğun günlük özel durumlar ve özel zaman dilimleri için değerlendirilmesinden ziyade, gündüz uykululuğunun genel düzeyinin ölçülmesini amaçlamaktadır. EUÖ dördümlük likert tipi bir ölçek olup 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanmakta, 11 puan ve üstü gündüz aşırı uykululuğu göstermektedir (Ağargün vd., 1999; Miletin ve Hanly, 2003). Ağargün vd. (1999) tarafından EUÖ'nin Türkiye'de uyku ve uyku bozukluklarıyla ilgili çalışmalarda kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir test olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada likert tipi ölçeklerin iç tutarlılığının belirlenmesinde sıklıkla kullanılan (Erdoğan, Nahcivan ve Esin, 2014) Cronbach's Alpha değeri EUÖ için 0,625 olarak oldukça güvenilir bulunmuştur.

Anket uygulanmadan önce öğrencilerin %10'unu temsil edecek şekilde (Erdoğan vd., 2014) 20 öğrenciye pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonrası anket formu öğrencilerin tamamına dağıtılmış ve gönüllü olarak anketi cevaplayan katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir. 181 katılımcı anketi doldurmuş olup 6 anket eksik veri içerdiğinden dolayı araştırma dışı bırakılmış ve 175 anket değerlendirmeye alınmıştır.

Veriler SPSS 23 programına aktararak analize hazır hale getirilmiş ve analiz edilmiştir. Araştırmada EUÖ puanı bağımlı değişken, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, uyku alışkanlıkları, yattıkları ortamın fiziksel koşulları ve uyku durumlarını etkileyen faktörler bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır. Analiz sonrasında tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar normal dağılım göstermiştir. Verilerin karşılaştırılması Ki Kare testi ile yapılmış olup istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışma için Gülhane Askeri Tıp Akademisi Etik ve Anket Kurullarından yazılı izinler ve katılımcılardan onay alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilere ilişkin sosyodemografik özellikler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcılara İlişkin Demografik Özellikler

Katılımcı Özellikleri		Frekans	Yüzde
Yaş	18	2	1,1
	19	53	30,3
	20	75	42,9
	21	36	20,6
	22	7	4,0
	23	2	1,1
Sınıf	1	77	44,0
	2	98	56,0
Bölüm	İlk ve Acil Yardım Teknikeri	132	75,4
	Diğer Tekniker Branşları	43	24,6

Katılımcıların yaş ortalaması 19,99 (SS=0,90) olup %56’sı 2. sınıf ve %75,4’ü İlk ve Acil Yardım Teknikeri bölümü öğrencisidir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin uyku ve uyku alışkanlıklarına ilişkin özellikleri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Uyku ve Uyku Alışkanlıklarına İlişkin Özellikleri

Katılımcı Özellikleri		Frekans	Yüzde
Uyku Süresi	6 Saatten Az	90	51,4
	6-8 Saat	85	48,6
Yatma Saati	22.00-23.59 Arası	91	52,0

	24.00-01.59 Arası	80	45,7
	02.00-03.59 Arası	3	1,7
	04.00'den Sonra	1	0,6
Geç Yatma Sebebi*	Televizyon İzliyorum	14	5,4
	Ders Çalışıyorum	57	22,1
	Arkadaşlarımla Muhabbet Ediyorum	123	47,7
	Bilgisayar Başında Geçiriyorum	5	1,9
	Diğer	59	22,9
Alışık Olunan Saatte Yatma	Evet	59	33,7
	Hayır	116	66,3
Dinlenerek Uyanma	Evet	22	12,6
	Hayır	153	87,4
Horlama	Evet	34	19,4
	Hayır	141	80,6
Nefesi Kesilerek Uyanma	Evet	8	4,6
	Hayır	167	95,4
Uyku İlacı Kullanma (Son 3 Ay)	Evet	2	1,1
	Hayır	173	98,9
Uykuyu Etkileyen Faktörler*	Kronik Bir Hastalık	2	0,6
	Çay Kahve	9	2,8
	Odanın Işığı	87	26,6
	Odanın Sıcaklığı	95	29,1
	Gürültü	103	31,5
	Yatış Pozisyonu	31	9,5
Gün İçinde Aşırı Uykululuk Hissi	Evet	147	84,0
	Hayır	28	16,0
Uykululuk Dönemleri*	Sınav Öncesi	67	14,6
	Her Gün Öğleden Önceleri	59	12,9

	Her Gün Öğleden Sonraları	85	18,5
	Üzüntülü Zamanlarda	9	2,0
	Kaygılı Zamanlarda	8	1,7
	Sınıfta Ders İşlenirken	58	12,6
	Amfide Ders İşlenirken	131	28,5
	Uygulama Dershanesinde Ders İşlenirken	31	6,8
	Diğer	11	2,4
Gün İçinde Uyuma İhtiyacı Hissi	Evet	161	92,0
	Hayır	14	8,0
Derste Uykululuk Hali	Hemen her derste	30	17,1
	Sık sık	60	34,3
	Bazen	61	34,9
	Nadiren	21	12,0
	Hiç yaşamıyorum	3	1,7
Derste Uykululuk Nedenleri*	Dersin Kendisini Sevmiyorum	27	10,2
	İşlenen Konuyu Sevmiyorum	24	9,0
	Öğretim Üyesinin Konuyu Anlatım Biçimini Sevmiyorum	80	30,1
	Dershanedeki Ortam Nedeniyle (Havasızlık, Çok Kalabalık Olması vs.) Uykum Geliyor	119	44,7
	Diğer	16	6,0

*Çoklu cevap nedeniyle toplam 175'ten fazladır.

Tamamı 8 kişilik odalarda kalan öğrencilerin % 51,4'ünün 6 saatten az uyuduğu, yarıdan fazlasının (%52,0) gece 12'den önce yattığı, %47,7'sinin arkadaşlarıyla sohbet etmekten dolayı geç yattığı, %66,3'ünün her gün alışık olduğu saatte yatmadığı, uyuyana kadar yatakta geçen sürenin ortalama 28,53 (SS=19,88) dakika olduğu, büyük çoğunluğunun (%87,4) uykudan dinlenmiş olarak kalkmadığı, yaklaşık beşte birinin (%19,4) horlama sorunu yaşadığı, 8 öğrencinin nefesi kesilerek uykudan uyandığı, bu öğrencilerden 5'inin 30 dakika, 3'ünün ise 1 saat gün içerisinde uyuduğu, son üç ay içerisinde 2 öğrencinin uyku ilacı kullandığı, uykuyu etkileyen temel faktörlerin gürültü (%31,5), oda

sıcaklığı (%29,1) ve odanın ışığı (%26,6) olduğu, öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%84,0) gün içerisinde aşırı uykuluk hali yaşadığı, en fazla uykuluk halinin amfi ortamında ders işlerken (%28,5) yaşandığı, %92,0'sinin gün içinde uyuma ihtiyacı hissettikleri, büyük kısmının derste bazen (%34,9) ve sık sık (%34,3) uykuluk hali yaşadığı, ders esnasında uykululuğun temel sebebinin dersane ortamından (%44,7) kaynaklandığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yeme içme alışkanlıklarına ilişkin özellikleri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların Yeme İçme Alışkanlıklarına İlişkin Özellikleri

Katılımcı Özellikleri	Frekans	Yüzde	
Gün İçinde Çay Tüketimi	Hayır	27	15,5
	1-4 Fincan	146	83,4
	5-10 Fincan	2	1,1
Gün İçinde Kahve Tüketimi	Hayır	109	62,3
	1-4 Fincan	65	37,1
	4 Fincandan Fazla	1	0,6
Gün İçinde Enerji İçeceği Tüketimi	Hayır	172	98,3
	1-2 Kutu	1	,6
	2 Kutudan Fazla	2	1,1
Sigara Kullanımı	Hayır	126	72,0
	Günde 5'ten Az	20	11,4
	Günde 6-10 Adet	15	8,6
	Günde 11-20 Adet	14	8,0
Yatmadan Önce Atıştırma	Evet	56	32,0
	Hayır	119	68,0

Gün içerisinde öğrencilerin %83,4'ünün 1-4 fincan çay tükettiği, %62,3'ünün kahve tüketmediği, neredeyse tamamına yakınının enerji içeceği tüketmediği, %72'sinin sigara kullanmadığı, %68,0'nin yatmadan önce bir şeyler yemediği görülmüştür.

Öğrencilerinin Epworth Uykululuk Ölçeği'ne göre aldıkları puanların dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların EUÖ Puanları Dağılımı

EUÖ Puanları	Sayı	Yüzde
1-5	18	10,3
6-10	76	43,4
11 ve üstü	81	46,3
Toplam	175	100

Ortalama = 9,87

Standart sapma = 3,49

Alt-Üst Sınır = 1-20

Medyan = 11

Öğrencilerin %53,7'sinin EUÖ puanı 10 ve daha altında iken %46,3'ünün EUÖ puanı 11 ve üzerindedir.

EUÖ puanına göre her gün aşırı uykulu hissetme ile “dinlenmiş olarak uyanma”, “gün içinde aşırı uykululuk hissi yaşama”, “gün içinde uyuma ihtiyacı hissetme” ve “dersi sevmeme nedeniyle uykululuk hali yaşama” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5: Öğrencilerin Bazı Özellikleri ile EUÖ Puanları Arasındaki İlişki

Özellik (n=175)		EUÖ Puanı		p *
		≤10 n (%)	≥11 n (%)	
Dinlenmiş olarak uyanıyor musunuz?	Evet	19 (86,4)	3 (13,6)	0,001
	Hayır	75 (49,0)	78 (51,0)	
Gün içinde aşırı uykulu hissediyor musunuz?	Evet	69 (46,9)	78 (53,1)	0,000
	Hayır	25 (89,3)	3 (10,7)	
Gün içinde uyuma ihtiyacı hissediyor musunuz?	Evet	80 (49,7)	81 (50,3)	0,038
	Hayır	11 (78,6)	3 (21,4)	
Dersin kendisini sevmeme nedeniyle uykululuk hali yaşayanlar	Evet	9 (32,1)	19 (67,9)	0,012
	Hayır	85 (57,8)	62 (42,2)	

*Ki Kare Testi

Öğrencilerin sınıf, bölüm, her gün alışık olunan saatte yatma, sigara içme, çay, kahve, enerji içeceği tüketme, yatmadan önce bir şeyler yeme ve horlama ile EUÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

TARTIŞMA

Araştırma, Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin uykululuk hali sıklığının saptanması ve uykululuk halini etkileyebilecek bazı özelliklerinin belirlenmesi amacıyla 175 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Altıntaş vd. (2006) tarafından yapılan araştırmada öğrencilerin %32,6'sının ortalama 7 saat uydukları, Şahin vd. (2014) tarafından yapılan araştırmada öğrencilerin %22,2'sinin günde 6 saatten az, %64,5'inin 6 ile 8 saat arasında uydukları görülmüştür. Bu araştırmada ise öğrencilerin %51,4'ünün 6 saatten az, %48,6'sının ise 6 ile 8 saat arasında uydukları belirlenmiştir. Altıntaş vd. (2006) tarafından bu durumun yurttan kalan öğrencilerin odada kalan diğer öğrencilerle uyku zamanlarının örtüşmemesinden, yoğun çalışma programlarından kaynaklanabileceği belirtilirken, Şahin vd. (2014) tarafından yapılan araştırmaya alınan öğrencilerin iki kişilik odalarda kalmalarının uyku sürelerini artırdığı ve bu araştırmada ise öğrencilerin sekiz kişilik odalarda kalmalarının da uyku sürelerini azalttığı değerlendirilmektedir. Ayrıca bu yaş grubunda düzensiz uyku alışkanlıklarının olabileceği belirtilmektedir (Mary, Harvey ve William, 1981).

Şahin vd. (2014) tarafından gerçekleştirilen araştırmada öğrencilerin %87,2'si geç yattıklarını ifade ederken bu araştırmada öğrencilerin %52,0'sinin gece 12'den önce yattığı, diğerlerinin ise daha geç yattıkları görülmüştür. Araştırmada geç yatmalarının sebepleri sırasıyla arkadaşlarla sohbet etmek ve ders çalışmak olarak sıralanırken, Şahin vd. (2014) tarafından bu sebepler ders çalışmak, sohbet etmek, bilgisayarda vakit geçirmek ve televizyon seyretmek olarak sıralanmıştır. Özellikle sınav öncesinde öğrencilerin ders çalışmak maksadıyla geç yatmalarının veya erken kalmalarının gündüz uykululuk hallerini artırdığı değerlendirilmektedir. Nitekim öğrencilerin % 14,6'sı sınav öncesi dönemde uykululuk hali çektiğini ifade etmektedir.

Bu araştırmada alışık olunan saatte yatma oranı %33,7 iken dinlenerek uyanma oranı %12,6 olup Şahin vd. (2014) tarafından bu oranlar %42,5 ve %37,6 olarak bulunmuştur. Altıntaş vd. (2006) araştırmalarında öğrencilerin %73'ünün uykusunu alamamış, yorgun ve dinlenmemiş olarak uyandıkları belirlenmiştir. Çalışmalarda ifade edilen oranlardan da anlaşıldığı üzere dinlenerek uyanmada alışık olunan saatte yatmanın olumlu etkisinin olduğu görülmekle birlikte yatmadan önce uyumayı geciktirecek davranışlardan kaçınmanın ve yatılan odada uykuyu olumsuz etkileyen faktörlerin az olmasının da etkili olabileceği değerlendirilmektedir.

Araştırmada öğrencilerin uykuya dalana kadar yatakta ortalama 28,53 dakika geçirdikleri, bu sürenin Altıntaş vd. (2006) tarafından yapılan araştırmada ortalama 29,6 dakika ve Şahin vd. (2014) tarafından yapılan çalışmada ise ortalama 18,74 dakika olduğu görülmüştür. Şahin vd. (2014) yaptığı çalışmada sürenin kısa olmasının öğrencilerin odalarda ikişer kişi kalmaları nedeniyle uykuya dalmayı geciktiren faktörlere daha az maruz kalmaları olabileceği değerlendirilmiştir.

Altıntaş vd. (2006) araştırmalarında öğrencilerin %20,5'inin horladığını, %5,9'unun uykudan nefesi kesilerek uyandığını belirtirken, bu oranlar Şahin vd. (2014) tarafından yapılan araştırmada %16,9 ve %7,5 iken bu araştırmada %19,4 ve %4,6 olarak bulunmuştur. Ülkemizde değişik yaş gruplarında yapılan çalışmalarda horlama prevalansı %4.8-37 olarak bildirilmiştir (Sönmez vd., 2010). Araştırmalarda öğrencilerin yaklaşık beşte birinin horlama sorunu yaşadığı ve yakın oranlarda uykudan nefes kesilmesi ile uyandıkları görülmektedir. Araştırma anketindeki uykuda nefes kesilmesi ile uyanma sorusu ile öğrencilerin Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ohayon (2003) tarafından yapılan çalışmada OUAS prevalans değeri %2,1 olarak bulunmuştur. Şahin vd. (2014) tarafından yapılan çalışmada bu oranın yaş grubu göz önüne alındığında Ohayon (2003) tarafından bulunan değere yakın olduğu değerlendirilmiş, bu çalışmada da oranın Ohayon (2003) tarafından bulunan değere daha yakın olduğu gözlenmiştir.

Araştırmada öğrencilerin son üç ay içerisinde uyku ilacı kullanma oranı 1,1 olarak belirlenmişken, Altıntaş vd. (2006) ve Şahin vd. (2014) tarafından yapılan araştırmalarda sırasıyla 2,2 ve 4,1 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada oranın diğer araştırmalara göre düşük olmasının tıp eğitiminin zorluğu ve yoğunluğu nedeniyle diğer öğrencilerin daha fazla oranda uyku ilacı kullanma ihtiyaçlarından kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Nitekim Altıntaş vd. (2006) tarafından gerçekleştirilen araştırmaya katılan öğrencilerin %81,8'i tıp eğitiminin uykularını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir.

Uykuyu etkileyen faktörler hem bu araştırmada hem de Şahin vd. (2014) tarafından yapılan araştırmada etki sırası bakımından aynı çıkmıştır. Bu araştırmalara göre uykuyu etkileyen faktörlerin sırasıyla gürültü, oda sıcaklığı ve odanın ışığı olduğu görülmüştür. Uykuyu etkileyen faktörlerin varlığının uykuya dalma süresini, dinlenerek uyanma ve gündüz uykululuk halini olumsuz olarak etkileyeceği değerlendirilmektedir.

Araştırmada gün içinde aşırı uykululuk hissi yaşayanlar %84 oranında oldukça yüksek çıkmıştır. Şahin vd. (2014) tarafından yapılan araştırmada gündüz aşırı uykululuk hali yaşayan öğrencilerin oranı %34,5 olarak belirlenmiştir. Bu durumun nedenlerinden birinin SAMYO öğrencilerinin sekiz kişilik odalarda kalmalarından dolayı daha fazla uykuyu olumsuz etkileyen faktörlere maruz kalmalarının olabileceği değerlendirilmiş olup Altıntaş vd. (2006) tarafından yapılan araştırmada da yattıkları odaları başkalarıyla paylaşanların daha fazla gündüz uykuluk hali yaşadıklarının tespit edildiği görülmüştür.

Araştırmada uykululuk hallerinin gün içerisinde sırasıyla amfide ders işlenirken (%28,5), her gün öğleden sonraları (%18,5) ve sınav öncesinde (%14,6) yaşandığı tespit edilirken Şahin vd. (2014) tarafından gerçekleştirilen araştırmada bu durumun daha çok öğleden sonraları yaşandığı ve bu durumun öğle yemeği ile ilişkilendirildiği görülmektedir. Bu dönemlerde uykululuk haline amfi ortamının olumsuz etkilerinin, öğlen yemeklerinin ve sınav öncesinde öğrencilerin ders çalışmak için uykularından fedakarlık etmelerinin sebep olabileceği değerlendirilmektedir.

Araştırmada öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun (%92) gün içinde uyuma ihtiyacı hissettikleri, (Şahin vd., 2014) tarafından gerçekleştirilen araştırmada da benzer şekilde öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%84,3) gün içinde uyuma ihtiyacı hissettikleri görülmüştür. Bu durumu yaşayan öğrenciler gündüz uyuduklarından dolayı gece uyku düzenleri de bozulmakta, uykuya dalma süreleri uzamakta ve etkili uyku süreleri azalmaktadır (Şahin vd., 2014).

Araştırmada öğrencilerin derste uykululuk halleri incelendiğinde derslerde %34,9'unun bazen, %34,3'ünün de sık sık bu durumu yaşadıkları görülmüştür. Şahin vd. (2014) tarafından yapılan çalışmada da öğrencilerin %37,9'unun bazen, %31,9'unun sık sık derslerde uykululuk hali yaşadıkları ve bu durumun sebebi olarak sırasıyla dershanedeki ortamın (havasızlık, kalabalık olması vs), öğretim üyesinin dersi işleyiş biçiminin, derste işlenen konuyu sevmemenin ve dersin kendisinin sevilmemesinin ifade edildiği görülmüştür. Bu çalışmada da benzer şekilde sırasıyla dersane ortamının (%44,7), öğretim üyesinin dersi işleyiş biçiminin (%30,1), dersin kendisinin sevilmemesinin (%10,2) ve işlenen konunun sevilmemesinin (%9,0) belirtildiği görülmüştür.

Araştırmada öğrencilerin %83,4'ünün gün içerisinde 1-4 fincan çay tükettiği, %62,3'ünün kahve içmediği, yalnızca %1,7'sinin enerji içeceği kullandığı, %28'inin sigara kullandığı, %32'sinin yatmadan önce bir şeyler yediği görülmüştür. Şahin vd. (2014) tarafından yapılan araştırmada ise öğrencilerin %78,0'inin gün içerisinde 1-4 fincan çay tükettiği, %65,2'sinin kahve içmediği, %5,5'inin

enerji içeceği kullandığı, %12,5'inin sigara kullandığı, %53,4'ünün yatmadan önce bir şeyler yediği belirlenmiştir. Altıntaş vd. (2006) tarafından yapılan araştırmada öğrencilerin %45.2'sinin yatmadan önce çay, kahve içtikleri, %59.3'ünün yemek yedikleri ve %25.4'ünün sigara kullandığı belirlenmiş olup sigara içenlerin uykuya dalmakta daha fazla güçlük çektiklerinin tespit edildiği görülmüştür. Sigara içmenin uykuya dalmada güçlük yaşama, uykunun bölünmesi ve gündüz uyku hali yaşama ile ilişkisinin olduğu belirtilmektedir (Wetter ve Young, 1994). Nikotin ve kafein içeren kahve tüketiminin de uykuda benzer etkilerinin olduğu belirtilmekte (Sanchez-Ortuno vd., 2005) olup araştırmada öğrencilerin kahve tüketiminin düşük seviyede olduğu görülmüştür.

Araştırmada öğrencilerin %46,3'ünün EUÖ puanının 11 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bu oran Altıntaş vd. (2006) tarafından yapılan araştırmada %22,8 iken, Şahin vd. (2014) tarafından yapılan araştırmada %34,5 olarak bulunmuştur. Normalde beklenen gündüz uykululuk hali %0.5-12 (Roth, ve Rosenthal, 1994) iken ve Şenol, Soyuer, Akça ve Argün (2012) tarafından yapılan araştırmada da bu oran %9 bulunmuşken, araştırma sonucunda bulunan oranın oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Mary vd. (1981) tarafından yapılan çalışmada uyku sorunu olduğunu düşünenlerin bunun sebebi olarak yoğun çalışma programlarını ve düzensiz uyku alışkanlıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Bu araştırmada da öğrencilerin büyük çoğunluğunun ders çalışmak veya arkadaşlarıyla sohbet etmek için uykusundan fedakarlık etmesinin, sekiz kişilik odalarda kalmaları nedeniyle zaman zaman uyku düzenlerinin bozulmasının gündüz uykululuk yaşamada etkisinin olduğu değerlendirilmektedir.

