



Cilt/Volume :5 Sayı/Issue :1 Yıl/Year :2019(NİSAN) ISSN-2149-6161

# ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND  
STRATEGIES RESEARCH



## İÇİNDEKİLER

**KAMU HASTANELERİNDE YATAK DOLULUK ORANINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER  
THE FACTORS AFFECTING BED OCCUPANCY RATE IN PUBLIC HOSPITALS( Doç. Dr. Emel  
YÜCEL) (Araştırma makalesi 1 -11 )**

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN VE GERİ ÖDENME YÖNTEMLERİ: TÜRKİYE'DE  
MEVCUT DURUM  
THE FINANCING AND REIMBURSEMENT OF HEALTH SERVICES: CURRENT SITUATION IN  
TURKEY (Dr. Öğr. Üyesi Fatih ŞANTAŞ- Dr. Öğr. Üyesi Ümit ÇIRAKLI )(Derleme makale 12-20)**

**HASTANELERDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MOTİVASYON DÜZEYLERİNİN ÖRGÜTSEL  
BAĞLILIKLARINA ETKİLERİ: KIRIKKALE İLİ ÖRNEĞİ  
THE EFFECT OF ORGANIZATIONAL COMMITMENT OF HEALTH CARE PROVIDERS IN  
HOSPITALS: KIRIKKALE PROVINCE SAMPLE (Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK - Dr. Öğretim Üyesi Özge  
YILMAZER-Dr. Öğretim Üyesi Gör. Öznur ERDEM) (Araştırma makalesi 21 -50)**

**İŞYERİ NEZAKETSİZLİĞİ VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER: HEMŞİ-  
RELER ÜZERİNE BİR İNCELEME  
THE RELATIONSHIP BETWEEN WORKPLACE INCIVILITY AND DEMOGRAPHIC FEATURES:  
A STUDY ON NURSES (Öğr.Gör.Dr. Çağdaş IŞIKAY)(Araştırma makalesi 51-68 )**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARI ZAMANI NASIL YÖNETİYOR?  
HOW DO HEALTHCARE WORKERS MANAGE TIME? (Sevda Gezginerler -Prof. Dr. Fatma Lorcu )  
(Araştırma makalesi 69- 88 )**



*Usaysad Derg, 2019; 5(1): 1-11 (Araştırma makalesi)*

## KAMU HASTANELERİNDE YATAK DOLULUK ORANINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

### THE FACTORS AFFECTING BED OCCUPANCY RATE IN PUBLIC HOSPITALS

**Doç. Dr. Emel YÜCEL**

Akdeniz Üniversitesi

yucelemel@hotmail.com

orcid.org/0000-0002-9675-1110

Makale gönderim-kabul tarihi (20.06.2018-18.01.2019)

#### Özet

Sağlık hizmetinin önemli bir bölümünün kamu tarafından sunulduğu ülkemizde, hastanelerin performansını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında hastanenin fiziki koşulları önemli bir paya sahiptir. Bu çalışmada kamu hastaneleri açısından önemli bir performans göstergesi olan yatak doluluk oranını etkileyen faktörler araştırılmaktadır. Regresyon analizlerinden elde edilen sonuçlara göre, hastane büyüklüğü, personel yapısı, özel bilgi içeren sağlık hizmeti sunulması ve faaliyette bulunulan coğrafik bölgenin sosyo-ekonomik yapısı yatak doluluk oranını etkilemektedir. Ayrıca, hastanelerin fiziki özelliğinin, yatak doluluk oranını etkileyen önemli bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane büyüklüğü, yatak doluluk oranı, kamu sektörü, performans, Türkiye.

**JEL Sınıflaması:** I18, H11, H51.

#### Abstract

There are many factors affecting the performance of hospitals in our country where a significant portion of health care services are provided by the public. Among these factors, the physical conditions of the hospital have a significant share. The factors affecting performance in public hospitals were investigated in this study. Bed occupancy rate was used as a sign of hospital performance. According to the results obtained from the regression analysis, hospital scale, personnel structure, health service offering specific skills and socio-economical structure of the geographical area have an significantly affect on the bed occupancy rate. It is concluded that the physical characteristics of hospitals are an important factor affecting hospital performance.

**Keywords:** Hospital size, bed occupancy rate, public sector, performance, Turkey.

**JEL Classification:** I18, H11, H51.

#### GİRİŞ

Türkiye’de sağlık sektörü, 2000 yılından başlayarak önemli reformlara konu olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesine odaklanılmış ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde Performansa Dayalı Ödeme Sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), 2010 yılında özel hastaneleri niteliklerine göre sınıflandırmaya tabi tutmuş ve hastalardan alınacak fark ücretini bu sınıflandırmaya dayalı olarak belirlemeye başlamıştır.

1

Yapılan reformlar, sağlık hizmet sunumunda performansın artırılarak daha kaliteli ve nitelikli sağlık hizmeti sunumuna ulaşılmasını hedeflemektedir. Bu çerçevede özel ve kamu sağlık hizmeti birimlerinin performansının belirlenmesi ve bunu etkileyen faktörlerin ortaya çıkartılması büyük bir önem arz etmektedir. Bununla birlikte, sağlık reformlarının etkilerinin ortaya konulması sağlanabilecek etkinlik hakkında fikir verecektir.

Hastanelerin farklı performans seviyelerine sahip olmalarına yol açabilecek unsurlar/değişkenler arasında, hastanenin büyüklüğü, yöneticinin eğitim durumu, hastane zincirine üyelik, sağlık sistemi ağını paylaşım, sözleşme yönetimi altında faaliyet gösterme, doluluk oranı ve ayakta tedavi gören hasta oranı faktörleri öne çıkmaktadır. Literatürde hastane performansını inceleyen çalışmalarda, hizmet sunumuna ilişkin değişkenler kullanılarak performansın değerlendirildiği görülmektedir. Literatürde hastane performans ölçüsü olarak sıklıkla yatak doluluk oranından yararlanılmakta olup, bu oran faaliyet performansı hakkında fikir vermektedir (Nerenz, Neil 2001; Zhecheng 2014). Genel olarak oranın yüksek olması olumlu kabul edilmektedir. Hastane performansını değerlendirmede yatak doluluk oranından yararlanırken dikkatli olunmalıdır. Oranın yüksek olması bazı durumlarda hastanın etkili tedaviye ulaşamadığı, oranın düşük olması ise faaliyet etkinliğinin sağlanamadığı şeklinde değerlendirilebilmektedir. Bununla birlikte, sağlık hizmeti kendi içinde özel dinamiklere sahip olup, yatak doluluk oranı kullanılarak yapılacak değerlendirmelerde söz konusu dinamikler göz önünde bulundurulmalıdır. Bu çalışmada, başlıca kamu hastanelerinde performansa odaklanılarak, hizmet sunumunda performansı etkileyen faktörlerin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaca yönelik olarak Türkiye'deki Sağlık İstatistik Bölge Birimleri dikkate alınarak yalnız hastane düzeyinde verilerle yetinilmeyip bölgenin sağlık hizmet sunumuna ulaşımına ilişkin göstergelerden de yararlanılmıştır. Bu kapsamda, sağlık sektöründe performansı etkileyen faktörler 2009-2013 dönemine ait dengeli panel verilerle regresyon analizleri yapılarak araştırılmıştır.

Çalışmanın giriş bölümünde, Türkiye'de son yıllarda ortaya konulan sağlık reformları değerlendirilmiştir. İkinci bölümde, sağlık sektöründe performans konusunu inceleyen çalışmalara ait literatür sunulmuştur. Üçüncü bölümde, analizlerde kullanılan veri setinin hazırlanma süreci, analiz yöntemleri ve araştırma modeli açıklanmıştır. Dördüncü bölümde, yatak doluluk oranını etkileyen faktörlerin incelendiği regresyon analizlerinin sonuçları raporlanarak, değerlendirilmiştir. Son olarak, araştırmanın sonuçları özetlenmiştir.

## 2. HASTANELERDE SAĞLIK HİZMET SUNUMUNU İNCELEYEN ÇALIŞMALAR

Sağlık sektöründe kaliteli ve nitelikli sağlık hizmeti sunulması, sürdürülebilirlik açısından önemli bir unsurdur. Literatürde yer alan çalışmalarda daha çok sürdürülebilirliğin sağlanmasında önemli olan faktörlerin araştırıldığı görülmektedir. Duffy ve Friedman (1993) tarafından yapılan çalışmada zayıf finansal performans gösteren hastanelerin özellikleri belirlenmiştir. Bu hastanelerin, küçük ölçekli, maliyet oranı yüksek, yatak doluluk oranı düşük ve sigortalı olmayan hasta oranları yüksek olan hastaneler oldukları belirtilmiştir. Yoğun rekabet ortamında hastanelerin varlığını devam ettirebilmelerinde teknoloji ve kalitenin geliştirilmesi önemlidir. Amerika'daki hastaneleri inceleyen Li ve Collier (2000), teknolojinin ve hizmet sunum kalitesinin hastane performansını doğrudan etkilediğini göstermiştir. Ayrıca, klinik teknolojilerinin ve bilgi teknolojilerinin hastanenin finansal performansını etkilediğini tespit etmişlerdir. Maizel ve diğerleri (2011), hastanelerin işgücü yoğun işletmeler olarak önemli derecede iş kanunlarından ve ulusal sağlık reformlarından etkilendiklerini belirtmişlerdir.



Türkiye’de sağlık sektörünü inceleyen Özgülbaş ve diğerleri (2008), özel hastanelerde finansal performansa etki eden faktörleri araştırmışlardır. Hastanelerin yarısına yakın bir kısmının düşük finansal performans seviyelerine sahip oldukları, hastanelerin finansal performans düzeylerinin likidite düzeyleri ve net çalışma sermayesi düzeylerinden etkilendiğini belirtmişlerdir. Tarcan ve diğerleri (2010), teknolojinin hastanelerin finansal performansına etkisini Ankara iline ait veriler üzerinden araştırmışlardır. Çalışmada, klinik teknoloji yatırımlarının hastanenin finansal performansını pozitif yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Süreç kalitesi ve sahiplik yapısı faktörlerinin performansla pozitif ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılından sonra yapılan reformlarını inceleyen Saraçoğlu ve diğerleri (2012), reform öncesi ve sonrasında hastanelerin finansal performanslarının nasıl değiştiğini araştırmışlardır. Analizlerde, 469 kamu hastanesinin 2001 ve 2007 yılı hastane karlılık oranı kullanılmış ve reform sonrasında hastanelerin %70’nin karlılık oranının yükseldiği saptanmıştır. Hastane büyüklüğü dikkate alınarak yapılan analizlerde, ortalama karlılık oranındaki en yüksek değişimin, 100-400 arası yatak sayısına sahip hastanelerde olduğu belirtilmiştir. Bahçe ve diğerleri (2014) ise, sağlık alanında yapılan reformların 2002-2011 dönemi üzerinden hane halklarının ekonomik yapısı ve sağlık hizmetine ulaşım konusundaki etkilerini araştırmışlardır. Sağlık hizmetine ulaşmada kamu sektörünün önemli olduğu ve güçlendirilmesinin gerektiği sonucuna ulaşmışlardır. Numanoglu Tekin (2011), 2010 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmalı olan özel hastaneler, üniversite-vakıf hastaneleri ve diğer (belediye, dernek ve yabancı hastaneleri) hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların hastanede kalma süresini etkileyen faktörleri araştırmıştır. Lojistik regresyon analizi uygulanan çalışmada hasta yatış süresi ile cinsiyet, eşlik eden hastalık olup olmama özelliği ve hastanenin bulunduğu coğrafik bölge arasında negatif ilişki olduğu belirtilmiştir. Buna karşın hasta yatış süresi ile yaş, yatış yapılan mevsim, hastanenin yatak kapasitesi, hastanenin mülkiyet durumu, hastanenin hizmet türü ve yerleşim yeri arasında pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Hastanelerin etkinlik düzeylerini veri zarflama analizi yöntemiyle inceleyen Yeşilyurt ve Yeşilyurt (2006), özel hastanelerin kamu hastanelerinden görece olarak daha etkin olduklarını saptamışlardır. Bal ve Bilge (2013) tarafından Sağlık Bakanlığı’na bağlı 35 araştırma hastanesinin etkinlikleri veri zarflama analiziyle incelenmiştir. Çalışmada, 13 hastanenin toplam etkinlik, 18 hastanenin ölçek etkinliği ve 20 hastanenin teknik etkinlik açısından tam etkin oldukları tespit edilmiştir. Ölçek etkinliği açısından etkin olan hastanelerin etkin olmayanlardan daha düşük yatak kapasitesine sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca, hastane geliri üzerinde, giderler, muayene ve uzman hekim sayısı değişkenlerinin istatistiksel açıdan anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiştir. Ayanoğlu ve diğerleri (2010) ise, Sağlık Bakanlığı’na bağlı 16 hastanenin performansını 2007 verilerini kullanarak veri zarflama analizi ile incelemişlerdir. Etkin olmayan hastanelerin çoğunluğunda dışarıdan sağlanan hizmet giderlerine ve personel giderlerine önemli derecede harcama yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Aytekin (2011) ise, yatak doluluk oranı düşük olan hastaneleri etkin olmayan hastaneler olarak dikkate almış ve veri zarflama analiziyle etkinlikten uzaklaştıran faktörleri belirlemiştir. Sağlık Bakanlığı’nın 2009 verilerine göre 955 hastaneden yıl boyunca %50 yatak doluluk oranının altında kalan 245 devlet hastanesinin etkinliklerini hesaplamıştır. Girdi değişkenleri olarak, yatak sayısı, oda sayısı, pratisyen doktor sayısı, uzman doktor sayısı ve yardımcı sağlık personel sayısı alınırken, çıktı değişkenleri yatak doluluk oranı, ortalama kalış süresi, yatan hasta oranı ve MEDULA ciroları kullanılmıştır. Bulgular, 21 hastanenin etkin olduğunu ve 224 hastanenin etkin olmadığını göstermiştir. Uzman doktor sayısı yeterli gibi görünmesine karşın, uzmanlık alanları arasındaki dağılımın etkin olmadığı saptanmıştır. Çalışmada etkin olmayan hastanelerden etkin olan hastanelere personel transferinin yapılması ve yeni yatırımlar yapılmasının aksine bir kısım hastanelerin küçültülmesi veya kapatılması önerilmiştir. Atmaca ve diğerleri (2012), Ankara’da faaliyette bulunan özel hastanelerin faaliyet etkinliğini veri zarflama analizi yöntemiyle incelemişlerdir. Girdi değişkenleri, yatak sayısı, hekim sayısı, toplam muayene ve toplam yatan hasta sayısı olup, yatak doluluk oranı, hastaların ortalama kalış günü, yatak

devir hızı, taburcu olan hasta sayısı, ölen hasta sayısı, toplam yatılan gün sayısı, toplam ameliyat sayısı ise çıktı değişkenleri olarak işleme dahil edilmiştir. Etkin olan hastaneler üzerinden etkin olmayan hastaneler için girdi değerlerinde iyileştirmeler yapılmış ve bu hastaneler için faaliyetlerini gerçekleştirme sürecinde üzerinde durmaları gereken konular tespit edilmiştir. Etkin olmayan hastanelerin hedeflenen etkinlik düzeyine ulaşabilmeleri için uygun rekabet ortamının sağlanmasının önemli olduğu vurgulanmıştır.

Literatürde yer alan çalışmalardan elde edilen bulgulara genel olarak değerlendirildiğinde, hastanelerin teknolojik açıdan gelişmiş olmaları halinde daha yüksek performans seviyelerine ulaştıkları anlaşılmaktadır. Bununla birlikte, sunulan hizmetin kalitesi ve niteliği de hastanelerin yüksek performans seviyelerine ulaşmalarında önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Hastanelerin, kamu reformlarından önemli derecede etkilendiği anlaşılmaktadır.

### 3. VERİ SETİ VE ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Araştırmanın veri seti, Sağlık Bakanlığı'na ait Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda raporlanan veriler kullanılarak hazırlanmıştır. Sağlık İstatistik Yıllıkları'nda Türkiye, istatistiki bölge birimlerine göre 12 bölgeye ayrılarak sınıflandırılmaktadır (Sağlık İstatistik Yıllığı, 2013: s.6).<sup>1</sup> Bölgeler, Kuzeydoğu Anadolu, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Orta Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Batı Marmara, Güneydoğu Anadolu, Ege, Doğu Marmara, Akdeniz, Batı Anadolu ve İstanbul olarak sağlık hizmet sunumu temelinde gruplandırılmaktadır. Türkiye'de sağlık istatistikleri, bu bölgelere ait yıllık frekansta veriler üzerinden kamuoyuna sunulmaktadır. Yıllara göre değişen raporlama standartları göz önünde bulundurulmuş ve verilerin tutarlılığı açısından analiz dönemi 2009-2013 olarak belirlenmiştir. Dengeli panel verilerin kullanıldığı regresyon analizleri, Stata 13 programı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir.

Sağlık sektöründe performans, finansal ve finansal olmayan performans ölçütlerinden yararlanılarak değerlendirilmektedir. Finansal olmayan performans ölçütleri, hastanenin hizmet sunumuna ilişkin ölçütlerden oluşmakta ve bu süreçte yatak doluluk oranından sıklıkla yararlanılmaktadır (Nerenz, Neil 2001; Zhecheng 2014). Yatak doluluk oranı hizmet kalitesinde etkinlik açısından fikir vermekte ve faaliyet performansını göstermektedir. Başka bir ifadeyle yatak doluluk oranı, bir yıl içinde yatakların ne oranda hastalar tarafından kullanıldığını ölçmektedir. Oran, (yatılan gün sayısı\*100)/(yatak sayısı\*365) şeklinde hesaplanmaktadır (Sağlık İstatistik Yıllığı, 2013: s.133). Yatak doluluk oranı düşük olan hastanelerde, aşırı kapasite yatırımı yapıldığı ve düşük performans seviyelerinde faaliyette bulunduğu anlaşılmaktadır. Yatak doluluk oranının yüksek olması arzu edilen bir durum olup, finansal açıdan iyi olarak değerlendirilmektedir (Richards 2014).

Sağlık sektörünün performansını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla oluşturulan araştırma modelinde, yatak doluluk oranı (YDO) bağımlı değişken olarak belirlenmiştir. Bağımsız değişkenler ise, hastane yatak sayısı, hekim sayısı, kamu ameliyat oranı, anne ölüm oranı (A.Ö.O.), Sağlık Bakanlığı Manyetik Rezonans (MR) cihazı değişkenlerinden oluşmaktadır. Araştırma modeli aşağıdaki gibidir;

$$YDO_{it} = a_{it} + Hast.YatSay_{it} + HekimSay_{it} + AmeliyatOranı_{it} + A.Ö.O_{it} + MR_{it} + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

<sup>1</sup> Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu. İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı.  
[http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/829\\_DB\\_21\\_saglik-istatistik-yilliklari](http://www.tkhk.gov.tr/DB/21/829_DB_21_saglik-istatistik-yilliklari)

Eşitlik 1, t döneminde i istatistiki bölge birimine ait bağımlı ve bağımsız değişkenlere ilişkin değerler yer almaktadır.  $\epsilon_{it}$  hata terimi ve  $\alpha_{it}$  sabit terimi ifade etmektedir. Hastane yatak sayısı, hastaların yatması için ayrılan yatak sayısını ifade etmektedir. Hastanenin kapasitesini göstermekte olup, hastane büyüklüğü açısından bir ölçüt niteliğindedir. Yatak sayısı, on bin kişiye düşen hastane yatak sayısı olarak dikkate alınmıştır. Hastanede bulunan hekim sayısı, işgücü kaynağının büyüklüğünün değerlendirilmesi açısından önemlidir. Hekim sayısı, yüz bin kişiye düşen kamu sektöründeki hekim sayısını ifade etmektedir.

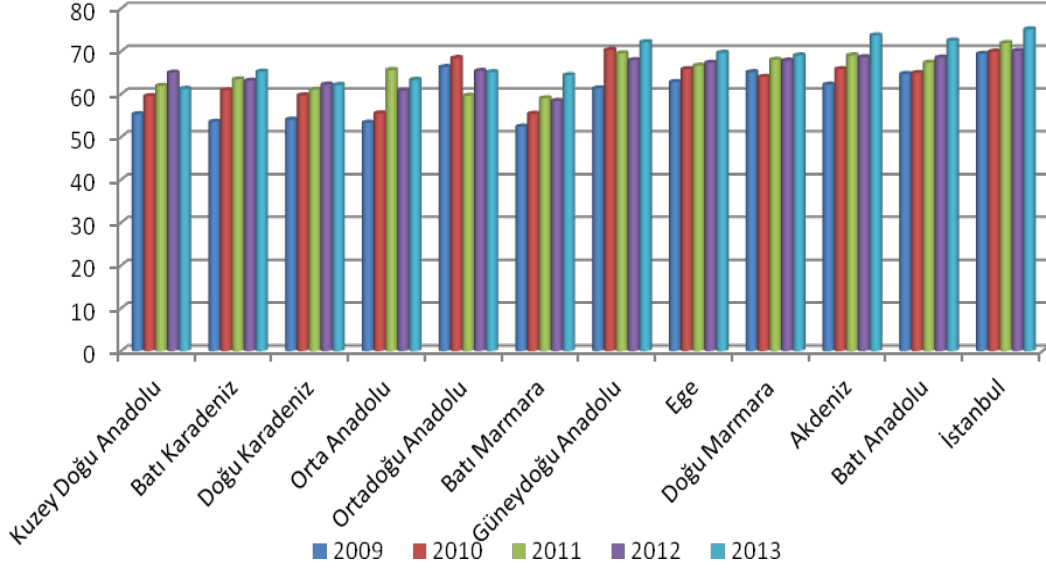
Hastanenin nitelikli ve özel bilgi içeren sağlık hizmeti sunabilme kapasitesi, ameliyat oranı üzerinden değerlendirilebilir. Ameliyat oranı, Türkiye’de bin kişiye düşen toplam ameliyat sayısı içinden Sağlık Bakanlığı’na ait olan kısmı temsil etmektedir. Diğer önemli bir değişken ise, toplumun genel olarak sağlık hizmetini etkin bir şekilde alma düzeyini yansıtan ve uluslararası düzeyde kabul gören anne ölüm oranı değişkenidir. Bu oran, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Cenevre Ofisi tarafından 194 ülkeye ait temel sağlık istatistiklerinden yararlanarak belirlenmekte ve farklı gelir düzeylerine sahip ülke grupları açısından karşılaştırılmalı olarak sunulmaktadır. Bir bölgede sağlık politikalarının etkin olup olmadığı, belirli standartlara göre değerlendirilebilmektedir. Bunlardan birisi de anne ölüm oranı olup, sağlık hizmetini elde edebilme hakkında bilgi vermektedir. Oran, bir toplumda bir yılda gebelik nedeniyle ölen anne sayısının aynı toplumda aynı yılda canlı doğan bebek sayısına oranının yüz bin ile çarpımı sonucu elde edilmektedir (Sağlık İstatistik Yıllığı 2013). Sağlık biriminin teknolojik alt yapı yatırımlarının ölçüsü olarak, MR cihaz sayısından yararlanılmıştır. MR cihaz sayısı, Sağlık Bakanlığı’na ait sektörler göre yataklı tedavi kurumlarında bir milyon kişiye düşen MR cihaz sayısını ifade etmektedir.