Araştırmada EUÖ puanına göre her gün aşırı uykulu hissetme ile “dinlenmiş olarak uyanma”, “gün içinde aşırı uykululuk hissi yaşama”, “gün içinde uyuma ihtiyacı hissetme” ve “dersi sevmeme nedeniyle uykululuk hali yaşama” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Şahin vd. (2014) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde EUÖ puanları ile “dinlenmiş olarak uyanma”, “gün içinde aşırı uykululuk hissi yaşama” ve “gün içinde uyuma ihtiyacı hissetme” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gün içinde aşırı uykululuk hali yaşayanların derslerde de uykuluk hali yaşadıkları görülmektedir. Bu durumun da öğrencilerin akademik başarılarını olumsuz etkileyeceği değerlendirilmektedir.

Araştırmada öğrencilerin sınıf, bölüm, her gün alışıktır olunan saatte yatma, sigara içme, çay, kahve, enerji içeceği tüketme, yatmadan önce bir şeyler yeme ve horlama ile EUÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Benzer şekilde Şahin vd. (2014) tarafından yapılan araştırmada da katılımcıların sigara içme, kahve, çay ve enerji içeceği tüketme durumu ile gündüz aşırı uykululuk halleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin gündüz uykululuk hali toplumda beklenen orandan oldukça yüksek çıkmıştır. Bu durum, ailelerinden ayrı olarak zor ve yoğun bir eğitim alan öğrencilerin yaşam kalitesini etkilemekle birlikte akademik başarılarını da olumsuz olarak etkileyecektir. Öğrencilerin beklenenin üzerinde çıkan gündüz uykululuk hali kendilerinin yanında halen beraber eğitim aldığı diğer öğrencilerle, mezuniyet sonrasında iş arkadaşlarıyla ve hatta hastalarıyla olan ilişkilerini de etkileyecektir. Bu nedenle bu öğrencilerin düzenli uyku alışkanlıkları edinmelerinin ve uyku kalitelerini bozacak etkenlerden uzak kalmalarının sağlanması gerekmektedir.

Sekiz kişilik odalarda kalan öğrenciler birbirlerinin uyku düzenlerini olumsuz etkileyebileceğinden dolayı bu öğrencilere uyku, uykunun önemi, gerekli ortamın sağlanması, uyku bozuklukları ve bu sorunlarla başa çıkma yolları hakkında eğitim verilmesinin ve gerektiğinde profesyonel yardım almalarının sağlanmasının gerekli olduğu değerlendirilmektedir. Ayrıca öğrencilerin yurtlarda kalacağı odalardaki kişi sayısının az olması da (örneğin iki kişilik yurt odaları) uyku düzeni sağlayabilmek açısından önemlidir.

Öğrencilerin uyuduğu bölgelerde uyku düzenini bozabilecek etkenlerin azaltılmasının, odalarının fiziki şartlarının daha iyi hale getirilmesinin, iklimlendirmenin yapılmasının, ışık ortamının ayarlanmasının, gün içerisinde uykululuk hallerini azaltacak faaliyetlerin planlanmasının, dersanelerde ve özellikle amfide öğrencilerin daha konsantre bir şekilde ders dinlemelerinin ve aktif olarak derse katılımlarının sağlanmasının ve düzenli beslenme alışkanlıkları edinmelerinin yararlı olacağı öngörülmektedir.

Gündüz uykululuk halinin yanısıra uykuya ait diğer bilgilerinde tespiti için benzer araştırmaların yapılması ve bu araştırmaların aynı statüde eğitim veren farklı okullarda da yapılarak kıyaslanması faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

- Ağargün, M., Çilli, A., Kara, H., Bilici, M., Telcioğlu, M., Semiz, Ü., Başoğlu, C. (1999). Epworth Uykululuk Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10(4), 261-267.
- Akbaba Altun S., Çakan M. (2008). Öğrencilerin Sınav Başarılarına Etki Eden Faktörler: LGS/ÖSS Sınavlarındaki Başarılı iller Örneği, *İlköretim Online*, 7(1), 157-173
- Alóe, F., Pedrosa, A., Tavares, S. M. (1997). Epworth Sleepiness Scale Outcome in 616 Brazilian Medical Students. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 55(2), 220-226.
- Altıntaş, H., Sevensan, F., Aslan, T., Cinel, M., Çelik, E., Onurdağ, F. (2006). HÜTF Dönem Dört Öğrencilerinin Uyku Bozukluklarının ve Uykululuk Hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği İle Değerlendirilmesi. *Sted*, 15(7), 114-120.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M. N. (2014). *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Ertekin, Ş. (1998). Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas
- Eryavuz, N. (2007). Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması. (Yüksek Lisans Tezi), Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- Görgülü, Ü. (2003). Koah Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. (Bilim Uzmanlığı Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
- Karadağ, M. (2007). Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-2). *Akciğer Arşivi*, 8(3), 88-91.
- Karadağ, M., Ursavaş, A. (2007). Dünyada ve Türkiye'de Uyku Çalışmaları. *Akciğer Arşivi*, 8(2), 62-64.
- Mary, A. C., Harvey, K., William, C. D. (1981). Sleep Loss in Young Adolescents. *Sleep*, 4(3), 299-312.
- Miletin, M. S., Hanly, P. J. (2003). Measurement Properties of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep medicine*, 4(3), 195-199.
- Ohayon, M. M. (2003). The Effects of Breathing-Related Sleep Disorders on Mood Disturbances in The General Population. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(10), 1195-1200.
- Roth, T., Roehrs, T., Rosenthal, L. (1994). Normative and Pathological Aspects of Daytime Sleepiness. J. M. Oldham, M. B. Riba (Ed.), "American Psychiatric Press Review of Psychiatry", 13, 707-728. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sanchez-Ortuno, M., Moore, N., Taillard, J., Valtat, C., Leger, D., Bioulac, B., Philip, P. (2005). Sleep Duration and Caffeine Consumption in A French Middle-Aged Working Population. *Sleep Medicine*, 6(3), 247-251.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Sarıaslan, H. A. (2014). Uyku Merkezlerine İlk Defa Polisomnografi Çekimi İçin Başvuran Hastalarda Uyku Kalitesi Üzerine Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.

Sönmez, S., Ursavaş, A., Uzaslan, E., Ediger, D., Karadağ, M., Gözü, R. O., Ege, E. (2010). Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Horlama, Uyku Bozuklukları ve İş Kazaları. Tur Toraks Der, 11, 105-108.

Şahin, S., Açikel, C. H., Türker, T., Okyay, S. (2014). GATA Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Gündüz Uykululuk Hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği İle Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(1).

Şenol, V., Soyuer, F., Akça, R. P., Argün, M. (2012). Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi, 13(2).

Wetter, D. W., Young, T. B. (1994). The Relation Between Cigarette Smoking and Sleep Disturbance Preventive Medicine, 23(3), 328-334.

Usaysad Derg, 2017; 3(3):370-380

ÖRGÜTSEL SINIZMIN TÜKENMİŞLİK ÜZERİNE ETKİSİ: HASTANE ÇALIŞANLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA¹

Bio.Emrullah İNCESU

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

Dr. Mehmet YORULMAZ

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi
mtyorulmaz@hotmail.com

Uzm. Hasan EVİRGEN

Uzman, Konya Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
evirgen42@gmail.com

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanları üzerinde, örgütsel sinizmin tükenmişlik üzerine olan etkisini belirlemektir.

Yöntem: Araştırmanın evrenini Konya Seydişehir Devlet Hastanesi çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmaya ilişkin verilerin toplanabilmesi amacıyla, Brandes ve diğerleri tarafından geliştirilen Örgütsel Sinizm Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden yararlanılmıştır. Her iki ölçek 5'li Likert tipinde derecelendirilmiştir. Örgütsel Sinizm Ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısı 0,887; Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı ise 0,768 olarak gerçekleşmiştir. Araştırma için gerekli izinler alındıktan sonra, hazırlanmış olan ölçekler yüz yüze ve gönüllülük esasına göre uygulanmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak derlenen veriler, SPSS (16.0) programıyla ve uygun test yöntemleri kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırma sonucunda, katılımcıların sinizm ($2,6366 \pm 0,77$) ve tükenmişlik ($2,9588 \pm 0,48$) puanlarının orta düzeyde olduğu bununla birlikte orta nokta olan 3'ün altında gerçekleştiği tespit edilmiştir. Yapılan korelasyon analizinde örgütsel sinizm ile tükenmişlik arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r= 0,505$; $p<0,01$). Regresyon analizi sonuçlarına göre; sinizmin alt boyutlarından "bilişsel" ($B=0,480$, $p<0,05$), "duyusal" ($B=0,374$, $p<0,05$) ve "davranışsal" ($B=0,296$, $p<0,05$) boyutlar tükenmişliğin "duygusal tükenme" boyutunu; "davranışsal" ($B=0,233$, $p<0,05$) boyut da tükenmişliğin "duyarsızlaşma" boyutunu etkilemektedir.

Sonuç: Araştırma sonucunda örgütsel sinizmin hastane çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu araştırma ile elde edilen sonuçlar, sağlık çalışanların sinizm ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenerek çalışma veriminin artırılması ve kurumsal aidiyet olgusunun yerleşmesine yönelik çözüm yollarının aranması konularında katkı sağlamaya yardımcı olması açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sinizm, Örgütsel Sinizm, Tükenmişlik, Örgütsel Sinizm ve Tükenmişlik, Hastane Çalışanlar

¹Bu çalışma 16-19 Aralık 2015 tarihinde Antalya'da düzenlenen 6. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

THE EFFECT OF ORGANIZATIONAL CYNICISM ON BURNOUT: A STUDY ON HOSPITAL EMPLOYEES

Abstract

Aim: The purpose of this study is to determine the effect of organizational cynicism on burnout on health workers.

Method: The universe of the research is composed of employees of Seydişehir State Hospital in Konya. The Organizational Cynicism Scale and the Maslach Burnout Scale developed by Brandes et al. Were used to collect data related to the research. Both scales were rated on the 5-point Likert type. The Cronbach Alpha coefficient of the Organizational Cynicism Scale was 0.887 and the Cronbach's Alpha coefficient of the Maslach Burnout Scale was 0.768. After obtaining the necessary permissions for the research, the scales were applied on a face to face basis and on a voluntary basis. Data compiled for the purpose of the study were analyzed using the SPSS (16.0) program and appropriate test methods.

Findings:As a result of the study, participants were found to be below the midpoint of 3, with cynicism (2,6366 ± 0,77) and burnout (2,9588 ± 0,48) being moderate. In the analysis of the correlation, there was a positive and significant relationship between organizational cynicism and burnout ($r = 0,505$ $p < 0,01$). According to the results of regression analysis; Cognitive ($B = 0,480$, $p < 0,05$), sensory " $(B = 0,374$ $p < 0,05)$ and" behavioral ($B = 0,296$ $p < 0,05$) also affects the desensitization extent of the burnout.

Conclusion:As a result of the research, it has been determined that organizational cynicism has an effect on the burnout degree of hospital employees. The results of this research are evaluated as important in terms of determining the level of cynicism and burnout of the employees, increasing the working efficiency and helping to contribute to the search for solutions for the establishment of institutional belonging.

Key Words: Cynicism, OrganizationalCynicism, Burnout, Organizational Cynicism and Burnout Hospital Employees

1. GİRİŞ

İnsanoğlu hayatın her alanında zorlamalarla dolu bir yaşamla karşı karşıyadır. Sosyal hayatın getirdiği bir takım olumlu ve olumsuzlukları yaşarken çalışma ortamında yaşadığı olaylara kayıtsız kalamamakta, örgüt içinde yaşanan olumsuz durumlar çalışan üzerinde tükenmişlik ve örgüt kaynaklı sinizm yaşamasına sebep olmaktadır. Bilinen çalıştırma anlayışında, çalışan ve işveren arasındaki iş ilişkilerinin karşılıklı güven ve inanca dayalı olduğu görülmektedir. Hızla artan teknolojik gelişmeler, globalleşme, rekabet koşullarının çetinliği, örgütlerin yeniden yapılanma/küçülme davranışları, sürekli iyileştirme/geliştirme projeleri ve bunlara bağlı olarak işletmeler arasında değişen endüstriyel ilişkiler, işveren-çalışan ilişkisini olması farklı bir boyuta kaydırmıştır. Bu yeni iş ilişkisi, çalışanların çalıştıkları kuruma karşı olumsuz tutum ve beklentiler geliştirmelerine neden olmakla birlikte; yıpranmışlık, yabancılaşma ve başarısızlık duygularına kapılmalarına sebep olmaktadır (Üçok ve Torun, 2014:232). Alın yazına bakıldığı vakit sinizm genellikle “şüphencilik” kavramı ile eş anlamlı kullanıldığı görülmektedir (Abraham, vd, 2015; 235). Sağlık hizmetlerinin yapısından kaynaklı olarak sağlık çalışanlarında zamanla hem kendilerine hem de hizmet sundukları hastalara ve aynı zamanda mesleklerine yönelik olumsuz düşünceler ve olumsuz duygular beslemelerine sebebiyet vermektedir. Bu tür olumsuz duygular örgüt çalışanlarının birçoğu tarafından hissedilmeye başladığı zaman bireysellikten çıkarak örgütsel boyut kazanmaktadır (Akman, v.d.,2010:808). Dean ve arkadaşlarının tanımına göre “örgütsel sinizm” çalışanın örgütüne karşı geliştirdiği negatif tutumlar olarak

tanımlanmaktadır (Dean vd., 1998; 345). Yine Dean ve arkadaşları, çalışanların neden örgütlerine karşı olumsuz tutum ve davranış içerisine girdiklerini şu nedenlere bağlamaktadırlar; a.örgütsel bütünlüğün olmadığına dair inanç b. Örgüte karşı eleştirel davranma ve c. duygusal tepkidir (Eagly ve Chaiken, 1993). Araştırmada kullanılan anketde de belirtildiği üzere örgütsel sinizm 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Dean ve arkadaşları bunları (1998), “bilişsel boyut” çalışanların örgütün dürüstlükten, adillikten yoksun olması durumu olarak algılanması şeklinde tanımlanmaktadır. “Duyuşsal boyut”, çalışanların bilişsel boyuttaki algılaması sonrasında; kızma, sinirlenme, gerginlik, endişe hissetme gibi duygusal tepkileridir. Son olarak “davranışsal boyutta” ise, çalışanların örgütü, çevresindekilere karşı kötülemesi, mevcut durumdan şikayet etmesi ve örgüt yapısını eleştirmesi olarak ifade edilmektedir (Altınöz, v.d.,2011:290). Araştırmanın bu bölümünde kuramsal çerçeve çizilmeye çalışılmakta olup, bu kapsam içerisinde tükenmişlik ve örgütsel tükenmişlik kavramlarından da bahsedilecektir. Örgütsel tükenmişlik, günümüzün birçok meslek grubunda (özellikle hizmet sektöründe) çalışanların insanlarla yüz yüze ve yakın iletişim kurması gerekli olmuştur. Mesleki tükenmişlik üzerine yapılan araştırmalar incelendiğinde tükenmişliğin; kişinin yaptığı işten kaynaklı insanlarla çok fazla yüz yüze gelen, insanlara birebir hizmet veren, yardım eden meslek gruplarının çalışanlarında daha fazla görüldüğü sonucu ortaya çıkmaktadır (Cemaloğlu ve Şahin, 2007:466). Yapılan işin niteliği, stresle karşı karşıya kalmayı belirleyen önemli bir etkidir. Birçok meslek grubunda çalışanlar, örgütsel yapılar ve işten kaynaklı çalışma koşulları nedeniyle yüksek seviyede stres yaşamaktadır (Cemaloğlu ve Şahin, 2007:465). Tükenmişlik (burnout), ilk kez 1970’lerde hizmet sektöründe çalışanların yaşadığı mesleki bunalımı anlatmak amacıyla Herbert Freudenberger tarafından ortaya atılmış bir kavramdır. Başarısızlık, yıpranma, enerji ve güç kaybı ya da karşılanmayan istekler doğrultusunda ortaya çıkan kişiyi mutsuzluğa iten bir olumsuz durumu ifade etmektedir (Şahin ve Şahin,2012: 276). Sağlık sektörü hizmet sektörü içerisinde büyük paya sahip aynı zamanda emek faktörünün çok sık kullanıldığı, yıpranma ve tükenmişliğin çok çabuk yaşanabileceği bir alandır. İşte bu amaçla yapılan bu çalışma ile bir kamu hastanesinde görevli çalışanların kurumsal olarak yaşadıkları örgütsel sinizmin tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı sağlık çalışanlarında, örgütsel sinizmin tükenmişlik üzerine etkisini belirlemek ve alanyazına bu alanda katkı sağlamaktır. Ayrıca bu çalışma ile elde edilen çıktıların iş barışına, örgütsel düzeyde çalışanların sinizm ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenerek çalışma veriminin artırılmasına ve kurumsal aidiyet olgusunun oluşmasına yönelik çözüm yolları aranmasına katkı sağlamaya yardımcı olması açısından önemli olarak değerlendirilmektedir. Araştırma, kısıtlı bir sürede, sadece Sağlık Bakanlığına bağlı bir devlet hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini devlet hastanesinde çalışan 318 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılan anketler yüz yüze ve önceden anketler gönderilen personelden elektronik geri dönüşler şeklinde olmuştur ve sağlık çalışanlarının 222’sine ulaşılabilmektedir. Araştırmada basit rastgele örneklem yöntemi uygulanmıştır. Araştırmada veriler literatür taraması yapıldıktan sonra uygulanmak üzere demografik bilgilerin elde edilmesine yönelik bilgi formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory) ve Brandes ve arkadaşları tarafından geliştirilen örgütsel sinizm ölçekleri kullanılarak toplanmıştır. Uygulanan anket formunun ilk kısmını 11 sorudan oluşan demografik özellikler, 22 sorudan oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve 13 sorudan oluşan örgütsel sinizm ölçeği soruları olmak üzere toplam 46 sorudan oluşmaktadır. Verilerin sağlanması için kullanılan anket yüz yüze anket uygulama yöntemi ve mail yolu ile gönüllülük esasına göre yapılmıştır. Anket 01.09.2014-31.09.2014 tarihleri arasında 222 hastane çalışanına uygulanmıştır. Araştırmada çalışanlar tarafından algılanan tükenmişliği ölçmek için toplamda 22 sorudan ve 3 alt boyuttan oluşan tükenmişlik ölçeği

“duygusal tükenme”, “duyarsızlaşma ve “kişisel başarı duygusunda azalma” kullanılmıştır. “Duygusal tükenme” ve “duyarsızlaşma” alt ölçeklerinin puanları, her madde için hiçbir zaman=1, çok nadir =2, bazen = 3, çoğu zaman= 4 ve her zaman= 5 şeklinde “kişisel başarı duygusunda azalma” alt ölçeğinde ise ölçek terse çevrilerek değerlendirme yapılmıştır. 13 maddeden oluşan örgütsel sinizm ölçeği de 3 alt boyuttan oluşmaktadır. “bilişsel alt boyutu” 1., 2., 3., 4., ve 5. sorulardan, “duygusal alt boyut” 6.,7.,8., ve 9. sorularından son boyut olan “davranışsal alt boyut” ise 10.,11.,12., ve 13. Soruları içermektedir. Kullanılan ölçeklerin ikisi de 5 seçenekli likert tipi ölçeklerdir.

Bu araştırmada ölçeklerin güvenilirlik analizleri Cronbach's alpha değerine bakılarak değerlendirilmiştir. İç tutarlılık analizinde elde edilen değerler aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 1. İç Tutarlılık Tablosu

Ölçekler	Cronbach's alpha kat sayısı
Maslach Tükenmişlik	0,768
Duygusal Tükenmişlik	0,840
Kişisel Başarı	0,715
Duyarsızlaşma	0,667
Örgütsel Sinizm	0,887
Bilişsel	0,896
Duyusal	0,794
Davranışsal	0,758

Tablo 1’de görüleceği üzere **Maslach Tükenmişlik Ölçeği**’nin Cronbach’s alpha katsayısı 0,768 gibi yüksek bir sonuç bulunmuş olup, anketin güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu ölçeğe ait alt boyutların Cronbach’s alpha kat sayıları, duygusal tükenmişlik alt boyutu için 0.840, Kişisel Başarı alt boyutu için 0,715 ve Duyarsızlaşma alt boyutu için 0.667 olarak saptanmıştır. Örgütsel sinizm ölçeğinin Cronbach alpha analizleri yapılmış ve güvenilirliği 0,887 olarak bulunmuştur. Bu ölçeğe ait alt boyutların Cronbach’s alpha değerleri, bilişsel boyut için 0.896, duygusal boyut için 0,794 ve Davranışsal boyut için 0.758 şeklinde bulunmuştur.

Araştırmada kullanılan veriler SPSS 16 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada tanımlayıcı istatistiksel uygulamalar; standart sapma, frekans, aritmetik ortalama ve sayısal verilerin karşılaştırılmasında korelasyon ve regresyon analizlerine tabii tutularak değerlendirme yapılmıştır. Ölçekler arası ilişkinin analiz edilmesinde verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini tespit etmek için Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov Testi uygulanmıştır. Test sonucunda değeri 0,05 den küçük olduğu tespit edilmiştir. Bu değer verilerin normal dağılım göstermediğini işaret etmektedir. Bundan dolayı korelasyon analizinde Pearson Korelasyon testi kullanılmayıp Sperman Korelasyon testi kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılanların demografik özellikleri, Katılımcıların Meslek Grupları, Katılımcıların Meslek Seçme Nedenleri, Çalışanların Tükenmişlik ve Örgütsel Sinizm Düzeyleri Genel Puan Ortalamaları, Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puan Ortalamaları, Örgütsel Sinizm Ölçeği Puan Ortalamaları, Örgütsel Sinizm ve Tükenmişlik Alt Boyutları Arasındaki İlişki ve Örgütsel Sinizm ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkileri gösteren tablolar aşağıda verilerek yorumlanmıştır.

Tablo 2. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bilgiler (N=222)

ÖZELLİKLER		n	%
Cinsiyet	Bayan	118	53,2
	Erkek	104	46,8
Eğitim Durumu	Lise	78	35,1
	Ön Lisans	65	29,3
	Lisans	56	25,2
	Yüksek Lisans	18	8,3
Medeni durum	Evli	193	86,9
	Bekâr	24	10,8
	Dul	3	1,4
Çalışılan Birim	Klinikler	56	25,5
	Poliklinikler	31	14
	Acil Servis	30	13,5
	Yoğun Bakım	13	5,9
	Ameliyathane	17	7,7
	Yazı İşleri	11	5
	Röntgen	11	5
	Diğer(Diş, Laboratuvar, Ambar, Eczane, Sterilizasyon, Doğumhane, Diyaliz...)	39	18,7
Yaş(Yıl)			
Minimum	Maximum	Ort.	Sdt.
20	59	37,4423	8,02782
Kurumda Toplam Çalışma Süresi(Yıl)			
Minimum	Maximum	Ort.	Sdt.
1	30	9,4198	6,63937
Toplam Çalışma Süresi(Yıl)			
Minimum	Maximum	Ort.	Sdt.
1	35	13,4087	7,78322

Tablo 2'ye bakıldığında anketlere katılanların % 46,8'i erkek, % 53,2'si kadındır. Yaş ortalaması 37,3427±8,34119, toplam kurumda çalışma süresi 9,4198±6,63937 ve toplam çalışma süresi 13,4087±7,78322 olarak belirlenmiştir. Hastanede çalışanların yaş ortalamasını çok yüksek olmadığı görülmektedir. Araştırmaya katılanların medeni durumlarına bakıldığında % 10,8'i bekâr, % 86,9'uevlidir. Eğitim durumu açısından bakıldığında çalışanların eğitim düzeyleri genelde lise seviyesinde yoğunlaşmaktadır. Üniversite mezunlarının oranı % 62,8'dir. Çalışılan çalıştıkları birimlere bakıldığında en sıklıkla % 25,5'i kliniklerde çalışmaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların Meslek Grupları

Meslek Grupları	n	%
Hemşire	63	28,4
Ebe	9	4,1
Laboratuar Teknisyeni	6	2,7
VHKİ	19	8,6
Temizlik Personeli	18	8,1
Veri Giriş	20	9,0
Teknisyen	8	3,6
Sağlık Memuru	6	2,7
ATT	4	1,8
Hizmetli	10	4,5
Doktor	14	6,3
Diş Teknisyeni	4	1,8
Güvenlik Görevlisi	5	2,3
Tıbbi Sekreter	1	,5
Psikolog	1	,5
Röntgen Teknisyeni	8	3,6
Toplam	196	88,3

Sağlık çalışanların meslek oranlarına bakıldığında % 28,4'ünün hemşire olduğu görülmektedir. Bu durum çalışanların ağırlıklı olarak klinkerde çalıştığını göstermektedir (Tablo 3).

Tablo 4. Katılımcıların Meslek Seçme Nedenleri

Meslek Seçme Nedenleri	n	%
İdealimdeki meslek olduğu için	38	17,1
Ailem istediği için	51	23,0
Mesleki rehberlik sonucunda	12	5,4
Puanım uygun olduğu için	41	18,5
Saygın bir meslek olduğu için	19	8,6
Mesleğimi çok sevdiğim için	9	4,1
Topluma ve hastalara faydalı olmak için	33	14,9

Sağlık çalışanlarının meslek seçme nedenleri incelendiğinde ise katılımcıların % 23'ü ailelerinin istediği için bu mesleği seçtiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 5. Çalışanların Tükenmişlik ve Örgütsel Sinizm Düzeyleri Genel Puan Ortalamaları

	N	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Dev.
Örgütsel Sinizm	222	1,00	4,85	585,32	2,6366	,77311
Tükenmişlik	222	1,00	4,27	656,86	2,9588	,47846

Tablo 5'de görüleceği üzere araştırmaya katılan çalışanların "örgütsel sinizm" ve "tükenmişlik" ölçek verilerine göre "örgütsel sinizm" genel puan toplamı 585,32 ve ortalama değeri ise 2,6366 olarak "tükenmişlik" genel puan toplamı 656,86 ve ortalama değeri ise 2,9588 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 6. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puan Ortalamaları

Tükenmişlik Değişkenleri	N	Min	Max	Mean	Std. Dev.	Variance
--------------------------	---	-----	-----	------	-----------	----------

Duyusal Tükenme	TS1	221	1,00	5,00	3,0045	1,08919	1,186
	TS2	221	1,00	5,00	3,3982	1,13810	1,295
	TS3	220	1,00	5,00	3,1818	1,14423	1,309
	TS6	220	1,00	5,00	2,7136	1,08741	1,182
	TS8	217	1,00	5,00	3,1429	1,15585	1,336
	TS13	219	1,00	5,00	2,6621	1,15138	1,326
	TS16	217	1,00	5,00	2,7143	1,13097	1,279
	TS20	221	1,00	5,00	2,8326	1,01086	1,022
Duyusal Tükenme	Mean		Std. Deviation				
	2,9808		,74432				
Duyarsızlaşma	TS5	222	1,00	5,00	2,0721	1,03523	1,072
	TS10	219	1,00	5,00	1,9909	1,10458	1,220
	TS11	222	1,00	5,00	2,3153	1,26907	1,611
	TS15	217	1,00	5,00	2,1521	1,17059	1,370
	TS21	222	1,00	5,00	3,3423	1,13756	1,294
	TS22	220	1,00	5,00	2,4955	1,16454	1,356
Duyarsızlaşma	Mean		Std. Deviation				
	2,2023		,75746				
Kişisel Başarı Duyusunda Azalma	TS4	218	1,00	5,00	3,6239	1,03210	1,065
	TS7	213	1,00	5,00	3,4601	1,11362	1,240
	TS9	213	1,00	5,00	3,6620	1,29159	1,668
	TS12	221	1,00	5,00	2,9367	1,11419	1,241
	TS14	218	1,00	5,00	3,2018	1,10949	1,231
	TS17	220	1,00	5,00	3,3909	1,18279	1,399
	TS18	222	1,00	5,00	3,3153	1,12545	1,267
	TS19	219	1,00	5,00	3,5662	1,10833	1,228
Kişisel Başarı Duyusunda Azalma	Mean		Std. Deviation				
	3,4074		,65030				

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puan Ortalamaları Tablo 6'da görüleceği üzere "Duyusal" Tükenme alt ölçeği genel puan ortalama değeri $2,9808 \pm 0,74432$, "Duyarsızlaşma" alt ölçeği genel puan ortalama değeri $2,2023 \pm 0,75746$ ve "Kişisel Başarı Duyusunda Azalma" alt ölçeği genel puan ortalama değeri $3,4074 \pm 0,65030$ olarak tespit edilmiştir.

Tablo 7. Örgütsel Sinizm Ölçeği Puan Ortalamaları

Örgütsel Sinizm Değişkenleri		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
Bilişsel Alt Boyut	ÖS1	222	1,00	5,00	2,4189	1,19206	1,421
	ÖS2	222	1,00	5,00	2,2703	1,17243	1,375
	ÖS3	221	1,00	5,00	2,4299	1,19500	1,428
	ÖS4	217	1,00	5,00	2,4654	1,18632	1,407
	ÖS5	219	1,00	5,00	2,7945	1,14490	1,311
Bilişsel Alt		Mean		Std. Deviation			

Boyut		2,4732			,99214			
Duyusal Alt Boyut	ÖS6	221	1,00	5,00	2,9412	1,11648	1,247	
	ÖS7	220	1,00	5,00	2,9273	1,17593	1,383	
	ÖS8	219	1,00	5,00	3,1050	1,37571	1,893	
	ÖS9	220	1,00	5,00	2,9864	1,11232	1,237	
Duyusal Alt Boyut		Mean			Std. Deviation			
		2,9842			,94770			
Davranışsal Alt Boyut	ÖS10	222	1,00	5,00	2,6847	1,21813	1,484	
	ÖS11	218	1,00	5,00	2,5321	1,19190	1,421	
	ÖS12	214	1,00	5,00	2,7290	1,13062	1,278	
	ÖS13	220	1,00	5,00	2,0545	1,09241	1,193	
Davranışsal Alt Boyut		Mean			Std. Deviation			
		2,2023			,75746			

Örgütsel Sinizm Ölçeği Puan Ortalamaları Tablo 7’de görüleceği üzere “Duyusal” alt boyut genel puan ortalama değeri $2,9842 \pm 0,94770$, “Bilişsel” alt boyut genel puan ortalama değeri $2,4732 \pm 0,99214$ ve “Davranışsal” alt boyut genel puan ortalama değeri $2,2023 \pm 0,75746$ olarak tespit edildi.

Tablo 8. Örgütsel Sinizm ve Tükenmişlik Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Korelasyon Analizi	Bilişsel Boyut	Duyusal Tükenmişlik	Kişisel Başarı Tükenmişlik	Duyarsızlaşma Tükenmişlik
Bilişsel Boyut	1,000			
Duyusal Tükenmişlik	,551	1,000		
Kişisel Başarı Tükenmişlik	-,117	,055	1,000	
Duyarsızlaşma Tükenmişlik	,430	,566	-,193	1,000
Korelasyon Analizi	Duyusal Boyut	Duyusal Tükenmişlik	Kişisel Başarı Tükenmişlik	Duyarsızlaşma Tükenmişlik
Duyusal Boyut	1,000			
Duyusal Tükenmişlik	,414	1,000		
Kişisel Başarı Tükenmişlik	,015		1,000	

Duyarsızlaşma Tükenmişlik	,280			1,000
Korelasyon Analizi	Davranışsal Boyut	Duyusal Tükenmişlik	Kişisel Başarı Tükenmişlik	Duyarsızlaşma Tükenmişlik
Davranışsal Boyut	1,000			
Duyusal Tükenmişlik	,427	1,000		
Kişisel Başarı Tükenmişlik	-,041		1,000	
Duyarsızlaşma Tükenmişlik	,403			1,000

Analiz sonuçları incelendiğinde “Kişisel Başarı Tükenmişlik” ile Örgütsel Sinizm “Bilişsel” Boyut(-0,117), “Duyarsızlaşma Tükenmişlik” ile “Kişisel Başarı Tükenmişlik”(-0,193) ve “Kişisel Başarı Tükenmişlik” ile Örgütsel Sinizm “Davranışsal” Boyut arasında negatif yönde ilişki olduğu diğer alt ölçeklerin ise aralarında pozitif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9). Buna göre çalışanların sinizm düzeylerini “Kişisel Başarı Duygusunda Azalma” durumu etkilemektedir.

Tablo 9. Örgütsel Sinizm ve Tükenmişlik Arasındaki İlişki

Spearman's rho			Örgütsel Sinizm	Tükenmişlik
			Örgütsel Sinizm	Correlation Coefficient
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	222	222
	Tükenmişlik	Correlation Coefficient	,505**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	222	222

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

Tablo 10’da yapılan Spearman Korelasyon testine göre; Örgütsel sinizm ile tükenmişlik arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir [$r(222)=0,505$; $p<0,01$].

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Örgütsel sinizmin tükenmişlik üzerine etkisini araştıran bu çalışmada, söz konusu değişkenler arasında anlamlı ilişkilerin olduğu ve tükenmişlik boyutlarının açıklanmasında örgütsel sinizmin önemli etkileri olduğu ortaya konulmaktadır. Araştırma bulguları değerlendirildiğinde, sinizm boyutlarında “Bilişsel” ve “Duyusal” boyutların tükenmişlik boyutlarından “Duyusal” ve “Duyarsızlaşma” boyutu ile aynı yönlü, tükenmişliğin “Kişisel Başarı Duygusu Azalma” boyutu üzerinde ise ters yönlü ilişki içinde olduğu görülmüştür. Buna göre çalışanların “Duyusal” ve “Bilişsel” sinizm düzeylerinde artma tükenmişliğin artmasına, “Kişisel Başarı Duygusu” tükenmişlik düzeyinin ise sinizm düzeyinin

azalmasına neden olmuştur. Her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de yenilik ve hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmalar sağlık hizmetleri sunumunda hem nicelik hem de nitelik açısından olumlu iyileşmeleri beraberinde getirmektedir. Özellikle son dönemlerde Sağlık Bakanlığı tarafından tüm Türk hastanelerinde uygulanması zorunlu hale getirilmiş “Sağlıkta Kalite Standartları version 5” sayesinde sağlık hizmeti sunum kalitesinde çok büyük iyileştirmeler yaşanmıştır. Araştırma sonucuna göre önerilebilecek bir husus ise; sağlık çalışanlarının çalıştıkları kuruma yönelik geliştirebilecekleri sinik davranışların kurum yöneticileri tarafından fark edilerek önlem alınabilmesi önem arz etmektedir. Bu nedenle kurum yöneticilerinin belirli aralıklarla kurumda çalışanların örgütsel sinizm ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesine dönük çalışmalar yapması önerilmektedir. Çalışanların sinik tutum, davranış ve tükenmişlik düzeylerini düşürülmesinde, çalışanların kuruma aidiyet duygularında yaşanan olumsuzlukların kurumun üst yönetimi tarafından değerlendirilmesi, çalışanların kurumun politika, amaç ve uygulamaları arasında ilişki kurmasının sağlanması ve yönetimin çalışanlarını kurum hedeflerine yönelik motive etmesi, yöneticilerin çalışanları ile her fırsatta toplantılar yapılması, çalışanların yönetime katılımının sağlanması önerilmektedir. Sonuç olarak, hastane çalışanlarının sinizm algıları ve tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu ve örgütsel sinizm ile tükenmişlik arasında pozitif yönlü ve anlamlı [$r(222)=0,505$; $p<0,01$] bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

KAYNAKÇA

Abraham, J., Pane, M. M. ve Chairiyani, R. P. (2015). An Investigation on Cynicism and Environmental SelfEfficacy as Predictors of Pro-Environmental Behavior. *Psychology*, 6, 234-242. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2015.63023>.

Akman, B., Taşkın, N., Özden, Z., Çörtü, F. (2010). Okul Öncesi Öğretmenlerinde Tükenmişlik Üzerine Bir Çalışma. *İlköğretim Online*, 9(2), 807–815.

Altınöz, M., S. ÇÖP ve T. SİĞİNDİ (2011), “Algılanan Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Sinizm İlişkisi: Ankara’daki Dört ve Beş Yıldızlı Konaklama İşletmeleri Üzerine Bir Araştırma”, *Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 15 (21), 285-315.

Bedük, A., Cakıcı, A. B., ve Çiçekdağı, H. İ. (2015). An Organizational Evaluation On Cynicism And Organizational Commitment; Example Of Disaster And Emergency Employees. *Int.J.Eco. Res.*, v6i2, 18-31 ISSN: 2229-6158

Brandes, PM. (1997). Organizational cynicism: Its nature, antecedents and consequences, Unpublished Phd Dissertation: The University of Cincinnati.

Cemaloğlu, N. Şahin DE. Öğretmenlerin Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi, *Kastamonu Eğitim*, 2007, 15:2,s,465-484

Çam, O. “Tükenmişlik Envanterinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Araştırılması”. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 1992,(Edit: R. Bayraktar, İ. Dağ) Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları

Dean, J. W., Brandes, P. ve Dharwadkar, R. (1998), “Organizational Cynicism”, *The Academy of Management Review*, 23(2). 341-352.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Eagly, A. H., Chaiken, S. (1995). "The psychology of attitudes. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich." Volume 12, Issue 5 August 1995.

Ergin, C. "Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması", VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı, 1992, 143-154.

Şahin, F., Şahin, D. (2012). Engelli bireylerle çalışan özel eğitim öğretmenlerinin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi [Examining the burn-out levels of special education teachers working with disabled individuals]. Journal of Teacher Education and Educators, 1 (2), 275-294.

Maslach, C., Jackson, S.E. The Measurement of Experienced Burnout, Journal of Occupational Behavior, 1981, 2, 99-113.

Naus, Fons, Iterson, Ad van, Roe, Robert. Organizational Cynicism: Extending The Exit, Voice, Loyalty and Neglect Model Of Employees Responses To Adverse Conditions In The Workplace. Human Relations, 60, 5. ABI/INFORM.2007, s. 683-692.

Şencan, H, Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. Ankara: Seçkin Yayıncılık.2005

Ural, A. Kılıç, İ. Bilimsel Araştırma Süreci Ve SPSS İle Veri Analizi, Ankara, Detay Yayıncılık.2011

Üçok, D. Torun, A. "Tükenmişliği Etkileyen Olumsuz Tutum Ve Beklentiler: Sinik Tutum Ve Psikolojik Sözleşme İhlali Algısı Üzerine Bir Araştırma", Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi,2014, Cilt: 28, Sayı: 1,ss. 231-250

Usaysad Derg, 2017; 3(3):381-397

**SAĞLIK ÇALIŞANLARI TARAFINDAN ALGILANAN DURUMSAL LİDERLİK
STİLLERİ (ANKARA'DA BİR ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ)***

**SITUATIONAL LEADERSHIP STYLES PERCEIVED BY HEALTHCARE
EMPLOYEES (A PRIVATE HOSPITAL CASE IN ANKARA)**

Doç. Dr. Zekai ÖZTÜRK

Gazi Üniversitesi

zozturk@gazi.edu.tr

Araş. Gör. Ece DOĞUÇ

Gazi Üniversitesi

ecedoguc@gazi.edu.tr

Araş. Gör. Gamze ARIKAN

Gazi Üniversitesi

gamzearikan@gazi.edu.tr

Öz

Hastaneler bir yandan gelişen toplumun beklentilerine cevap vermek, diğer yandan kaliteli, verimli, yerinde ve zamanında sağlık hizmetleri sunmak zorundadırlar. Bu nedenle hastanelerin nitelikli, bilgili, vizyon sahibi liderlere sahip olmaları önerilmektedir. Yapılan araştırmalar liderlik davranışlarının çalışanların motivasyonunu, performansını ve verimliliğini etkilemekle birlikte takım çalışması, işe bağlılık, işten ayrılma örgütsel sessizlik gibi nedenlerle tüm örgütü etkilediği belirtilmiştir. Bu araştırmada durumsal liderlik kuramlarından çok faktörlü liderlik kuramı baz alınarak liderlik stillerinin belirlenmesi ve çalışan demografik özelliklerine göre liderlik stil algılarındaki farklılıklar belirlenmeye çalışılmıştır.

Araştırma 2017 yılında Ankara/Çankaya ilçesinde bir özel hastanede 154 sağlık çalışanı ile anket yöntemiyle yapılmıştır. Erkek çalışanların üstlerinin dönüşümcü ve katılımcı liderlik davranışlarını gösterdiklerine dair ortalamaları kadın çalışanlara göre daha yüksektir. İdari personelin; üstlerinin dönüşümcü ve sürdürücü liderlik davranışlarını gösterdiklerine dair ortalamaları hemşireler ve hasta danışmanlarından daha yüksektir. Kurumda bir yöneticiliği olanlar ise yöneticiliği olmayanlara göre daha yüksek ortalama ile kendi üstlerinden serbestlik tanyan liderlik davranışları gördüklerini belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarının üstlerinin dönüşümcü ($\bar{X}=3,43$) ve sürdürücü ($\bar{X}=3,41$) liderlik tiplerinin en baskın liderlik tipleri olduğu görülmüştür. Serbestlik tanyan liderlik yaklaşımı ise ($\bar{X}=2,78$) en az katılım sağlanan liderlik tipidir. Sonuç olarak katılım oranlarına bakıldığında modern liderlik davranışlarının astlara göre üstler tarafından benimsenmediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: liderlik, durumsal liderlik, çok faktörlü liderlik kuramı, sağlık çalışanları

Abstract

Hospitals must meet the expectations of the developing community, on the other hand must provide quality, efficient, on-site and on-time health services. For this reason, it is suggested that hospitals should have qualified, knowledgeable and vision holder leaders. Research has indicated that leadership behaviors affect the whole organization by influencing employee motivation, performance and productivity, as well as team work, job commitment, job separation, organizational silence. In this study, it was tried to determine the leadership styles based on the multi-factorial leadership theory from the situational leadership theories and to determine the differences in the leadership style perceptions according to the working demographics. A private hospital was chosen as sample in Ankara/Çankaya.

The survey was carried out in 2017 by applying a questionnaire to 154 healthcare employees. The averages of male employees showing that their superiors demonstrate their transformational and participatory leadership behaviors are higher than female employees. The averages of the administrative staff indicating that transformers and sustainable leadership behaviors of their tops are higher than nurses and patient advisors. Those who had an executive position in the institution stated that they had seen leadership behaviors that gave higher free hand to their superior than those who did not.