Sağlık hizmet sunumunu etkileyen faktörler, en küçük kareler tahmin yönteminin kullanıldığı regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Verilerin analiz için uygun olup olmadığı belirlenmesi, elde edilecek olan bulguların geçerli ve güvenilir olması açısından önemlidir. En küçük karelerle tahmin yönteminin uygulanabilmesi için, bağımsız değişkenler arasında güçlü doğrusal ilişki olmamalıdır. Bu durumun belirlenmesinde varyans artış faktöründen (Variance Inflation Factors-VIF) yararlanılmakta olup, VIF değerlerinin 2’den küçük olması çoklu doğrusal bağlantı probleminin olmadığına işaret etmektedir. İncelemeler sonucunda yatak sayısı ile MR cihaz sayısı arasındaki VIF değeri yüksek bulunmuş ve çoklu doğrusal bağlantı içerdikleri belirlenmiştir. Benzer şekilde iki değişken arasındaki korelasyon katsayısı 0,70 olarak elde edilmiştir. Bu probleme karşın farklı modeller oluşturularak performansı etkileyen faktörler araştırılmıştır. Genel olarak, regresyon analizlerine konu modellerde ortalama VIF değerleri 1,33 ile 1,50 arasında elde edilmiştir. İstatistiksel anlamlılığı azaltan değişen varyans (heteroskedasticity) problemi, Breusch-Pagan/Cook-weisberg testi kullanılarak araştırılmıştır. Test sonuçları, değişen varyans probleminin olmadığını göstermiştir. Hausman testi, spesifik etkiler ve açıklayıcı değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde kullanılmıştır (Hausman 1978).

#### 4. KAMU HASTANELERİNDE YATAK DOLULUK ORANINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

Sağlık hizmetine ilişkin bilgiler, Türkiye genelinde kamu sağlık hizmeti sunumu açısından istatistiki bölgeler temelinde sunulmaktadır. Bölgelere ilişkin istatistikler 12 bölge açısından Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmaktadır. Bu veriler kapsamında kamu hastanelerinde yatak doluluk oranı, hastanelerin performansı açısından bir gösterge niteliğindedir. Hastanelerin performans ölçütü olarak yatak doluluk oranından yararlanıldığı bu çalışmada istatistik bölgelere ilişkin 2009-2013 dönemindeki yatak doluluk oranları Grafik 1’de sunulmuştur.

**Grafik 1. İstatistikî Bölgelere Göre 2009-2013 Dönemi Hastanelerin Yatak Doluluk Oranları**



Kaynak: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Sağlık İstatistik Yıllıkları'ndaki kullanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Grafik 1'de Ortadoğu Anadolu bölgesi hariç olmak üzere, yatak doluluk oranlarının genel olarak 2009-2013 dönemi boyunca artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Kamu hastanelerinin bu dönemde Kamu Hastaneleri Birliği'ne geçmelerinin, yatak doluluk oranlarında yükselmeye katkı sağladığı anlaşılmaktadır. İstanbul bölgesinde her yıl için elde edilen yatak doluluk oranlarının birbirine yakın olarak gerçekleştiği ve diğer bölgelere oranla yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Son yıl itibariyle incelendiğinde, yatak doluluk oranı en düşük Kuzey Doğu Anadolu bölgesinde gerçekleşmiştir. En yüksek yatak doluluk oranı ise İstanbul'da elde edilmiştir.

Analiz aşamasında ilk olarak en küçük kareler tahmin yöntemiyle regresyon analizi yapılmıştır. Araştırma modelinde yer alan değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler hesaplanmış ve değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisi tespit edilmiştir. Kamu hastanelerinde performansı etkileyen faktörler, birden çok model oluşturularak regresyon analizi aracılığıyla ortaya konulmuştur. Türkiye'nin tamamı açısından kamu sağlık hizmeti sunumuna ilişkin elde edilen tanımlayıcı istatistikler Tablo 1'de görülmektedir.

**Tablo 1. Tanımlayıcı İstatistikler**

	Ortalama	Ortanca	Maksimum	Minimum	Standart Sapma
Yatak Doluluk Oranı	0.64	0.65	0.75	0.52	5.3315
Yatak Sayısı	18	18	27	11	4.0339
Hekim Sayısı	97	95	145	66	15.8352
Ameliyat Oranı	0.60	0.58	0.83	0.42	0.1060
Anne Ölüm Oranı	0.18	0.17	0.37	0.07	6.5806
MR Cihaz Sayısı	4	3	6	1	1.2181

Not: Gözlem Sayısı, 12 istatistikî bölgenin 5 yılı içeren verilerinden oluşmaktadır ve 60 olarak elde edilmiştir. Yatak sayısı, 10.000 kişiye düşen Sağlık Bakanlığı hastane yatak sayısıdır. Hekim sayısı,



100.000 kişiye düşen Sağlık Bakanlığı hekim sayısıdır. Ameliyat oranı, Türkiye’de 1000 kişiye düşen toplam ameliyat sayısı içinden Sağlık Bakanlığı’na düşen kısmı temsil etmektedir. Anne ölüm oranı, bir toplumda bir yılda gebelik nedeniyle ölen anne sayısının aynı toplumda aynı yılda canlı doğan bebek sayısına oranının 100.000 ile çarpımı sonucu elde edilmektedir. MR cihaz sayısı, Sağlık Bakanlığı’na ait yataklı tedavi kurumlarında 1 milyon kişiye düşen MR cihaz sayısını ifade etmektedir.

Tablo 1’de Türkiye’deki kamu hastanelerinin yatak doluluk oranı, %52 ile %75 arasında değişim göstermekte olup, ortanca değeri %65 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, 10.000 kişiye düşen hastane yatak sayısının minimum 11 ve maksimum 27 arasında farklılık gösterdiği anlaşılmaktadır. Hastane yatak sayısına benzer şekilde hastanelerde çalışan hekim sayısının minimum 66 ve maksimum 145 olduğu belirlenmiş olup, istatistiki bölgeler arasında büyük oranda farklılık göstermektedir. Kamu hastanelerinde yapılan ameliyat oranı, ortanca %58 seviyelerinde elde edilmiştir. Ameliyat uygulamaları için ileri teknoloji tıbbi cihazlar ve bu işlemi yapabilecek nitelikli iş gücü olmalıdır. Bu uygulamaların yarından fazlasına yakın bir bölümünün kamu sektörü tarafından gerçekleştirildiği anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetine ulaşmanın bir ölçütü olan anne ölüm oranının ülke genelinde ortanca değeri %17 civarında belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2013 yılında yayınladığı üst gelir grubu ülkelerde bu oranın %17 olarak elde edildiği bilinmektedir (Sağlık İstatistik Yıllığı 2013). Türkiye’de bu oranın üst gelir grubu ülkeler ile aynı olduğu anlaşılmaktadır. Teknoloji kullanımı hakkında fikir veren MR cihaz sayısı ise, ortanca 3 olarak saptanmıştır.

Araştırma modelinde yer alan değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisi, Pearson korelasyon analizi aracılığıyla hesaplanmış ve elde edilen bulgular Tablo 2’de sunulmuştur.

**Tablo 2. Pearson Korelasyon Analizi**

	Yatak Doluluk Oranı	Yatak Sayısı	Hekim Sayısı	Ameliyat Oranı	Anne Ölüm Oranı
Yatak Sayısı	-0.6163 (0.000)***	1			
Hekim Sayısı	0.0674 (0.609)	0.4007 (0.002)***	1		
Ameliyat Oranı	-0.5292 (0.000)***	0.4914 (0.000)***	-0.0018 (0.989)	1	
Anne Ölüm Oranı	-0.3018 (0.019)**	0.0996 (0.449)	-0.3655 (0.004)***	0.3106 (0.016)**	1
MR Cihaz Sayısı	-0.3380 (0.008)***	0.7146 (0.000)***	0.4139 (0.001)***	0.2821 (0.029)**	-0.1747 (0.182)

Not: \*p<0.10, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.01 değerleri, ilgili katsayının istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyini ifade etmektedir.

Tablo 2’de, yatak doluluk oranı ile yatak sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif korelasyon ilişkisi bulunmaktadır. Bu, yatak sayısı arttıkça yatak doluluk oranının azaldığını göstermektedir. Buna karşın yatak sayısı ile hekim sayısı arasında anlamlı pozitif korelasyon ilişkisi saptanmıştır. Hastane büyüklüğü arttıkça çalışan hekim sayısının da arttığı anlaşılmaktadır. Ameliyat oranı ile yatak doluluk oranı arasında negatif ilişki elde edilmiştir. Buna göre, tanısı belirlenen hastaların ameliyatlarının yapılarak tedavi olmalarının, hastanın hastanede kalma süresini kısalttığı ve yatak doluluk oranının



azaldığı anlaşılmaktadır. Ameliyat işlemi, işlemin yapılmasından önceki ve sonraki dönemde hastane açısından yüksek gelir sağlayan bir sağlık hizmetidir. Anne ölüm oranı, sağlık sisteminin gelişmişliğinin bir göstergesi olarak yatak doluluk oranı ile ters yönlü korelasyon ilişkisine sahiptir. Ayrıca, anne ölüm oranının yüksek olduğu bölgelerde yatak doluluk oranının düşük olarak gerçekleştiği negatif korelasyon katsayısından anlaşılmaktadır. MR cihaz sayısı ile yatak doluluk oranı arasında negatif korelasyon olduğu belirlenmiştir. Hastanenin hizmet sunumunda ileri teknolojilere sahip olması durumunda tanı ve teşhis işlemlerinin hızla gerçekleştirilebildiği düşünülebilir.

Araştırma modelinde yer alan değişkenler arasındaki ilişkiler dikkate alınarak oluşturulan modeller ve regresyon analizi sonuçları Tablo 3'te yer almaktadır.

**Tablo 3. Hastanelerde Yatak Doluluk Oranını Etkileyen Faktörler**  
**Yatak Doluluk Oranı**

	<b>Model 1</b>	<b>Model 2</b>	<b>Model 3</b>
Yatak sayısı	-3.1904 (0.000)***	-2.7715 (0.000)***	
Hekim sayısı	0.3162 (0.001)***	0.2327 (0.001)***	0.1378 (0.021)**
Anne Ölüm Oranı	0.2192 (0.015)**	0.2382 (0.004)***	0.0552 (0.550)
Ameliyat oranı		-18.0379 (0.001)***	-26.7041 (0.000)***
MR Cihaz Sayısı			-0.9055 (0.157)
Sabit terim	86.4286 (0.000)***	94.62482 (0.000)***	69.2706 (0.001)***
Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	0.46	0.50	0.28
F İstatistiği	16.41 (0.000)***	18.43 (0.000)***	
Wald Testi			29.26 (0.000)***
Hausman Testi	8.27 (0.0408)**	11.86 (0.0184)**	2.81 (0.5903)
Breusch-Pagan/Cook-weisberg Testi	2.37 (0.1240)	0.71 (0.3987)	2.19 (0.1387)

Not: Tabloda yer alan bulgular Sabit etkiler ve rassal etkiler tahmin yöntemleriyle elde edilen regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. \*p<0.10, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.01 değerleri, ilgili katsayının istatistiksel açıdan anlamlılık düzeyini ifade etmektedir.

Tablo 3'te hastane büyüklüğü ile yatak doluluk oranı arasında istatistiksel açıdan anlamlı negatif ilişki olduğu görülmektedir. Hastane büyüklüğü arttıkça yatak doluluk oranının azaldığı anlaşılmaktadır. Hastane kaynaklarının etkin kullanımı ve uygun ölçekte hizmet sunulması durumunda, daha yüksek yatak doluluk oranına ulaşılabilecektir. Hastanelerde atıl kapasitenin olması halinde, yatak doluluk

oranının düşük olarak gerçekleşeceği anlaşılmaktadır. Hastanedeki hekim sayısı ile yatak doluluk oranını arasında pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hekim sayısındaki artış, hastaneler açısından birden çok alanda hizmet sunabilme olanağını beraberinde getirmektedir. Hastane kaynaklarının etkin kullanımı sağlanarak, daha yüksek yatak doluluk oranlarına ulaşılabildiği anlaşılmaktadır.

Regresyon analizi sonuçları, anne ölüm oranı ile yatak doluluk oranı arasında pozitif ilişki olduğunu göstermektedir. Anne ölüm oranı, sağlık hizmetine eşit koşullarda ulaşımın sağlanamadığı, kalite ve yeterli sağlık hizmeti sunulmadığını göstermekte olup, iyi olmayan sağlık koşullarına işaret etmektedir. Sosyo-ekonomik yapının az gelişmiş olduğu bölgelerde anne ölüm oranının yüksek olması ve bu ortamda faaliyette bulunan hastanelerde de yatak doluluk oranının yüksek olacağı anlaşılmaktadır.

Hastanelerde yapılan ameliyat oranı ile yatak doluluk oranı arasında ters yönlü ilişki elde edilmiştir. Ameliyat oranındaki artışın, hastaların hastanede kalma sürelerini azaltarak yatak devir hızını artırması ve kaynak kullanımında etkinlik sağlamada bir araç olarak kullanılabilmesi düşünülebilir. MR cihaz sayısı, hastanenin teknoloji kullanma düzeyini göstermekte olup, yatak doluluk oranı ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki içermediği belirlenmiştir. Regresyon analizi sonuçlarına göre, hastanelerde yatak doluluk oranındaki değişimleri açıklayan faktörler incelendiğinde, hastane büyüklüğü, hekim sayısı, ameliyat oranı ve anne ölüm oranı olmak üzere hizmet sunumunda etkinliğe odaklanan unsurlarının öne çıktığı anlaşılmaktadır.

## SONUÇ

Çalışmada analiz sonuçları sağlık sektörü açısından, hastane büyüklüğü, personel kapasitesi, özel bilgi gerektiren sağlık hizmeti sunumu ve faaliyette bulunulan bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyinin performanstaki değişimleri açıklayan faktörler olduğuna işaret etmektedir. Hastanelerin yatak sayısı hastane büyüklüğü açısından bir gösterge olup, bu çalışmada hastane büyüklüğü ile yatak doluluk oranı arasında negatif ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastanelerin çok büyük olmalarının olumsuz performans düzeylerinin oluşmasına yol açtığı ve optimal büyüklükte faaliyette bulunularak daha yüksek performans seviyelerine ulaşabilecekleri belirlenmiştir. Diğer önemli bir bulgu ise, hastanelerdeki hekim sayısının artması, hastanelerdeki yatak doluluk oranının artmasına yol açmasıdır. Hekim sayısı ile yatak doluluk oranı arasında pozitif ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Nitelikli iş gücünün hastane performansına etkisi, hastanelerde yapılan ameliyat oranlarındaki artış üzerinden değerlendirilmiş ve ameliyat oranındaki artışın hastane yatak doluluk oranını nasıl etkilediği incelenmiştir. Bu çalışmada elde edilen bulgu, ameliyat oranındaki artışın hastanelerdeki yatak doluluk oranını azalttığı şeklinde tespit edilmiştir. Ameliyatların özel bilgi ve yetenek gerektirdiği göz önünde tutulduğunda ameliyat sonrasında verilecek bakım hizmetlerinin de etkili bir şekilde yapılması, hastaların erken teşhis ve doğru tedavi sonrasında hastaneden ayrıldıklarına işaret etmektedir. Bu durumun hastanelerin yatak doluluk oranlarını genel olarak azalttığı anlaşılmaktadır. Hastanelerdeki MR cihazı oranı ile hastanenin doluluk oranı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulgu ulaşılamamıştır.

Anne ölüm oranı, sosyal gelişmişliğin bir göstergesi olarak, eğitim düzeyi ve ekonomik düzeyi düşük olan bölgelerde yüksek oranda söz konusu olmaktadır. Anne ölüm oranı ile hastanelerin yatak doluluk oranı arasındaki pozitif ilişki bulgusu, sosyo-ekonomik düzeyin düşük olduğu bölgelerde göreceli olarak nüfusun yoğun olması ve bu bölgelerde hastanelere başvurunun ve yatak doluluk oranının yüksek olmasıyla uyumludur. Hastanelerin faaliyette buldukları bölgelerdeki nüfusun yoğun olması hastanedeki yatak doluluk oranında yüksek olmasına ortam hazırlamaktadır.

Araştırmadan elde edilen bulgular ışığında, gerek kamu sektörü gerekse de özel sektörün sağlık hizmeti sunumunda kaynak planlaması ve bileşimine büyük önem vererek, kapasite kullanımında etkinliğin sağlanmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada sağlık hizmet sunumunun temel dinamiklerine ilişkin bilgi elde edilmiş olup bu bilgilerin bölgesel anlamda yapılacak özel ve kamu yatırımlarının planlamalarına kaynak olması ve bu konuda yapılacak diğer çalışmalara ışık tutması ümit edilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Atmaca E., Turan F., Kartal G., Çiğdem E. S. (2012). Ankara İli Özel Hastanelerin Veri Zarflama Analizi ile Etkinlik Ölçümü. Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi, 16 (2), 135-153.
- Ayanoğlu Y., Atan M., Beylik U. (2010). Hastanelerde Veri Zarflama Analizi (VZA) Yöntemiyle Finansal Performans Ölçümü ve Değerlendirmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1(2), 40-62.
- Aytekin S. (2011). Yatak İşgal Oranı Düşük Olan Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Performans Ölçümü: Bir Veri Zarflama Analizi Uygulaması. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 30(1), 113-138.
- Bahçe S., Köktaş A. M., Abukan, D. (2014). Sağlık Hizmetleri Reformu ve Hane Halkı Refahı: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı. EECON 2013 International Conference on Eurasian Economies, 299-307, St Petersburg-Russia.
- Bal V., Bilge H. (2013). Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Veri Zarflama Analizi ile Etkinlik Ölçümü. Manas Sosyal Araştırma Dergisi, 2(2), 1-14.
- Duffy S. Q., Friedman B. (1993). Hospitals with Chronic Financial Losses: What Came Next?. Health Affairs, 12(2), 151-163.
- Hausman J. A. (1978). Specification Tests in Econometrics. Econometrica, 46(6), 1251-1271.
- Li L. X., Collier D. A. (2000). The Role of Technology and Quality on Hospital Financial Performance an Exploratory Analysis. International Journal of Service Industry Management, 11(3), 202-224.
- Maizel S., Lane M., Spitzer D. (2011). Repercussions of the Collision of Labor Law and Healthcare Industry Bankruptcies. 29 American Bankruptcy Institute Journal, 18(7), September, 1-3.
- Nerenz D. R., Neil N. (2001). Performance Measures for Health Care Systems. Commissioned Paper for the Center for Health Management Research.
- Özgülbaş N., Koyuncugil A. S., Duman R., Hatipoğlu B. (2008). Özel Hastane Sektörünün Finansal Değerlendirmesi. Muhasebe ve Finansman Dergisi, 40, 120-131.
- Richards C. A. (2014). The Effect of Hospital Financial Distress on Immediate Breast Reconstruction. Columbia University, Phd Thesis, USA.





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

- Saraçoğlu B., Sülkü S., Açıkgöz Ş. (2012). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Finansal Durumu Üzerinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkileri. *Ekonomik Yaklaşım*, 23, 269-282.
- Tarcan G. Y., Tarcan, M., Özgen H. (2010). The Effect of Technology and Quality on Hospital Financial Performance: Assessment of Hospital Director Opinions in Ankara Provincial Centre. *2010 Northeast Decision Sciences Institute Proceedings*, 592-597.
- Tekin R. N. (2011). Hasta Yatış Süresini Etkileyen Faktörler: Türk Sağlık Sistemi Açısından Bir Değerlendirme. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı. [www.tkhk.gov.tr](http://www.tkhk.gov.tr)
- Yeşilyurt M. E., Yeşilyurt F. (2006). Kadın, Doğum ve Çocuk hastanelerinde Girdi Tıkanıklığı ve Aylak Girdilere Bağlı Kayıpların Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 7(2), 41-54.
- Zhecheng Z. (2014). An Online Short-Term Bed Occupancy Rate Prediction Procedure Based on Discrete Event Simulation. *Journal of Hospital Administration*, 3(4), 37-42.



Usaysad Derg, 2019; 5(1): 12 -20 (Derleme makale)

## SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN VE GERİ ÖDENME YÖNTEMLERİ: TÜRKİYE'DE MEVCUT DURUM

### THE FINANCING AND REIMBURSEMENT OF HEALTH SERVICES: CURRENT SITUATION IN TURKEY

**Dr. Öğr. Üyesi Fatih ŞANTAŞ**

Yozgat Bozok Üniversitesi  
fatih.santas@bozok.edu.tr  
http://orcid.org/0000-0002-0595-4183

**Dr. Öğr. Üyesi Ümit ÇIRAKLI**

Yozgat Bozok Üniversitesi  
umit.cirakli@bozok.edu.tr  
http://orcid.org/0000-0002-3134-8830

Makale gönderim-kabul tarihi (20.02.2019-18.04.2019)

#### Özet

Bu çalışma sağlık hizmetlerinde finansman ve geri ödeme yöntemlerinin teorik olarak incelenmesi ve Türkiye'de uygulanmakta olan finansman ve geri ödeme yöntemlerinin neler olduğunun araştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Türkiye'de birden fazla finansman sisteminin ve geri ödeme yönteminin bir arada kullanıldığı ifade edilebilir. Finansman sisteminde ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortası kullanılmakla birlikte vergilerden sağlık sisteminin finanse edildiği, kişilerin cepten ödeme yaptıkları, özel sağlık sigortasının gittikçe daha fazla ağırlığının arttığı, sağlık tesislerinin inşasında kamu-özel ortaklığından yararlandığı söylenebilir. Sağlık hizmetlerinin geri ödenmesinde hizmet başına ödeme yöntemi, vaka başına ödeme yöntemi, kişi başına ödeme, maaş yönteminin bir arada uygulanmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme, Türkiye.

#### Abstract

This study is carried out to investigate the financing and reimbursement methods of health services in terms of theory, and to research what the financing and reimbursement methods being implemented in Turkey are. The study is a descriptive study. As a result of the study, it has been determined that a combination of the multiple financing system and the reimbursement methods are used together in Turkey.. It is seen that although the social health insurance model is mainly used in the financing system, the health system is also financed from taxation, people are paying out of pocket, the weight of private health insurance has increased more and more and the public-private partnerships have been utilized in the construction of health facilities. Pay-per-service, per-case, per-person, and salary methods are all applied together in the reimbursement of health services.

**Keywords:** Financing of health services, Reimbursement in health services, Turkey.

## GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, finansal kaynakların sağlık sektöründe harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içermektedir. Sağlık sistemi finansmanı, birincil ve ikincil kaynaklardan gelirlerin toplanması, belirli bir havuzda toplanması ve hizmet sağlayıcılara geri ödemede bulunulması sürecidir (Murray ve Frenk, 2000). Bir sağlık hizmeti finansmanının üç temel fonksiyonu vardır: Gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma. Gelir toplama; hane halkları, işletmeler, devlet ve bağışçı kurumlardan para toplanması anlamına gelmektedir. Fon havuzlama, toplanan gelirlerin kişilerin ortak çıkarı için biriktirilmesi şeklinde ifade edilmektedir. Hizmet sunuculara ödeme yapma, toplanan ve bir havuzda biriktirilen fonların, bireysel veya kurumsal hizmet sunuculara hizmet sunumları karşılığında belirli yöntemlere göre aktarılmasıdır.

Sağlık hizmetleri finansmanında vergiler, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve cepten ödemeler kullanılmaktadır. Sağlık hizmetleri geri ödenmesinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır: Hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, bütçe ve ücret ödemesi öne çıkmaktadır.