The superiors of healthcare employees were found to be the most dominant types of leadership in the transformational ($\bar{X}= 3,43$) and sustainable ($\bar{X}= 3,41$) leadership types. Leadership approach that recognizes freedom ($\bar{X}=2,78$) is the least participatory leadership type. As a result, according to participation rates, it is seen that modern leadership behaviors are not adopted by superiors to subordinates.

Key Words: leadership, situational leadership, multifactor leadership theory healthcare employees

GİRİŞ

Liderlik kavramının açıklanması, davranış bilimlerinin en önemli konularından bir tanesidir ve bu kavram geçmişten günümüze kadar birçok araştırmacı tarafından incelenmiş ve araştırılmıştır. Yapılan ilk araştırmalarda, “lider olunmaz, doğulur” felsefesi kabul edilmiştir. Bunun sonucunda; lider özelliklerini taşıyan yöneticilerin kimler olduğu, mevcut yöneticilere bu özelliklerin kazandırılıp kazandırılmayacağı veya bu özelliklere sahip insanların nasıl temin edileceği soruları ön plana çıkmıştır. Bu noktadan hareketle ilk çalışmalar lider özelliklerinin tespit edilmesine yönelik olmuştur. Yapılan çalışmalar neticesinde lider özelliklerinin tespit edilmesinin basit gibi görülmesine karşın, hiç de umulduğu gibi kolay olmadığı görülmüş ve bir liderin sahip olması gereken özelliklerin diğer liderde bulunmadığı tespit edilmiş ayrıca istenmeyen bazı özelliklerinde bulunduğu görülmüştür. Sonuçta liderin, özelliklerinden dolayı lider olduğu konusunda görüş birliğine varılamamıştır.

Çalışmaların ilerlemesiyle birlikte etkin bir liderlik tarzının, liderin özelliklerine ya da davranış biçimine bağlı olmadığı; içinde bulunulan ortamın koşullarına göre durumdan duruma değişeceği anlaşılmıştır. Bu verilerin ışığında lider etkinliğine etki eden durumsal faktörler tespit edilmeye çalışılmış ve lider etkinliğini tahminlemeye yönelik “durumsal liderlik kuramı” geliştirilmiştir. Günümüzde de geçerliliğini koruyan bu yaklaşıma göre etkin lider; grubun performansını artırmak, izleyicilerin örgütü benimsemelerini sağlamak, karşılıklı güven ortamı yaratmak, misyon ve vizyonu beraber paylaşmak amacını güden ve bunları sağlayarak organizasyonun amaçlarına ulaşmasını gerçekleştiren kişi olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde etkin liderleri

bulup ortaya çıkarmak, onları istihdam etmek her organizasyonun hedeflerinden biri haline gelmiştir.

Bu çalışma; günümüzde önemini her geçen gün daha da fazla hissettiren liderlik ve durumsal liderlik kavramı konusunda literatür açıklaması yaptıktan sonra, özel bir hastanede uygulanan araştırma kısmında verilerin analizi, bulgular ve sonuç bölümüne yer verecektir.

Durumsal liderlik modeli liderlik etkinliğinin en önemli teorilerinden biri haline gelmiştir. Yapılan geçerlilik çalışmaları liderlik sürecine önemli yeni bakış açısı getiren bu teori için güçlü bir destek sağlamıştır (Mitchell, Biglan, Oncken ve Fiedler, 1970: 267).

Bir liderin çalışma ortamının farklı yönlerini değiştirmek, bir süre devam eden lider davranış ve performans üzerinde öngörülebilir ve önemli bir etkiye sahiptir. Bu, özellikle tecrübesiz liderler için geçerlidir. Yüksek kademe yöneticisi, organizasyon ortamında verilen bir değişikliğin sonucunda ortaya çıkabilecek davranışları önceden tahmin etmeye çalışırken hem deneyim seviyesini hem de lider ilişkisinin motive edici yapısını (görev motivasyonuna karşı) dikkate almalıdır (Bons ve Fiedler, 1976: 471-472).

Sağlık sektöründe kapladıkları yerin önemi ve büyüklüğü nedeniyle hastaneler büyük organizasyonlar (işletmeler) arasında değerlendirilirler. Bu sebeple genel işletmeler gibi profesyonel bir bakış açısıyla yönetilmelidir. Yönetim ne kadar faal olursa hastanede sunulan hizmetlerde o kadar faal olacaktır. Hastane yönetimi genel yönetim gibi; planlama, programlama, bütçeleme, örgütlenme, denetim gibi faaliyetleri kapsar. Amaçlara ulaşmak için var olan insan kaynaklarını ve maddi olanakları en uygun şekilde kullanılmalıdır. Modern toplumlarda sağlık kurumlarının yönetimi en zor yönetim alanlarından biri olarak kabul görmekte ve sağlık sisteminde yer alan kurum ve kuruluşların işveren konumunda olan üst yönetim profesyonel sağlık yöneticisine ihtiyaç duymaktadır (Can ve İbicioğlu, 2008: 260).

LİDERLİK VE DURUMSAL LİDERLİK

Koçel (2016) liderliği “Belirli şartlar altında, belirli kişisel veya grup amaçlarını gerçekleştirmek üzere, bir kimsenin başkalarının faaliyetlerini etkilemesi ve onları yönlendirmesi süreci olarak tanımlanabilir.” olarak belirtmiştir.

Liderlik, başkalarını bir grup veya kuruluşun başı olarak yönlendiren, ikna eden veya motive edebilen bir yetenektir. Yöneticiler projeleri planlamak ve koordine etmek, yardım almak ve sorunları çözmek gibi gerekli görevleri yerine getirebilirler, ancak liderler aynı zamanda başkalarının ortak bir hedefe ulaşmalarını sağlamak için sosyal etki kullanmaktadır (Comstock, 2016).

Lider, bir amacı gerçekleştirmek için başkalarını etkileyebilin, ikna edebilen ve yönlendiren bireydir. Liderlik ise bir etkileme süreci, insanları etkileme ve yönlendirme değildir. Liderlik bir otorite veya statü olmaktan ziyade, bir işi başkalarına gönüllü olarak yaptırma ve benimsetme yeteneğidir. Kendi isteğini başkalarının isteği haline getirme becerisidir (Tutar, 2016: 72).

Evrensel teoriler, belirli bir stil, davranış veya yönlendirmenin liderlik üzerinde etkili olacağını belirtirken ihtimal teorileri; belirli bir stil, yönlendirme veya davranışın etkinlik kazandıracığı sınır koşullarını belirtir. Liderlik teorileri için ortak olan şey, her birinin belli lider özelliklerinden dolayı olumlu ya da olumsuz etkileri kesin olarak tahmin etmesidir (Tosi ve Kiker, 1997: 109).

Liderlik teorileri, liderliğin doğuşunda veya liderliğin doğasında ve sonucunda yer alan faktörleri açıklama girişiminde bulunur. Modeller, dâhil edilmesi düşünülen değişkenler arasındaki etkileşimi göstermektedir; bunlar gerçeklerin kopyaları veya yeniden oluşturulmasıdır. Hem teoriler hem de modeller, sosyal ve politik bilim adamları için araştırma problemlerini tanımlamakta ve liderliğin

gelişimi ve uygulanmasında öngörü ve kontrolün geliştirilmesinde yararlı olabilmektedir (Bass ve Stodgill, 1990: 37).

Liderlik ile ilgili çalışmalar ve yaklaşımlar tarih boyunca gelişme göstermiştir. Bunlar genel olarak şu üç alt başlık altında incelenebilir: özellik kuramları, davranışsal kuramlar ve durumsallık kuramları. Özellik kuramında, liderin sahip olduğu özellikler liderlik sürecinin etkinliğini belirleyen faktörler olarak kabul edilmektedir. Davranışsal liderlik kuramlarında liderin etkinliği; gösterdiği davranışlar dikkate alınarak ölçülmeye çalışılmıştır. Durumsallık yaklaşımı ise bunlara değişkenlik boyutu katmıştır.

Liderlik başarısı, belirli özellik ya da arzulanan davranışlarla açıklanamayacak kadar karmaşık bir süreçtir. Özellikler ve davranışçı araştırmalarda karşılaşılan başarısızlık, durumsal etkilerin üzerinde durulması gerektiği sonucunu doğurmuştur (Can vd. 2009: 388). Nitekim örgütsel liderlik, krize tepki göstermekten ve temel ihtiyaçları karşılamaktan fazlasını içermektedir. Liderlik ayrıca, organizasyonun genel hedefinin katkısını geliştiren bir şekilde görev ve etkinlikleri gerçekleştiren kişilere de bağımlıdır. Bu bağlamda liderlik, olumlu bir örgütsel değişim üreten ve beklentilerin ötesinde sonuç veren karşılıklı ihtiyaçlara, isteklere ve değerlere odaklanan bir dönüşüm süreci olarak algılanır (Boehnke, Bontis, DiStefano ve DiStefano, 2003: 4).

İş dünyası giderek daha dengesiz hale gelmekte; müşteri arzu ve ihtiyaçları değişmekte ve bilgi akışı daha çok çeşitlenmekte ve karmaşık hale gelmektedir. Tüm bu değişiklikler; kaynakların, teknolojilerin, pazarlamanın ve dağıtım sistemindeki sürekli değişime cevap verebilecek liderler ve organizasyonları yönetecek liderler gerektirmektedir (Bass ve Avolio, 1990: 21) .

Gelişmiş pahalı araç ve gereçleri kullanmalarına rağmen hastaneler, emek yoğun işletmeler arasında yer almaktadır. Bir hastanenin başarılı olabilmesi, var olan insan kaynaklarını amaçlar yönünde, istekli biçimde harekete geçirmesiyle muhtemeldir. Çünkü hastanelerin amaçları; yapı, üretim biçimi ve mülkiyeti ne olursa olsun; tüm organizasyonlar, ne kadar gelişmiş teknolojiye sahip olursa olsunlar, bu teknolojiyi kullanan işgücünü etkileyerek istekli olarak harekete geçirmedikçe amaçlarını gerçekleştiremezler. İnsan kaynakları, tüm örgütlerin temel ve belirleyici girdisidir ve bu girdiyi en iyi şekilde kullanmak ancak iyi bir liderlik ile mümkün olabilir (Karahan, 2008: 146).

Yapılan araştırmalar liderlik davranışlarının çalışanların tükenmişliği, motivasyonu, performansını ve verimliliğini etkilemekle birlikte takım çalışması, işe bağlılık, işten ayrılma, örgütsel sessizlik gibi nedenlerle tüm örgütü etkilediği belirtilmişlerdir.

Karmaşıklaşan örgütsel yapılar yeni liderlik anlayışları arayışını getirmiştir. Her tür örgütte etkili olabilecek bir liderlik tarzının olmadığı liderliğin duruma, zamana ve içinde bulunduğu örgütsel yapıya göre değişim gösterebileceği varsayımı dikkatleri çevresel durumlara ve lider ast ilişkisine yönlendirerek durumsal liderliğin gelişmesi sonucunu doğurmuştur (Tutar, 2016: 77).

Durumsal liderlik teorisi, duruma ve takıma ya da takipçilere bağlı olan liderliğin ihtiyati teorilerinden biridir. Bu tip liderlik tarzını kullanan başarılı bir lider, takipçilerin motivasyonu ve yeteneği de dâhil olmak üzere pek çok faktörü analiz etmelidir (Campbell, 2016).

Durumsal Liderlik Yaklaşımı ilk defa 1969 yılında, Eğitim ve Geliştirme Dergisinde Liderlik Yaşam Döngüsü olarak yer almıştır. (Graeffi 1997: 153). Durumsal liderlik yaklaşımı olarak ifade edilen teoriler ‘her ortamda geçerli olan tek tip bir liderlik özelliği ya da davranışı mevcut değildir’ anlayışını savunmaktadır. Bu yaklaşıma göre, farklı ortam ve farklı gruplarda farklı liderlik davranışlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Lideri lider yapan etmenler içinde bulunduğu ortamdan kaynaklanmaktadır (Başaran, 2008: 90). Daha belirgin olarak, lider görev davranışı, liderin alt görev ve sorumlulukları belirtirken uyguladığı süre olarak tanımlanırken, ilişki davranışı, liderin kolaylaştırıcı ve destekleyici bir şekilde davranma düzeyi olarak tanımlanır (Fernandez ve Vecchio, 1997: 68).

Liderlik olayını davranışsal düzlemin şartlarını dikkate alarak açıklamaya çalışan bu teoriye göre, liderin etkinliğini belirleyen; gerçekleştirilmek istenen amacın niteliği, takipçilerin yetenekleri, liderliğin oluşturduğu organizasyonun özellikleri gibi etmenlere bağlıdır (Koçel, 2016: 687).

Durumsallık yaklaşımına göre değişik durumlar ve koşullar, yönetimde başarılı olmak için değişik kavramları, tekniklerin kullanılmasını ve davranışları gerektirir. Bu nedenle her yer ve koşulda geçerli tek bir en iyi organizasyon yapısı yoktur (Joynt, 1977: 425). Durumsal yaklaşımlarda tek veya birkaç belirli doğru davranış bulunmamaktadır. Yaşanan her olay, kendine has nitelikleri ile farklı bir yaklaşım ve davranış gerektirebilmektedir. Dolayısıyla durumsal teoriler diğer yaklaşımları da bir tarafa bırakmadan, onların eksiklerini de tamamlayarak ve olabildiğince de onlardan yararlanmaya çalışmaktadır. Bu yönüyle kendinden önceki araştırmaların birikimlerine de kazanım olarak bakmaktadır (Çetin, 2008: 78). Bu yaklaşımı kullanan yönetici, tepkide bulunacağı ya da uygun hareket etmek zorunda kalacağı birçok durumla karşılaşabilir (Can, 2005: 58).

Şu anda liderlik literatürü, işlemsel ve dönüşümsel paradigmanın hakimiyeti altındadır. Bu kategorizasyon sistemi, iki ana liderlik biçimini tanımlar. İşlemsel liderlik, bir liderin takipçiyi etkilemesi için verilen ödüllerin yönetimine bağlıdır. Buna karşılık, dönüşümcü liderlik ilham ve bir takipçinin motivasyon durumunun dönüşümü gerektirir (Sims, Faraj ve Yun, 2009: 150).

1978'de yayınlanan ve liderlik alanında büyük bir etkisi olan başka bir yayın ise James McGregor Burns tarafından yazılan ödüllü "Liderlik" başlıklı bir kitapta, Dönüşümcü Liderlik olarak adlandırdığı karizmatik liderlerin davranışlarının modern bir taslağını özetlemiştir. Ve böylece son yıllarda hem işlemsel hem de dönüşümsel liderlik, araştırma ve tartışma konusu haline gelmiştir (Howell, 1997: 114).

Bass'ın dönüşümcü liderlik teorisi üzerinde yaptığı ufuk açıcı çalışmadan yola çıkarak, tutarlı ampirik kanıtlar, bu liderlik yaklaşımının öznel ve nesnel performans üzerindeki olumlu etkisini ortaya koymuştur (Rowold, 2005). Burns'un çalışmalarına (1978) dayanan Bass ve Avolio (1997) sırasıyla üç ana bölüm liderlik davranışı, dönüşümsel liderlik, işlemsel liderlik ve hazırlıksız liderlik davranışları önermiştir (Muenjohn ve Armstrong, 2008: 4).

Dönüşümsel ve işlemsel liderlik kavramlarını Bass ve meslektaşları, Bass'ın (1985) önceki çalışmasına dayanarak dönüşümsel liderliğin idealize edilmiş etki, bireyselleştirilmiş düşünce, entelektüel uyarılma ve ilham verici motivasyon içerdiğini önermişler ve sürdürümcü liderliği koşullu ödül, istisna ile aktif yönetim ve istisna ile pasif yönetimi (serbestlik tanıyan liderlik) kapsadığını belirtmişlerdir. Buna ek olarak, bir tek serbest bırakılma liderlik boyutu, esas olarak liderliğin yokluğu olarak kavramsallaştırılmıştır (Hinkin ve Schriesheim, 2008: 502).

Dönüşümcü liderlik modelinin yapıları nispeten yeni değildir ve daha önceki yönetim teorisyenlerinin eserlerinde bulunabilmesine rağmen (Humphreys ve Einstein, 2003) Bass ve arkadaşlarının çalışmaları sayesinde dönüşümcü liderlik, liderlik bilimcilerinin dikkatini özellikle son 20 yılda çekmiştir (Muenjohn ve Armstrong, 2008: 4).

Burns, dönüşümcü liderliği "liderlerin ve takipçilerin birbirlerine daha yüksek ahlak ve motivasyon düzeylerine yükselttikleri" bir süreç olarak nitelendirmiştir. Dönüşümcü liderler, özgürlük, adalet, eşitlik, barış ve insancılık gibi yüksek ideallere ve ahlaki değerlere hitap ederek ve korku, açgözlülük, kıskançlık veya nefret gibi temel duygulara dokunmaksızın takipçilerin bilincini artırmaya çalışmaktadır (Masoos, Dani, Burns ve Backhouse, 2006: 942).

Dönüşümcü liderlik, takipçiyi ideal çıkarım etkisi (karizma), ilham, entelektüel teşvik ya da bireyselleştirilmiş düşünce aracılığıyla anında kendi çıkarlarının ötesine taşıyan lider anlamına gelir (Bass,1999: 11).

Bass'a göre, dönüşümcü liderliği içeren dört ana faktör vardır (McCall, 1986: 482-483):

1. Vizyon Geliştirme: Lider, genişçe kuruluş üyeleri tarafından paylaşılan geleceğin vizyonunu net bir şekilde iletir. Bu vizyon, insanların ulaşması gereken nihai sonuçları açıklar ve lider, kişisel güven ve coşku ile güçlü ifadelerle geleceğe dair iyimserlik ifade eder (Boehnke vd. 2003: 19).
2. İlham verici liderlik: Lider, işyerinde heyecan uyandırır ve semboller ve imgeler yoluyla başkalarının beklentilerini artırır. Vizyonlarını iletirken, hayallerini motivasyona dayalı bir dille ifade ediyorlar. Yüksek enerji, iyimserlik ve tutku ile karşılıklı görüşmeler yaparlar; bu da onların takipçilerine vizyonlarına ve kendine güvenlerine güven oluşturuyor (Boehnke vd. 2003: 19).
3. Bireyselleştirilmiş değerlendirme: Astlarının her birine dikkat etmek, endişelerini ve gelişim ihtiyaçlarını paylaşmak ve onları birey olarak tedavi etmek. Dikkatle dinlerler ve vizyona özgü yüksek beklentileri gerçekleştirmek için başkalarının yeteneklerine teşvik, destek ve güven ifade eder. Güçlü performans ve çaba için olumlu geribildirimler verirler ve takip edenlere zorlu ve ilginç görevler vererek gelişim için fırsatlar sağlarlar (McCall, 1986: 483).
4. Entelektüel teşvik: liderin varsayımlara meydan okuduğu, risk aldığı ve takipçilerin fikirlerini talep ettiği derecedir. Bu özelliklere sahip liderler takipçilerinin yaratıcılığını canlandırır ve teşvik ederler (Judge ve Piccolo, 2004: 755).

Dönüşümcü liderlik, bir liderin davranışlarını, takipçilerini hedeflerini genişletip yükseltip, örtülü veya açık bir değişim sözleşmesinde belirtilen beklentilerin ötesinde gerçekleştirme konusunda kendilerine güven duyarak etkilemektedir. Son yıllarda dönüşümcü liderlik tutumlarıyla ilgili birçok araştırma yapılmış ve liderin takipçilerinin iş tutumu ve performansı ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca birkaç çalışma yaratıcılık ve yenilikçiliğin de dönüşümcü liderlikle arasında olumlu bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmıştır. (Ishikawa, 2012: 266).

Berson ve Linton (2005), bu etkileri Ar-Ge ve Ar-Ge dışı ortamlarda karşılaştırmıştır ve sonuç olarak dönüşümsel liderliğin, kaliteli bir çevrenin gelişimini desteklediği bulunduğu aralarında iş iklimi, iş doyumu ve genel memnuniyete ilişkin kalite de dahil olmak üzere önemli bir korelasyon mevcut olduğu ve bu durumun AR-GE ortamlarında daha da güçlü olduğunu bulmuştur (Berson ve Linton, 2005: 59).

Keller (2006) dönüşümcü liderliğin, sırasıyla, proje üyeleri ve yöneticilerin proje kalitesi ve bütçe / zaman çizelgesi derecelendirmeleri de dahil olmak üzere Ar-Ge ekibi performansı ile ilişkili olduğunu keşfetmiş ve bu liderliğin ilerideki beş yılda kârlılığı ve piyasa hızını öngörebileceğini belirtmiştir. Dönüşümcü liderliğin ilham ve entelektüel teşvik etkileri, genellikle, özgünlük gerektiren daha radikal yenilikler ve bilginin proje ekibi dışından alınması ile ilgilenen araştırma projelerinde daha etkili olmuştur. Ayrıca, yapıyı başlatan kalkınma projelerinde, mevcut ürünlerin artan yenilikleri ve modifikasyonları üzerine odaklandığı, gerekli bilimsel ve teknolojik bilgilerin proje ekibi içerisinde bulunduğu daha etkili olduğu ve lider, ürün geliştirmeye ulaşmak için görevleri yönlendirmeye eğilim gösterdiğini ortaya koymuştur.

Dönüşümcü liderlik teorisi, dönüşümcü liderlerin her durumda etkili olacağını öngörse de, teori, bağlamsal değişkenlerin dönüşümsel davranışların etkinliğini artırabileceğini de göstermektedir. Dönüşümcü liderlik teorisine uygun olarak bir çok araştırma, dönüşümsel davranışların birçok farklı organizasyonda liderlik etkinliği ile pozitif yönlü ilişkili olduğunu bulmuştur (Elkins ve Keller, 2003: 598).

Sürdürümcü liderlik, liderin takipçisi ile kendi çıkarlarını karşılamak için olan değişim ilişkisini ifade eder (Bass, 1999: 10). Dönüşümcü liderliğin aksine sürdürümcü liderler şarta bağlı ödüller, düzeltici eylemler (istisna ile pasif yönetim) ve kural uygulaması (istisna ile aktif yönetim) aracılığıyla astları motive eder (Elkins ve Keller, 2003: 597).

Sürdürümcü lider kavramı ile lider ve takipçileri arasında karşılıklı değişimin yani pazarlığın önemini vurgulamaktadır. İstenilen işi yaptığı taktirde ödüllendirme yapan liderler astlarını etkileyebilmektedir. Bu tip liderlik hemen hemen tüm kurum ve kuruluşların her seviyesinde görülebilir. Bu tanımda en önemli nokta belirlenmiş amaçlardır. Liderin ve astlarının amaçları birbirinden bağımsız oluşturulmuş

ancak aralarında ilişki vardır. İki kişi bağımsız olarak bir amaca ulaşmak için amaca ulaşmak için anlaşarak mal ve hizmet alışverişinde bulunabilir. Burada ortak çıkarları elde etmek için ortak çaba gösterme yerine bir pazarlık söz konusudur ve işte böyle liderliğe etkileşimci liderlik denmektedir (Güney, 2016: 395).

Sürdürümcü liderler, daha çok geçmişteki olumlu ve yararlı geleneği sürdürmeyi tercih ederler. Çalışanlarının yaratıcı ve yenilikçi yönleri ile çok az ilgilenen etkileşimci liderler, geçmişten gelen faaliyetleri aynen devam ettirerek daha etkin bir şekilde iş yapma ve yaptırma yolunu seçerler. Bu sebeple aşağıdaki grafikte de görüleceği üzere, etkileşimci liderlikte başarı grafiği eskiden olduğu gibi değişmeden normal satış seyrinde devam etmektedir. Bu sebeple etkileşimci liderlik durgun ve büyüme stratejisi benimsememiş örgütlerde daha etkili olmaktadır (Eren, 2012: 441-442).

Sürdürümcü liderlik, genellikle bilgiyi kendi ellerinde bulundurmaya isterler. Sürdürümcü liderliğin iki boyutu, şartlı ödül, istisnalarla yönetim (aktif ve pasif) şeklindedir.

1. Şartlı ödül, liderin yapıcı işlemler veya takipçilerle alışveriş yapma derecesini belirtir: Lider, beklentileri açıklar ve bu beklentileri karşılamak için ödülleri belirler. Genel olarak, yönetim istisna olarak liderin lider takipçi işlemlerinin sonuçlarına dayanarak düzeltici önlemi aldığı derecedir (Judge ve Piccolo, 2004: 755). İşlemsel koşullu ödül liderliği, bu liderlerin beklentileri açıklığa kavuşturması ve daha yüksek seviyedeki çaba ve performansa olumlu katkıda bulunan başarıları tanımaları açısından olumlu bir performans ile de ilişkilendirilmelidir (Bass, Avolio, Jung ve Berson, 2003: 208).
2. İstisnalarla yönetim (Aktif ve pasif) şekli: istisnalarla yönetiminin aktif şeklinde lider, çalışanlarını izleyerek ve araştırarak, normlardan ve standartlardan sapmaları belirler ve düzeltme yoluna gider. İstisnalarla yönetimin pasif biçiminde ise lider, yalnızca standartlara ulaşıldığı zaman müdahale eder ve durumu düzeltir.

Bu liderlik tarzı, sapmaları, yanlışlıkları ve hataları yakından izlemek ve ardından olabilecek en hızlı şekilde düzeltici eylemi yapmak anlamına gelmektedir. Sürdürümcü liderler, esas fikirlerden ziyade etkin süreçlerle daha fazla ilgilidirler (Bass vd. 2003: 209). Gerçek olan durumlardan ziyade neyin işe yarayacağından daha çok ilgilidirler (McCall, 1986: 483).

Bazı liderlerin davranışları, en iyi liderliğin en az lider olduğuna inandıklarını ileri sürer. Bu liderler, çalışanlarını yetkilendirdiklerini düşünse de, fiilen delegasyondan daha fazlasını bırakıyorlar. Onların takipçilerine, rahat bırakmayan liderler katılsız görünüyor ve belirsiz görünüyorlar. Genellikle ihtiyaç duyulduğunda veya krizler olduğunda kullanılamazlar. Tahmin edilebileceği gibi, bu davranışlar beklenenin çok altında performans üretir (Boehnke vd. 2003: 6).

Serbestlik tanıyan Liderler, liderlik sorumluluklarını kabul etmekten kaçınır, gerektiğinde yok olur, yardım taleplerini takip edemez ve önemli konulardaki görüşlerini dile getirmeye direndikçe ortaya çıkar. Serbestlik tanıyan liderlik en az etkili liderlik tarzıdır. Desenler ekstra çaba ve liderlikten memnuniyet için benzerdir. Hiyerarşi kalır, ancak etkinliğin nesnel, bağımsız sonuç kriterleri kullanıldığında daha az diktir (Bass, 1997: 131).

Serbestlik tanıyan liderler, güç ve sorumluluktan kaçmaktadırlar. Onlar, kendi amaçlarını gerçekleştirmek için gruba bağımlıdır. Grup üyeleri kendi kendilerini eğitir ve motive ederler. Bu liderler, yönetim yetkisine en az ihtiyaç duyan, izleyicileri kendi hallerine bırakan ve her izleyicinin kendisine verilen kaynaklar dâhilinde amaç, plan ve programlarını yapmalarına imkân tanıyan davranış göstermektedirler. Yetkiye sahip çıkmamakta ve yetki kullanma haklarını tamamı ile astlara bırakmaktadırlar. Bu liderliğin en belirgin dezavantajı liderin otoritesi ortadan kalktığı için grup içerisinde anarşi ortaya çıkabilmektedir.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Örneklem Süreci

İş yaşamı içerisinde sağlık çalışanları farklı liderlik davranışları ile karşılaşmaktadır. Bu çalışmada bu farklı liderlik kuramları baz alınarak, liderlik stillerinin (dönüştürücü, etkileşimci ve tam serbesti tanıyan) belirlenmesi ve çalışanların demografik özelliklerine göre liderlik stil algılarındaki farklılıklar belirlenmeye çalışılmıştır. Bu amaç doğrultusunda bütün uzmanlık alanlarında hizmet veren, lokasyon olarak Çankaya merkezde bulunan bir özel hastane seçilmiştir.

Örneklem aşağıdaki formüller ile hesaplanmıştır (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2016: 96):

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

$$n_0 = (t^2 PQ)/d^2$$

N : Hedef kitledeki birey sayısı

n_0 : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

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

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatasıdır.

Araştırmada örnek çapını en büyük yapmak için $p+q=1$ şartını sağlamak koşuluyla $p=q=0.5$ alınmıştır. Formülde değerler yerine konduğunda toplamda 450 çalışan için örneklem büyüklüğü 208 bulunmuştur. Destek hizmet kadrolarında görevli çalışanlar örneklemden çıkarılmış ve toplam 250 anket dağıtılmıştır. Ancak 154 ankete cevap verilmiş ve araştırma bu anketlerle sonuçlandırılmıştır.

Çok Faktörlü liderlik konusundaki daha önce yapılan birçok çalışmada, dönüşümsel-işlemsel liderliğin çeşitli yönlerini ölçmek için "Çok Faktörlü Liderlik Anketi" (MLK) kullanılmıştır (Muenjohn ve Armstrong, 2008: 3). Bass ve Avolio (1990) tarafından Durumsal Liderlik Teorisi kapsamında geliştirilen bu ölçek, Akdoğan (2002) tarafından Türkçeye uyarlanmış ve 3 alt boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Bu alt boyutlar; dönüştürücü, sürdürücü ve serbestlik tanıyan liderlik olarak adlandırılmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarına ait güvenilirlik katsayıları Akdoğan tarafından, dönüştürücü liderlik için 0,71, sürdürücü liderlik için 0,77 ve serbestlik tanıyan liderlik için 0,81 ve ölçeğin tamamı için 0,76 olarak hesaplanmıştır.

Anketin birinci bölümünde araştırmaya katılan çalışanların kişisel bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslekte ve kurumda çalışma süreleri, kadro-unvanları, kurumda çalışılan departman ve üstlenilen bir yöneticilik görevi olup olmadığı) sorulmaktadır.

Ölçeğin araştırma için uygunluğunu incelemek üzere toplanan veriler üzerinden ölçek ve alt boyutlarının güvenilirliği Cronbach Alpha ile sınanmıştır (Tablo 1). Bütün boyutlarda Cronbach Alpha katsayısı 0.70'den büyük olduğu için ölçek ve alt boyutlarının güvenilirlik derecesinin yüksek olduğu bulunmuştur (Büyüköztürk, 2007: 19). Bu nedenle uygulanan ölçeğin tamamı güvenilir kabul edilmiştir.

Araştırmanın bazı kısıtları vardır. Bunlar örneklemin kısmen küçük olması ve sadece tek bir hastanede uygulamanın yapılmış olmasıdır. Bu nedenlerle araştırma bulguları genellenemez. Çalışmanın araştırma kısmı zaman ve maliyet kısıtları göz önünde bulundurularak, Ankara Çankaya bölgesi bir özel hastane ile sınırlandırılmıştır. Toplanan sayısal verilerin güvenilirlik ve geçerliliği, veri toplama kullanılan anket tekniğinin özellikleriyle sınırlıdır.

Tablo 1. Anket Bölümleri İçin Cronbach α Testi ile Elde Edilen Güvenirlik Testi

	Cronbach's Alpha	İfade sayısı
Dönüşümcü Liderlik	0,859	6
Sürdürümcü Liderlik	0,953	18
Serbestlik Tanıyan Liderlik	0,700	12
Ölçek	0,921	36

Kolmogorov

Smirnov testi ile uygulanan ölçekteki değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği analiz edilmiştir. Ölçeğin normal dağılım gösterdiği belirlenmiş ve verilerin analizinde parametrik testler uygulanmıştır. Katılımcılara uygulanan anketin tüm verilerine yönelik frekans dağılımlarını belirlemeye yönelik analizler yapılmıştır. Katılımcıların dönüşümcü, sürdürümcü ve serbestlik tanıyan liderlik algılarının demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve ilişkisiz (bağımsız) örneklem için t-testi kullanılmıştır. ANOVA testinde farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla çoklu karşılaştırma (post-hoc) testlerinden yararlanılmıştır. Bu doğrultuda, eşit varyanslı bağımsız grup ortalamalarını birbirleriyle karşılaştırmak amacıyla Scheffe testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların sorulara verdikleri cevaplara göre frekans ve yüzde dağılımları Tablo 1'deki gibidir. Tablo 2. Örneklem Ait Özelliklerin Frekans ve Yüzde Dağılımları

Özellikler		Örneklem	
		N	(%)
Cinsiyet	Kadın	124	80,5
	Erkek	30	19,5
Medeni Durum	Evli	100	64,9
	Bekar	54	35,1
Yaş	25 yaş altı	68	44,2
	26-35 yaş	53	34,4
	36-45 yaş	22	14,3
	46-55 yaş	11	7,1
Eğitim Durumu	Lise	54	35,1
	Lisans-lisansüstü	100	64,9
Unvan	Hasta danışmanı	57	37
	Hemşire	73	47,4
	İdari personel	24	15,6
Çalışılan Departman	İdari ve mali hizmetler	19	12,3
	Tıbbi hizmetler	77	50,0
	Hasta hizmetleri	58	37,7
Meslekte Çalışma Süresi	1-10 yıl	123	79,9
	11-20 yıl	11	7,1
	21 yıl üzeri	20	13,0
Kurumda Çalışma Süresi	1 yıldan az	48	31,2
	1-5 yıl	94	61,0
	6-10 yıl	12	7,8
Yöneticilik	Yöneticilik görevi var	30	19,5
	Yöneticilik görevi yok	124	80,5
Toplam		154	100

Çalışanların demografik özellikleri incelendiğinde; katılımcıların %80,5'inin kadın, %19,5'inin erkek olduğu görülmektedir. Hastaneler çoğunluğu kadınlardan oluşan kurumlar olduğu göz önüne alındığında bu durum normal görülmüştür. Katılımcıların %35,1'i bekar, %64,9'u ise evlidir. Katılımcıların %44,2'si 25 yaş altı, %34,4'ü 26-35 yaş arası, %14,3'ü 36-45 yaş arası, %7,1 ise 46-55 yaş arasındadır. Buna göre çalışanların büyük çoğunluğu 25 yaş altı ve 26-35 yaş arasında olduğu bulunmuştur. Katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında, 35,1'inin lise mezunu, %64,9'unun ise lisans ve lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Örneklemin unvanlara göre dağılımları incelendiğinde hasta danışmanları %14,3'ü, hemşireler %22,5'i, idari personel %17,1'ini oluşturmaktadır. Katılımcıların çalıştıkları departmanlara bakıldığında %12,3'ü idari ve mali hizmetlerde, %50'si tıbbi hizmetlerde ve son olarak %37,7'si hasta hizmetlerinde görev yapmaktadır. Meslekte çalışma sürelerine bakıldığında ise 1-10 sene arasında çalışanlar %79,9'unu, 11-20 sene arasında çalışanlar %7,1'ini ve 21 ve üzeri sene çalışanlar %13'ünü oluşturmaktadır. Kurumda çalışma süresine bakıldığında ise 1 seneden az süredir çalışanlar %31,2'sini 1-5 sene arasında çalışanlar %61'ini ve 6-10 sene arasında çalışanlar %7,8'ini oluşturmaktadır. Özel hastane 10 senedir hizmet vermekte olduğu için kurumda çalışma süresi 10 sene olarak sınırlandırılmıştır.

Tablo 3. Durumsal Liderlik Ölçeğinin Boyutları ve Çalışanların İfadelere Katılım Oranları

		1	2	3	4	5	\bar{x}	ss
İfade No	Boyut 1. Dönüşümcü Liderlik	N	N	N	N	N		
		%	%	%	%	%		
2	Kritik kararların uygunluğunu tekrar gözden geçirir.	6	14	41	57	36	3,6688	1,05
		3,9	9,1	26,6	37,0	23,4		
8	Problemleri çözmede farklı bakış açıları arar.	12	20	43	43	36	3,4610	1,21
		7,8	13	27,9	27,9	23,4		
9	Gelecek hakkında konuşurken iyimserdir.	18	19	38	46	33	3,3701	1,27
		11,7	12,3	24,7	29,9	21,4		
26	Gelecekle ilgili vizyonu çalışanları etkiler.	17	27	39	38	33	3,2792	1,29
		11	17,5	25,3	24,7	21,4		
30	Çalışanların sorunlara farklı açılardan bakmalarını sağlar.	10	18	51	43	32	3,4481	1,14
		6,5	11,7	33,1	27,9	20,8		
32	Çalışanlara görevlerini nasıl yapacağı konusunda yeni bakış açıları sunar.	13	25	44	40	32	3,3442	1,22
		8,4	16,2	28,6	26	20,8		
	Boyut 2. Sürdürücü Liderlik	N	N	N	N	N		
		%	%	%	%	%		
6	Kendisi için önemli değer ve inançları bizimle paylaşır.	16	23	52	36	27	3,2273	1,21
		10,4	14,9	33,8	23,4	17,5		
10	Kendisiyle çalışmaktan gurur duymamı ve zevk almamı sağlar.	18	23	46	29	38	3,2987	1,31
		11,7	14,9	29,9	18,8	24,7		
11	Performans hedeflerine ulaşmadan kimlerin sorumlu olduğunu ayrıntılı olarak tartışır ve açıklar.	20	27	45	35	27	3,1429	1,27
		13	17,5	29,2	22,7	17,5		
13	Ulaşmamız gereken hedefleri büyük bir coşkuyla anlatır.	15	23	45	41	30	3,3117	1,22
		9,7	14,9	29,2	26,6	19,5		
14	Güçlü bir amaca sahip olmanın önemini vurgular.	10	19	41	47	37	3,5325	1,17
		6,5	12,3	26,6	30,5	24		
15	Çalışanlarını yetiştirmek, onlara yeni bir şeyler öğretmek için zaman ayırır.	17	22	35	37	43	3,4351	1,33
		11	14,3	22,7	24	27,9		
16	Çalışanların beklentilerinin neler olduğunu öğrenir ve onlardan neler	18	16	43	38	39	3,4153	1,29
		11,7	10,4	27,9	24,7	25,3		

	beklediğini açıkça belirtir.							
18	Grubun iyiliği için özveride bulunur, kendi önceliklerinden vazgeçer.	13 8,4	23 14,9	46 29,9	40 26	32 20,8	3,3371	1,2
19	Çalışanlara grubun herhangi bir üyesi olarak değil de, bir birey olarak davranır.	19 12,3	18 11,7	39 25,3	44 28,6	34 22,1	3,3636	1,29
21	Davranışları, çalışanların ona saygı duymasını sağlar.	13 8,4	18 11,7	36 23,4	43 27,9	44 28,6	3,5649	1,25
23	Kararların ahlaki ve etik sonuçlarını göz önünde bulundurur.	7 4,5	20 13	47 30,5	43 27,9	37 24	3,5390	1,13
25	Çalışanlarda güç ve güven duygusu uyandırır.	13 8,4	19 12,3	44 28,6	40 26	38 24,7	3,4610	1,23
27	Dikkatini hata ve başarısızlıkların azaltılması, standartlara ulaşılması için harcar.	17 11	17 11	45 29,2	45 29,2	30 19,5	3,3506	1,23
29	Çalışanlarına farklı ihtiyaçları ve yetenekleri olan bireyler olarak yaklaşır.	14 9,1	17 11	51 33,1	42 27,3	30 19,5	3,3701	1,18
31	Çalışanlarına kendilerini geliştirmeleri için fırsat yaratır ve destekler.	54 35,1	29 18,8	36 23,4	23 14,9	12 7,8	3,4935	1,23
34	Ortak bir misyon (görev anlayışına) sahip olmanın önemini vurgular.	6 3,9	20 13	47 30,5	40 26	41 26,6	3,5844	1,13
35	Çalışanlar beklentileri yerine getirdiklerinden memnuniyeti ifade eder.	11 7,1	19 12,3	40 26	46 29,9	38 24,7	3,5260	1,19
36	Hedeflere ulaşılacağına dair güven oluşturur.	9 5,8	20 13	47 30,5	38 24,7	40 26	3,5195	1,18
	Boyut 3. Serbestlik Tanıyan Liderlik	N %	N %	N %	N %	N %		
1	Ancak harcadığım çabayı gördüğünde bana yardımcı olur.	25 16,2	19 12,3	41 26,6	46 29,9	23 14,9	3,1494	1,29
3	Sorunlar ciddileşmeden karışmaz.	24 15,6	31 20,1	38 24,7	42 27,3	19 12,3	3,0065	1,27
4	Dikkati, yanlışlar, hatalar, uygunsuzluklar ve standartlardan sapmalar üzerinedir.	17 11	15 9,7	57 37	45 29,2	20 13	3,2338	1,14
5	Önemli bir konu gündeme geldiğinde konuşmaktan çekinir.	74 48,1	21 13,6	33 21,4	19 12,3	7 4,5	2,1169	1,25
7	İhtiyaç duyulduğunda ortada yoktur.	67 43,5	20 13	38 24,7	20 13	9 5,8	2,2468	1,30
12	Harekete geçmesi için işlerin iyice kötüye gitmiş olması gerekir.	48 31,2	35 22,7	38 24,7	23 14,9	10 6,5	2,4286	1,25
17	“Eğer bozuk değilse tamir etme!” anlayışının savunucudur.	28 18,2	28 18,2	43 27,9	33 21,4	22 14,3	2,9545	1,31
20	Harekete geçmesi için sorunların kronikleşmesi gerekir.	45 29,2	31 20,1	41 26,6	23 14,9	14 9,1	2,5455	1,30
22	Tüm dikkatini hatalar, şikayetler ve yetersizlikler üzerine yoğunlaştırır.	21 13,6	23 14,9	45 29,2	39 25,3	26 16,9	3,1688	1,27
24	Yapılan hataları asla unutmaz, sorumlusu buluncaya kadar	6 3,9	21 13,6	39 25,3	45 29,2	43 27,9	3,6364	1,14

araştırır.								
28	Karar vermekten kaçınır.	54	29	36	23	12	2,4156	1,31
		35,1	18,8	23,4	14,9	7,8		
33	Acil sorulara cevap vermeyi geciktirir.	46	36	36	19	17	2,5130	1,33
		29,9	23,4	23,4	12,3	11		

Araştırma sonucunda çalışanların katılım düzeylerinin en yüksek olduğu ifadeler “Kritik kararların uygunluğunu tekrar gözden geçirir.” ($\bar{x}=3,67$), “Yapılan hataları asla unutmaz, sorumlusu bulununcaya kadar araştırır.” ($\bar{x}=3,63$) ve “Ortak bir misyon (görev anlayışına) sahip olmanın önemini vurgular.” ($\bar{x}=3,58$) olmuştur. Katılım düzeyinin en düşük olduğu ifadeler ise “Önemli bir konu gündeme geldiğinde konuşmaktan çekinir” ($\bar{x}=2,12$) ve “İhtiyaç duyulduğunda ortada yoktur.” ($\bar{x}=2,25$) olmuştur.