Bu çalışmada, sağlık hizmetleri finansman ve geri ödeme yöntemleri teorik olarak ele alınmıştır. Ayrıca Türkiye’de şu an uygulanan finansman ve geri ödeme yöntemlerinin incelenmesi ile bu çalışmanın ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 1. TEORİK ÇERÇEVE

### 1.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, finansal kaynakların sağlık sektöründe harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içermektedir. (Mossialos ve Dixon, 2002). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), iyi bir sağlık finansman sistemini, insanların ihtiyaç duydukları hizmetleri sunabilmek için yeterli fona sahip, sağlık hizmetinden yararlanmak isteyenleri finansal yıkıcı harcamalardan ve yoksullaşmadan önleyen sistem olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2007).

Bir sağlık hizmeti finansmanının üç temel fonksiyonu vardır: Gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma. Bu fonksiyonlar aynı ülkede dahi değişik şekillerde bir araya getirilebilir ya da ayrılabilir. Bazen tüm fonksiyonlar tek bir örgüt bünyesinde toplanırken, bazen de geliri toplama ve havuzlama işini bir örgüt yaparken geri ödeme işlevini başka bir örgüt yapabilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002). Gelir toplama; hane halkları, işletmeler, devlet ve bağışçı kurumlardan para toplanması anlamına gelmektedir. Fon havuzlama, toplanan gelirlerin kişilerin ortak çıkarı için biriktirilmesidir. Sigorta işlevi olarak da anılan fon havuzlamanın temel amacı, belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riskini paylaşmaktır (Murray ve Frenk, 2000; DSÖ, 2000). Hizmet sunuculara ödeme yapma, toplanan ve bir havuzda biriktirilen fonların, bireysel veya kurumsal hizmet sunuculara, hizmet sunumları karşılığında belirli yöntemlere göre aktarılmasıdır (Murray ve Frenk, 2000; Mossialos ve Dixon, 2002). Ödeme yapmada önemli olan ödemenin stratejik bir nitelikte olmasıdır. Stratejik satın alma, satın alınacak en iyi sağlık hizmetinin, hizmet sunanın, en iyi ödeme yöntemi ve anlaşma koşullarının araştırılmasıdır (Carrin vd., 2005).

### 1.2. Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanında çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Vergiler, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, cepten ödemeler, toplum tabanlı sağlık sigortası ve tıbbi tasarruf hesapları öne çıkan yöntemlerdir.

#### 1.2.1. Vergilere Dayalı Finansman

Vergilere dayalı finansman sisteminde ödeme zorunlu olduğu için, gönüllü sigortalar pazarında görülen birçok sorunla karşılaşmamaktadır. Vergi gelirleri genel sağlık sigortasının finansmanında oldukça önemli avantajlara sahiptir. En önemli avantajlarından birisi bütün nüfus için sağlık risklerinin



aynı havuzda toplanmasıdır. Diğer sistemlerde önemli bir sorun olan ters seçim (daha yüksek hastalanma ve sağlık riski olanların sigortalanma eğilimi göstermesi ve bunun sonucu olarak maliyetlerin artması) ve risk seçimi (sigortaların bireyleri tarayarak daha sağlıklı olan bireyleri sigortalı etmeleri) problemlerinden kaçınılmış olmaktadır (Evans, 2002; Savedoff, 2004).

Vergiye dayalı sistemde birtakım hususlarda karar verilmesi gereklidir. Vergilemede tüketim ya da gelirin mi ağırlıklı rol oynayacağı, sağlık hizmetlerine bütçeden ne kadar kaynak ayrılacağı, sağlık sektörü içinde spesifik sağlık hizmetlerine ne kadar kaynak ayrılacağı ve sağlık hizmetlerinin verimli sunumunun nasıl gerçekleştirileceği belirlenmelidir (Savedoff, 2004).

### 1.2.2 Sosyal Sağlık Sigortası

Sosyal sağlık sigortası, üyelerinin sağlık risklerini havuzlayan ve çalışan, işveren ve devletin prim ödediği sistemdir. Çalışan ve işveren katkıları gelirleri temelinde alınırken, devlet katkısı genel vergilerden transfer edilmektedir. Sosyal sağlık sigortası ile evrensel kapsam amacına hizmet edilmekte ve temel sağlık hizmetleri gelir ve sağlık statüsüne bakılmaksızın herkese ulaşılabilir hale getirilmektedir. Böylece sosyal sağlık sigortası, kişilerin sadece tıbbi masraflarını ödedikleri cepten ödeme veya doğrudan ödeme planlarından farklıdır. Sosyal sağlık sigortasının risk havuzlama ve prim toplama işlevleri vergilere dayalı finansman sistemine benzemektedir. Sosyal sağlık sigortasının genel vergilerden farkı, genel vergilerde vatandaşlar vergilerini ödeyerek dolaylı bir katkı sağlamaktadırlar, sosyal sağlık sigortasında ise kişiler doğrudan katkı yapmaktalar ve kişiler sağlık için yaptıkları katkının bilincindedirler (Carrin, 2002).

Sosyal sağlık sigortacılığında bireylerin ödedikleri primler, bireylerin sağlık risklerine göre belirlenmemekte, ödeme güçleri temeline dayanmaktadır. Primlerin belirlenmesinde risk derecelendirmesi olmadığı için yaşlılar veya kronik hastalığı olanların daha yüksek prim ödemeleri söz konusu olmayıp, sosyal sağlık sigortasının amacı, sağlık hizmetlerinin kişileri maddi anlamda kötü duruma düşürmeden satın alınabilir hale getirmektir (Normand ve Weber, 2009).

### 1.2.3. Özel Sağlık Sigortası

Politika yapımcılar vatandaşları sağlık hizmetinin yıkıcı finansmanından kurtarmak istediklerinde çeşitli alternatiflere sahiptirler. Vergi, sigorta, toplum tabanlı sağlık sigortası ve kar amacı güden ve gütmeyen kurumların sunduğu özel sağlık sigortası bu seçenekler arasındadır. Sağlık hizmetleri finansmanında hakkaniyeti sağlama hedefine dayalı olan vergi ve sosyal sağlık sigortasının aksine özel sigorta eşit olmayan erişim, sigortalı olmayan kişi sayısının fazlalığı ve zenginler için elit sağlık hizmetleri olarak görülmektedir. Özel sağlık sigortasının, düzenlenememesi ya da zayıf bir şekilde düzenlenmesi durumunda, eşitsizlikleri artırdığı, genç ve sağlıklı kişilere hizmet sunma eğiliminde olduğu ve maliyetlerin artışına neden olduğu söylenebilir. Ancak özel sağlık sigortacılığının uygun bir şekilde yönetimi gerçekleştirildiğinde hizmete erişim ve hakkaniyet üzerinde pozitif bir etki de oluşturabilmektedir. Özel sağlık sigortaları ile hanelere büyük çaplı cepten harcamalardan kurtulma şansı verilmiş olmaktadır (Sekhri ve Savedoff, 2004).

Özel sağlık sigortacılığında cevaplanması gereken sorular vardır (Sekhri vd., 2005): Sigorta kimlere satılmalı? Kimler kapsama alınmalıdır? Neler kapsam içine alınmalıdır? Fiyatlar nasıl belirlenmelidir? Hizmetlerin geri ödemesi nasıl yapılmalıdır?

### 1.2.4. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, doğrudan hastalar veya hanehalkları tarafından sağlık hizmetleri için yapılan ödemelerdir (Belli vd., 2002). Hastalık riskine karşı finansal koruma sağlayan özel ve özellikle kamusal nitelikli finansman yöntemlerinin doğması ve yaygınlaşması, cepten ödemelerin finansmandaki ağırlığını zaman içinde azaltmıştır. Ancak 1970'li yıllarda başlayan sağlık harcamalarının hızlı artışı ve dünya ölçeğinde yaşanan makroekonomik daralma gibi sorunlar ile temel

sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması çabaları, ek kaynak yaratma ve kaynakların verimli kullanılması ihtiyacını gündeme getirmiştir (Yenimahalleli-Yaşar, 2007).

Cepten ödemeler, sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından yapılan tüm ödemeleri içermekte olup; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve informal ödeme olarak üç gruba ayrılmaktadır. Doğrudan ödemeler, sosyal güvence kapsamı dışında kalan ve hizmet arzının sınırlı olduğu veya uzun bekleme süreleri nedeniyle hizmete ulaşımın aksadığı durumlarda yapılan ödemelerdir. Kullanıcı katkıları, güvence kapsamında olsa da çeşitli sebeplerden sağlık hizmeti kullanıcılarından alınan katkılardır. Informal ödemeler, yasal olarak tanımlanan ödemenin dışında hizmet sunuculara (kişi veya kurum) yapılan ödemelerdir (Mossialos ve Dixon, 2002; Lewis, 2002; Robinson, 2002; Gaal vd., 2006).

### 1.2.5. Tıbbi Tasarruf Hesabı

Tıbbi tasarruf hesapları; bireyler, hanehalkları ve firmaların gelecekte karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı, gönüllü veya zorunlu olarak, kendilerine ait banka hesaplarına, önceden para yatırmaları ve bu parayı yalnızca sağlık harcamaları için kullanmaları esaslarına dayanmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002; Dixon, 2002). Bu sistemde, bireyler gelirlerinin belirli bir yüzdesini düzenli olarak kendi hesaplarına yatırmaktadırlar. Hesaptaki para sağlık hizmeti ihtiyacı ortaya çıktığında alınan hizmetin finansmanı için kullanılmaktadır. Tıbbi tasarruf hesabı mutlaka başka bir finansman yöntemiyle desteklenmek zorundadır. Çünkü tıbbi tasarruf hesabında fon havuzlama olmadığı için yıkıcı harcamalara karşı herhangi bir koruma bulunmamaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002).

### 1.2.6. Toplum Tabanlı Sağlık Sigortası

Gelir düzeyinin düşük olduğu sosyal sigorta ve vergiye dayalı finansman sistemlerini yürütebilecek ekonomik altyapıya sahip olamayan ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim için alternatif bir yöntem olarak kullanılan Toplum Tabanlı Sağlık Sigortası (TTSS) alternatif bir sağlık hizmetleri finansman yöntemidir. Risk havuzlama ve toplumsal kaynakların paylaşımını artırmak için gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için uygun bir yöntemdir (Gnawali vd., 2009).

TTSS, “topluma hizmet amacıyla toplum tarafından kurulan, tasarlanan ve yönetilen gönüllü sağlık sigortası kurumlarıdır.” Özellikle de gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerin sayıca fazla olduğu Afrika’da sağlık hizmetlerinin kullanımı arttırmak için sıklıkla başvurulan bir yöntemdir. (Franco vd., 2008). Birçok düşük ya da orta gelirli ülke, resmi olarak çalışmayan ve sağlık güvencesi olmayan nüfus grubunun sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak amacıyla küçük ölçekli ve kâr amacı gütmeyen TTSS programlarına başvurmaktadır. Bu nüfus grupları belirli bir coğrafi bölgede yaşayanlar şeklinde adlandırılabilir gibi belli bir alanda çalışanlar (çiftçiler, dükkân sahipleri vb.) şeklinde de belirlenebilmektedir (Mills ve Bennet, 2002).

### 1.3. Geri Ödeme Yöntemleri

Hizmet sunuculara ödeme yapma (geri ödeme), toplanan ve bir havuzda biriktirilen fonların, bireysel veya kurumsal hizmet sunuculara hizmet sunumları karşılığında belirli yöntemlere göre aktarılmasıdır. Ödeme yöntemlerinin temelde üç kategori altında toplandığı söylenebilir: Fiyat ya da bütçe belirlenmesinin ileriye ya da geriye dönük olmasına, ödemenin ileriye ya da geriye dönük olup olmadığına ve hizmet sağlayıcılara ödemenin kullanılan girdilere (maaş veya ilaç maliyetleri) ya da çıktılara (hizmetler) göre belirlenip belirlenmediğine göre sınıflandırılabilir (Dünya Bankası, 2009). Sağlık hizmetlerinde geri ödenmesinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, bütçe ve ücret ödemesinin temel özellikleri şu şekildedir:

*Hizmet başına ödeme yöntemi*, ayakta veya yatarak tedavilerde hastaya sunulan her hizmet için yapılan ödemedir. Hizmet sunuculara sundukları her bir tedavi ya da sundukları ürün başına geri ödeme yapılmaktadır. Örneğin, bir hekim yaptığı muayene veya konsültasyon başına, bir eczacı vermiş

olduğu bir kutu ilaç başına ücretlerini alırlar. Bir hastaneye, çalıştırdığı hekimler tarafından sunulan bir tedavi hizmeti sayısına veya yatan hasta gün sayısına göre geri ödemede bulunmaktadır. Hizmet başına ödeme yönteminin bazı dezavantajları da bulunmaktadır. Hizmet sunuculara sundukları her hizmet için geri ödemede bulunulması, hizmet sunucuları daha fazla hizmet (arz yanlı talep) sunmaya teşvik edebilmekte, ayrıca hizmet sunucular daha fazla geri ödeme alabilmek için hizmet alıcı başına ayırdıkları zamanı azaltabilmekte ya da daha az kalifiye kişilere bu işi devredebilmektedirler. Ayrıca faturalama, geri ödeme ve fatura edilen hizmetlerin gerçekten sağlanıp sağlanmadığı ile ilgili denetim maliyetleri yönetim maliyetlerini artırmaktadır (Normand ve Weber, 2009; DSÖ, 2004).

*Kişi başına ödeme sistemi*, kişinin belirli bir süre zarfında kullanacağı tüm hizmetleri karşılamak için belirlenmiş bir ödeme miktarıdır. Sağlık hizmeti sunucusuna geri ödeme verdiği hizmete bakılmaksızın kendisine kayıtlı kişi sayısına göre yapılmaktadır. Kişi başına ücret uygulaması hem temel sağlık hizmeti sunucuları hem de hastaneler için uygun bir ödeme sistemidir. Kişi başına ödeme, sigortalı birey tarafından seçilen sağlık hizmeti sunucusuna yapılır. Sunucular arasında rekabeti teşvik etmek ve yüksek kaliteli hizmet sunulmasını sağlamak için sigortalı birey düzenli aralıklarla sunucu değiştirme hakkına sahiptir. Kişi başına ödeme sisteminin maliyetleri düşürmeye olan etkisi olumludur. Bu sistem, hizmet sunucuları kaynakları boşa kullanmasına veya gereksiz yere maliyetleri arttırmasına yönelik herhangi bir unsuru bünyesinde taşımamaktadır. Ancak bu sistem, daha kaliteli sağlık hizmeti sunma ihtimalini azaltma potansiyeline sahiptir (Normand ve Weber, 2009; DSÖ, 2004).

*Günlük ödeme*, yatarak ya da ayakta, hastalara sağlanan hizmetler için sunucuya belirli oranda günlük ödenen bu yöntemde, verilen gerçek hizmetlere ve bu hizmetlerin maliyetlerine bakılmaksızın bütün hizmetleri bir çatı altında toplamaktadır. Genellikle hastanelere geri ödemede uygun olan bu yöntem, hizmet sunucusunun özelliğine göre (üniversite hastanesi ya da kırsal bölgede faaliyet gösteren genel hastane) farklılık gösterebilir. Günlük ödemeler, hastaneleri yüksek doluluk oranları ve daha geniş yatak kapasitesi için teşvik etmektedir. Hastanelerdeki uzun kalışları engelleyebilmek için hastanın kalış gününün uzamasına paralel olarak azaltılması ve rekabet ve takibin yapılması uygun davranışlar olabilmektedir. Günlük ödeme yönteminin sunulan hizmetin kalitesi üzerindeki etkisi, rekabetin ve izlemenin olmadığı durumlarda hastanelerin daha fazla fayda elde edebilmek için girdilerin niceliği ve niteliğinde kısıntıya gitmeleri nedeniyle negatif olabilmektedir. Günlük ödeme yönteminin idari olarak uygulanması kolay ve ucuzdur (Normand ve Weber, 2009; DSÖ, 2004; Çelik, 2013).

*Vaka başına ödeme*, tek bir tedavi türünden ziyade tek bir vakaya dayalı olarak belirlenir. Bu sistemde tedavi edilen vaka tipine göre bir ödemede bulunmaktadır. Hem ayakta hem de yatarak tedavilerde, hastaya konulacak teşhise göre yapılan ödemedir. En önemli şekli, hastanın teşhis grubuna göre belirlenen sabit fiyat üzerinden, o teşhis doğrultusunda yapılan her hizmetin kapsama dâhil olduğu Teşhise Dayalı Grup (DRG) ödemesidir. Bu yöntemde teşhis gruplarının çok net bir şekilde belirlenmesi gereklidir. Maliyetleri kontrol etmek açısından önemli olan bu yöntem, gereksiz hizmet sunumunu artırmaktadır. Ayrıca hizmet sunucuların daha ciddi ve dolayısıyla daha pahalı olan vakaları tercih edip, daha karmaşık, teşhis ve tedavisi daha ucuz olan hastaları başka yerlere göndermeleri mümkündür. Bu nedenle hastalığın doğru teşhis edilip edilmediği ve karmaşık vakaların diğer hizmet sunucularına gönderilip gönderilmediğini denetlemek çok önemlidir. Bu denetimler de oldukça maliyetlidir (Normand ve Weber, 2009; DSÖ, 2004; SB, 2009).

*Maaş*, hizmet verilen hasta sayısına, hizmetin yoğunluğuna ya da sağlanan hizmetin maliyetine bakılmaksızın, sağlık personelinin iş başında buldukları sürece, belli zaman aralıklarında aldıkları ücrettir. Bu sistemde, hizmet sunucuları zaman esasına göre çalışırlar ve verilen ücretle sunulan hizmet miktarı arasında bir ilişki kurulmaz. Maaşlı olarak çalışan hekimler çok az finansal risk altındadırlar ve hasta ziyaretlerini azaltmak ya da çoğaltmak gibi bir inisiyatife sahip değildirlar. Bireysel sunucular tarafından sağlık hizmetlerinin sunulduğu bütün durumlarda bu sistemin uygulanması mümkündür (Normand ve Weber, 2009; DSÖ, 2004; Park vd., 2007).



Sağlık hizmetlerinde geri ödeme yöntemlerinin; maliyet sınırlama, hizmet kalitesi ve yöntemlerin yönetimine ilişkin karşılaştırma Tablo 1’de yapılmıştır.

Tablo 1. Ödeme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Ödeme Sistemi	Maliyet Sınırlama	Hizmet Kalitesi	Modelin Yönetimi
Maaş	Orta	Orta	Kolay
Bütçe	İyi	Orta	Kolay
Hizmet Başına	Zayıf	İyi	Zor
Vaka Başına	İyi	Orta	Zor
Gün Başına	Orta	Zayıf	Kolay
Bonus	İyi	İyi	Kolay
Düz Oranda Ödeme	İyi	İyi	Kolay
Kişi Başına	İyi	Orta	Kolay

**Kaynak:** Normand ve Weber, 2009:98.

## 2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDA VE GERİ ÖDENMESİNDE MEVCUT DURUM

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı değişik dönemlerde farklı şekillerde yerine getirilmiş olup, uzun bir süre parçalı bir yapı mevcut olmuştur. Genel Sağlık Sigortası ve Sosyal Güvenlik Kurumu oluşturulana dek farklı kurumlarca sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı yerine getirilmiştir. Karışıklıkların giderilmesi ve kontrolün sağlanabilmesi için, Sosyal Güvenlik Kurumu oluşturulmuştur. Sosyal Güvenlik Kurumu Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ve Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü’nü aynı çatı altında toplayan 20.06.2006 tarihli ve 26173 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile kurulmuştur (Işık, 2013).

Türkiye’de sağlık harcamalarının kaynakları ve GSYH’deki payı sürekli olarak üzerinde tartışılan konular olmuştur. Sağlık harcamalarının farklı birimlerce farklı şekilde hesaplanması nedeniyle aynı yıl için hesaplanan sağlık harcaması rakamları farklı olmuştur. Türkiye sağlık harcamalarının yıllar itibariyle artış gösterdiği görülmektedir. 1980 yılında GSYH’nin %2,4’ü sağlık için harcanırken, bu 2015 yılında %4,5 ve 2016 yılında ise %4,6 olarak gerçekleşmiştir. 2016 yılındaki toplam sağlık harcamalarının %78,5’i kamu tarafından gerçekleştirilmiştir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2016 yılında %16,3’tür. Kişi başı sağlık harcaması, 2016 yılında 1.524 TL olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2016).

Türkiye Sağlık Sisteminde çeşitli kaynaklardan gelir elde edilmektedir. Sosyal sağlık sigortası katkı ve prim oranları devlet tarafından belirlenmektedir. Sosyal sağlık sigortasının teminat paketi oldukça geniş kapsamlıdır. Özel sağlık sigortası, başlangıç aşamasındadır. Şu an, zorunlu özel sağlık sigortası programı mevcut değildir. Sektörde kar amacı gütmeyen özel sağlık sigortası şirketi bulunmamakta, bireyler ve işletmeler kendi istekleri doğrultusunda kendileri ve çalışanları için özel sağlık sigortası satın almaktadırlar (Tatar vd., 2011). Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanı, devlet bütçesinden yapılan ödemeler, sosyal güvenlik kurumu ve bireylerin kişisel harcamaları olmak üzere üç temel kaynaktan sağlanmaktadır.

GSS’nin gelirleri üç ana katkı mekanizması ile sağlanmaktadır. Sigorta katkıları (primler), devlet katkıları (genel vergi gelirleri) ve kullanıcı katkıları (katkı payları). Sigorta katkıları ağırlıklı olarak gelir temelli olup primlerden oluşmaktadır. Gelirin %12,5’i prim olarak ödenmektedir (%5’i çalışan, % 7,5’i işveren tarafından). Ayrıca ödeme gücü olmayanların primi devlet tarafından ödenmektedir. Bir diğer gelir kaynağı katılım payıdır. 2018 yılı itibariyle ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularından hizmet almak için 6 TL, üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri için 7 TL, üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti



# ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

sunucuları için 8 TL ve özel sağlık hizmeti sunucuları için 15 TL katılım ücreti ödenmektedir. Özel sağlık hizmeti sunucuları %200'e kadar ilave ücret alabilmektedir. SGK tarafından bedeli karşılanan ilaçlar için kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı alınmaktadır. Ayakta tedavide her bir reçete için 3 kutuya kadar temin edilen ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu için 1 TL katılım ücreti alınmaktadır (SUT, 2018).

GSS kapsamında fon havuzlama işlevini SGK yerine getirmektedir. Hizmet satın alma fonksiyonu değişik şekillerde yerine getirilmektedir. SGK, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler için Sağlık Bakanlığı'na global bütçeleme yöntemini kullanarak ödeme yapmaktadır. 2018 yılı global bütçe tutarı 36 milyar 600 milyon TL'dir. Bu tutarın 36 milyar 356 milyon TL'si SGK tarafından 244 milyon TL'si ise merkezi yönetim bütçesinden karşılanacak olup, ödemeler aylık olarak gerçekleştirilecektir (KHGM, 2018). SGK, üniversite hastanelerine ödemeyi ise, hizmet başına ödeme ve paket ödeme yöntemleri üzerinden yapmaktadır. SGK, GSS programı kapsamında; özel sağlık kuruluşlarına hizmet başı ödeme ve paket ödeme yöntemlerinden birisini veya ikisini bir arada kullanarak ödeme yapmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştiren aile hekimlerinin geri ödemesi ise maaş olarak ödenmektedir (SB, 2003; Yıldırım, 2013; SUT, 2018).