Katılımcıların demografik özelliklerinden cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim, meslekte ve kurumda çalışma süreleri, kadroları ve yöneticilik pozisyonlarına göre dönüşümsel, sürdürücü ve serbestlik tanıyan liderlik algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda cinsiyet, kadrolarda, çalışılan departmanlarda ve yöneticilik pozisyonlarında farklılık göstermektedir. Ancak yaş, medeni durum, eğitim, medeni durum, meslekte ve kurumda çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Anlamlı farklılıklar gösteren boyutlar ve farklılıkların sebepleri aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Liderlik Algıları

	Cinsiyet	N	Ortalama sırası	T	Sig.
Dönüşümsel Liderlik	Kadın	124	3,3683	-1,666	0,048
	Erkek	30	3,6778		
Sürdürücü Liderlik	Kadın	124	3,3591	-1,619	0,112
	Erkek	30	3,6294		
Serbest Liderlik	Kadın	124	2,7272	-2,090	0,049
	Erkek	30	3,0222		

Yapılan test sonucunda liderlik türlerine ilişkin görüşlerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılık dönüşümsel ve serbestlik tanıyan liderlik boyutlarındadır ve bu sonuçlara göre erkek çalışanların üstlerinin dönüşümsel ve serbest liderlik davranışlarını gösterdiklerine dair ortalamaları kadın çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışanların kadrolarına ve departmanlarına göre liderlik stillerinin farklılık gösterip göstermediğine ANOVA testi ile bakılmıştır ve sonuçlar Tablo 5 ve Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Kadrolarına Göre Liderlik Algıları

	Kadrolar	N	Ortalama Sırası	F	Sig
Dönüşümsel Liderlik	Hasta Danışmanı	57	3,1550	7,724	,001
	Hemşire	73	3,4566		
	İdari Personel	24	3,9931		
Sürdürücü Liderlik	Hasta Danışmanı	57	3,1538	5,329	,006
	Hemşire	73	3,4754		
	İdari Personel	24	3,8309		
Serbest Liderlik	Hasta Danışmanı	57	2,7953	2,572	,080
	Hemşire	73	2,8699		

İdari Personel 24 2,5000

Analizler sonucunda kadrolar ile dönüşümcü ve sürdürücü liderlik tarzları arasında farklılık bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Her iki boyutta da hasta danışmanı unvanında çalışanların idari personele göre oldukça düşük ortalamalara sahip olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Çalıştıkları Departmanlara Göre Liderlik Algıları

	Departman	N	Ortalama	F	Sig.
Dönüşümcü Liderlik	İdari hizmetler	19	3,7632	4,410	,014
	Tıbbi Hizmetleri	77	3,5433		
	Hasta Hizmetler	58	3,1667		
Sürdürücü Liderlik	İdari hizmetler	19	3,5820	3,493	,033
	Tıbbi Hizmetleri	77	3,5539		
	Hasta Hizmetler	58	3,1673		
Serbest Liderlik	İdari hizmetler	19	2,6623	,337	,714
	Tıbbi Hizmetleri	77	2,8095		
	Hasta Hizmetler	58	2,7917		

Analizler sonucunda görev yapılan departmanlar ile dönüşümcü ve sürdürücü liderlik tarzları arasında farklılık bulunduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Her iki boyutta da hasta hizmetleri departmanında görev alan personel idari hizmetler departmanında görev alan personele göre oldukça düşük ortalamalara sahiptir. Bu durum hasta danışmanları ve idari personel arasındaki farklılık ile paralel gitmekte farkın bariz bir şekilde olduğunu ispat etmektedir.

Sağlık çalışanlarının herhangi bir yöneticilik görevi olmasının liderliği algılayış şekillerini de etkiler düşüncesi ile kurumda bir yöneticilik görevi olan yönetici ile bir yöneticilik görevi olmayan çalışanın arasında farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla iki grup arasında analiz yapılmıştır ve sonuçlar Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların Yönetici- Ast İlişkilerine Göre Liderlik Algıları

	Yöneticilik	N	Ortalama sırası	T	Sig.
Serbestlik Tanıyan Liderlik	Ast	125	2,7193	2,436	,016
	Yönetici	29	3,0661		
Dönüşümcü Liderlik	Ast	125	3,4425	,091	,863
	Yönetici	29	3,4253		
Sürdürücü Liderlik	Ast	125	3,4381	,173	,928
	Yönetici	29	3,4056		

Analiz sonuçlarına bakıldığında ise sürdürücü ve dönüşümcü liderlik tarzlarının algılayış biçimlerinde bir farklılık saptanamamış sadece serbestlik tanıyan liderlik tarzında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farklılığın sebebi ise yöneticilik görevi olanların herhangi bir yöneticilik görevi olmayanlara göre serbestlik tanıyan liderlik tarzına katılımlarının yüksek olmasıdır.

Ölçek üç farklı liderlik stiline karşılık gelen üç boyuttan oluşmaktadır. Bunlar dönüşümcü, sürdürücü ve serbestlik tanıyan liderlik stilleridir. Çalışanların verdikleri yanıtlara göre en yüksek ortalama ($\bar{x}=3,43$) ile dönüşümcü lider, ($\bar{x}=3,42$) ile sürdürücü liderlik özellikleri gösterdikleri belirlenmiştir. En düşük katılım ortalaması ise ($\bar{x}=2,78$) ortalama serbestlik tanıyan liderlik ifadelerine aittir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sektörünün en önemli ve büyük işletmeleri olan hastanelerin işletmecilik yönleri giderek ağır basmaktadır. Özellikle yeni ekonomik düzende her işletme gibi hastanelerde yaşamlarını sürdürebilmek adına modern liderlik anlayışı ile yönetilmek zorundadır. Modern liderlik anlayışlarından bir tanesi olan durumsal liderliğin sağlık işletmelerinde de kullanılması örgüt işleyişi için oldukça önemlidir. Ancak sağlık konusunda dönüşümcü liderlikle ilgili yeterli çalışma yoktur. Çalışanlar tarafından üstlerinin nasıl algılandığı, çalışan performansını ve motivasyonun etkilemektedir. Bu amaçlar doğrultusunda hastane çalışanlarının üstlerinin sergiledikleri liderlik davranışlarının belirlenmesi amacıyla bu çalışma gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sonucuna bakıldığında araştırma yapılan özel hastanenin çalışanlarının çoğunun kadın (n=124, p=%80,5) olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışanların yaş ortalamaları 25 yaş altındadır. Sağlık çalışanları mesleklerine ilk atıldıklarında bu özel sağlık kurumunu tercih etmektedir. Çalışmaya katılım en fazla tıbbi hizmetlerden sağlanmıştır. Dönüşümcü ve sürdürümcü liderlik tarzı algılayışları en fazla olan kadro idari kadrolar ve en fazla katılım sağlanan departman yine idari hizmetlerdir. Sonuçlara göre herhangi bir yöneticilik görevi olan çalışanların üstlerinden daha fazla serbestlik tanıyan liderlik davranışlarını gördükleri belirlenmiştir. Orta ya da yüksek dereceli yöneticilik görevi alanlar sağlık kurumunda daha fazla serbestlik alanı sağlanmaktadır.

Çalışanların üstlerinin en fazla dönüşümcü ve sürdürücü liderlik özellikleri gösterdiklerini belirtmişlerdir. Sürdürücü ve dönüşümcü liderlik özellikleri genel olarak olumlu idrak edilmekte ancak bu olumlu düşüncenin çokta kuvvetli olmadığı görülmektedir. Bu iki liderlik türlerinin ortalama puanlarına bakıldığında birbirlerine yakın değerler aldıkları görülmektedir. Bu liderlik türleri birbirlerinden farklıdır ancak birbirlerini reddeden ya da dışlayan yaklaşımlar değildir. Yani aynı lider, her iki liderlik türünü farklı koşullar altında ve farklı zamanlarda uygulayabilmektedir.

İlgili yazında belirtildiği gibi liderlik stilleri örgütlerin ve çalışanların başarı, performans, işleyiş, organizasyon yapısı gibi birçok önemli konuda olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir. Liderlik anlayışının otokratik liderlik anlayışından demokratik, karizmatik ya da dönüşümcü liderliğe dönüştüğü günümüzde, çağa ayak uydurmak isteyen tüm organizasyonların yöneticilerinin bu anlayışlar kapsamında hareket etmeleri ve benimsemeleri kuşkusuz önemli bir başarı faktörüdür.

Sağlık sistemimizde dönüşümcü liderlik yaklaşımı sergileyen yöneticilere ihtiyaç vardır. Bu bağlamda hastane organizasyonlarında, yöneticilerin dönüşümcü liderlik yaklaşımlarının geliştirilmesine önem verilmelidir. Bunun için de yöneticiler düzenli eğitim programlarına katılmalıdırlar. Bir hastanenin yönetilmesinde öne çıkarılması gereken en önemli konu üst yönetimle çalışanların ve çalışanların birbirleriyle karşılıklı iletişimleridir. Bu yüzden, hastane

yöneticilerinin iletişim becerilerinin geliştirilmesine de önem verilmeli ve eğitim programları düzenlenmelidir. Yöneticilerin liderlik yaklaşımlarını olumsuz olarak etkileyen faktörler giderilmelidir. Dönüşümcü liderliğin performans, hizmet kalitesi, iş doyumu, verimlilik ve motivasyon gibi kriterlere olan etkisi araştırılabilir.

Bu çalışmada hastane yöneticilerinin dönüşümcü liderlik özellikleri, veri toplama aracı olarak kullanılan "soru formu" yoluyla elde edilen veriler sonucu belirlenmiştir. Ancak soru formu çalışmasının sınırlılıkları göz önüne alındığında, diğer veri toplama yöntemlerinden yararlanılarak araştırmalar yapılabilir. "Gözlem", "Mülakat", "Görüşme formu" vb. veri toplama araçları, liderlik araştırmalarında araştırmacılara önerilebilir. Son olarak bu araştırma sadece durumsal liderlik anlayışını ortaya koyabilmek adına yapılmıştır. Liderlik anlayışının motivasyon, performans, iş doyumu gibi konularla ilişkisi ortaya konmak adına başka çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Bass, B. M., & Stogdill, R. M. (1990). *Bass & Stogdill's handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications*. Simon and Schuster.
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1990). Developing transformational leadership: 1992 and beyond. *Journal of European industrial training*, 14(5).21-27
- Bass, B. M. (1997). Does the transactional–transformational leadership paradigm transcend organizational and national boundaries?. *American psychologist*, 52(2), 130-193
- Bass, B. M. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European journal of work and organizational psychology*, 8(1), 9-32.
- Bass, B. M., Avolio, B. J., Jung, D. I., & Berson, Y. (2003). Predicting unit performance by assessing transformational and transactional leadership. *Journal of applied psychology*, 88(2), 207-218
- Başaran, İ.E. (2008). *Örgütsel Davranış: İnsanın Üretim Gücü*. Ankara: Siyasal Kitabevi
- Berson, Y., & Linton, J. D. (2005). An examination of the relationships between leadership style, quality, and employee satisfaction in R&D versus administrative environments. *R&D Management*, 35(1), 51-60.
- Boehnke, K., Bontis, N., DiStefano, J. J., & DiStefano, A. C. (2003). Transformational leadership: An examination of cross-national differences and similarities. *Leadership & Organization Development Journal*, 24(1), 1-27.
- Bons, P. M., & Fiedler, F. E. (1976). Changes in organizational leadership and the behavior of relationship-and task-motivated leaders. *Administrative Science Quarterly*, 453-473.
- Büyüköztürk, Ş. (2007). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı (7. Baskı)*, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak E., Akgün Ö.E., Karadeniz, Ş., ve Demirel F. (2016) *Bilimsel Araştırma Yöntemleri (20. Baskı)*. Ankara: Pegem Akademi.
- Campbell, J. (2016). *Situational leadership theory*, Salem Press Encyclopedia, New York City
- Can, H. (2005). *Organizasyon ve Yönetim. (7. Baskı)*. Ankara: Siyasal Kitabevi
- Can, A. ve İbicioğlu, H. (2008). Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(3). 253-275
- Can, H., Kavuncubaşı Ş. ve Yıldırım S. (2009). *Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi. (Altıncı Baskı)*, Ankara: Siyasal Kitabevi
- Comstock, N. W. (2016). *Critical Skills: Leadership*, Salem Press Encyclopedia
- Çetin, N. (2008). Kuramsal liderlik çözümlerinin ışığında, okul müdürlüğü ve eğitilebilir durumsal liderlik özellikleri. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(23), 74-84.

- Elkins, T., & Keller, R. T. (2003). Leadership in research and development organizations: A literature review and conceptual framework. *The Leadership Quarterly*, 14(4), 587-606.
- Eren, E. (2012). *Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi*. (13. Baskı). İstanbul: Beta Yayıncılık, s. 518-542
- Fernandez, C. F., & Vecchio, R. P. (1997). Situational leadership theory revisited: A test of an across-jobs perspective. *The Leadership Quarterly*, 8(1), 67-84.
- Graeff, C. L. (1997). Evolution of situational leadership theory: A critical review. *The Leadership Quarterly*, 8(2), 153-170.
- Güney S. (2015). *Örgütsel Davranış*. (3. Basım). Ankara: Nobel
- Hinkin, T. R., and Schriesheim, C. A. (2008). A theoretical and empirical examination of the transactional and non-leadership dimensions of the Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ). *The Leadership Quarterly*, 19(5), 501-513.
- Howell, J. P. (1997). "Substitutes for leadership: Their meaning and measurement"—An historical assessment. *The Leadership Quarterly*, 8(2), 113-116.
- Ishikawa, J. (2012). Transformational leadership and gatekeeping leadership: The roles of norm for maintaining consensus and shared leadership in team performance. *Asia Pacific Journal of Management*, 29(2), 265-283.
- Joynt, P. (1977). Contingency analysis for effective administration. *Omega*, 5(4), 425-435.
- Judge, T. A., & Piccolo, R. F. (2004). Transformational and transactional leadership: a meta-analytic test of their relative validity. *Journal of applied psychology*, 89(5), 755-768
- Karahan, A. (2008). Hastanelerde Liderlik Ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 145-162).
- Keller, R. T. (2006). Transformational leadership, initiating structure, and substitutes for leadership: a longitudinal study of research and development project team performance. *Journal of applied psychology*, 91(1), 202-210
- Koçel, T. (2016). *İşletme yöneticiliği*. (16 baskı). İstanbul: Beta.
- Masood, S. A., Dani, S. S., Burns, N. D., & Backhouse, C. J. (2006). Transformational leadership and organizational culture: the situational strength perspective. *Proceedings of the Institution of Mechanical Engineers, Part B: Journal of Engineering Manufacture*, 220(6), 941-949.
- McCall, M. W. (1986). Leadership and performance beyond expectations, by Bernard M. Bass. New York: The Free Press, 1985, 191 pp. \$26.50, Human Resource Management, Fall 1986, Vol. 25, Number 3, Pp. 481-484.
- Mitchell, T. R., Biglan, A., Oncken, G. R., & Fiedler, F. E. (1970). The contingency model: Criticism and suggestions. *Academy of Management Journal*, 253-267.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Rowold, J. (2005). Multifactor leadership questionnaire. *Psychometric properties of the German translation by Jens Rowold. Redwood City: Mind Garden.*

Sims, H. P., Faraj, S., & Yun, S. (2009). When should a leader be directive or empowering? How to develop your own situational theory of leadership. *Business Horizons*, 52(2), 149-158.

Tosi, H. L., and Kiker, S. (1997). Commentary on "Substitutes for leadership". *The Leadership Quarterly*, 8(2), 109-112.

Tutar, H. (2016). Örgütsel Davranış (Örgüt Teorileri ve Çağdaş Yaklaşımlar Açısından). Ankara: Detay Yayıncılık

SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANINDA ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ ROLÜ

Prof. Dr. Emine ORHANER

Gazi Üniversitesi

eorhaner@gazi.edu.tr

Özet

Ülkemizde sağlık harcamaları; kronik hastalıklar, pahalı ve hızlı gelişen teknoloji, giderek yaşlanan nüfus, hizmete kolay erişim, vb., gibi nedenlerle sürekli artış göstermektedir. Sağlık harcamalarının finansmanı ise genel olarak vergiler, sosyal sigortalar, cepten ödemeler yoluyla karşılanmaktadır. Özel sigortalar, sosyal sigortaları tamamlayıcı faaliyet göstermekte ve sosyal sigortalar ile birlikte Sosyal Güvenlik Kurumunca yapılacak sağlık giderleri için finansman oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarının finansmanında yeterli kaynak bulmakta zorlanan Sosyal Güvenlik Kurumu, özel sağlık sigortalarını geliştirecek düzenlemeler yapmalıdır. Bu çalışmada özel sağlık sigortalarının gelişmesi için yapılacak düzenlemeler hakkında bilgi verilmiş, özel sağlık sigortalarının gelir arttırıcı ve sağlık harcamalarını azaltıcı uygulamaları üzerinde durulmuştur.

Anahtar sözcükler: sağlık harcamaları, özel sağlık sigortası, genel sağlık sigortası, sosyal güvenlik kurumu, sağlık harcamalarının finansmanı

THE ROLE OF PRIVATE HEALTH INSURANCES ON HEALTH EXPENDITURES FINANCING

Abstract

Health expenditures in Turkey has been continuously increasing due to various factors such as chronic diseases, expensive and rapidly developing technologies, gradually aging population, easy access to services, etc. The finance of health expenditures is generally covered by taxes, social security and cash payments. Private insurances by supporting social insurances and social insurance payments are financing health expenditures of Social Security Institution. Social Security Institution is facing with difficulties to find sufficient resources for the finance of health expenditures, and should make necessary arrangements to improve private health insurances. This study gives informative explanations about required arrangements to improve private health insurances, and emphasize how applications of private health insurances increase their profit while decreasing health expenditures.

Key words: health expenditures, private health insurance, general health insurance, Social Security Institution, financing health expenditures

GİRİŞ

Sağlığın temel amacı, insan potansiyelinin gelişmesine engel olacak biyolojik, çevresel, sosyal, ailesel ve kişisel faktörlerin ortaya çıkmasını önlemek veya ortadan kaldırılmasını sağlamaktır (Çelik, 2013: 25). İnsanlar günlük hayatın içinde sağlıklarıyla ilgili çeşitli risklerle karşılaşmakta ve bu risklerle mücadele ederek ya da riskleri kontrol altına alarak sağlıklarını korumaya çalışmaktadırlar. Ancak sağlık düzeyini tehdit eden risklerin yönetiminde insanoğlu tek başına mücadelede yetersiz kalabilmektedir. Önemli olan toplumun genelinin sağlık düzeyinin korunması ve iyileştirilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve uygulanmasıdır. Diğer bir ifadeyle toplumsal refahın sağlanmasında sağlık şartlarının iyileştirilmesi toplumsal bir amaçtır.

Toplumun genelinin sağlık düzeyinin korunması ve iyileştirilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve uygulanmasından, toplumun idaresinden de sorumlu olan devlettir. Devlet, sağlık hizmetlerinin arzı, planlanması ve finansmanında en büyük karar mercii konumundadır.

Devlet, vatandaşların sağlık düzeyini koruyup geliştirme amacını güderken sağlık hizmetlerinin finansman sorunuyla karşılaşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanının temel görevi, herkes için adil olacak bir kaynak kullanımınıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında en çok tercih edilen yöntemler incelendiğinde iki ana sınıfta toplanabilir (İstanbuluoğlu ve başk., 2010: 90).

- Özel finansman kaynakları. Bunlara cepten ödemeler, özel sağlık sigortaları ve tıbbi tasarruf hesapları örnek verilebilir.
- Kamusal nitelikli finansman kaynakları. Bu grupta yer alan kaynaklara; sosyal sağlık sigortaları, vergilerle finansman ve fonların havuzlanması örnek verilebilir.

Günümüzde birçok ülkede sağlık sistemleri az çok farklılık gösterse de sağlık sistemlerinde kamusal nitelikli finansman kaynaklarına yer verilmektedir. Bununla beraber, son yıllarda sanayileşmiş ülkelerde ortaya çıkan durgunluk ve gerileme nedeniyle işsizlik oranının artması, nüfusun yaşlanması, göç hareketleri, parasal politikalarda belirsizlikler, vb. gibi birçok nedenle sosyal güvenlik sistemlerinde yapılan reform hareketleri karma sistemde yer alan ülke sayısını artırmıştır. Karma sistemde özel sektörün sağlık harcamalarında payı diğer sağlık sistemlerine göre daha yüksektir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sağlık sigortacılığı, kişilerin sağlıklarının korunmasını ve sağlıklarını bozacak risklerle karşılaşmaları durumunda ortaya çıkan sağlık harcamalarının finansmanını sağlayan, isteğe bağlı olarak gerçekleştirilen bir sigorta türüdür. Özel sağlık sigortacılığı, ülkelerin vatandaşlarına sunduğu asgari sağlık güvencesinin yanında planda olmayan nedenlerden ötürü gerçekleşen sağlık sorunları ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan sağlık giderleri sonucu bireylerin geçici ya da kalıcı gelir kaybı mağduriyetine karşı önlemler almayı hedeflemektedir (Yıldız; 2012: 16).

Çalışmada ülkemizde özel sağlık sigortacılığının mevcut durumu değerlendirilecek ve özel sağlık sigortalarının gelişiminde etkili olan faktörler üzerinde durulacaktır.