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği hükümleri çerçevesinde birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki ayakta tedavilerde, her başvuru için 11 TL ödeme yapılmaktadır. Hastanın diğer bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde ise 5 TL ödeme yapılmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında ayakta tedavilerde ödeme uygulaması kapsamında; sağlık kurumlarında ayaktan her bir başvuru için, SUT eki "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi"nde (EK-2/A-1) bulunduğu sınıfa göre belirlenmiş olan SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar esas alınarak ödeme yapılmaktadır. Hastanın, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumundan başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde sevk eden sağlık kurumuna, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarın %75'i ödenir. Hastanın, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumundan başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde sevk eden sağlık kurumuna, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarın %75'i ödenmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yatarak verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alıyorsa tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer almıyorsa, hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılmaktadır (SUT, 2018).

### 3. SONUÇ

Bu çalışma teorik olarak sağlık hizmetleri finansmanı ve sağlık hizmetlerinde geri ödeme yöntemlerinin incelenmesi ve Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve geri ödemede mevcut durumun araştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de karmaşık uygulamaların olduğu finansman ve geri ödeme yöntemlerinin araştırıldığı bu çalışmanın ilgili alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanında ve geri ödenmesinde birden fazla yöntemin bir arada kullanıldığı belirlenmiştir. Finansman sisteminde ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortası (genel sağlık sigortası) kullanılmakla birlikte vergilerden sağlık sisteminin finanse edildiği, kişilerin cepten ödeme yaptıkları, özel sağlık sigortasının gittikçe daha fazla ağırlığının arttığı görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin geri ödenmesinde de birden fazla yöntem uygulanmaktadır. Hizmet başına ödeme yöntemi, vaka başına ödeme yöntemi, kişi başına ödeme, maaş yöntemi bir arada uygulanmaktadır.

Sonuç olarak çalışmanın literatür kısmında bahsedildiği gibi her yöntemin avantaj ve dezavantajının bulunması nedeniyle Türkiye'de yöntemlerin avantajlarından yararlanılması amacıyla birden fazla yöntemin bir arada kullanıldığı söylenebilir.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

### KAYNAKÇA

- Belli, P., Gotsadze, G. & Shahriari, H. (2002.) Qualitative Study on Informal Payments for Health Services in Georgia. World Bank, HNP Discussion Paper, Washington.
- Carrin, G. (2002). Social Health Insurance in Developing Countries: A Continuing Challenge. *International Social Security Review*, 55(2), 1-13.
- Carrin, G. (2003). *Community-Based Health Insurance in Developing Countries: Facts, Problems and Perspectives*. Geneva: World Health Organization.
- Carrin, G., James, C. & Evans, D. (2005). *Achieving Universal Health Coverage: Developing The Health Financing System*. Geneva: World Health Organization.
- Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi*. 2. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Dixon, A. (2002). Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care. *Croatian Medical Journal*, 43(4), 408-416.
- Doetinchem, O., Xu, K. & Carrin, G. (2008). *Conditional Cash Transfers: What's in it For Health?*. Geneva: World Health Organization.
- DSÖ. (2000). *World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
- DSÖ. (2004). *Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period*. Geneva: World Health Organization.
- DSÖ. (2007). *Everybody Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: DSÖ's Framework for Action*. Geneva: World Health Organization.
- DSÖ. (2009). *Shaping National Health Financing Systems: Can Micro-Banking Contribute?*. Geneva: World Health Organization.
- Dünya Bankası. (2009). *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. Washington, D.C.
- Evans, R. G. (2002). Financing health care: taxation and the alternatives. In: Mossialos E. et al. (Eds.) *Funding Health Care: Options for Europe* (31-58). Buckingham: Open University Press.
- Franco, L. M., Dlop, F. P., Burgert, C., Kelley, A. G., Makinen, M. & Simpara, C. H. (2008). Effects of Mutual Health Organizations on Use of Priority Health Care Services in Urban and Rural Mali: A Case Control Study. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 830-838.
- Gaal, P., Belli, P. C., McKee, M. & Szocska, M. (2006). Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas. *Journal of Health Polit Policy Law*, 31(2), 251-293.
- Hanvoravongchai, P. (2002). *Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience*. Geneva: World Health Organization.
- Işık, O. (2013). Sağlık Hizmetleri Finansmanı İle İlgili Mevzuat. İçinde: Uğurluoğlu, Ö. (Ed.), . *Sağlık Kurumları Mevzuatı* (66-83). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2860, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1817.
- KHGM. (2018). [https://khgm.saglik.gov.tr/DB/15/1417\\_protokoller](https://khgm.saglik.gov.tr/DB/15/1417_protokoller) (Erişim tarihi: 07.08.2018).
- Kutzin, J. (2001). A Descriptive Framework for Country-level Analysis of Health Care Financing Arrangements. *Health Policy*, 56(3), 171-204.





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

- Kutzin, J. (2010). Conceptual Framework for Analysing Health Financing Systems and The Effects of Reforms. In: Kutzin J. Cashin C. Jakab M. (eds.), Implementing Health Financing Reform. USA.
- Maynard, A. & Dixon, A. (2002). Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience. In: Mossialos E. et al. (Eds.), Funding Health Care: Options for Europe (109-127). Buckingham: Open University Press.
- Mills, A. & Bennet, S. (2002). Lessons On The Sustainability Of Healthcare Funding From Low- And Middle Income-Countries. In: Mossialos E. et al. (Eds.) Funding Health Care: Options for Europe, pp: (206-225). Buckingham: Open University Press.
- Mossialos, E. & Dixon, A. (2002). Funding Health Care: An Introduction. In: Mossialos E. et al. (Eds.) Funding Health Care: Options for Europe (1-30). Buckingham: Open University Press.
- Murray, C. J. L. & Frenk, J. (2000). A Framework for Assesing the Performance of Health Systems. Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 717-731.
- Normand, C. & Weber, A. (2009). Social Health Insurance. A Guidebook For Planning. WHO/ILO.
- Park, M., Braun, T., Carrin, G. & Evans, D. B. (2007). Provider Payments and Cost-Containment Lessons From OECD Countries. Geneva: World Health Organization.
- Robinson, R. (2002). User Charges for Health Care. In: Mossialos E. et al. (Eds.) Funding Health Care: Options for Europe, (161-183). Buckingham: Open University Press.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). Sağlıkta Dönüşüm. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2009). Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz. Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Savedoff, W. (2004). Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences. Geneva: World Health Organization.
- Sekhri, N. & Savedoff, W. (2004). Private Health Insurance: Implications for Developing Countries. Geneva: World Health Organization.
- Sekhri, N., Savedoff, W. & Thripathi, S. (2005). Regulating Private Health Insurance to Serve the Public Interest Policy Issues for Developing Countries. Geneva: World Health Organization.
- SUT. (2018). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. Resmi Gazete Tarihi: 24.03.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28597
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'deki Gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi 1(1), 103-133.
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A. & Hernandez-Quevedo, C. (2011). Turkey: Health System Review. Health Systems in Transition, 13(6), 1-186.
- TÜİK. (2017). Sağlık Harcama İstatistikleri, 2016. [www.tuik.gov.tr] (Erişim: 08.08.2018).
- Yenimahalleli-Yaşar, G. (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.
- Yıldırım, T. (2013). Türkiye'de Sosyal ve Özel Sağlık Sigortacılığı. İçinde: Yıldırım, H.H. (Ed.), Sağlık Sigortacılığı (146-171). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2527, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1498.

## HASTANELERDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MOTİVASYON DÜZEYLERİNİN ÖRGÜTSEL BAĞLILIKLARINA ETKİLERİ: KIRIKKALE İLİ ÖRNEĞİ

### THE EFFECT OF ORGANIZATIONAL COMMITMENT OF HEALTH CARE PROVIDERS IN HOSPITALS: KIRIKKALE PROVINCE SAMPLE

**Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK**

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü

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

[orcid.org/0000-0003-2569-7249](https://orcid.org/0000-0003-2569-7249)

**Dr. Öğretim Üyesi Özge YILMAZER**

Kırıkkale Üniversitesi,

Fatma Şenses Sosyal Bilimler MYO, Büro Yönetimi ve Sekreterlik Bölümü

[ozgeyilmazer83@gmail.com](mailto:ozgeyilmazer83@gmail.com)

[orcid.org/0000-0002-5539-4946](https://orcid.org/0000-0002-5539-4946)

**Dr. Öğretim Üyesi Gör. Öznur ERDEM**

Ahi Evran Üniversitesi, Kaman MYO, Büro Yönetimi ve Sekreterlik Bölümü

[osaklak@gmail.com](mailto:osaklak@gmail.com) , [osaklak@ahievran.edu.tr](mailto:osaklak@ahievran.edu.tr)

Makale gönderim-kabul tarihi (20.02.2019-18.04.2019)

[orcid.org/0000-0003-4878-5938](https://orcid.org/0000-0003-4878-5938)

#### Özet

Günümüz çalışma hayatında karşılaştığımız değişimler, yenilikler ve gelişmeler bir taraftan örgütlerin yapı ve fonksiyonlarını etkilerken diğer taraftan da nitelikli işgörenlerin örgütlerden beklentilerini farklılaştırmıştır. Bağlı bulunduğu örgüte önemli kazanımlar sağlayan işgörenlerin motivasyon düzeyleri, onların örgütlerine karşı güven duyması, bağlılık hissetmesi ve işlerinden tatmin olmalarını etkilemesi nedeniyle büyük önem taşımaktadır. İşgörenin, örgütüne olan güvenini, bağlılığını artıracak faaliyetler sayesinde kurum/kuruluş sektöründeki diğer kurum/kuruluşlardan farklılaşacak ve rekabet üstünlüğü elde edebilecektir. Motivasyon, adalet ile ilişkili bir kavramdır ve motivasyonun adalet üzerinde yadsınamaz bir etkisi mevcuttur. Bu çalışmanın amacı motivasyon düzeyinin, örgütsel bağlılık düzeyi üzerindeki etkisinin boyutunu belirlemek ve önemini ortaya koymaktır. Araştırmada motivasyon ile örgütsel bağlılık arasındaki nedensellik ilişkileri değişkenlerin alt boyutları ile birlikte incelenmiştir. Bu çalışma, Kırıkkale ilinde görev yapan sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri hastanelerdeki motivasyon düzeylerinin örgütsel bağlılıklarına olan etkisinin tespiti amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amacın gerçekleştirilmesinde “motivasyon” ve “bağlılık” ölçeklerinden yararlanılmıştır. Araştırmada anket yöntemi kullanılmıştır. Anketler iki farklı ölçek ve demografik soruların yer aldığı bölümden oluşmaktadır. Motivasyon düzeyini ölçmeye ilişkin olarak Herzberg Ölçeği, örgütsel bağlılık düzeyini ölçmeye ilişkin olarak Allen-Meyer (1997) Bağlılık Ölçeği kullanılmıştır. Söz konusu motivasyon ölçeği, hijyen motivasyon faktörleri ve motive edici faktörler olmak üzere iki boyutta incelenirken bağlılık ölçeği ise duygusal, devam ve normatif olmak üzere üç boyutta incelenmiştir. Uygulama sonucunda elde edilen verilerin çözümlenmesinde SPSS 24 paket programından (Statistical Package for the Social Science) yararlanılmıştır. Bu doğrultuda, Kırıkkale ilinde faaliyette bulunan hastanelerde 389 sağlık çalışanı üzerinde anket uygulanmıştır. Uygulama sonucunda elde edilen verilerin çözümlenmesinde Korelasyon (1-tailed) analizine yer verilmiştir.



# ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

**Anahtar Kelimeler:** Motivasyon, Örgütsel Bağlılık, Hijyen Motivasyon Faktörleri, Sağlık Çalışanları, Hastaneler.

## Abstract

The changes, innovations and developments that we encounter in business life differentiated the expectations of qualified workers from organizations while affecting the structure and functions of the organizations. The motivation levels of the workers that bring important gains to the organizations that they belong to holds great significance because it affects their trust, commitment and satisfaction towards their organizations. Through the activities that increase worker's trust and commitment towards the organization, the organization will differ from other organizations and will gain competitive edge. Motivation is related to justice and motivation has an undeniable effect on justice. The aim of this study is to determine the effect of motivation level on organizational commitment level and emphasize its importance. In this research, causality between motivation and organizational commitment has been examined with sub dimensions of the variables. This study has been realized to determine the effect of the motivation levels of healthcare professionals that work in Kırıkkale province hospitals on their organizational commitments. "Motivation" and "commitment" criteria have been used while realizing this aim. Survey method has been used in this research. Related to determining motivation level Herzberg Scale has been used. Related to determining commitment level Allen-Meyer (1997) Commitment Scale has been used. Subject motivation scale has been examined under two dimensions, namely hygiene motivation factors and motivating factors while commitment scale has been examined under three dimensions, namely emotional, continuity and normative. When analyzing the data gained as the result of the application, SPSS 24 package program (Statistical Package for the Social Science) has been used. In this direction, survey has been made on 389 healthcare professionals that work in hospitals in Kırıkkale province

**Key Words :** Motivation, Organizational Commitment, Hygiene Motivational Factors, Health Workers, Hospitals.

## GİRİŞ

İnsan ilişkileri okulu ile birlikte 1930'lu yıllardan itibaren, örgütlerin amaçlarına ulaşmasında, verimliliğinin ve başarısının artırılmasında çalışanlarının mutluluğunun sağlanmasının ve insan ilişkilerinin önemi vurgulanmış, Hawthorne araştırmaları ile işyerinde gruplar arası etkileşimin iş çıktılarında önemli ölçüde etkisinin olduğu ortaya konulmuştur. Klasik yönetim yaklaşımlarının insan faktörünü arka planda tutan uygulamalarının yetersiz kaldığı görülmüştür. İnsanı ihmal eden bir yaklaşımla, ne kadar sistematik çalışılırsa çalışılın dengeli bir başarının sağlanamayacağı anlaşılmıştır. Neoklasik yönetim anlayışı ile çalışanlara önem verilmesi gerektiği, onların mutluluğunun iş sonuçlarını olumlu etkilediği, çalışanların örgütün amaçlarını kendi amaçları gibi benimsemesinin oldukça verimliliği ve yüksek bir başarıyı getirdiği anlaşılmıştır. Bu yaklaşımlarla birlikte işyerinde çalışanların moral, motivasyon ve örgütsel bağlılık düzeylerinin artmasını sağlayacak faktörler araştırılmaya başlanılmıştır.

Motivasyon özellikle sağlık kurumlarında ve hastanelerde hayati öneme sahiptir denilebilir. İyi güdülenmiş çalışanların olması, hastanelerde hasta ve hasta yakınlarına sunulan hizmetlerin, güler yüzlü olmasını, mesleki özen ve titizlik göstermeyi, sır saklamayı ve sağlık sektörünün gerektirdiği davranışlarda bulunmayı sağlar. Çalışanların bu özelliklerde olması, işini güler yüzle yapması, çalışan işgörende pozitif geri bildirim sağlar. Bu pozitif geri bildirim sayesinde hem hasta ve yakınları çalışanlara daha anlayışlı davranır, hem de çalışanlar insana yararlı olabilmenin verdiği huzurla işlerini

daha da iyi yaparlar. Böylece iki taraf arasındaki iletişim daha olumlu olur ve çalışanların sundukları hizmetlerin kalitesi yükselir (Ay ve Karakaya, 2007).

Sağlık kurumlarında kaliteli ve verimli hizmet için önemli bir yeri olan işgören motivasyonuna etki eden faktörleri ve bunların örgütsel bağlılıklarına etkisini, çalışanların demografik özellikleri ile ilişkili olarak, incelemeyi amaçlayan bu araştırmanın anketleri yüz yüze anket metodu ile örneklemi oluşturan sağlık çalışanına uygulanmıştır. Anket verileri değerlendirilmeden önce elde edilen anketlerin uygun bir şekilde yanıtlanıp yanıtlanmadığı kontrol edilerek, uygun şekilde yanıtlanmış olan anketler değerlendirmeye alınmıştır. Anketler ile elde edilen veriler bilgisayar üzerinde bir paket programı ile analiz edilmiştir. Araştırma üç bölümden oluşmaktadır.

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmada birinci bölümde, motivasyonun tanımı ve önemi, literatürde bulunan motivasyon ile ilişkili çalışmalar, motivasyon teorileri, motivasyonu etkileyen faktörler, ikinci bölümde, örgütsel bağlılık, kavramsal olarak ele alınmış, önemi üzerinde durulmuştur. Örgütsel Bağlılık başlığı altında, örgütsel bağlılığın tanımı, örgütsel bağlılığı etkileyen kişisel-örgütsel-örgüt dışı faktörler ve sonuçları, örgütsel bağlılığı açıklayan yaklaşımlar, Allen ve Meyer'in örgütsel bağlılık yaklaşımı açıklanmaya çalışılmış, araştırmada yararlanılan teoriler ve literatür araştırması yer almaktadır. Üçüncü bölümde araştırma soruları, hipotezler, kullanılan yöntem ve metodoloji, araştırmanın analiz sonuçları çizelgelerle birlikte açıklanmakta ve son olarak da sonuçlara ilişkin yorumlamalar yer almaktadır.

## 1. İŞ MOTİVASYONU: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Motivasyon, yönetim bilimi için önemi son yıllarda artan bir insan kaynakları ölçüsü olarak kabul görmektedir. İşgörenler de verimlerinde ve örgütsel bağlılıklarında artış ve etkili bir yönetim düzeninin oluşturulmasında son derece önemli görülen bir kavram haline dönüşmüştür.

Araştırmamızın birinci bölümünde motivasyonun tanımı, önemi, teorileri üzerinde durulacaktır.

### 1.1. İş Motivasyonu Kavramı

Motivasyon; kişilerin amaçlarına ulaşmak için kendi arzu ve istekleri ile davranmaları olarak ifade edilmektedir. Bu tanımlamaya ek olarak motivasyon, kişilerin beklenen doğrultuda davranmalarına teşvik eden; kendilerinden veya çevrelerinden kaynaklanan çeşitli güdüler bütünüdür. Bir davranışın yönü, şiddeti ve devamlılığı için ivedi olarak yapılan etkidir (Küçükahmet, 2000: 11).

Motivasyon; Bir şey yapma arzudur ve davranışın kişinin ihtiyaçlarını tatmin etme durumu devam ettikçe kişide devam eder. Motivasyon; güdülerin etkisiyle harekete geçme ve eylemde bulunma durumudur (Dinçer ve Fidan, 1997: 13).

Motivasyon kavramının temelini oluşturan bu tanımlamalar; bireylerin davranışlarında itici güç olma etkisi yaratır. Bireyin davranışını tetiklemede ilk etki, bireyin içinde onu çeşitli şekillerde davranmaya yönlendiren güç olan güdüler ve bu güdüleri harekete geçiren çevresel faktörlerdir. İkinci etki, belli bir amaca yönelmedir. Üçüncü etki ise ilk iki etkiye bağlı olarak, kişilerin davranışını devam ettirmesi veya ettirmemesi ile ilgilidir. Bu üç etki çalışan kişinin analiz edilmesinde büyük önem taşımaktadır.



İş motivasyonu, işgörenlerin arzu ve isteklerinin yeterliliğini ifade etmektedir. Şayet işgörenler işlerini istekli yapıyorlarsa, motivasyonlarının olduğu, aksine isteksiz ve gönülsüz yapıyorlarsa motivasyonlarının olmadığı söylenebilir.

Ünlü yönetim bilimci Peter Drucker'un 1992 de Harvard Business Review'da yayınlanan "The New Society of Organizations" adlı araştırmasında, "tüm kurum ve kuruluşlar, en önemli varlıklarının insan olduğunu söylerler; bırakın böyle şeyler söylediklerini, çok azı söylediğine inanır; söylediğini yapanların sayısı ise daha da azdır" demektedir (Özer, 2001: 126). Tutarlı olan söz ve davranışlarıyla yöneticilerin çalışanlarına pozitif yaklaşımları önemlidir. Pozitif enerji alış-verişi sinerjiyi tetikleyecek, bu durumda örgütsel amaçlara ulaşmayı sağlayacaktır.

### 1.1.2. İş Motivasyonunun Önemi

Kişiler yaptıkları işten ve iş çevresinden memnun oldukları takdirde daha etkin, verimli çalışırlar ve çalışanların bu memnuniyeti yalnızca o iş yerine değil, aynı zamanda aile ve toplumsal ilişkilerine de yansır. Motivasyon, çalışanların örgütte veya takım içerisinde kalmalarını, becerilerini işlerine yansıtmasını sağlarken bunların yanında kişiye özgüven kazandırır. Bu nedenle çalışanların beklentilerini karşılayacak bir motivasyon anlayışı hem örgüt hem de çalışan için önemlidir.

Örgütsel motivasyon; tüm örgüt çalışanlarının motivasyonlarına bağlı olmakla birlikte; bunların birleşiminden meydana gelen farklı ve yapay bir motivasyon boyutudur. Yapay olarak nitelendirilmesinin nedeni ise çalışanların çoğunlukla kendi amaçları doğrultusunda güdülenmelerinin doğal olarak kabul görmesidir. Örgütlerin işgörenlerini kendi amaçları yönünde güdülemeleri çok önemlidir. Aksi takdirde örgüt amaçlarına ulaşılması kolay olmayacaktır (Aygın, 2007).

Örgütsel motivasyon konusu, örgütün amaçları ve karlılığı için büyük önem taşıdığından örgütteki insan kaynakları departmanının üzerinde özellikle durduğu bir konudur. Bu nedenle de işgören ne kadar çalışan ve yetenekli olursa olsun, yer aldığı topluluğun değerleriyle kişisel değerlerinin uyuşup uyuşmadığına bakılmaktadır (Aygın, 2007).

İşgörenler açısından motivasyonun çok önemli bir faktördür. Bireyleri motive eden faktörleri belirlemek için ilk olarak gözlem yapmak, çevredekileri anlamak, bu gözlemlere göre onların hareketlerini, davranışlarını anlamak gerekmektedir. Aynı zamanda motivasyon bireylerin birbirini iyi tanınması aralarında yaşanacak sorunları daha kolay çözmelerine, iş arkadaşları ve yöneticilerle daha iyi iletişim kurulabilmesine yardımcı olur.

Çalıştığı örgütteki arkadaşlarıyla iyi anlaşılan, verilen işlerde başarılı olan, işletmeyle iletişimi sağlıklı olan kişiler, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının bir miktarını tatmin etmiş kişilerdir. Bu kişiler artık başka ihtiyaçlarını tatmin edebilirler ve motivasyonları da iyiye, gelişmeye, ilerlemeye vakit ayırabilirler. Kişi devamında gelişimini ilerletecek, terfi yoluyla örgütte daha üst görevlerde yer almayı amaç edinecektir. İşgörenler bu şekilde hem maddi yönden iyi koşullara sahip olup hem de sosyal ve psikolojik yönde de tatmin olup, kendilerini daha iyi hissedeceklerdir.

### 1.1.3. İş Motivasyonu İle İlgili Teoriler

Motivasyon teorilerini nitelik yönünden iki grupta incelemek mümkündür. Gruplardan ilkinde kişinin motivasyonun içeriğini yani nedenlerini ortaya koyan teoriler bulunmaktadır. İnsan ihtiyaçlarını araştırmaya yönelik olan bu teoriler kapsam teorileridir. Daha çok motivasyonun oluşumuyla ilgilenen süreç teorileri ise ikinci grup motivasyon teorileridir. Süreç teorileri ise ihtiyacın niteliğini tanımaya çalışır ve ihtiyacın doğuşundan başlayıp doyumuna ulaşınca kadar tüm süreçleri inceler. (Kıngır, 2006: 50).

#### 1.1.3.1. Kapsamına Göre Motivasyon Teorileri

Kapsam teorileri, kişiyi içten motive eden faktörlerin neler olduğunu anlamaya çalışmaktadır. Bu kuramlar, ne tür ihtiyaçların veya etkenlerin kişinin davranışlarını yönlendirebileceğini açıklamaya çalışmaktadır. 1970 ve 1980’li yıllarda bu yönde araştırmalar yapılmıştır. 1990’lı yıllarda ise bu araştırmalarla ilgili daha yoğun çalışılmış ve araştırmaların sınırlı bir kısmı teorik veya deneysel olarak gerçekleştirilmiştir.

- Maslow’un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisi
- Alderfer’in ERG Teorisi
- Herzberg’in Çift Faktör Teorisi
- David McClelland’ın Üç İhtiyaç Teorisi
- McGroggor’un X ve Y Teorisi

#### 1.1.3.2. Süreçlerine Göre Motivasyon Teorileri

Motivasyon kavramını açıklamada mevcut durumu ve düşünceleri içeren ve bundan dolayı modern teoriler olarak da adlandırılan teoriler içinde başlıcaları şunlardır:

- Vroom’un Beklenti Teorileri
- Adams’ın Eşitlik Teorisi
- Locke ve Latham’ın Hedef Belirleme Teorisi
- Davranışsal Şartlanma Teorisi

## 2. ÖRGÜTSEL BAĞLILIK: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın bu bölümünde; öncelikle örgütsel bağlılık kavramı açıklanacak, örgütsel bağlılığın önemine değinilecektir. Bununla birlikte, örgütsel bağlılık kavramının ölçümü ile ilgili bilgi verilecektir.

### 2.1. Örgütsel Bağlılık Kavramı

İş görenlerin örgütüne karşı tutum ve düşünceleri, örgütsel verimliliği etkileyen temel faktörlerin başında gelmektedir. İş görenin çalıştığı örgüt hakkında olumlu tutumları onu, örgütüyle bütünleştirirken; örgütü hakkında olumsuz tutumları onu, örgütünden uzaklaştırabilmektedir. Bu

nedenle örgütsel bağlılık, örgütsel psikolojinin önemli bir konusu olarak, örgütlerin devamlılığının tespitinde önemli bir dinamik olarak karşımıza çıkmaktadır (Usta, 2013: 91).

O'Reilly (1989)'ye göre örgütsel bağlılık, işgörenlerin örgüte olan sadakati, psikolojik bağlılığı, işe katılımı, örgütün değerlerine olan inancı, biçiminde açıklamıştır. Sheldon (1971) işgörenlerin örgütün genel kuralları ile kendilerini özdeşleştirmeleri ve örgüte karşı tutum ve davranışları şeklinde örgütsel bağlılığı tanımlamıştır. Steers (1977) de örgüte dahil olan bireyin süreç içerisinde örgütle özdeşleşmesi olarak örgütsel bağlılığı açıklamıştır.

Sıgırn'ın Japonların kültürel özelliklerini incelediği çalışmasında özetle (2006) aktardığına göre de bazı tanımlar şöyledir; "Örgütsel bağlılık 'çalışanların örgüte bağlılıkları ile ilgili bir durumdur' (Luthans, 1995), 'işletme ile çalışanların hedeflerinin ahenk içinde olması' (Mowday, Porter, Steers, 1982), 'çalışanın işletmesiyle özdeşleşip, işletmedeki üyeliğini sürdürme isteği' (Robbins, 1998), 'çalışanın işletmesiyle özdeşleştiği, işletmeye karşı bir tutum'(Sheldon, 1971), 'işletme çıkarlarını karşılayacak biçimde hareket etmek için içselleştirilmiş kurallar bütünü' (Wiener, 1982).

## 2.2. Örgütsel Bağlılığın Önemi

Tarihsel olarak örgütsel bağlılık kavramının gelişimine bakıldığında, yaklaşık 60 yıldır birçok araştırmacı, bu kavram ile ilgili çok çeşitli çalışmalar yapmıştır. Günümüzde örgütsel bağlılık konusu güncelliğini korumaktadır. Örgütsel bağlılık bu denli önem kazanmasının nedenleri şu şekilde ifade edilebilir (Bayram, 2005: 126-127; Güney, 2007: 235; Uygur, 2009: 14):

- Örgüte bağlılığın, istenen çalışma performansı ile ilişkisi,
- Örgüte bağlılığın çalışanlar üzerinde iş doyumundan daha etkili olduğunun araştırmalarla tespit edilmesi
- Örgütsel bağlılığı yüksek olan çalışanların, düşük olan çalışanlara nispeten daha yüksek performans sergilemeleri,
- Örgütsel bağlılığın, örgütsel etkililiğin olumlu bir sonucu olması,
- Örgütsel bağlılığın bir sonucu olarak, fedakarlık ve dürüstlük, gibi örgütsel vatandaşlık davranışlarının sergilenmesi.

Örgütsel bağlılık, örgütün amaçlarını gerçekleştirmesinde ve istikrarında önemli bir misyon üstlendiği için yönetim görüşmeleri içinde önemli bir yer tutar. Örgütsel bağlılık, tüm örgüt çalışanları arasında güveni artırır. Bu nedendendir ki daha etkin örgüt iklimi ve bir ast-üst ilişkisi oluşturur. Daha genel ve daha güçlü örgütsel bağlılık, örgütün devamlılığına, büyümesine büyük katkıda bulunacaktır (Awamleh, 1996).

konusuna özen göstermeleri gereklidir.

## 2.3. Örgütsel Bağlılığı Açıklayan Yaklaşımlar

Örgütsel Bağlılığı Açıklayan Yaklaşımlar aşağıda sıralandığı gibi, Tutumsal Bağlılık Yaklaşımı, Porter –Mowday ve Steers'in Sınıflandırması, Davranışsal Bağlılık Yaklaşımı ve Çoklu Bağlılık Yaklaşımıdır.

### 2.3.1. Tutumsal Bağlılık Yaklaşımı

Tutumsal Bağlılık Yaklaşımı; Etzioni'nin sınıflandırması, Kanter'in sınıflandırması, Porter –Mowday ve Steers'in sınıflandırması, O'reilly ve Chatman'ın sınıflandırması olmak üzere aşağıdaki gibi dört başlık altında sınıflandırılabilir.

#### 2.3.1.1. Etzioni'nin Sınıflandırması

Etzioni'ye göre örgütsel bağlılığın temel nedeni, örgütün, işgörenleri üzerindeki “otoritesi ve gücü”, dür (Solmuş, 2004: 213-214). Etzioni örgütsel bağlılık kavramını, işgörenlerin örgüte bağlılıkları açısından üçe ayırmıştır Etzioni'ye göre örgütsel bağlılık türleri aşağıdaki gibidir;

- Negatif (Yabancılaştırıcı) Bağlılık
- Hesapçı (Nötr) Bağlılık
- Ahlaki (Moral) Bağlılık
- 

#### 2.3.1.2. Kanter'in Sınıflandırması

Kanter tutumsal bağlılık yaklaşımının yanı sıra örgütsel bağlılık sınıflandırma araştırmalarının öncülerindedir. Kanter (1968) örgütsel bağlılığı şu şekilde tanımlamıştır; işgörenlerin istekli olarak ve sadakat duygusuyla sosyal sisteme bağlanmaları, sosyal ilişkilerini istek ve ihtiyaçlarını karşılamak için kişilikleriyle birleştirmeleridir. Bu yaklaşıma göre örgütün beklentileri vardır ve bu beklentilerin tatmini ancak işgörenlerin pozitif duygular hissetmesi ve kendilerini örgüte adanması ile sağlanabilir (Çakınberk, Derin ve Demirel, 2011:101). Kanter'e göre örgütün işgörenlerden beklediği davranışlar üç şekilde ele alınabilir. “Devama yönelik bağlılık”, “kenetlenme bağlılığı” ve “kontrol bağlılığı” şeklinde (Gül, 2002: 42):

#### 2.3.1.3. Porter –Mowday ve Steers'in Sınıflandırması

Porter (1968)'a göre bağlılık işgörenin örgüt lehine gayret gösterme talebi, örgütte çalışmak için çok istekli olması ve örgütün temel amaç ve değerlerini kabullenmesidir (Buchanan, 1974).

Porter ve diğerleri (1974)'de örgütsel bağlılığın üç boyuttan meydana geldiğini belirtmişlerdir (Steers, 1977):

- Örgütün amaçlarına ve değerlerine karşı inançlı olmak,
- Örgüte fayda sağlayacak durumlarda üstün çaba sarfetmek,
- Örgütte olmak için güçlü bir isteğe sahip olmak.

#### 2.3.1.4. O'reilly ve Chatman'ın Sınıflandırması

O'Reilly ve Chatman (1986) örgütsel bağlılığı, işgörenin örgütüne psikolojik olarak bağlanması biçiminde ele tanımlamıştır. Bu araştırmacılara göre örgütsel bağlılığın üç boyutu vardır:

- Uyum: Örgütsel bağlılığın ilk boyutunu uyum oluşturur. Uyum da ana hedef, belirlenen ödüllere sahip olmaktır. İş görenlerin sergiledikleri davranışların temel amacı belli ödülleri elde etme ve belli ceza almamaktır. Yani uyum, rıza gösterme sonucunda belli ödüllere sahip olmaktır.



- Özdeşleşme: Örgütsel bağlılığın ikinci boyutu özdeşleşmedir. İş görenin örgütün bir parçası olarak kalma isteğini ifade eder. İş gören diğer çalışanlarla yakın ilişkiler kurmaktadır. Bu sayede işgörenler diğer grup üyeleri özdeşleşme sağlarlar.
- İçselleştirme: Tamamıyla bireysel ve örgütsel değerler arasındaki uyumu ifade etmektedir.

### 2.3.2. Porter –Mowday ve Steers’in Sınıflandırması

Porter (1968)’a göre bağlılık işgörenin örgüt lehine gayret gösterme talebi, örgütte çalışmak için çok istekli olması ve örgütün temel amaç ve değerlerini kabullenmesidir (Buchanan, 1974).

Porter ve diğerleri (1974)’de örgütsel bağlılığın üç boyuttan meydana geldiğini belirtmişlerdir (Steers, 1977):

- Örgütün amaçlarına ve değerlerine karşı inançlı olmak,
- Örgüte fayda sağlayacak durumlarda üstün çaba sarfetmek,
- Örgütte olmak için güçlü bir isteğe sahip olmak.

Porter ve arkadaşları bağlılığın yukarıda bahsedilen üç boyuttan meydana geldiğini öne sürseler de; örgütsel bağlılık sadece duygusal bağlılığı baz alan tek bir boyut olarak oluşturulmuştur. Örgütsel bağlılığın tek boyutta ele alındığı Mowday ve diğerlerinin (1979)’da yaptığı faktör analizinin sonuçlarında da görülmüştür.

### 2.3.3. Davranışsal Bağlılık Yaklaşımı

Davranışsal bağlılık yaklaşımı; Becker’in sınıflandırması, Salancik’ın sınıflandırması olmak üzere aşağıdaki gibi iki başlık altında sınıflandırılabilir.

#### 2.3.3.1. Becker’in Sınıflandırması

Becker (1960)’da ‘yan bahis’ yaklaşımı günümüzde halen güncelliğini korumaktadır (Bakan, 2011: 92; İnce ve Gül, 2005: 49; Powell ve Meyer, 2004: 157). Fakat literatürde hangi tip bağlılık içinde değerlendirileceği hali hazırda bir tartışma konusudur.

Bu konuda ki genel görüş Becker’in yaklaşımının “davranışsal yaklaşım” değerlendirilmesi yönündedir. Allen ve Meyer ise bu genel düşüncenin tersine bir görüş bildirmişlerdir. Allen ve Meyer kendi örgütsel bağlılık sınıfı olan tutumsal bağlılık içinde konuyu ele almışlardır. Bu konuya yapılan temel eleştiri işgörenin örgütten ayrılma düşüncesini fark etmesi veya bu görüş paralelinde düşünce içerisinde olması işgörenin örgüt ile ilişkisine psikolojik bir boyut kazanmakta bu ise tutumsal olgularla açıklanabilmektedir. Bunun tersine literatürde en fazla kabul gören sınıflandırmada bu yaklaşımın davranışsal bağlılık dahilinde ele alınması gerekliliğidir. Literatür incelendiğinde davranışsal bağlılığın, işgörenin örgütle bağımlı kuran geçmiş tecrübelerinden oluştuğunu söylemek mümkündür. Bu noktada işgörenin yan bahisler konusunda vereceği kararların bir süreç ve birikim dahilinde oluşabileceğini düşünürsek kavramın davranışsal yaklaşım sınıflaması içinde değerlendirmek doğru olacaktır (Shore, Tetrick, Shore ve Barksdal, 2000: 429).

#### 2.3.3.2. Salancik’ın Sınıflandırması

Salancik ve Gerek Becker bağlılıkları, davranışların devamlılığı eğilimi nitelendirilirler (Gül, 2003). Becker’in tanımlaması eylem sürecini devamına olan eğilimi ifade eder. Fakat genelde göz önünde

bulundurulmayan iki yaklaşım arasında önemli bir fark bulunmaktadır. Bağlılık Becker'e göre, devamı olmayan aktivite ile bağdaştırılan maliyetlerin, kişisel çıkar üzerindeki farkındalığı gerektirir. Bağlılık bu farkındalık olmazsa olamaz (Meyer ve Allen, 1991: 65). Yani bağlılığın gerekli olan özelliklerinden biri, bireyin daha önce gerçekleştirdiği eyleminden elde ettiği çıkar farkındalığı unsurudur. Çünkü birey bu şekilde bir çıkara sahip olmasına karşın, bunun şart olduğunun idrakini sağlayana kadar, uygulamada bulunmak adına bir davranışta bulunmayacaktır (Becker, 1960: 36). Salancik'e göre ise, kişinin davranışının oluşmasına başlamasına katkısı olan şartlar, bilinç farkındalıktan bağımsız olabilir. Buna ilave olarak, maliyetlerin farkında olunmasından öte davranışsal bağlılıkla bağdaştırılan psikolojik durum, davranışın devamlılığı durumunu sağlar. Yani, kişinin işe devam etme isteği doğru şartlar sağlandığı takdirde devam edecektir (Meyer ve Allen, 1991: 65).

#### 2.4.4. Çoklu Bağlılık Yaklaşımı (Meyer ve Allen'in Sınıflandırması)

Çalışmamızda Allen ve Meyer'in Bağlılık Modeli kullanıldığı için bu bölümde özellikle üzerinde durulacaktır. Literatür incelendiğinde, Allen ve Meyer tarafından oluşturulan örgütsel bağlılık modelinin yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir. İlk olarak 1984'te oluşturulan örgütsel bağlılık modeli yalnız duygusal bağlılık ve devam bağlılığı boyutlarından ibaretti. Üçüncü boyut olan normatif bağlılık 1990 yılında modele dahil edilmiştir. Araştırmacılar tarafında geliştirilen modelde, duygusal bağlılık, Mowday, Porter ve Steers'in 1982'de geliştirdiği örgütsel bağlılık yaklaşımına; devam bağlılığı, Becker'in (1960)'in yan bahis yaklaşımına; normatif bağlılık ise, Wiener'in 1982'de geliştirdiği örgütsel bağlılık yaklaşımına dayandığı ileri sürülmektedir (Uzun ve Yiğit, 2011: 183-184). Belirtilen bu boyutların içerikleri aşağıda belirtilmektedir (Huselid ve Day, 1991; Heffner ve Rentsch, 2001).

### 3. HASTANELERDE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MOTİVASYON DÜZEYLERİNİN ÖRGÜTSEL BAĞLILIKLARINA ETKİLERİ İLE İLGİLİ BİR ARAŞTIRMA: KIRIKKALE İLİ ÖRNEĞİ

Bu araştırmanın amacı, hastanelerde sağlık çalışanlarının motivasyon düzeylerinin işe olan bağlılıkları üzerindeki etkisini tespit etmektir. Böylece elde edilen sonuçlar bağlamında ilgili alanyazında yapılacak olan araştırmalara yönelik eylemsel önerilerin ortaya konması sağlanmıştır. İfade edilen bu amaç doğrultusunda, sağlık çalışanlarının motivasyon (hijyen motivasyon faktörler ve motive edici faktörler) algılaması ortaya konacak ve bu algılamanın bağlılık (duygusal, devam ve normatif bağlılık) üzerinde herhangi bir farklılık oluşturup oluşturmadığı algısı ortaya konacaktır. Bu bağlamda, çalışmada Kırıkkale İli sınırlarında faaliyet gösteren hastanelerde çalışan 389 sağlık çalışanının motivasyon algılaması ve bunun işe olan bağlılıkları üzerindeki etkisi ölçülecektir. Bu kapsamda, bu araştırmada motivasyon algılaması içerisinde yer alan hijyen motivasyon faktörleri ve motive edici faktörler ile bağlılık düzeyi ölçeği içerisinde yer alan duygusal, devam ve normatif bağlılık boyutlarına yönelik literatürde yer alan görüşlere değinilmiştir.

Yukarıda ifade edilenler doğrultusunda, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının motivasyon algılamalarının işe olan bağlılığı üzerindeki etkisine yönelik şu hipotezler test edilmiştir:

#### Ana Hipotez:

H1: Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile örgütsel bağlılıkları arasında pozitif bir ilişki vardır.

### Alt Hipotezler:

- H2: Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile duygusal bağlılıkları arasında pozitif bir ilişki vardır.  
H3: Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile devam bağlılıkları arasında pozitif bir ilişki vardır.  
H4: Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile normatif bağlılıkları arasında pozitif bir ilişki vardır.  
H5: Hijyen motivasyon faktörleri ile örgütsel bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.  
H6: Hijyen motivasyon faktörleri ile duygusal bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.  
H7: Hijyen motivasyon faktörleri ile devam bağlılığı arasında pozitif bir ilişki vardır.  
H8: Hijyen motivasyon faktörleri ile normatif bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.  
H9: Motive edici faktörler ile örgütsel bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.  
H10: Motive edici faktörler ile duygusal bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.  
H11: Motive edici faktörler ile devam bağlılığı arasında pozitif bir ilişki vardır.  
H12: Motive edici faktörler ile Normatif bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.

### 3.1. Araştırmanın Önemi

Çalışma hayatındaki örgüte bağlılık, son yıllarda yöneticilerin ve akademisyenlerin ilgisini çeken konular arasında yerini almıştır. Özellikle sağlık hizmeti ve sağlık hizmetinin evrenselliği ve toplumsal yaşamdaki önemi söz konusu olduğunda, sağlık çalışanları üzerindeki beklentiler de artmakta, bu da sağlık çalışanlarının taşıdıkları sorumlulukları artırmaktadır. Artan sorumluluklar ve beklentilerin sağlık çalışanları tarafından yerine getirilmesi için, sağlık çalışanlarının da beklentilerinin karşılanması ve bu şekilde onların güdülenmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanlarını güdüleyici faktörler ise örgüte bağlılık ve işe bağlılık olmaktadır. Bu bağlamda sağlık çalışanlarına, örgüte bağlılığı ve işe bağlılığı sağlamaya yönelik koşulların oluşturulması, çalışanların toplumsal beklentileri karşılama da daha istekli ve etkin davranmasına temel teşkil edecektir. Bu bakımdan, böylesine hassas bir konuda yapılacak bir araştırmanın yöneticilere, akademisyenlere, çalışanlara ve çalışma hayatına girecek olan bireylere veri teşkil edeceğinden önemli olacağı düşünülmektedir.

Çalışanların iş motivasyonu ve örgütsel bağlılık, ile ilgili olarak başka sektörlerde çok fazla çalışma olmasına karşın, sağlık sektöründe yapılan çalışma sayısı göreceli olarak azdır. Aynı zamanda bu tarz çalışmaların daha çok Ankara, İzmir ve İstanbul gibi gelişmişlik düzeyi yüksek kentlerde yapıldığı görülmektedir. Kalkınma Bakanlığı verilerine göre illerin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi sıralamasında açısından Türkiye’de 81 il içinde 41. sırada olan Kırıkkale’nin ili sınırları içinde yapılan bu çalışmamızın bu konudaki yazına katkı sağlayacağına inanılmaktadır.

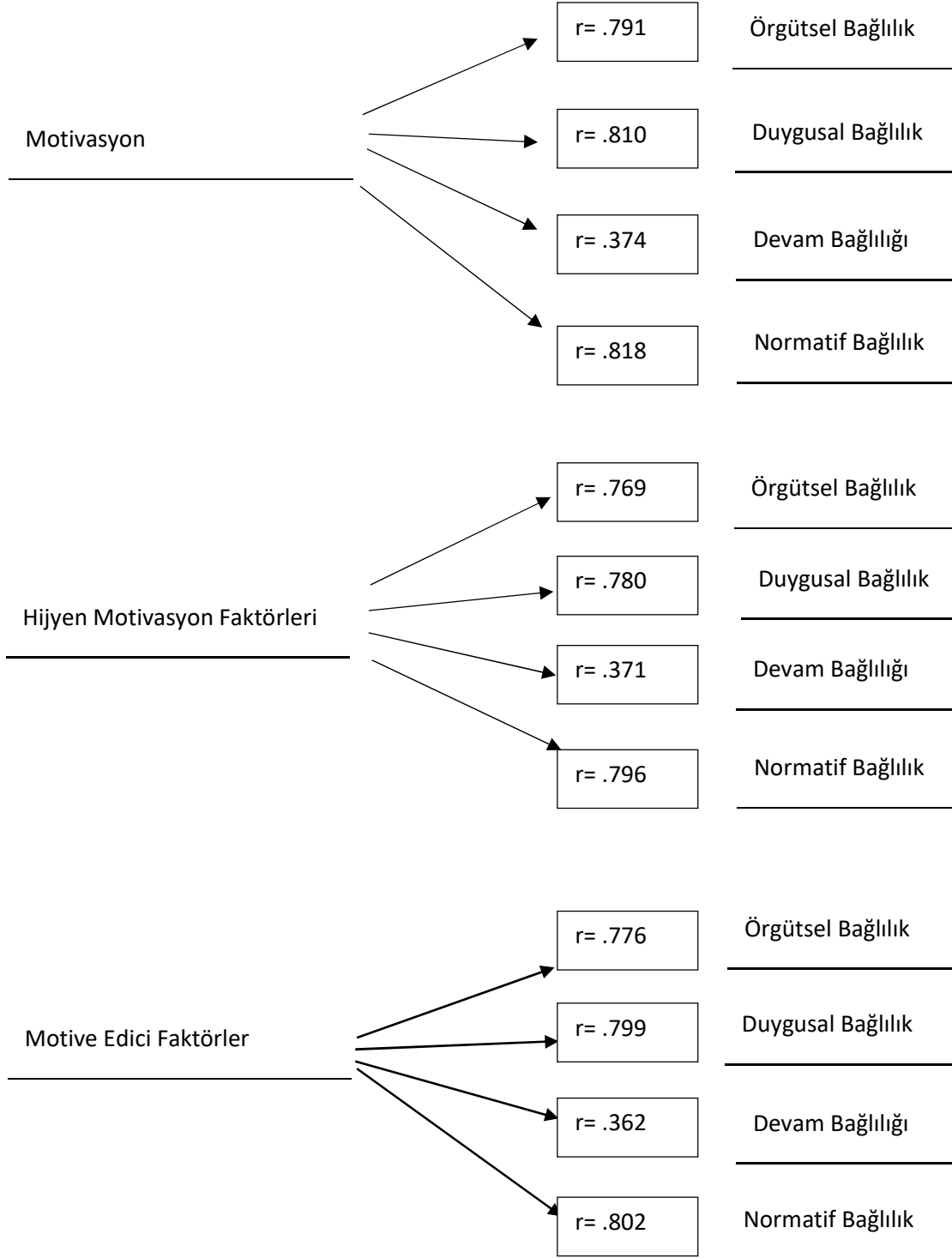
### 3.2. Araştırmanın Yöntemi ve Kapsamı

Çalışmada, verilerinin elde edilmesinde anket yöntemine başvurulmuştur. Anketlerin uygulanmasında ise, yüz yüze anket tekniğinden yararlanılmıştır. Bu doğrultuda anket uygulamasının birinci bölümünde yer alan demografik bilgiler ile literatürde yer alan ve Herzberg tarafından geliştirilen “motivasyon” ölçeği ve Allen ve Meyer (1997) tarafından geliştirilen “bağlılık” ölçek formlarından yararlanılmıştır. Uygulama sonucunda elde edilen verilerin çözümlenmesinde SPSS 24 paket programından (Statistical Package for the Social Science) yararlanılmıştır.