1. Sağlık Harcamalarının Finansman Yöntemleri

Sağlık harcamalarının artış eğilimi, sağlık harcamalarının finansman sorununu ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerini sürekli kılmak için finansman kaynakları yaratmak, farklı finansman yöntemleri kullanmak ve bu kaynakları verimli kılmak sağlık hizmetlerinin sunumu için önemlidir. Sağlık

hizmetlerinin finansman kaynağı olarak bireyler; sağlık hizmetlerini talep ederken yaptıkları cepten ödemelerle, devlete vermiş oldukları vergilerle ve sağlık sigortası adı altında ödedikleri primler ile katkı sağlarlar. Devlet bütçeden kaynak ayırarak, sigorta primlerine katkı sağlayarak ayrıca vergi dışında ek kaynak yaratarak sağlık hizmetleri finansmanında kaynak oluşturmaktadır (Orhaner; 2014: 94). Ekonomik karar birimi olarak firmalarda ödedikleri vergiler ve primler ile yapmış oldukları bağışlarla bir finansman kaynağıdır.

Günümüzde hemen her ülkede sağlık finansman sisteminde kamu ve özel sektör bir arada yer almaktadır. Sağlık finansman kaynaklarının ağırlığı ülkenin ekonomik ve siyasi yapısına, sosyo-kültürel dokusuna göre zaman içinde farklılık gösterebilmektedir.

1.1. Vergi ile Finansman Yöntemi

Devlet bütçesinin şekillenmesinde büyük paya sahip olan vergiler, kamu hizmetlerini karşılamak üzere halktan kanun zoruna dayanılarak alınan ekonomik değerlerdir. Vergi devletten sağlanan faydaya göre değil kişilerin ödeme gücüne göre tespit edilen miktarlarda alınmaktadır.

Vergilerle sağlık harcamalarının finansmanı, özellikle Beveridge Modelinde başvurulan en önemli finansman modelidir. İlk kez Birleşik Krallık'ta vergilerle finanse edilen Ulusal Sağlık Sistemi (Beveridge Modeli) 1942 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır (Evans, 2002; 32). Bu modelde devlet sağlık hizmetlerini makro ve mikro düzeyde sunan, finanse eden ve düzenleyen konumdadır. Yaygın bir düşünceye göre bir ülke zenginleştikçe vergi tabanı genişleyecek vergi adaletine yaklaştıkça ve vergi toplama kapasitesi arttıkça sağlık hizmetlerinin vergilerden daha fazla finanse edildiği gözlenecektir. Ancak ülkenin genel vergi yapısı, vergi toplama kapasitesi, dolaylı ve dolaysız vergilerin oranı ve vergilerle hangi sağlık hizmetlerinin finanse edildiği, sağlık hizmetlerinin sunumu ve performansı üzerinde etkili olacaktır.

1.2. Sosyal Sağlık Sigortası İle Finansman

Sosyal sağlık sigortası Almanya'da Otto Van Bismarck tarafından 1883 yılında geliştirilmiş ve daha sonra birçok Avrupa ülkesinde uygulanmış olan, çalışanların ve işverenlerin çalışanın ücretinin belli bir yüzdesi ile yaptıkları katılım esasına dayanmaktadır (Tiryaki-Tatar, 2002; 124). Bismarck modeli olarak da bilinen bu modelde işçilerin ekonomik desteği sağlanarak toplumda refahın dağıtımında da etkili olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sağlık sigortasının faydaları şöyle sıralanabilir (Çelik, 2013; Tatar, 2011);

- Sağlık hizmetleri için düzenli bir gelir kaynağı oluşturur.
- Sağlık politika ve hedeflerinin gerçekleştirilmesine yardımcı olur.
- Sağlık hizmet sunumunda etkinlik sağlar.
- Sağlık sektörüne aktarılan kaynaklar (fonlar) rahatlıkla görülebilir.
- Risk havuzu sayesinde finansal kaynağın farklı hizmet gruplarına bölünmesini sağlar ve ödeme gücüne göre finansal yükü dağıtır.
- Katılımın gelir ile artması nedeniyle yüksek gelir grubundakiler daha fazla katkıda bulunacakları için düşük gelirli kişilere bir sübvansiyon (mali yardım) söz konusu olur.

Sosyal sağlık sigortasının nüfus bakımından kapsamı, ülkelerin ekonomik durumuna bağlıdır. Ayrıca sosyal sağlık sigortası, kapsam altına alınmış nüfus açısından zorunludur. Sosyal sağlık sigortasında kapsam altına tüm nüfus girmişse genel sağlık sigortasından söz edilir.

Sosyal sağlık sigortası planlanırken cevaplandırılması gereken kritik sorular ise şunlardır:

- Sosyal sağlık sigortasını bir kurum mu birden fazla kurum mu gerçekleştirmelidir?
- Sosyal sağlık sigortası kapsamında kimler yer almalıdır?
- Sosyal sağlık sigortası hangi hizmetleri kapsamalıdır?
- Sosyal sağlık sigortasında hizmet sunucularına geri ödeme nasıl yapılmalıdır?

Sosyal sağlık sigortasında sağlıklı olanlar sağlıksızları, gençler yaşlıları, zenginler yoksulları sübvansede etmektedir. Sosyal sigorta, gelirleri ve giderleri açısından şeffaf olmak ve gerektiğinde topluma hesap vermek zorundadır.

Sosyal sağlık sigortasında, sigorta ile sigortalı arasındaki ilişki üç şekilde örgütlenebilir:

- a) Sigorta ödemeyi doğrudan hizmet sunucusuna yapar,
- b) Sigorta sağlık hizmetlerinin kendi kurumları aracılığıyla yapar,
- c) Hasta hizmeti satın aldıktan sonra ücretini öder, sigorta ödemeyi hastaya yapar.

1.3. Özel Sağlık Sigortası İle Finansman

Bireyler veya gruplar sağlık sigortası kurumlarına prim ödeyerek tıbbi harcamalar ve iş göremezlik geliri konusunda güvence sağlamaktadırlar. Özel sağlık sigortaları, sosyal sağlık sigortalarını tamamlayıcı faaliyet göstermektedir.

Özel sağlık sigortaları, kamu sistemi tarafından kapsama dâhil edilmeyen maliyetlere karşı koruma sağlamakta ve sigortalıya tercih imkânı vermektedir. Özel sağlık sigortaları işlev yönünden iki bölümde düşünülebilir. Birinci işlev, zorunlu sağlık sigortasıyla kullanılan tamamlayıcı sağlık sigortasıdır. İkinci işlev ise zorunlu sağlık sigortası yerine geçen ikame edici özel sağlık sigortasıdır(Mossialos-Dixon,2002;3).

Kendi kendine yardım fikrine dayanan özel sağlık sigortalarıyla kişiler isteğe bağlı olarak sağlıkta özel çıkarlarını çeşitli risklere karşı korumuş olmaktadır. Özel sağlık sigortalarının sosyal sağlık sigortalarından en önemli farkı, primin, kişisel risk ya da bireylerin ve grupların hastalanma olasılığına göre belirlenmesidir. İşverenler tarafından desteklenen grup sağlık sigortaları ise özel sağlık sigortalarının gelişmesinde ve yaygınlaşmasında önemli rol oynamaktadır.

Özel sağlık sigortalarının sağlık hizmet maliyetini düşürmek konusunda etkisi olacağı kabul edilmektedir. Özel sağlık sigortaları, prim miktarını düşürerek sigortalı sayısını artırmak için sağlık hizmet sunucularının ücretlerini düşürmek konusunda baskı kurabilirler. Böyle bir durumda sağlık hizmet sunucuları belli bir gelir seviyesini sürdürmek adına maliyetleri düşürmek için çaba sarf edeceklerdir. Ancak sağlık maliyetlerinin düşmesinin hizmet kapsamının daralmasına, sağlık hizmet kalitesinin düşmesine ve tüketici memnuniyetsizliğine de neden olacağı göz önüne alınmalıdır.

Tablo 1'den görüleceği gibi Almanya, Danimarka, Lüksemburg, Fransa, Japonya'da sosyal sigortaların ağırlığı gözlenirken ABD, İsrail, İsviçre, gibi ülkelerde özel sigortaların ağırlıklı olduğu görülmektedir.

Tablo. 1. Finansman Türlerine Göre Sağlık Harcamaları (2015)

ÜLKE	Devlet	Zorunlu Sağlık Sigortası	Cepten Ödeme	Gönüllü Sigorta	Diğer
Norveç	747	11	14	-	-
Almanya	7	78	13	1	-
Danimarka	84	14	2	-	-
Japonya	9	75	13	2	1
Lüksemburg	9	73	11	6	1
Hollanda	9	71	12	6	2
Birleşik Krallık	80	15	3	-	2
Yeni Zelanda	71	9	13	5	2
Fransa	4	75	7	14	-
Türkiye	22	56	17	-	5
Belçika	18	59	18	5	-
OECD ₃₅	36	36	20	6	2
İspanya	66	5	24	4	1
İsviçre	22	42	28	7	1
Kore	10	46	37	6	1
İsrail	17	46	23	11	3
ABD	27	23	11	35	4
Meksika	24	28	41	5	2

Kaynak: OECD Health Statistics 2017'den yararlanılarak hazırlanmıştır.

1.4. Cepten Ödeme Yoluyla Finansman

Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkıları ve kayıt dışı ödemeler olarak gruplandırılabilir (Istanbulluoğlu ve başk., 2010: 90). Doğrudan ödemeler, özel hekim muayeneleri, estetik ameliyatlara, sosyal güvence kapsamı dışında kalan ilaç paraları, özel laboratuvarlarda yaptırılan tetkikler, vb. gibi ödemelerdir. Özellikle sağlık hizmetlerine erişimin zor olması durumunda ve sosyal güvence kapsamı dışında kalan sağlık hizmetlerinden yararlanmada doğrudan ödemeye başvurulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin, aşırı ve gereksiz kullanımını azaltmak ya da ek gelir temin etmek amacıyla kullanıcılardan alınan katkı farkları da cepten ödemelerle karşılanır. Sağlık hizmetlerinin maliyetine destek olmak amacıyla alınan katkı payları sağlık harcama talebinin düşmesine, sağlık kurumları için maliyetin düşmesine neden olmaktadır (Orhaner, 2014: 100). Ancak katkı payı nedeniyle az gelirli insanların sağlık talebinin düşmesinin hakkaniyete uygun olmayacağı düşünülmektedir.

Kayıt dışı ödemeler ise hasta ve hasta yakınlarının sosyal güvence kapsamında olan hizmetler için anlaşma gereği ödediği ya da hizmet karşılığı verdikleri hediyeler gibi ne miktarda olduğu tespit edilemeyen ya da ölçülmesi zor olan ödemelerdir.

1.5. Tıbbi Tasarruf Hesabı Yoluyla Finansman

İlk kez Singapur'da uygulanan, 1996 yılında çıkartılan yasa ile ABD'de de sınırlı olarak uygulamaya konan Tıbbi Tasarruf Hesabı Bismarck ve Beveridge modelleri arasında ara yol olarak kabul edilmektedir. Tıbbi Tasarruf Hesabı ile finansman yönteminde, bireysel olarak açılan hesaplara bireylerden genç ve sağlıklı iken zorunlu olarak ücretlerinin belli bir yüzdesini ayırarak tasarruf yapmaları istenmektedir. Hesapta biriken paralar bireyin yatan hasta hizmetleri için harcanmaktadır. Hesaplar her birey için ayrı ayrı tutulmakta ve sadece hesap sahibi birey için kullanılmaktadır. Tıbbi tasarruf hesabının en önemli avantajı hastanın fiyatlara duyarlı olması ve gereksiz sağlık hizmet talebinde bulunmamasıdır. Ancak toplumsal ölçekli bir risk havuzlaması olmadığı için hesapta biriken para, bakımı pahalı olan hastalıklara karşı yeterli koruma sağlamakta yetersiz kalabilir.

1.6 . Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Türkiye'de sağlık harcamalarının finansmanında kamu sektörünün payı 2016 yılı itibariyle %78,5'dur. Kamu sektörü toplamı içinde en önemli pay %53,6 ile Sosyal Güvenlik Kurumuna aittir. Merkezi devletin ya da vergi ile finansmanın kamu sektörü içinde payı %24'tür. Tablo 2'den görüleceği gibi merkezi devlet(vergi) payı, 2012 yılından itibaren artma eğilimindedir. Özel sektörün toplam sağlık harcamalarında payı artış göstermektedir. Özellikle cepten harcamaların payı 2011 yılına göre 2016'da %6 civarında artmıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumunun gelir kaynağı sigorta primleri olduğu için ülkemizde sağlık harcamalarının finansmanında en önemli ağırlık sosyal sigortalara aittir. Özel sağlık sigortalarının primleri de Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilmekte fakat önemli bir ağırlığa sahip olmadığı görülmektedir.

Tablo.2 Türkiye'de Toplam Sağlık Harcamaları İçinde Kamu ve Özel Sektörün Yeri %

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
KAMU SEKTÖRÜ	79,6	79,2	78,5	77,4	78,5	78,5
Merkezi Devlet	(27,8)	(22,2)	(21,8)	(22,5)	(24,2)	(24,0)
Yerel Devlet	(0,8)	(0,8)	(1,0)	(0,8)	(0,9)	(0,9)
Sosyal Güvenlik	(50,9)	(56,1)	(55,7)	(54,2)	(53,5)	(53,6)
ÖZEL SEKTÖR	20,4	20,8	21,5	22,6	21,5	21,5
Hane halkı	(15,4)	(15,8)	(16,8)	(17,8)	(16,6)	(16,3)
Diğer	(5,0)	(4,9)	(4,7)	(4,8)	(4,9)	(5,2)

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri,2011-2015

2. Türkiye'de Özel Sağlık Sigortaları

Türkiye'de özel sağlık sigortacılığı, 1983 yılında primleri işveren tarafından karşılanan grup sağlık sigortası ile başlamıştır. Daha sonraki yıllarda kişilere de sunulan özel sağlık sigortaları zaman içinde

önemli bir sigorta ürünü olarak tanınmış 1991 yılından itibaren sağlık dalında özel sigorta şirketleri faaliyete başlamıştır (Orhaner, 2014: 175). Halen 2016 yılı itibariyle üçü hayat, otuz biri hayat dışı olmak üzere otuz dört sigorta şirketi hastalık/sağlık branşında faaliyet göstermektedir (Sigortacılık ve BES Faaliyet Raporu, 2016: 37).

Yapısı itibariyle hastalık/sağlık sigortası, Sigortacılık Kanununa göre hem hayat hem de hayat dışı sigorta branşındır. Sağlık sigortası sigortalının sigorta süresi içinde hastalanması veya bir kaza sonucu yaralanması halinde tedavisi için gerekli masrafları poliçede yazılı meblağa kadar temin eden bir sigorta türüdür. Bu nedenle hastalık/sağlık sigortası hayat dışı bir sigorta olmasına rağmen sigortalının kabul ettiği teminat limitlerinde ödeme yapıldığı için meblağ sigortası olarak kabul edilmekte bu özelliği ile hayat sigortası özelliği taşımaktadır.

Özel sağlık sigortalarının sosyal sağlık sigortasından farklılıklarının şöyle sıralamak mümkündür:

- Özel sağlık sigortasında kişilerin yaş, cinsiyet, statü, vb. gibi özellikleri fazla dikkat alınmadığı için herkes özel sağlık sigortası yaptırabilir.
- Özel sağlık sigortası isteğe bağlıdır. Sigortalı ya da sigorta ettiren istediği sigortacıyı seçme, sigorta sözleşmesinin içeriğini tespit etme hakkına sahiptir.
- Özel sağlık sigortasında sigortalı-sigortacı ilişkisinin kaynağı, sigorta ettiren ile sigortacı arasında gerçekleştirilen sigorta sözleşmesidir.
- Özel sağlık sigortalarında prim ve güvence kapsamı sigorta ettirenin isteğine bağlı olarak tespit edilir.
- Özel sağlık sigortalarında sigorta süresi genellikle bir ya da bir yıldan daha az sürelerde yapılmaktadır.
- Özel sağlık sigortalarında bireysel çıkarlar söz konusudur.
- Özel sağlık sigortalarında, özel sigorta şirketlerinin amacı kar elde etmektedir.
- Özel sağlık sigortasında sigorta konusu ekonomik nitelikte ve para ile ölçülebilen çıkarlardır.
- Özel sağlık sigortasında primler; enflasyon oranı, teminat kapsamı, muafiyet ve indirimler, vb. nedeniyle her yıl değişmektedir.
- Özel sağlık sigortalarında sigorta fiyatını belirleyen risk yönetimidir. Risk yönetiminde; yaş, cinsiyet, iş hayatı, yaşam tarzı, meslek, kişinin geçmiş sağlık durumu, hobileri, vb. dikkate alınmaktadır.
- Özel sağlık sigortalarında hastanın hekim ve tedavi seçme hakkı vardır.
- Özel sağlık sigortalarına talep, kısa süreli ve yüksek maliyetli olduğu için hizmet kapsamı dardır.

2.1. Özel Sağlık Sigortası Çeşitleri

Özel sağlık sigortası başlığında diğer bir ifadeyle hayat dışı sigorta branşları içinde yer alan hastalık/sağlık sigortası branşında yer alan sigortalar; sağlık sigortası, hastalık sigortası ve seyahat sağlık sigortasıdır.

Sağlık sigortası, kişilerin tıbbi yardım; tedavi ve ilaç harcamalarına karşı teminat vermektedir. Sağlık sigortası, sigortalının süresi içinde hastalanmaları veya bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masraflarını varsa gündelik tazminatlarının poliçede yazılı meblağlara kadar karşılamaktadır.

Tablo.3 Hastalık/Sağlık Branşında Prim, Tazminat Miktarları Sigortalı ve Sözleşme Sayısı

	Sözleşme Sayısı	Sigortalı Sayısı	Direkt Prim (000)	Ödenen Tazminat (000)
SAĞLIK SİGORTASI	1.727.613 % 46,6	2.727.352	3.898.894 % 96,5	2.836.202 % 99,5
Bireysel Poliçeler	1.188.165	1.405.154	1.991.979	1.184.234
İşveren Grup Poliçeleri	101.046	1.315.031	1.877.998	1.626.216
Diğer Grup Poliçeleri	438.402	7.167	28.918	25.752
HASTALIK SİGORTASI	272.789 % 7,4	265.816	59.473 % 1,5	3.875 % 0,1
Bireysel Poliçeler	272.785	265.761	59.425	3.868
İşveren Grup Poliçeleri	4	55	49	8
Diğer Grup Poliçeleri	0	0	0	0
SEYAHAT SAĞLIK SİGORTASI	1.709.407 % 46,1	886.049	82.799 % 2	9.574 % 0,3
Bireysel Poliçeler	1.687.975	802.215	80.686	9.375
İşveren Grup Poliçeleri	6.093	27.245	620	177
Diğer Grup Poliçeleri	15.339	56.589	1.493	22
TOPLAM	3.709.809 % 100	3.879.217	4.041.167 % 100	2.849.650 % 100

Kaynak: Sigorta Denetleme Kurulu, Türkiye’de Sigorta ve Bireysel Emeklilik Sigortası Faaliyet Raporu,2016’dan faydalanılarak hazırlanmıştır.

Tablo.3’den görüleceği gibi Hastalık/Sağlık branşında poliçelerin % 46,6’ı, prim üretiminin % 96,5’i, ödenen tazminatların % 99,5’i sağlık sigortasına aittir. Sağlık sigortasında bireysel poliçeye sahip sigortalı sayısı % 51,5, grup poliçesine sahip sigortalı sayısı % 48,5’dir. Uygulamada giderek daha fazla ismi duyulan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ya da Destekleyici Sağlık Sigortası bir sağlık sigortası çeşididir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Genel Sağlık Sigortasının karşıladığı teminatların dışında kalan sağlık riskini, teminat kapsamı ve teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketlerle üzerine alan bir sağlık sigortası çeşididir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile kişiler Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kapsama alınmayan ya da kapsama alındığı halde ilave ücret ödemesi gerektiren sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.

Hastalık sigortası, sadece hastalık halini kapsamına almakta, poliçede belirtilen hastalıkların gerçekleşmesi durumunda sigortalıya poliçede belirtilen limitlerde ödeme yapmaktadır. Hastalık sigortasının adı 2005 yılında çıkartılan bir yönetmelikle sağlık sigortası olarak değiştirilmiştir. Bununla beraber önceki uygulamalarda dikkate alınarak hastalık/sağlık sigorta branşında hastalık sigortasına yer verilmekte, sigorta şirketleri bir hastalıkla ilgili hastalık sigortası ürünü satmaktadır. Örnek; meme kanseri teminatı, akciğer kanseri teminatı, böbrek hastalıkları teminatı, vb. gibi. Hastalık/sağlık sigorta branşı içinde hastalık sigortasının toplam sözleşmelerde payı % 7,4, prim üretiminde payı % 1,5, tazminat ödemelerinde payı % 0,1’dir. Hastalık sigortasında sigortalı sayısı da sağlık sigortasındaki sigortalı sayısının yaklaşık % 10’u kadardır.

Seyahat sağlık sigortası ise ulaşım yollarından herhangi birisini kullanarak yurt dışına gidenleri veya yurtdışından ülkemize gelen kişileri, seyahat süresince karşılaştıkları sağlık risklerine karşı koruyan bir özel sağlık sigortası çeşididir. Seyahat sağlık sigortası, seyahat sırasında hastalık ve kaza nedeniyle ortaya çıkan sağlık giderlerini poliçede belirtilen teminat tutarında karşılamaktadır. Sigortanın süresi yurt dışı seyahatlerde ülkeden çıkıldığı pasaportla tespit edildiği an başlar ülkeye girildiğinin pasaportla tespit edildiği an sona erer.

Yurt içinde yapılan seyahatlerde ise sigortanın başlangıç ve bitiş tarihi sigorta poliçesinde belirtilir. Seyahat sağlık sigortasında sözleşme sayısı, hastalık/sağlık branşında toplam sözleşme sayısının % 46,1’idir. Ancak prim üretimi ve tazminat ödemeleri içinde payı oldukça düşüktür.