- Birinci Bölüm: Demografik Bilgi Formu
- İkinci Bölüm: Motivasyon Ölçeği
- Üçüncü Bölüm: Bağlılık Ölçeği

### 3.3. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada, ilişkisel nitelikte bir araştırma modeli tercih edilmiş olup Şekil 3.1’ de sunulmuştur.



Şekil 3.1. Araştırmanın modeli



Şekil 3.1' den de anlaşılacağı üzere, sağlık çalışanlarının motivasyon ve işe olan bağlılık düzeyleri üzerinde etkili olan bağımsız değişkenler; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, görev, çalışılan bölüm, çalışma şekli, çalışma süresi, mesleki deneyim, gelir düzeyi ve gelirin yeterlilik durumu değişkenlerinden oluşmaktadır. Bağımlı değişken olarak araştırmaya konu olan çalışanların motivasyon algılamalarına yönelik görüşleri hijyen motivasyon faktörleri ve motive edici faktörler olmak üzere 2 boyuttan; bağlılık algılamasına yönelik görüşleri ise duygusal, devam ve normatif olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır.

Bu araştırma Kırıkkale ili sınırları içerisinde bulunan hastanelerdeki sağlık çalışanlarını kapsamaktadır.

### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırma Kırıkkale ili sınırları içerisinde bulunan hastanelerdeki sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Araştırmanın evrenini, Kırıkkale İlindeki Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan ve olmayan hastanelerdeki sağlık çalışanları oluşturmaktadır. 2017 yılında Kırıkkale İlinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde çalışan sağlık personeli sayısı ( Yüksek İhtisas Hastanesi: 1401, Kırıkkale A.D.S.M.: 82, Delice İlçe Hastanesi: 56, Karakeçili İlçe Hastanesi: 40, Keskin İlçe Hastanesi: 65, Sulakyurt İlçe Hastanesi: 41 ) 1685 kişi, ilgili bakanlığa bağlı olmayan hastanelerdeki sağlık çalışanı sayısı ise ( Kırıkkale Üniversitesi Süleyman Demirel Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Tıp Fakültesi: 769, Özel Kırıkkale Hilal Hastanesi: 90) 859' kişidir. Toplamda 2544 kişilik bu evrende örneklem belirlenmesinde tabakalı örneklem yöntemi tercih edilmiştir.

Bu araştırmada istatistiksel açıdan elde edilen verilerin anlamlılık düzeyinin sağlanması amacı ile toplam 400 sağlık çalışanına anket uygulanmıştır. Ancak, araştırmaya katılanlardan 11 sağlık çalışanın anket formunu belirlenen kriterlere göre doldurmadığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak, toplam 389 adet anket istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

### Güvenilirlik Katsayısı:

Araştırmanın gerçekleştirilmesi amacı ile kullanılan anket formundaki ölçek ifadelerinin güvenilirliklerinin test edilmesinde Cronbach's Alpha tekniğine başvurulmuştur. Bilindiği üzere, güvenilirlik herhangi bir ölçüme ait elde edilen genel puanların ve ölçüğe ait alt boyutların toplam puanların doğru, sağlam ve güçlülük düzeyini belirlemeye yönelik tahmini değerdir (Şencan, 2015: 15). Test sonucunda elde edilen alfa değeri ( $\alpha$ ) testin homojenliğinin göstergesi olarak kabul edilir ve ölçek ifadeleri aşağıdaki gibi aralıklandırılır (Tavşancıl, 2006, 29).

$0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Çizelge 3.1. Cronbach's alpha tekniğine ilişkin çözümleme sonuçları

Boyutlar	Cronbach's Alpha Katsayısı	Madde Sayısı
Hijyen Motivasyon Faktörleri Boyutu	0,949	8
Motive Edici Faktörler Boyutu	0,972	18
Toplam	0,961	26
Duygusal Bağlılık Boyutu	0,921	7
Devam Bağlılığı Boyutu	0,794	7
Normatif Bağlılık	0,917	6
Toplam	0,877	20
Genel Toplam	0,919	46

Çizelde 3.1.' den de görüldüğü üzere, motivasyon ölçek ifadelerinin 0,961'lik düzeyde bir güvenilirliğe ve bağlılık ölçeği ifadelerinin de 0,877'lik düzeyde bir güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür. Toplamda 0,919'lik bir düzeyde güvenilirliğe sahip olan her iki ölçek ifadeleri yüksek derecede bir güvenilirliği temsil etmektedir.

Araştırmada yer alan tüm soruların güvenilirliklerinin sağlanmasının yanında, bu soruların katılımcılar tarafından benzer bir biçimde cevaplanıp cevaplanmadığı ve soruların ortalamalarının birbirlerine eşit olup olmadığının tespit edilmesi amacı ile de Hotelling t2 testi yapılmıştır. Teste ilişkin çözümleme çizelgesi aşağıda gösterilmiştir.

Çizelge 3.2. Motivasyon ve bağlılık ölçeklerine ilişkin hotelling t2 testi

	Hotelling's T-Squared	F	df1	df2	Sig
Motivasyon ve Bağlılık Ölçeği	299,852	5,908	45	344	,000

Çizelde 3.2. 'de de görüleceği üzere, Hotelling t2 test çözümlemesi sonucunda, motivasyon ve bağlılık ölçek ifadelerinin ayırıcılık açısından önem düzeyinin anlamlı olduğu görülmüştür ( $p < 0,005$ ). Buna göre, motivasyon ve bağlılık ölçeğinde yer alan tüm ifadelerin ortalamaları ve ifadelerin zorluk dereceleri katılımcılar arasında farklılık oluşturacak düzeydedir.

### Normallik Analizi

Araştırmada kullanılan anket formundaki yer alan soruların normal dağılıma sahip olup olmadığının tespit edilmesinde normallik testine başvurulmuştur. Teste ilişkin sonuçlar Çizelge 3.3'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.3. Normallik testi sonuçları

Ortalama		3,0688	,04046
Ortalama için% 95 Güven Aralığı	Alt sınıır	2,9892	
	Üst sınıır	3,1467	
% 5 Kırpılmış Ortalama		3,0738	
Medyan		3,3478	
Varyans		,659	
Standart Sapma		,81196	
Minimum		1,70	
Maksimum		4,41	
Skewness		-,236	,124
Kurtosis		-,024	,247
% 5 Kırpılmış Ortalama		-,241	
Medyan		-1,499	,247

Çizelge 3.3’de de görüleceği üzere, Skewness ve kurtosis değerleri +2 ile -2 değerleri arasında seyr etmektedir. Bu değerlerden de anlaşılacağı üzere, anket uygulaması sonucunda elde edilen verilerin normal bir dağılım gösterdiği sonucu ortaya çıkmıştır (George, ve Mallery, 2010).

### 3.5. Bulgular ve Tartışma

#### 3.5.1. Katılımcılara Ait Genel Betimsel İstatistikler

Araştırmanın bu kısmında, katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerine ilişkin elde edilen verilere yer verilecektir. Söz konusu çözümlenmeler Frequencies yöntemi ile gerçekleştirilmiş olup çizelge 3.4’de çizelge olarak sunulmuştur.

Çizelge 3.4. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri

CİNSİYET		
	Kişi Sayısı	Yüzelik Dilim
KADIN	172	44,2
ERKEK	217	55,8
Toplam	389	100,0
YAŞ		
	Kişi Sayısı	Yüzelik Dilim
25 VE ALTI YAŞ	58	14,9
25-30 YAŞ	95	24,4

31-35 YAŞ	143	36,8
36 VE ÜZERİ YAŞ	93	23,9
Toplam	389	100,0
<b>MEDENİ DURUM</b>		
	Kişi Sayısı	Yüzdellik Dilim
BEKÂR	161	41,4
EVLİ	228	58,6
Toplam	389	100,0
<b>ÖĞRENİM DURUMU</b>		
	Kişi Sayısı	Yüzdellik Dilim
SAĞLIK MESLEK LİSESİ/LİSE	60	15,4
ÖN LİSANS	111	28,5
LİSANS	110	28,3
LİSANSÜSTÜ	108	27,8
Toplam	389	100,0
<b>GÖREVİ</b>		
	Kişi Sayısı	Yüzdellik Dilim
HEKİM	39	10,0
YÖNETİCİ	49	12,6
HEMŞİRE	39	10,0
SAĞLIK TEKNİSYENİ	71	18,3
İDARİ PERSONEL	127	32,6
DİĞER (Eczacı, Diyetisyen, Sosyal Hiz. Uzmanı, Psikolog, Ebe, vb..)	64	16,5
Toplam	389	100,0
<b>ÇALIŞILAN BÖLÜM</b>		
	Kişi Sayısı	Yüzdellik Dilim
CERRAHİ BÖLÜM	34	8,7
POLİKLİNİK	104	26,7
ACİ SERVİS	88	22,6
AMELİYATHANE	77	19,8
DİĞER (Laboratuvar, Radyoloji ve Görüntüleme Birimleri, Yoğun Bakım, Eczane, Kan Bankası vb.)	86	22,1
Toplam	389	100,0
<b>GELİR DÜZEYİ</b>		
	Kişi Sayısı	Yüzdellik Dilim
1500 TL' DEN AZ	22	5,7



1500-2000 TL	47	12,1
2001-2500 TL	103	26,5
2500 TL VE ÜZERİ	217	55,8
Toplam	389	100,0
<b>GELİR YETERLİLİK DURUMU</b>		
	Kişi Sayısı	Yüzdeler Dilim
FAZLASI İLE YETERLİ	69	17,7
AZ YETERLİ	105	27,0
NE YETERLİ NE DEĞİL	114	29,3
YETERSİZ	88	22,6
ÇOK YETERSİZ	13	3,3
Toplam	389	100,0

### 3.6.2. Katılımcıların Motivasyon Ölçeği ve Bağlılık Ölçeğine Yönelik Betimsel İstatistikler

Çizelge 3.5. araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri ve örgütsel bağlılık düzeylerine ilişkin görüşlerinin bütün olarak yer aldığı “ortalama ve standart sapma” değerlerini içermektedir.

Çizelge 3.5. Tüm boyutların ortalama ve standart sapma sonuçları

Boyutlar	Ortalama	Standart Sapma
Hijyen Motivasyon Faktörleri	3,00	0,983
Motive Edici Faktörler	3,07	0,972
Toplam	3,04	0,978
Duygusal Bağlılık	3,04	0,900
Devam Bağlılığı	3,21	0,717
Normatif Bağlılık	3,00	0,917
Toplam	3,08	0,778

Söz konusu boyutlara yönelik ortalama değer aralıkları şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

$1,001 < X < 1,80$  aralığında çok düşük,

$1,81 < X < 2,60$  aralığında düşük,

2,613 < X < 3,40 aralığında orta,

3,41 < X < 4,20 aralığında yüksek ve

4,21 < X < 5,00 aralığında çok yüksek düzeylidir (Gönen, 2013: 97).

Buna göre, katılımcıların, söz konusu 5 boyut ile ilgili olarak verilen ifadelerden en yüksek düzeyli katılımı devam bağlılığı boyutunda yer alan ifadelerle sağladığı (X=3,21), bu boyutu da sırası ile motive edici faktörler boyutu (X=3,07), duygusal bağlılık boyutu (X=3,04) ve hijyen motivasyon faktörleri ile normatif bağlılık boyutlarının (X=3,00) izlediği görülmüştür.

### 3.5.3. Araştırma Hipotezlerinin Test Edilmesi

Araştırmanın bu kısmında, sağlık çalışanlarının motivasyon düzeylerinin örgütsel bağlılık düzeyi üzerindeki etkisine yönelik oluşturulan hipotezlerin test edilmesine yer verilmiştir. Söz konusu hipotezlerin test edilmesinde korelasyon değer aralıkları şu şekilde sınıflandırılmıştır:

$r < 0.2$  ise çok zayıf ilişki yada korelasyon yok,

$0.2 < r < 0.4$  arasında ise zayıf korelasyon,

$0.4 < r < 0.6$  arasında ise orta şiddette korelasyon,

$0.6 < r < 0.8$  arasında ise yüksek korelasyon,

$r > 0.8$  ise çok yüksek korelasyon (Gönen, 2013: 97).

H1: Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile örgütsel bağlılıkları arasında pozitif bir ilişki vardır.

Çizelge 3.6. Katılımcıların genel motivasyon düzeyleri ile örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişkinin korelasyon testi sonuçları

		MOTİVASYON	BAĞLILIK
MOTİVASYON	R	1	,791**
	P		,000
	N	389	389
BAĞLILIK	R	,791**	1
	P	,000	
	N	389	389

\*\* .Korelasyon Değeri .01 düzeyinde anlamlıdır.

Analiz sonucunda, sig değeri 0.01'den küçük olduğundan ( $0.000 < 0.01$ ) korelasyon katsayısı önemlidir. Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile örgütsel bağlılık arasındaki Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r = 0.791$ 'dir. Yani, genel motivasyon düzeyi ile örgütsel bağlılık

arasında kuvvetli pozitif korelasyon vardır. Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü motivasyon ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki aynı yönlüdür. Yani çalışanların motivasyon düzeyleri arttıkça örgütsel bağlılık düzeyi de aynı oranda artacaktır.

H2: Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile duygusal bağlılıkları arasında pozitif bir ilişki vardır.

Çizelge 3.7. Katılımcıların genel motivasyon düzeyleri ile duygusal bağlılıkları arasındaki ilişkinin korelasyon testi sonuçları

		MOTİVASYON	DUYGUSAL BAĞLILIK
MOTİVASYON	R	1	,810**
	P		,000
	N	389	389
DUYGUSAL BAĞLILIK	R	,810**	1
	P	,000	
	N	389	389

\*\* .Korelasyon Değeri .01 düzeyinde anlamlıdır.

Analiz sonucunda, sig değeri 0.01'den küçük olduğundan (0.000<0.01) korelasyon katsayısı önemlidir. Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile duygusal bağlılık arasındaki Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.810$ 'dır. Yani, genel motivasyon düzeyi ile duygusal bağlılık arasında kuvvetli pozitif korelasyon vardır. Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü motivasyon ile duygusal bağlılık arasındaki ilişki aynı yönlüdür. Yani çalışanların motivasyon düzeyleri arttıkça duygusal bağlılık düzeyi de aynı oranda artacaktır.

H3: Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile devam bağlılıkları arasında pozitif bir ilişki vardır.

Çizelge 3.8. Katılımcıların genel motivasyon düzeyleri ile devam bağlılıkları arasındaki ilişkinin korelasyon testi sonuçları

		MOTİVASYON	DEVAM BAĞLILIĞI
MOTİVASYON	R	1	,374**
	P		,000
	N	389	389
DEVAM BAĞLILIĞI	R	,374**	1
	P	,000	
	N	389	389

\*\* .Korelasyon Değeri .01 düzeyinde anlamlıdır.

Analiz sonucunda, sig değeri 0.01'den küçük olduğundan (0.000<0.01) korelasyon katsayısı önemlidir. Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile devam bağlılığı arasındaki Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.374$ 'dür. Yani, genel motivasyon düzeyi ile devam bağlılığı

arasında düşük pozitif korelasyon vardır. Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü motivasyon ile devam bağlılığı arasındaki ilişki aynı yönlüdür. Yani çalışanların motivasyon düzeyleri arttıkça devam bağlılık düzeyi de aynı oranda artacaktır.

H4: Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile normatif bağlılıkları arasında pozitif bir ilişki vardır.

Çizelge 3.9. Katılımcıların genel motivasyon düzeyleri ile normatif bağlılıkları arasındaki ilişkinin korelasyon testi sonuçları

		MOTİVASYON	NORMATİF BAĞLILIK
MOTİVASYON	R	1	,818**
	P		,000
	N	389	389
NORMATİF BAĞLILIK	R	,818**	1
	P	,000	
	N	389	389

\*\* . Korelasyon Değeri .01 düzeyinde anlamlıdır.

Analiz sonucunda, sig değeri 0.01'den küçük olduğundan (0.000<0.01) korelasyon katsayısı önemlidir. Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile normatif bağlılık arasındaki Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.818$ 'dir. Yani, genel motivasyon düzeyi ile normatif bağlılık arasında kuvvetli pozitif korelasyon vardır. Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü motivasyon ile normatif bağlılık arasındaki ilişki aynı yönlüdür. Yani çalışanların motivasyon düzeyleri arttıkça normatif bağlılık düzeyi de aynı oranda artacaktır.

H5: Hijyen motivasyon faktörleri ile örgütsel bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.

Çizelge 3.10. Hijyen motivasyon faktörleri ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin korelasyon testi sonuçları

		HİJYEN MOTİVASYON FAKTÖRLERİ	BAĞLILIK
HİJYEN MOTİVASYON FAKTÖRLERİ	R	1	,769**
	P		,000
	N	389	389
BAĞLILIK	R	,769**	1
	P	,000	
	N	389	389

\*\* . Korelasyon Değeri .01 düzeyinde anlamlıdır.

Analiz sonucunda, sig değeri 0.01'den küçük olduğundan (0.000<0.01) korelasyon katsayısı önemlidir. Çalışanların hijyen motivasyon faktörlerine ilişkin algılama düzeyleri ile örgütsel bağlılık



arasındaki Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.769$ 'dır. Yani, hijyen motivasyon faktörleri ile örgütsel bağlılık arasında kuvvetli pozitif korelasyon vardır. Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü hijyen motivasyon faktörleri ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki aynı yönlüdür. Yani hijyen motivasyon faktörlerine ilişkin düzenlemeler arttıkça örgütsel bağlılık da aynı oranda artacaktır.

H6: Hijyen motivasyon faktörleri ile duygusal bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.

Çizelge 3.11. Hijyen motivasyon faktörleri ile duygusal bağlılık arasındaki ilişkinin korelasyon testi sonuçları

		HİJYEN MOTİVASYON FAKTÖRLERİ	DUYGUSAL BAĞLILIK
HİJYEN MOTİVASYON FAKTÖRLERİ	R	1	,780**
	P		,000
	N	389	389
DUYGUSAL BAĞLILIK	R	,780**	1
	P	,000	
	N	389	389

\*\* . Korelasyon Değeri .01 düzeyinde anlamlıdır.

Analiz sonucunda, sig değeri 0.01'den küçük olduğundan ( $0.000 < 0.01$ ) korelasyon katsayısı önemlidir. Çalışanların hijyen motivasyon faktörlerine ilişkin algılama düzeyleri ile duygusal bağlılık arasındaki Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.780$ 'dir. Yani, hijyen motivasyon faktörleri ile duygusal bağlılık arasında kuvvetli pozitif korelasyon vardır. Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü hijyen motivasyon faktörleri ile duygusal bağlılık arasındaki ilişki aynı yönlüdür. Yani hijyen motivasyon faktörlerine ilişkin düzenlemeler arttıkça duygusal bağlılık da aynı oranda artacaktır.

H7: Hijyen motivasyon faktörleri ile devam bağlılığı arasında pozitif bir ilişki vardır.

Çizelge 3.12. Hijyen motivasyon faktörleri ile devam bağlılığı arasındaki ilişkinin korelasyon testi sonuçları

		HİJYEN MOTİVASYON FAKTÖRLERİ	DEVAM BAĞLILIĞI
HİJYEN MOTİVASYON FAKTÖRLERİ	R	1	,371**
	P		,000
	N	389	389
DEVAM BAĞLILIĞI	R	,371**	1
	P	,000	
	N	389	389

\*\* . Korelasyon Değeri .01 düzeyinde anlamlıdır.

Analiz sonucunda, sig değeri 0.01'den küçük olduğundan ( $0.000 < 0.01$ ) korelasyon katsayısı önemlidir. Çalışanların hijyen motivasyon faktörlerine ilişkin algılama düzeyleri ile devam bağlılığı

arasındaki Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.371$ 'dir. Yani, hijyen motivasyon faktörleri ile devam bağlılığı arasında düşük pozitif korelasyon vardır. Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü hijyen motivasyon faktörleri ile devam bağlılığı arasındaki ilişki aynı yönlüdür. Yani hijyen motivasyon faktörlerine ilişkin düzenlemeler arttıkça devam bağlılığı da aynı oranda artacaktır.

H8: Hijyen motivasyon faktörleri ile normatif bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.

Çizelge 3.13. Hijyen motivasyon faktörleri ile normatif bağlılık arasındaki ilişkinin korelasyon testi sonuçları

		MOTİVE EDİCİ FAKTÖRLER	NORMATİF BAĞLILIK
HİJYEN MOTİVASYON FAKTÖRLERİ	R	1	,796 **
	P		,000
	N	389	389
NORMATİF BAĞLILIK	R	,796 **	1
	P	,000	
	N	389	389

\*\* . Korelasyon Değeri .01 düzeyinde anlamlıdır.

Analiz sonucunda, sig değeri 0.01'den küçük olduğundan ( $0.000 < 0.01$ ) korelasyon katsayısı önemlidir. Çalışanların hijyen motivasyon faktörlerine ilişkin algılama düzeyleri ile normatif bağlılık arasındaki Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.796$ 'dır. Yani, hijyen motivasyon faktörleri ile normatif bağlılık arasında kuvvetli pozitif korelasyon vardır. Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü hijyen motivasyon faktörleri ile normatif bağlılık arasındaki ilişki aynı yönlüdür. Yani hijyen motivasyon faktörlerine ilişkin düzenlemeler arttıkça normatif bağlılık da aynı oranda artacaktır.

H9: Motive edici faktörler ile örgütsel bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.

Çizelge 3.14. Motive edici faktörler ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin korelasyon testi sonuçları

		MOTİVE EDİCİ FAKTÖRLER	ÖRGÜTSEL BAĞLILIK
MOTİVE EDİCİ FAKTÖRLER	R	1	,776**
	P		,000
	N	389	389
BAĞLILIK	R	,776**	1
	P	,000	
	N	389	389

\*\* . Korelasyon Değeri .01 düzeyinde anlamlıdır.

Analiz sonucunda, sig değeri 0.01'den küçük olduğundan (0.000<0.01) korelasyon katsayısı önemlidir. Çalışanların motive edici faktörlere ilişkin algılama düzeyleri ile örgütsel bağlılık arasındaki Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r=0.776$ 'dır. Yani, motive edici faktörler ile örgütsel bağlılık arasında kuvvetli pozitif korelasyon vardır. Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü motive edici faktörler ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki aynı yönlüdür. Yani motive edici faktörlere ilişkin düzenlemeler arttıkça örgütsel bağlılık da aynı oranda artacaktır.

H10: Motive edici faktörler ile duygusal bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.

Çizelge 3.15. Motive edici faktörler ile duygusal bağlılık arasındaki ilişkinin korelasyon testi sonuçları

		MOTİVE EDİCİ FAKTÖRLER	DUYGUSAL BAĞLILIK
MOTİVE EDİCİ FAKTÖRLER	R	1	,799**
	P		,000
	N	389	389
DUYGUSAL BAĞLILIK	R	,799**	1
	P	,000	
	N	389	389

\*\* . Korelasyon Değeri .01 düzeyinde anlamlıdır.

Analiz sonucunda, sig değeri 0.01'den küçük olduğundan (0.000<0.01) korelasyon katsayısı önemlidir. Çalışanların motive edici faktörlere ilişkin algılama düzeyleri ile duygusal bağlılığı arasındaki Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r=0.799$ 'dur. Yani, motive edici faktörler ile duygusal bağlılık arasında kuvvetli pozitif korelasyon vardır. Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü motive edici faktörler ile duygusal bağlılık arasındaki ilişki aynı yönlüdür. Yani motive edici faktörlere ilişkin düzenlemeler arttıkça duygusal bağlılık da aynı oranda artacaktır.

H11: Motive edici faktörler ile devam bağlılığı arasında pozitif bir ilişki vardır.

Çizelge 3.16. Motive edici faktörler ile devam bağlılığı arasındaki ilişkinin korelasyon testi sonuçları

		MOTİVE EDİCİ FAKTÖRLER	DEVAM BAĞLILIĞI
MOTİVE EDİCİ FAKTÖRLER	R	1	,362**
	P		,000
	N	389	389
DEVAM BAĞLILIĞI	R	,362**	1
	P	,000	
	N	389	389

\*\* . Korelasyon Değeri .01 düzeyinde anlamlıdır.

Analiz sonucunda, sig değeri 0.01'den küçük olduğundan (0.000<0.01) korelasyon katsayısı önemlidir. Çalışanların motive edici faktörlere ilişkin algılama düzeyleri ile devam bağlılığı arasındaki Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r = 0.362$ 'dir. Yani, motive edici faktörler ile devam bağlılığı arasında düşük pozitif korelasyon vardır. Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü motive edici faktörler ile devam bağlılığı arasındaki ilişki aynı yönlüdür. Yani motive edici faktörlere ilişkin düzenlemeler arttıkça devam bağlılığı da aynı oranda artacaktır.

H12: Motive edici faktörler ile Normatif bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.

Çizelge 3.17. Motive edici faktörler ile normatif bağlılık arasındaki ilişkinin korelasyon testi sonuçları

		NORMATİF BAĞLILIK	MOTİVE EDİCİ FAKTÖRLER
NORMATİF BAĞLILIK	R	1	,802**
	P		,000
	N	389	389
MOTİVE EDİCİ FAKTÖRLER	R	,802**	1
	P	,000	
	N	389	389

\*\* . Korelasyon Değeri .01 düzeyinde anlamlıdır.

Yukarıdaki çizelgeden de anlaşılacağı üzere, anket uygulamasına katılanların normatif bağlılık düzeyleri ile motive edici faktörler arasında kuvvetli, pozitif yönlü ve 0,802' lik düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre, motive edici faktörlere ilişkin algılama düzeyi arttıkça normatif bağlılık düzeyinin de arttığı söylenebilir.



### 3.5.4. Araştırmanın Hipotez Sonuçları

Araştırmada test edilen hipotezler ve analiz sonuçları Çizelge 3.23’de özetlenmiştir.

Çizelge 3.18. Araştırmanın hipotez sonuçları

HİPOTEZLER	KABUL	RED
H1: Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile örgütsel bağlılıkları arasında pozitif bir ilişki vardır.	✓	
H2: Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile duygusal bağlılıkları arasında pozitif bir ilişki vardır.	✓	
H3: Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile devam bağlılıkları arasında pozitif bir ilişki vardır.	✓	
H4: Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile normatif bağlılıkları arasında pozitif bir ilişki vardır.	✓	
H5: Hijyen motivasyon faktörleri ile örgütsel bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.	✓	
H6: Hijyen motivasyon faktörleri ile duygusal bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.	✓	
H7: Hijyen motivasyon faktörleri ile devam bağlılığı arasında pozitif bir ilişki vardır.	✓	
H8: Hijyen motivasyon faktörleri ile normatif bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.	✓	
H9: Motive edici faktörler ile örgütsel bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.	✓	
H10: Motive edici faktörler ile duygusal bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.	✓	
H11: Motive edici faktörler ile devam bağlılığı arasında pozitif bir ilişki vardır.	✓	
H12: Motive edici faktörler ile Normatif bağlılık arasında pozitif bir ilişki vardır.	✓	

## 4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının genel motivasyon düzeyleri ve bu düzeyin örgütsel bağlılık üzerindeki etkisinin saptanması amacı ile gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda, Kırıkkale İli sınırlarında faaliyet gösteren tüm hastanelerdeki çalışan sağlık çalışanlarına anket uygulanmıştır.

Buna göre elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

Araştırmaya katılanların genel motivasyon düzeyleri ile ilgili görüşlerinin ortalama 3,04' lük düzeyde olduğu anlaşılmıştır.

Araştırmaya katılanların örgütsel bağlılık ile ilgili görüşlerinin ortalama 3,08' lik düzeyde olduğu anlaşılmıştır.

Araştırmaya katılanların Hijyen Motivasyon Faktörleri ile ilgili görüşlerinin ortalama 3,00' lük düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Hijyen motivasyon faktörleri boyutu içerisinde en yüksek ifadelerden en yüksek ortalamanın sırası ile "İş yerimde çalışma verimimi etkileyecek araç ve gereç durumu yeterlidir" (X=3,07), "İş yerimde iş güvencesi (suç işlemedikçe) ve devamlılık derecesi yeterli seviyededir." (X=3,05) ve "İş yerimde sağlanan sosyal imkânlar ve hizmetler (spor, eğlence, piknik vb.) beni memnun ediyor." (X=3,05) ifadelerine ait olduğu görülmüştür. Buna göre, araştırmaya katılanların hijyen motivasyon faktörlerine yönelik algılama düzeylerinin artırılmasında, çalışılan yerin verimliliği etkileyecek düzeyde araç ve gerecin karşılanması, iş güvencesi ile işe olan devamlılığın derecesinin karşılanması ve son olarak işyerindeki sosyal imkanlar ve hizmetlerin varlığı gibi düşüncelerin son derece önem taşıdığı ortaya çıkmıştır.

Hijyen motivasyon faktörleri boyutu içerisinde en düşük ortalamanın da sırası ile "İş yerimin fiziksel koşulları (ısıtma, havalandırma, aydınlatma, gürültü, tuvaletler, görev yerinin temizliği vb.) yeterlidir." (X=2,80) ve "İşimdeki ücret ve maaş seviyesinden memnunum" (X=2,92) ifadelerine ait olduğu görülmüştür. Buna göre, çalışanlar işyerindeki hijyen motivasyon faktörleri içerisinde yer alan "işyerindeki ısıtma ve havalandırma gibi fiziki koşulların yeterliliği ve işin ücret ve maaş açısından yeterliliği gibi unsurlara fazla bir önem yüklediği anlaşılmıştır.

Hijyen motivasyon faktörleri boyutunda yer alan ifadelerin standart sapma oranlarına ilişkin elde edilen verilerden en yüksek değer "İş yeri dışındaki özel yaşantımdan memnunum." (1,239) ifadesine; en düşük ifadenin de "İşimdeki ücret ve maaş seviyesinden memnunum." (1,048) ifadesine ait olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre araştırmaya katılanlar hijyen motivasyon faktörlerine yönelik olarak, işyeri dışındaki kalan zamanlardaki özel hayatından memnun olmadığını daha yüksek düzeyde dile getirmişler iken, işyerindeki ücret ve maaş seviyesini daha düşük düzeyde dile getirmişlerdir.

Hastanelerdeki fiziksel koşulların daha hijyenik bir duruma getirilmesi gerekmektedir. Ayrıca ankete katılan hastane çalışanları ücretlerin yeterli olmadığı görüşündedirler. Buna göre; hastane çalışanlarının ücretleri, aynı düzey ve nitelikte çalışan piyasadaki ücretlerle karşılaştırıldığında ve katkı düzeyi, iş değerlemesi gibi faktörler de dikkate alınarak eşit ücret ilkesi doğrultusunda belirlenmelidir.

Araştırmaya katılanların Motive Edici Faktörler ile ilgili görüşlerinin ortalama 3,07' lik düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Motive edici faktörler boyutu içerisinde en yüksek ifadelerden en yüksek ortalamanın "Amirlerim mesleki açıdan gelişmeye destek verir." (X=3,13), en düşük ifadenin de "Başarılı çalışmalarımın dolaylı terfi olanağım oldukça yüksektir." ifadesine (X=3,00) ait olduğu görülmüştür. Söz konusu ifadelerden de anlaşılacağı üzere, katılımcılar motive edici faktörlerin düzenlenmesine yönelik olarak, amirlerinin mesleki açıdan gelişmelerine önem vermeleri gerektiğini ifade etmişlerdir. Yine, katılımcılar motive edici faktörlerin iyileştirilmesine yönelik işyerinde terfi olanaklarının artırılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Motive edici faktörler boyutu içerisinde yer alan ifadelerin standart sapma oranlarına baktığımızda ise, en yüksek ifadenin “Amirlerim mesleki açıdan gelişmeme destek verir.” (1,282) ifadesine; en düşük ifadenin de “İş yerinde yeterli otorite ve güç düzeyine sahibim.” (1,104) ifadesine ait olduğu ortaya çıkmıştır. Bu değişkenlerden de anlaşılacağı üzere, katılımcıların motivasyon düzeyleri üzerinde amirlerinin çalışanların mesleki açıdan gelişimi sağlamalarının etkili olduğunu yüksek düzeyde dile getirdiği, buna karşılık, işyerindeki yeterli otorite ve güç düzeyinin olması gibi koşulları daha düşük düzeyde dile getirdiği görülmüştür.

Başarılı sağlık çalışanlarının hastanede yükselme ve terfi olanaklarının adil olması, onların motivasyonun ve dolayısıyla örgütsel bağlılığını artırıcı bir unsur olarak düşünülmektedir. İşinde bir türlü ilerleyemeyip terfi alamayacağını düşünen çalışanlar, işlerini fazla önemsemeyebilirler. Bu olumsuz durumu ortadan kaldırmak yöneticilere düşen bir görevdir. Yöneticiler çalışanlara işlerini iyi yaptıklarında bunu karşılığını mutlaka alacağını hissettirebilmelidirler.

Araştırmaya katılanların Duygusal Bağlılık ile İlgili görüşlerinin ortalama 3,04’ lük düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Duygusal bağlılık boyutu içerisinde en yüksek ifadenin “Kurumuma ait olduğum ile ilgili güçlü bir hissim var.” ifadesine (X=3,13) ve en düşük ifadenin de “Kurumumun sorunlarını kendi sorunumuş gibi görürüm.” ifadesine (X=2,90) ait olduğu görülmüştür. Söz konusu ifadelerden de anlaşılacağı üzere, katılımcılar işyerine olan duygusal bağlılık koşullarından biri olan “kuruma aidiyet duygusunun” geliştirilmesine önem verdiği ve duygusal bağlılık koşullarının iyileştirilmesine yönelik “kurumun sorunlarını kendi sorunumuş gibi görmek” düşüncesinin yerleştirilmesi gerektiği görülmüştür.

Duygusal bağlılık boyutu içerisinde yer alan ifadelerin standart sapma oranlarına baktığımızda ise, en yüksek ifadenin “Kendimi kurumuma ”duygusal olarak bağlı” hissediyorum.” (1,154) ifadesine; en düşük ifadenin de “Kariyerimin geri kalanını bu kurumda harcamaktan mutluluk duyarım.” ifadesine (X=0,999) ait olduğu ortaya çıkmıştır. Bu değişkenlerden de anlaşılacağı üzere, katılımcıların duygusal bağlılık düzeyleri üzerinde “bağlı bulunduğu kuruma karşı kendini duygusal olarak bağlı hissetmesi” düşüncesini yüksek düzeyde dile getirdiği buna karşılık “iş hayatlarının geri kalanını mevcut işyerinde sürdürmek” durumlarını daha düşük düzeyde dile getirdiği görülmüştür.

Hastane çalışanları hastanenin sorunlarını kendi sorunları gibi algılama konusunda çok istekli görünmemektedir. Bu da onların örgütsel bağlılıklarının üst düzeyde olmadığını göstermektedir. Aidiyet ve bağlılık duygusunun geliştirilmesi ve çalışanların daha fazla sorumluluk alma isteklerini arttırabilmek için yetki devri, personel güçlendirme iş bölümü, iş zenginleştirme gibi konulara hastane yönetiminin önem vermesi ve uygulamaya koyması faydalı olabilir.

Tüm hastane çalışanları üst düzeye yakın bir derecede, çalıştıkları hastaneye bağlı olduklarını, iş yerlerinden gurur duyduklarını ve kendilerini kurumun bir parçası olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Hastane yönetimi de çalışanların bu bağlılıklarını daha üst düzeyde verimliliğe dönüştürmek için gerekli tedbirleri almalıdır.

Araştırmaya katılanların Devam Bağlılığı ile ilgili görüşlerinin ortalama 3,21’ lik düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Devam bağlılığı boyutu içerisinde en yüksek ifadenin “Şimdi bu kurumda kalmam; istekten çok ihtiyacımdır.” ifadesine (X=3,46), en düşük ifadenin “Eğer kurumuma bu kadar çok emek vermemiş olsaydım, başka bir yerde çalışmayı düşünebilirdim.” ifadesine (X=2,88) ait olduğu görülmüştür. Söz konusu ifadelerden de anlaşılacağı üzere, katılımcılar işyerine olan devam bağlılığı koşullarından biri olan “maddi veya manevi ihtiyaçların karşılanmasına” önem vermektedir. Yine,

katılımcılar devam bağlılığı koşullarının iyileştirilmesine yönelik “kuruma verilen emeğin başka bir yerde çalışmayı göze almama” düşüncesinin yerleştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Devam bağlılığı boyutu içerisinde yer alan ifadelerin standart sapma oranlarına baktığımızda ise, en yüksek ifadenin “Eğer kurumuma bu kadar çok emek vermemiş olsaydım, başka bir yerde çalışmayı düşünebilirdim.” (1,158) ifadesine; en düşük ifadenin de “Şimdi işimden ayrılma kararı alsam hayatımda çok şey alt üst olur.” (0,952) ifadesine ait olduğu ortaya çıkmıştır. Bu değişkenlerden de anlaşılacağı üzere, katılımcıların devam bağlılığı düzeyleri üzerinde “kuruma verilen emeğin başka bir yerde çalışmayı göze almama” düşüncesini daha yüksek düzeyde dile getirdiği, buna karşılık, “mevcut işyerinden ayrılma durumunda yaşantısının kötü bir biçimde etkileneceği” düşüncesini daha düşük düzeyde dile getirdiği ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılanların Normatif Bağlılık ile ilgili görüşlerinin ortalama 3,00’ lık düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Normatif bağlılık boyutu içerisinde en yüksek ifadenin “Kurumum benim sadakatimi hak ediyor.” ifadesine ( $X=3,09$ ), en düşük ifadenin “Şu andaki kurumumda çalışmak için hiçbir zorunluluk hissi duymuyorum.” ifadesine ( $X=2,85$ ) ait olduğu görülmüştür. Söz konusu ifadelerden de anlaşılacağı üzere, katılımcılar işyerine olan normatif bağlılık koşullarından biri olan “kurumun çalışanın sadakatini hak etmesi” düşüncesinin yerleştirilmesine önem vermektedir. Yine, katılımcılar normatif bağlılık koşullarının iyileştirilmesine yönelik “mevcut kurumda çalışma zorunluluğunun olmaması” düşüncesinin yerleştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Normatif Bağlılık boyutu içerisinde yer alan ifadelerin standart sapma oranlarına baktığımızda ise, en yüksek ifadenin “Kurumumun içindeki insanlara olan sorumluluk hissimden dolayı bu kurumdan ayrılmam.” (1,119) ifadesine; en düşük ifadenin de “Benim yararına bile olsa şu anda kurumumdan ayrılmamın doğru olmayacağını düşünüyorum.” (1,050) ifadelerine ait olduğu ortaya çıkmıştır. Bu değişkenlerden de anlaşılacağı üzere, katılımcıların normatif bağlılık düzeyleri üzerinde “bağlı bulunduğu kuruma karşı sorumluluk duygusunun bulunması, kurumdan ayrılmayı gerektirmemesi” düşüncesini daha yüksek düzeyde dile getirdiği, buna karşılık, “çalışanın yararına dahi olsa kurumdan ayrılmama” durumunu daha düşük düzeyde dile getirdiği saptanmıştır.

Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile örgütsel bağlılık arasında (Pearson korelasyon katsayısının düzeyine göre (derecesi)  $r= 0.791$ ), kuvvetli pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü motivasyon ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin aynı yönlü olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile duygusal bağlılık arasında (Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.810$ ) kuvvetli pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda, Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü genel motivasyon düzeyi ile duygusal bağlılık arasındaki ilişkinin aynı yönlü olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile devam bağlılığı arasında (Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.374$ ) düşük pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü genel motivasyon düzeyi ile devam bağlılığı arasındaki ilişkinin aynı yönlü olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışanların genel motivasyon düzeyleri ile normatif bağlılık arasında (Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.818$ ) kuvvetli pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü Yani, genel motivasyon düzeyi ile normatif bağlılık arasındaki ilişkinin aynı yönlü olduğu ortaya çıkmıştır.





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Çalışanların hijyen motivasyon faktörlerine ilişkin algılama düzeyleri ile örgütsel bağlılık arasında (Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.769$ ) kuvvetli pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü hijyen motivasyon faktörleri ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin aynı yönlü olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışanların hijyen motivasyon faktörlerine ilişkin algılama düzeyleri ile duygusal bağlılık arasında (Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.780$ ) kuvvetli pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü hijyen motivasyon faktörleri ile duygusal bağlılık arasındaki ilişkinin aynı yönlü olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışanların hijyen motivasyon faktörlerine ilişkin algılama düzeyleri ile devam bağlılığı arasında (Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.371$ ) düşük pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü hijyen motivasyon faktörleri ile devam bağlılığı arasındaki ilişkinin aynı yönlü olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışanların hijyen motivasyon faktörlerine ilişkin algılama düzeyleri ile normatif bağlılık arasında (Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.796$ ) kuvvetli pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü hijyen motivasyon faktörleri ile normatif bağlılık arasındaki ilişkinin aynı yönlü olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışanların motive edici faktörlere ilişkin algılama düzeyleri ile örgütsel bağlılık arasında (Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.776$ ) kuvvetli pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü motive edici faktörler ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin aynı yönlü olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışanların motive edici faktörlere ilişkin algılama düzeyleri ile duygusal bağlılığı arasında (Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.799$ ) kuvvetli pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü motive edici faktörler ile duygusal bağlılık arasındaki ilişkinin aynı yönlü olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışanların motive edici faktörlere ilişkin algılama düzeyleri ile devam bağlılığı arasında (Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0.362$ ) düşük pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü motive edici faktörler ile devam bağlılığı arasındaki ilişkinin aynı yönlü olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışanların motive edici faktörlere ilişkin algılama düzeyleri ile normatif bağlılığı arasında (Pearson korelasyon katsayısının düzeyi (derecesi)  $r= 0,802$ ) kuvvetli pozitif korelasyon olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda Korelasyon katsayısı pozitif olduğundan ötürü motive edici faktörler ile normatif bağlılık arasındaki ilişkinin aynı yönlü olduğu ortaya çıkmıştır.

### KAYNAKLAR

Ay, F.A ve Karakaya,A (2007). “Çalışanların Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma”, *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi* . 31(1).

Awamleh, Nail A.H.K. (1996). “Organizational commitment of civil service managers in Jordan: a field study”. *Journal of Management Development*, 15 (5), 65-74.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Aygın, A.N. (2007). *Performans Değerleme İle Çalışanların Motivasyonu Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Yönelik Bir Uygulama*, Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Bakan, İ. (2011). *Örgütsel Bağlılık Kavram, Kuram, Sebep ve Sonuçlar*, Ankara: Gazi Kitabevi, 92-157.

Bayram, L. (2005). "Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık". *Sayıştay Dergisi*, 59, 125-139.

Becker, Howard S. (1960). "Notes on the Concept of Commitment". *American Journal of Sociology*, 66 (1), 36-39.

Buchanan, B. (1974). "Building organizational commitment: the socialization of managers in work organization". *Administrative Science Quarterly*, 19, 533-546.

Çakınberk, Arzu K., Derin N., Turan Demirel E. (2011). *Vizyonel Liderlik Işığında Örgütsel Bağlılık*, Sivas: Asitan Yayıncılık, 101.

Dinçer Ö., Fidan N. (1997). *İşletme Yönetimine Giriş*, İstanbul: Beta Basımevi, 13.

George, D., Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, (Ten edition). 17.0 update, Boston: Pearson.

Gül, H. (2002). "Örgütsel Bağlılık Yaklaşımlarının Mukayesesi ve Değerlendirmesi", *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 2(1), 37- 50.

Güney, S. (2007). *Yönetim ve Organizasyon*. (İkinci Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 234-235.

Gönen, B. (2013), "Stratejik Yönetim Dersinin Öğrencilere İş Dünyasında Gerekli Nitelikleri Kazandırma Düzeyi: Ankara Üniversitesinde Bir Araştırma" Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Huselid, Mark, A., Day, Nancy, E.(1991). "Organizational Commitment, Job Involvement, and Turnover: A Substantive and Methodological Analysis". *Journal of Applied Psychology*, 76(3), 380-391.

İnce, M., Gül, H. (2005). *Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık*, Konya: Çizgi Kitabevi, . 49-53.

Kıngır, S. (2006). *İşletme Becerileri Grup Çalışması*, İstanbul: Türkmen Kitabevi, 50.

Küçükahmet, L. (2000). *Sınıf Yönetiminde Yeni Yaklaşımlar*, İstanbul: Nobel Yayınları,11.

Meyer, John P., Allen, Natalie J. (1991). "A three-component conceptualization of organizational commitment". *Human Resource Management Review*, 1 (1), 61-89.

O'Reilly, C. A. (1989). "Corporations, Culture, And Commitment: Motivation And Social Control İn Organizations". *California Management Review*, 31(4), 18.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

O'reilly, C., Chapman, J. (1986). "Organizational Commitment and Psychological Attachment: The Effects of Compliance, Identification and Internalization on Prosocial Behavior". *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 492-499.

Özer, Y. (2001). *İnsan Kaynaklarında Yeni Açılımlar*, İstanbul: Hayat Yayıncılık, 126.