Hastalık/sağlık sigorta branşında yer almadığı halde kaza branşında yer alan;

- Karayolu Yolcu Taşıma Zorunlu Koltuk Ferdi Kaza Sigortası
- Uçak Yolcu Kaza Sigortası
- Ferdi Kaza Sigortası

ile seyahat eden yolculara, sürücü ve yardımcılara seyahat süresince karşılaştıkları her türlü kazaya karşı teminat verilmektedir. Kaza sigorta branşından Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilen primler, toplam prim üretiminin yaklaşık % 1’i miktarındadır.

Kaza branşında yer alan sigorta türleri dışında Kara Araçları Sorumluluk Branşında yer alan;

- Zorunlu Karayolu Taşımacılık Mali Sorumluluk Sigortası
- Trafik Sigortası
- Yeşil Kart Sigortası

sağlık ile ilgili olarak ilk yardım, muayene, hastanede tedavi, vb. gibi giderler teminat altına alınmıştır. Bu sigortalarla ilgili olarak toplanan primlerin bir kısmı Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilmektedir.

Tablo.4 Kaza ve Kara Araçları Sorumluluk Branşında Prim Gelirleri ve SGK’ ya Devredilen Prim Miktarı

	2012	2013	2014	2015	2016
KAZA BRANŞI					
(B) Prim Üretimi	679.885	883.791	1.036.177	1.202.235	1.432.459
(A) SGK’ya devredilen prim	6.592	10.405	11.154	9.868	12.036
(A)/(B)	% 0,9	% 1,2	% 1,1	% 0,8	% 0,8
KARA ARAÇLARI SORUMLULUK BRANŞI					
(C) Prim Üretimi	3.511.191	4.868.552	4.957.682	6.828.501	12.317.147
(A) SGK’ (B) ya devredilen prim	377.437	488.790	490.981	676.203	1.223.809
(A)/(C)	% 10,7	% 10,0	% 9,9	% 9,9	% 9,9

Kaynak: Sigorta Denetleme Kurulu, Türkiye’de Sigorta ve Bireysel Emeklilik Sigortası Faaliyet Raporu,2013,2016’dan faydalanılarak hazırlanmıştır.

2.2. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Mevcut Durumunun Değerlendirilmesi

Ülkemizde savaş dönemi sonrasında bozulan sağlık düzeyinin iyileştirilmesi ve yükseltilmesi için Cumhuriyetin ilanından sonra sosyal sağlık sigortacılığı uygulamasına başlanmıştır. Ekonomik, sosyal ve kültürel yönden toplumun gelişmesinde devletin önemli bir rol üstlenmesi nedeniyle kamu kesiminin öncelikli olması özel sağlık sigortacılığının gelişimini engellemiştir. Ancak ülke nüfusunun ve beraberinde sağlık hizmet talebinin artması ancak sağlık hizmet sunumunun etkili ve yeterli düzeyde verilememesi özel sektörün sağlık hizmet üretimine girmesine neden olmuştur. Özel sektörün sunduğu sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksekliği ise hizmet kalitesi yüksek olsa bile hastaları finansman yönüyle zorlamaya başlamıştır. İşte böyle bir durumda özel sağlık sigortaları, özel sağlık hizmetlerine erişimde ve bu sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanmasında önemli bir rol üstlenmişlerdir (İnce, 2014: 35; Arık, 2010: 79).

Özel sağlık sigortalarının amacı başta kar elde etmek üzere sigortalıların sağlık durumlarında ortaya çıkan olumsuzlukların giderilmesini sağlamaktır. Özel sağlık sigortalarının en önemli özelliği ferdi olmasıdır. Sigortalının kendisi için ödediği prim ile ailesi ya da bakmakla yükümlü olduğu kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır.

Ülkemizde ikamet eden herkes Genel Sağlık Sigortası kapsamında olup bir şekilde prim ödemek zorundadır. Eğer özel sağlık sigortası yaptırmak istiyorsa sigorta şirketlerine de prim ödemek zorunda kalacaktır. Özel sağlık sigortası ekstra prim ödemeyi gerektirdiği ve kişi Genel Sağlık Sigortasından ayrılamayacağı için özel sağlık sigortalarına talep beklendiği ölçüde artış göstermemektedir. Böyle bir sonucun doğmasında etkili olan faktörler şöyle sıralanabilir:

- Tüketiciler bilgi eksikliği nedeniyle özel sağlık sigortalarına talepte bulunmamaktadır. Bilgi eksikliği tüketiciden kaynaklandığı gibi sigortacıdan da kaynaklanmaktadır.
- Tüketicilerin eğitim durumu da özel sağlık sigortalarına talebi etkilemektedir. Ülkemizde 2015 yılı itibarıyla erkeklerin % 1,8’i, kadınların % 9,2’i okuma yazma bilmemektedir. Yükseköğretim veya fakülte mezunu olan nüfusun (25+ yaş grubu) oranı erkeklerde % 16,2, kadınlarda % 11,7’dir(TÜİK,2016). Eğitim düzeyinin artması özel sağlık sigortalarında artış yaratacaktır.
- Sigortada görünen bir mal satışı olmadığı ve sadece risk gerçekleştiğinde karşılığını alabilme olasılığı tüketicinin özel sağlık sigortası konusunda ihmali bir tutum sergilemesine neden olmaktadır.
- Ülkede milli gelirin artışı ve kişi başına düşen gelir artışı özel sigorta talebini artırmaktadır. Ülkemizde kişi başına Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla 2015 yılı itibarıyla 18.599 Dolar iken OECD ortalaması 38.217 Dolar, İsviçre’de 56.897 Dolar, İsveç’te 44.560 Dolar’dır (OECD Health Data 2015).
- Ülkemizde gelir dağılımının da adil olduğunu söylemek mümkün değildir. Gelirlerin dağılımına bakıldığında en yüksek gelire sahip % 20’lik nüfus gelirin % 45,9’unu, en yüksek gelire sahip ikinci % 20’lik nüfus gelirin % 21,7’ini almaktadır (TÜİK,2015). Nüfusun kalan % 60’lık grubu ise gelirin % 32,4’ünü paylaşmaktadır. Dolayısıyla özel sağlık sigortası talebinin yüksek gelir elde eden nüfustan(% 40’lık grup) doğması beklenebilir.
- Ülkemizde ayrıca işsizlik oranı 2015 yılı itibarıyla % 10,3 olmuştur. İşsizlik nedeniyle gelir elde edemeyen nüfusun özel sağlık sigortasına talebinin de fazla olması beklenemez.
- Özel sağlık sigortalarına talebin azlığı sigortacıların bilgilendirmede yetersizliğinden, fiyat rekabetinden de kaynaklanabilir. Sigorta pazarlamasında eksiklikler, fiyat rekabeti nedeniyle tüketicinin kararsız kalması talebi düşüren önemli bir etkidir.
- Özel sağlık sigortasında veri eksikliğinde kaynaklanan prim hesaplamada ve fiyat tespitinde zorluklar nedeniyle sağlık sigorta pazarı istenildiği gibi gelişme göstermemektedir.

- i) Özel sağlık sigortaları özel sağlık sunucuları üzerinde fiyat düşürücü baskı yaratırken, özel hizmet sunucuları da hizmet fiyatlarını artırma çabasına girmekte, artan fiyatlar sağlık sigortası talebini düşürmektedir.

2.3. Özel Sağlık Sigortasının Gelişmesinde Önemli Olan Faktörler

Özel sağlık sigortaları, ülkemizde gelişmeye açıktır. Ülkemizin sahip olduğu birtakım fırsatlar uzun dönemde özel sağlık sigortalarının gelişmesine neden olacaktır. Diğer taraftan bazı zorunluluklar nedeniyle yapılacak düzenlemeler de özel sağlık sigortalarını geliştirecektir.

Özel sağlık sigortalarının gelişiğine işaret eden fırsatları şöyle sıralayabiliriz:

- Türkiye nüfusu (78.741.053₂₀₁₅) özel sağlık sigortaları için önemli bir potansiyeldir (Sağlık İstatistikleri Cep Yıllığı, 2015).
- Türkiye’de nüfusun % 92,1’i il ve ilçe merkezlerinde yaşamaktadır. Büyük şehirler alt yapı sorunları, su baskını, yangın, trafik, terör ve şiddet olayları, vb. nedeniyle insanların daha fazla sağlık gideri yapmasına neden olmaktadır.
- Türkiye’de ortalama yaşam süresi artmakta, 65 yaş üzeri nüfus giderek artış göstermektedir. Teknolojide, tıpta, yaşam koşullarında gelişme, sağlık, beslenme ve gelirdede olumlu gelişmeler ortalama yaşam süresini artırmaktadır. Halen 65 yaş üzeri nüfusun ülke nüfusu içinde oranı 2015 yılı itibariyle 8,2’dir (Sağlık İstatistikleri Cep Yıllığı, 2015).
- Türkiye ekonomisinde olumlu gelişmeler yaşanmakta ve buna bağlı olarak kişi başına gelirdede artış gözlenmektedir.
- Genel sağlık sigortası uygulaması konusunda ve özel sağlık sigortalarında halkın bilgi düzeyi yetersizdir. İyi bir tanıtım ve pazarlama becerisi ile özel sağlık sigortalarına talep artabilir.
- Genel sağlık sigortası uygulamasında cepten ödemelerin giderek artması özel sağlık sigortalarının yaygınlaşmasına neden olabilir.
- Ülkemizde de giderek yaygınlaşan kanser, kalp ve damar hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, sonulunum sistemi hastalıkları, vb. gibi hastalıklar kişilerin ilerideki yaşamlarını sağlıklı sürdürebilmek ve bugünkü yaşam standartlarını devam ettirmek konusunda duyarlılıklarını artırmaktadır. Bu tür hastalıklarla karşılaşmadan önce yapılacak özel sağlık sigortaları kişilere güven verecektir.
- Özel sağlık sigortaları ile ilgili olarak 2007 yılında çıkartılan 5684 sayılı sigortacılık Kanunu daha önceki yıllara göre önemli değişiklikler getirmiştir. Sigortalıyı koruyan, sigorta şirketlerinin kuruluşu, faaliyetleri ve denetimini düzenleyen, sektörün yeniden yapılanmasını sağlayan bu Kanun ile kişiler özel sigorta şirketlerine daha fazla güven duyacaktır.
- Küreselleşme sürecinde ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasi gelişmeler bilgi teknolojileri yoluyla kısa sürede duyulmakta, yenilikler takip edilmektedir. Özellikle gençlerin dünyadaki gelişmeleri yakından takip etmesi sağlık konusunda yeni bilgilere ulaşması özel sağlık sigortalarına talebin artışına neden olacaktır.
- Her yıl bir salgın hastalık beklentisi, yeni görülen hastalık türleri, pahalı ilaçlar, teknik araç ve gereçler, tıbbi tetkikler, vb. özel sağlık sigortalarının gelişmesine neden olacaktır.

3. Özel Sağlık Sigortalarının Gelişmesi İçin Yapılacak Düzenlemeler

Sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerinin arzı için gerekli mali kaynakların piyasa ya da kamusal kaynaklarla finanse edilmesidir. Diğer bir ifadeyle sağlık finansmanı sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli olan kaynakların sağlanmasıdır (Gottret ve Schieber, 2006). Dünya Sağlık Örgütü, sağlık hizmetleri finansmanının amacı, yeterli ve sürdürülebilir bir kaynak sağlayarak tüm insanların sağlık hizmetlerine kolay erişebilmesini sağlamak olarak açıklamaktadır (WHO, 2004). Bu amacı gerçekleşmesi için finansal kaynakların etkili bir şekilde kullanılması, kaynakları oluştururken hane halkının yoksullaşmasının engellenmesi ve finansman dağılımında adaletli olunması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanının başarısına etki eden üç bileşen önemlidir:

- Sağlık hizmetleri finansmanı için yeterli ve etkili fon toplama mekanizmasını geliştirmek.
- Sağlık hizmeti finansman türünden yararlanan bireylerin sahip olduğu riskleri aynı çatı altında bir araya geldiği diğer bireylerle paylaşmak ve fon geliri elde etmek.
- Sağlık hizmetlerini bütün bireylere ihtiyaçları doğrultusunda arz etmek ve bu hizmetlerin finansmanını sağlamak.

Kocasay (2014) sağlık finansmanını, sağlık hizmetlerinin temini için gerekli mali kaynakların piyasa ya da kamusal kaynaklarla finanse edilmesi şeklinde tanımlamaktadır.

Ülkemizde kamuda sağlıkta tek geri ödeme kurumu Sosyal Güvenlik Kurumudur. Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık hizmetlerini sağlayıcı kurum değil sağlığın finansörüdür. Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri Kurumla sağlık hizmet sunucuları arasında sağlık hizmet alımı sözleşmeleri yapılması suretiyle karşılanır. Sözleşmesiz sağlık hizmet sunucularından ise acil hallerde alınan sağlık hizmetlerinin bedelleri Kurumca karşılanır.

Sosyal Güvenlik Kurumu hem genel sağlık sigortası primlerinin hem de özel sigorta primlerinin toplandığı ve finansal kaynakların yönetildiği kurumdur. Primlerin aynı kurumda (havuzda) toplanması ile zenginler yoksulları, sağlıklılar hastaları, gençler yaşlıları sübvanseder.

Sosyal Güvenlik Kurumu bütçesi, Genel Sağlık Sigortasının uygulamaya girdiği 2012 tarihinden itibaren açık vermektedir. Gelir sıkıntısı çeken kurumun sağlık giderleri giderek artış göstermektedir. Sosyal Güvenlik Kurumunun 2015 yılı bütçe açığı 11 milyar 444 milyon TL. 2016 yılı bütçe açığı ise 20 milyar 536 milyon TL. olmuştur (Sosyal Güvenlik Raporu, 2015-2016 Faaliyet Raporu).

Ülkemizde Genel Sağlık Sigortasının kapsamının genişliği ve kapsamda bulunan herkesin sağlık hizmetlerine ulaşımı özel sağlık sigortalarına talebin düşük olmasına yol açmaktadır. Bununla beraber Sosyal Güvenlik Kurumunun gelirlerinin giderlere göre yetersiz olması, sağlık harcamalarının zamanında ve yeterli bir şekilde yapılmasına engel olmaktadır. Bu durumda Sosyal Güvenlik Kurumu ya gelirlerini artıracak ya da giderlerini kısacaktır. Sosyal Güvenlik Kurumunun gelirlerini artırmak için özel sağlık sigortalarında prim gelirlerinin artışı gerekmektedir.

Özel sağlık sigortaları bireylere tıbbi harcamalar ve iş göremezlik geliri konusunda güvence vermektedir. Tıbbi harcamalar, sağlık hizmet sunumu ve finansmanı ile sosyal güvenlik sistemleri ve sağlık sigortalarının ortak bir paydada birleşmesine neden olan gider kalemlerindedir (İnce, 2014: 35). Özel sağlık sigortalarının sağlık sistemlerinin finansmanına önemli katkısı olabilir. Bu durumda yapılacaklar şöyle özetlenebilir:

- Özel sağlık sigortalarına katılımın fazla olması için teşvik uygulamaları getirilebilir. Örnek; sigorta poliçesini devam ettirenlere primlerde indirim yapılması. Yıl içerisinde verilen teminat tutarının % 50'ini kullananlara indirim yapılması, vb. gibi.
- Bireysel Emeklilik Sigortasının zorunlu hale getirilmesi gibi, yaşlı bakım sigortasının zorunlu hale getirilmesi.
- Sağlık sigortasının bir yıl süreli yapılması yerine sigortalıları prim artışından ve sağlık maliyet artışından korumak için Almanya örneğinde olduğu gibi tedbirler alınabilir. Örnek: Alman özel sağlık sektöründe yaşlılık rezervi, gittikçe artan sağlık harcamalarını karşılayan bir birikimdir.
- Genel sağlık sigortası kapsamında olup aylık kazancı belli bir miktarın üzerinde olan gelir gruplarına özel sağlık sigortası yaptırmaları zorunlu tutulabilir. Dolayısıyla geliri yüksek olan kişiler hem genel sağlık sigortası hem de özel sağlık sigortası primi ödemede zorunlu tutulmuş olacaklardır.
- Özel sağlık sigortası yaptıracak kişilerde var olan hastalık durumu, sigorta primini artırıcı yönde etkilemektedir. Oysa devam eden özel sağlık sigortası varsa önemli bir hastalığa (kanser, böbrek rahatsızlığı, kalp rahatsızlığı, vb.) yakalanma durumunda prim değişmemektedir. Bu nedenle sigorta şirketleri kişileri sağlıklı olduğu durumda özel sağlık sigortası yaptırmaya ikna etmelidir. Kişilere yeterli bilgi verilerek özel sağlık sigortalarına talep artırılabilir.

Sosyal Güvenlik Kurumu, sağlık harcamalarının kısılması yönünde uygulamalar da getirebilir. Halen tedavi giderlerinde ve ilaç giderlerinde hastalardan katkı payı alması hakkaniyete uygun olmasa da sağlık giderlerinin kısılması yönünde etkilidir. Bunun yanı sıra gider kısıcı önlemler şunlar olabilir:

- Performansa dayalı ek ödeme sistemi değiştirilmeli, doktorların performans puanını artırmak adına gereğinden fazla ameliyat yapması, hasta bakması, tahlil yaptırması, vb. engellenmelidir. Gereksiz tıbbi girişimler ve performans puanı yüksek olan uygulamaların artışı beraberinde sağlık giderlerini artırdığı için performansa dayalı ödeme sistemine son verilmelidir.
- Hastane ve doktor hizmetlerinde özel sağlık sigortası sahiplerine takınılan tavır gereksiz hizmet sunumu her ne kadar özel sağlık sigorta şirketlerince önlenmeye çalışılsa da Sosyal Güvenlik Kurumunun hizmet sunumu ve ödenmesi konusunda yaptırımları daha etkili olacaktır.
- Sosyal Güvenlik Kurumu tespit edilecek bazı hastalıkların birinci basamaktan sevsiz gidilmesi halinde yapılacak sağlık harcamalarının ilgili kişi tarafından yarısının cepten ödenmesi zorunluluğunu getirebilir. Böylelikle hem sağlık harcamalarını kısmış hem sevk sisteminin yerleşmesini sağlamış hem de özel sağlık sigortalarının gelişmesini teşvik etmiş olacaktır.

SONUÇ

Özel sağlık sigortalarının amacı, kişilerin sağlıklarını korumak sağlıklarının bozulması halinde ortaya çıkan sağlık harcamalarını karşılamak, hastalanma, sakat kalma ve iş göremezlik durumunda kişilere gelir sağlamaktır. Günümüzde sağlık sistemleri kamu ve özel sektörün finansman yüküne ortak katılımını sağlayan karma bir yapı göstermektedir. Özel sağlık sigortalarına talep artmakta, elde edilen prim gelirleri sosyal sağlık sigortasına katkı sağlayarak sağlık harcamalarının finansmanı daha rahat

sağlanmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumunda ne kadar fazla prim geliri olursa bu gelirlerle fon oluşturulması ve fon geliri elde edilmesi yoluyla ek kaynak sağlanması Kurumun harcamalarında kolaylık sağlayacaktır. Ülkemizde nüfus artışı, sağlık konusunda bireylerin duyarlılığının artışı, kişi başına gelirin artışı ile beraber yapılacak bazı düzenlemeler özel sağlık sigortasına talebi artıracaktır. Özel sağlık sigortasına talebin artması için sigortacıların da indirim, muafiyet vb. gibi bazı özendirici tedbirler alması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Arık, Ö. (2010). Avrupa Birliğine Giriş Sürecinde Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Durumu ve Avrupa Birliği’ndeki Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları ile Bir Karşılaştırma. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Çelik, Y. (2013). Sağlık Ekonomisi, 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Evans, R.G (2002). Financing Health Care: Taxation and the Alternatives, Mossials E Funding Health Care: Options for Europe, Buckingham-Philadelphia Open University Press (31-98).

Gottret, P., Schieber, G. (2006). Health Financing Revisited: A Practitioner’s Guide, The World Bank, Washington D.C.

İnce, G.N., (2007). Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., Oğur, R., (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri, Dirim Tıp Gazetesi, s.86-99.

Kocasoay, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansmanı. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Messials, E., Dixon, A. (2002). Funding Health Care: An Introduction, Messials, E. Et. al (eds) Funding Health Care: Options For Europe, (p.1-30) Open University Press, Buckingham-Philadelphia.

Orhaner, E. (2014). Türkiye’de Sağlık Sigortası, Siyasal Kitabevi, Ankara.

OECD : Health Data 2015.

OECD : Health Statistics 2017.

Sosyal Güvenlik Kurumu, 2016, Faaliyet Raporu.

Sağlık Bakanlığı, (2015), Sağlık İstatistikleri Cep Yıllığı.

Sigorta Denetleme Kurulu, Türkiye’de Sigorta ve Bireysel Emeklilik Sigortası Faaliyet Raporu, 2013,2016.

Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi, Sosyal Güvenlik Dergisi, s.103-133.

Tiryaki, D., Tatar, M. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.5, S.4 (s.123-139).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

TUİK : (2016) Eğitim İstatistikleri.

TUİK : Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2011-2015.

TUİK : Gelir Dağılımı İstatistikleri, 2015.

World Health Organisation (WHO), (2004). World Health Report, WHO, Geneva.

Yıldız, U. (2012). Özel Sağlık Sigortacılığı Sektöründe Faaliyet Gösteren Şirketlerin Veri Zarflama Analizi ile Etkinliğinin Ölçülmesi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.