Powell, Deborah M. Ve Meyer, John P. (2004). "Side-Bet Theory and the Three- Component Model of Organizational Commitment". *Journal of Vocational Behaviour*, 65, 157-177.

Sheldon, M., E, (1971). "Investments and Involvements as Mechanisms Producing Commitment to the Organization". *Administrative Science Quarterly*, 16, 143-150.

Sıgı, Ü, (2006). "Japonların Kültürel Özellikleri Bağlamında; Yönetimsel, Ekonomik ve Sosyal Süreçlerinin Analizi". *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(9), 29-47.

Solmuş, T. (2004). *İş Yaşamında Duygular ve Kişilerarası İlişkiler*. İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım, 178-214.

Steers, R. M, (1977). "Antecedents and Outcomes of Organizational Commitment". *Administrative Science Quarterly*, 22 (3), 46-56.

Usta, M. E. (2013). *Okul Yöneticilerinin Pozitivist ve Kaos Yönetim Anlayışlarını Benimsemelerinin Kendilerinin ve Öğretmenlerinin Örgütsel Bağlılık Düzeylerine Etkisi*, Doktora Tezi, Fırat Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, 91.

## İŞYERİ NEZAKETSİZLİĞİ VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER: HEMŞİRELER ÜZERİNE BİR İNCELEME

### THE RELATIONSHIP BETWEEN WORKPLACE INCIVILITY AND DEMOGRAPHIC FEATURES: A STUDY ON NURSES

Öğr.Gör.Dr. Çağdaş IŞIKAY

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

[cagdasi@mu.edu.tr](mailto:cagdasi@mu.edu.tr)

[orcid.org/0000-0001-8983-8130](http://orcid.org/0000-0001-8983-8130)

Makale gönderim-kabul tarihi (24.02.2019-26.04.2019)

#### Özet

İşyeri nezaketsizliği, sosyo-demografik değişkenlerden etkilenebilir. Nezaketsizlik, hasta bakım kalitesini düşürebilir. Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin deneyimlediği, meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Çalışmanın örneklemini, bir kamu hastanesinde en az bir yıl çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 206 hemşire oluşturmuştur. Hemşirelere, sosyo-demografik özellikleri belirlemeye yönelik hazırlanan sorular ve işyeri nezaketsizliği ölçeğinden oluşan anket formu Ağustos-Ekim 2017 tarihinde gözetim altında uygulanarak veriler toplanmış ve değerlendirilmiştir. Örnek kitleyi oluşturan hemşirelerin, %82'sinin evli, %54,4'ünün lise mezunu olduğu, % 45,6'sının haftada en fazla 40 saat çalıştığı tespit edildi. Meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği ile sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişkileri belirlemek için, anova ve t testi uygulandı. Meslektaş nezaketsizliğinin, çalışma yılına ve çalışma saatine göre farklılaştığı saptandı. Korelasyon analizine göre; meslektaş nezaketsizliği ile doktor nezaketsizliği ( $r=,550$ ;  $p=,000$ ) ve yönetici nezaketsizliği ( $r=,442$ ;  $p=,000$ ) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. Sonuç olarak hemşirelerde; meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği puan ortalaması düşük düzeydedir. Her üç nezaketsizlik türü, birbirini etkilemektedir. İşyeri nezaketsizliği; çalışanlar, hastane ve hasta bakım kalitesi açısından önem verilmesi gereken bir konudur. **Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, İşyeri nezaketsizliği, Sosyo-demografik değişkenler.

#### Abstract

Workplace incivility may be affected by socio-demographic variables. Incivility may reduce the quality of patient care. The aim of this research is to reveal the relationship between the sociodemographic variables and incivility of colleagues, doctors and managers experienced by nurses. The questionnaire form, which was prepared to determine the socio-demographic characteristics of the nurses and the scale of the workplace incivility scale, was applied under supervision in August-October 2017 and the data were collected and evaluated. Of the nurses who made up the sample, 82% were married, 54,4% were high school graduates, and 45,6% worked maximum for 40 hours a week. Anova and t test were used to determine the relationships between incivility of colleague, physician and executive and socio-demographic characteristics. It was determined that incivility of the co-worker was different according to the working year and working hours. According to correlation analysis; a positive and meaningful relationship was found between incivility of the co-worker and the doctor's incivility ( $r=,550$ ;  $p=,000$ ) and executive's incivility ( $r=,442$ ;  $p=,000$ ). As a result, at nurses; the mean incivility score of colleagues, doctors and administrators is low. All three types of incivility affect each other. Workplace incivility; it is an issue that should be given importance in terms of employees, hospital and patient care quality.

**Keywords:** Nursing, Workplace incivility, Socio-demographic variables.



## GİRİŞ

Güven ortamına zarar veren bir unsur olan işyeri nezaketsizliği, işyerinde işbirliğine dayalı çalışma ilişkilerinin kurulmasını ve sürdürülmesini zorlaştırabilir. Nezaketsizlik, sağlık kuruluşlarında önemli bir sorundur ve hem maruz kalan çalışanları hem de hasta bakımını olumsuz etkilemektedir. Logan (2016: 49), hemşirelerin yüzde 24,1'inin, hemşire yöneticileri veya meslektaşları tarafından sözlü olarak istismar edildiğini saptamıştır. Cortina ve arkadaşları (2001: 64), yaptıkları araştırmada, son beş yılda işyeri nezaketsizliği deneyimleyen çalışanların oranının yüzde 71 olduğunu saptamıştır. Trudel ve Reio (2011: 410), yürüttükleri çalışmada, katılımcıların yüzde 86,2'sinin geçtiğimiz yıl içerisinde işyeri nezaketsizliği yaşadığını ortaya koymuştur. Sağlık ekibinin zorlu çalışma koşulları, nezaketsiz etkileşimlere neden olabilmekte ve hemşireleri çeşitli açılardan olumsuz etkileyebilmektedir. İşyeri nezaketsizliğinin kuruluşlar üzerinde büyük bir mali etkiye sahip olduğu da yadsınamaz bir gerçektir (Porath ve Pearson, 2013).

## 1. İŞYERİ NEZAKETSİZLİĞİ

İşyeri nezaketsizliği kavramı, ilk kez Andersson ve Pearson tarafından 1999 yılında ortaya konulmuş ve üretkenlik karşıtı işyeri davranışları içerisinde yeni bir alan olarak geliştirilmiştir. Bu makalede işyeri nezaketsizliği 'hedef alınan kişiye zarar verme amacının belirsiz olduğu, işyerinde karşılıklı saygı kurallarının ihlal edildiği, düşük yoğunluklu bir sapma davranışı' şeklinde tanımlanmıştır. Nezaketsiz davranışlar, karakteristik olarak diğerlerine karşı sergilenen saygısızlık ve kabalık olarak değerlendirilmiştir (Anderson ve Pearson, 1999: 456). Spence Laschinger ve arkadaşları (2014: 6), işyeri nezaketsizliğini, şiddete tırmanma potansiyeli olan, pozitif çalışma ortamına karşı bir tehdit oluşturan davranışlar olarak görmektedir. Pearson ve arkadaşları (2001: 1395), işyeri nezaketsizliğinin 'başkalarına saygısızlık sergileyen, kaba ve duyarsız davranışlar' ile karakterize olduğunu bildirmektedir. Zauderer (2002: 38), işyeri nezaketsizliğini "çalışanların haysiyet ve benlik saygısını zayıflatan ve gereksiz acılar yaratan saygısız davranış" olarak tanımlamıştır. Yazar, nezaketsizlik davranışlar ile, başkalarının refahı için endişe edilmediğine ve bireylerden beklenen davranışların tersinin yapıldığına dikkat çekmektedir. Felblinger (2008: 235) işyeri nezaketsizliğini, işyerindeki karşılıklı saygı ortamını bozan psikolojik taciz ve duygusal saldırganlığın bir türü olarak tanımlar. Delen (2010: 46) işyeri nezaketsizliğini, işyeri kurallarına aykırı davranışlar sergilenmesi olarak tanımlamaktadır.

İşyeri nezaketsizliğinin özellikleri; örgüt normlarının ve karşılıklı saygının ihlali, zarar verme niyetinin belirsizliği ve düşük şiddete sahip olma olarak 3 grupta toplanabilir. İşyeri nezaketsizliği kapsamında 'fiziksel saldırının olmaması' önemli bir farklılıktır (Andersson ve Pearson, 1999; Kanten, 2016: 533-536; Pearson vd., 2001; Tarraf, 2012: 2; Vagharseyyedin, 2015: 115).

İşyeri nezaketsizliğinin kavramsal çerçevesi belirlendikten sonra, hangi davranışların nezaketsiz davranışlar arasında sayılabileceği üzerine araştırmalar yapılmıştır. Bu davranışlar arasında, üstün çalışana bağırması, aşağılayıcı isimler takması, çabalarının karşılığında teşekkür etmemesi, çalışanın kararlarının çiğnenmesi, konuşmasının kesilmesi, konuşmasına izin verilmemesi, hiçe sayılması, saygısızlık görmesi, öğle yemeğine davet edilmemesi, hakarete maruz kalması, beceriksizlikle suçlanması ve ortak çalışma ortamlarının dağınık bırakılması gibi davranışlar olduğu tespit edilmiştir

(Pearson vd., 2000: 126-127). Yapılan bir araştırmada; çalışma arkadaşlarını selamlamaktan kaçınmak, aşağılayıcı ve küçümseyici dil ve ses tonu kullanmak, meslektaşlarının isteklerini yok saymak/görmezden gelmek gibi davranışların, işyerinde görülen nezaketsiz davranışlar olduğu ortaya konulmuştur (Pearson vd., 2001:1387). Bununla birlikte, başkalarının çalışmalarından kazanç elde etmek, (Pearson vd., 2001:1398; Felblinger, 2008:235), önemli bilgilerin saklanması, iş birliği içinde çalışmayı reddetmek (Felblinger, 2008:235), bireyleri sosyal paylaşım/arkadaşlıklarda görmezden gelmek, kişisel konular da istenmeyen tartışmalara çekmek (Hershcovis, 2010:502), çalışmanı önemli iş faaliyetlerinin dışında tutmak (Miner vd., 2012: 342; Felblinger, 2008: 235), düşmanca gözlerini dikerek bakmak (Pearson vd., 2000: 133; Felblinger, 2008: 235), toplantıların/görüşmelerin düzenini bozmak (Pearson vd., 2000: 133; Pearson vd., 2001: 1398; Felblinger, 2008: 235; Johnson ve İndvik, 2001: 459) işyerinde karşılaşılan nezaketsiz davranışlardır.

Bahsedilen davranışlar incelendiğinde; işyerinde sergilenen nezaketsiz davranışlarla ilgili yedi genel özellik karşımıza çıkmaktadır. Bu nezaketsiz davranışlar;

-İş yerinde ortaya çıkmaktadır.

-İki ya da daha fazla taraf arasında gerçekleşmektedir.

-Sözlü ya da sözsüz olabilmektedir.

-Karşılıklı saygı normlarının ihlali söz konusudur.

-Topluluk içerisinde ya da özel olarak gerçekleştirilebilmektedir.

-Fiziksel ya da elektronik ortamda gerçekleşebilmektedir.

-Fiziksel saldırıdan yoksundur.

Nezaketsiz davranışlar, düşük yoğunluklu ve zarar verme niyetinin belirsizliğiyle karakterize davranışlardır. Dolayısıyla kolayca inkar edilebilmektedir. Nezaketsizlikle ilgili kesin bir kanıya varmak zordur.

Taraflar arasındaki işyeri nezaketsizliği, temelde iki farklı şekilde yaşanabilmektedir. Birincisinde; düşük seviyede kalan nezaketsiz davranışlar, taraflar arasında karşılıklı olarak sürdürülür ve nezaketsizlik sabit olarak varlığını devam ettirir. Bununla birlikte; zamanla nezaketsizliğin birikimli bir etkisi oluşabilir ve daha ciddi boyutlara ulaşabilir. İkincisinde; taraflar arasındaki her etkileşimde yoğunlaşan ve şiddetlenen nezaketsiz davranışlar bulunmaktadır. Bu artış durumlarında bir taraf, nezaketsizliği, kişisel kimliğine karşı bir tehdit olarak algılar. Bu eşikle birlikte birey, açık biçimde saldırganlık, şiddet ve çeşitli yıkıcı davranışlar sergileyebilir. Bu aşamada nezaketsizlik, artan bir sarmala dönüşür. Bu iki ana başlıkta toplanan nezaketsiz yaklaşımlar, sekonder nezaketsizlik yaklaşımlarına da neden olabilir. Örneğin, iki taraf arasındaki sabit ya da artan nezaketsiz eylemlere tanık olan diğer çalışan, modelleme yoluyla diğer bir çalışma arkadaşına nezaketsiz davranabilir. Bu şekilde nezaketsiz eylemlere tanık olan her çalışan, modelleme yoluna gittiğinde, örgütün geneli nezaketsizliğin etkisi altına girebilir. Bunun dışında; üst düzey bir çalışanın, daha alt düzeyde çalışan birine nezaketsiz davranışlar sergilemesi yoluyla da işyeri nezaketsizliği tüm örgüte yayılabilir. Yani; her üstün bir astına nezaketsiz davranması da işyeri nezaketsizliğini yaygınlaştıran bir durumdur.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Ayrıca, nezaketsizliğe maruz kalan çalışanın, kurum içi veya dışındaki arkadaşlarına durumu anlatması da nezaketsizliğin yayılmasında bir faktör olabilir (Pearson vd., 2000: 132-133).

Nezaketsizliğin öncüllerinin; yaş, çalışma yılı, statü farklılıkları ve iş yükü gibi faktörler olabileceği bazı araştırmalarla ortaya konulmuştur. Nezaketsizliğe maruz kalan bireylerin (hedef), nezaketsiz davranan bireylerden (fail, kıskırtıcı) birkaç yıl daha genç olduğu bulgulanmıştır. Olay anında hedeflerin yaş ortalaması 35, faillerin ise 41 olarak tespit edilmiştir. Çalışma yılı açısından değerlendirildiğinde; hedefin örgütte yaklaşık altı yıl çalıştığı ve bu sürenin failden biraz daha az olduğu saptanmıştır. Yanı sıra failin, hedefe göre daha yüksek bir statüye sahip olma ihtimalinin, üç kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Pearson vd., 2000: 128). Yapılan bir araştırmada; daha prestijli ve güçlü konumdaki federal mahkeme personelinin, diğer mahkeme çalışanlarına göre nezaketsizliği daha az deneyimledikleri ortaya konulmuştur. Öte yandan, daha güçlü pozisyonlarda olan bu bireylerin, diğer mahkeme personeline karşı daha nezaketsiz davrandığı tespit edilmiştir (Cortina vd., 2001: 75). Ayrıca, iş yükünün fazlalığı da nezaketsiz davranışları tetikleyebilir. Taylor ve Kluemper (2012: 322), iş yükü ile nezaketsiz örgüt iklimi ve nezaketsizlik arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Yoğun işyerlerinde çalışan bireyler, işin istenen sürede tamamlanmasına odaklanabilirler. Dolayısıyla, çalışanın odağı iş olacağından, nazik davranmaya özen gösterilmeyebilir.

İşyeri nezaketsizliğinin, hem örgüt hem de bireyler üzerindeki etkilerini ortaya koymak için yapılan araştırmalarda, bu etkilerin oldukça ağır olduğu bulgulanmıştır. İşyeri nezaketsizliğinin üretkenlik karşıtı iş davranışlarına dönüşebileceği, bireyler ve örgüt açısından olumsuz etkiler oluşturabileceği bildirilmektedir (Anderson ve Pearson, 1999:457-463). Yani işyeri nezaketsizliği, uzun dönemde örgüte zarar verebilecek işe geç gelme, devamsızlık yapma ve işten kaytarma gibi davranışlara neden olabilecektir (Kanten, 2014:16).

Nezaketsizlik, zarar verici davranışların hafif bir biçimi olmasına rağmen, bir çalışanın tutumunu ve örgüte karşı davranışlarını önemli ölçüde etkileyebilir (Anderson ve Pearson,1999: 468). Çalışanların birbirlerine karşı davranma biçimleri; birlikte çalışabilme yeteneklerini, diğer meslektaşları ve yakın çevreleri ile olan etkileşimlerini de etkiler (Pearson vd., 2000: 129). Nezaketsiz davranışlar zamanla örgüt geneline yayılabilmekte ve örgüt kültürünün bir parçası haline gelebilmektedir (Kanten, 2014:15-16). İşyeri nezaketsizliğinin iş tatminini (Cortina vd., 2001:67), algılanan örgütsel desteği (Dion, 2006:2-7), iş performansını (Cortina vd., 2001:67) azalttığı; iş stresini ve işten ayrılma niyetini (Dion, 2006:2-9) artırdığı tespit edilmiştir.

Sağlık ekibinin temel üyeleri olan hemşire ve doktorları ilgilendiren nezaketsiz yaklaşımlar, iletişim süreçlerine zarar vererek hastaya bütüncül yaklaşımın önüne geçebilir. Hatta nezaketsizlik, hemşirelerin hasta bakımı, ilaç uygulama gibi fonksiyonlarını yerine getirmesinde aksaklıklara bile neden olabilir (Ricciotti, 2016: 6). Hemşirenin, çalışma günlerinde maruz kalacağı uygunsuz, nezaketten yoksun davranışları düşünerek ve bu davranışlara karşı savunma mekanizmaları geliştirerek zamanını boşa harcaması, işine odaklanamama gibi olumsuzluklar, iş stresini artırabilir, performansını ve enerjisini düşürebilir. Ayrıca hemşirelerin, ölüm, kanser gibi önemli durumlarla karşı karşıya kalmaları da stres düzeylerini artırabilir. Bu aşamada hemşire, maruz kaldığı nezaketsizlik karşısında sağlığını koruyabilmek için, tepkisel olarak nezaketsiz davranışlarda bulunabilir. Yaşanacak olumsuz süreçler, hasta bakım kalitesinin düşmesi, maliyetlerin artması, çeşitli sağlık sorunlarının

yaşanması, işten ayrılmaların artması, iş doyumu ve işe bağlılığın azalması, iş kazalarının artması, saldırganlık, şiddet gibi sayısız istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Nezaketsizlik, sadece kişisel bir mesele değil, iş modellerini bozan ve hedeflerinin etkinliğini azaltan bir sorundur.

Yukarıda sıralanan olumsuz etkilerden dolayı, sağlık sisteminin en temel üyeleri olan hemşire, doktor ve yöneticiler arasında yaşanabilecek işyeri nezaketsizliği durumunu ele almak, kurumsal çerçevede yararlı olabilir. İlaveten, işyeri nezaketsizliği kavramının, kavramsal bakımından yeterince incelenmediği görülmüştür. Nezaketsiz davranışların muğlak yapısından dolayı kolayca inkar edilebilmesi, yeterince bilinmemesi ve ispatının zorluğu, tüm çalışanları olumsuz etkileyebilir. Bu kavramı tanımak, olayları daha net değerlendirmek noktasında, çalışanlara ve yöneticilere yeni bir bakış açısı kazandırabilir. Ayrıca, işyeri nezaketsizliğinin ortaya çıkmasında, yaş, çalışma yılı (Pearson vd., 2000: 128), statü farklılıkları (Pearson vd., 2000: 128; Cortina vd., 2001: 75), iş yükü (Taylor ve Kluemper, 2012: 322) gibi faktörlerin etkili olduğu fakat; ülkemizde bu ilişkileri ortaya koyan bir araştırmanın yapılmadığı da görülmüştür. Bu hazırlayıcı faktörlerin farkına varıldığında; nezaketsiz davranan ve bundan etkilenenleri belirlemek, yöneticiler açısından daha kolay olacaktır. Nezaketsizliği ortaya koymak, isabetli çözüm önerileri geliştirmeye de yardımcı olabilir. Sayılan bu nedenlerden dolayı, işyeri nezaketsizliğinin düzeyini belirlemek ve çeşitli özellikler (yaş, eğitim vb.) açısından değerlendirmek, hem hemşireler hem doktorlar hem de yöneticiler açısından önemli bir yaklaşım olacaktır.

## 2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE YÖNTEMİ

Araştırma, hemşirelerin sağlık sistemi içerisinde tecrübe ettikleri nezaketsiz davranışların düzeyini belirlemek, yaşanan nezaketsiz durumların sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşma durumunu ortaya koymak ve nezaketsizlik türleri arasında ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmada, ‘hemşirelerin meslektaş, doktor ve yöneticilerinden gördükleri nezaketsizlik ile sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?’ ve ‘hemşirelerin; meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği algıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?’ sorularına yanıt aranmıştır.

Araştırma, Ağustos-Eylül 2017 tarihleri arasında bir kamu hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde yapılmıştır. Araştırma da tam sayım örnekleme yöntemi kullanılmış ve belirlenen 350 hemşireden araştırmaya katılmayı kabul eden 206 hemşireye anket uygulanmıştır.

Veriler, sosyo-demografik özellikler ve işyeri nezaketsizliği ölçeği kullanılarak toplandı. Anketin birinci bölümü, hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini ölçmeye yönelik açık uçlu ve çoktan seçmeli 5 sorudan oluşmuştur. Bu bölümde hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, toplam çalışma yılı ve haftalık çalışma süresini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır (Abdollahzadeh, 2017: 157; Dion, 2006: 42; Pearson vd., 2000: 128; Taylor ve Kluemper, 2012: 322). Anketin ikinci bölümünde, hemşirelerin işyeri nezaketsizliği algısını belirlemeye yönelik Cortina vd. (2001) tarafından geliştirilen (Cronbach Alfa: 0,89), Türkçe’ye çevirisi Kaya (2015) tarafından yapılan (Cronbach Alfa: 0,91) ve 7(yedi) maddeden oluşan işyeri nezaketsizliği skalası, tekrar gözden geçirilip düzenlenerek kullanılmıştır. Bu ölçek, beşli likert tipi değerlendirmeye tabi tutulmuş ve maddeler ‘1:



Hiçbir zaman, 2: Çok nadir, 3: Bazen, 4: Çoğu zaman, 5: Her zaman' şeklinde değişen puanlara göre değerlendirilmiştir. İşyeri nezaketsizliği ölçeğinin maddeleri şu şekildedir:

1. Sizi aşağıladı veya küçümsedi mi?
2. Açıklamalarınıza az önem verdi ya da fikirlerinize az ilgi gösterdi mi?
3. Sizin hakkınızda alçaltıcı veya onur kırıcı ifadelerde bulundu mu?
4. Herkesin içinde veya bireysel olarak size meslek ahlakına uygun olmayan atıflarda bulundu mu?
5. İşyerindeki uyum ve işbirliğinden sizi dışladı mı veya sizi göz ardı etti mi?
6. Sorumlu olduğunuz bir konu hakkındaki yargılarınızdan şüphe duydu mu?
7. Sizi kişisel konularda bir tartışmanın içine çekmek için istenmeyen girişimlerde bulundu mu?

Hemşirelerin iş hayatı içerisinde en çok etkileşimde buldukları profesyonel çalışanların; diğer hemşireler, doktorlar ve yöneticiler oldukları düşünülerek, her bir meslek grubu için işyeri nezaketsizliği algıları ayrı ayrı belirlenmeye çalışılmıştır. Belirlenen bu sınıflandırmaya göre; hemşirelerin işyeri nezaketsizliği algıları, meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği şeklinde üç başlık altında toplanmıştır ve aralarındaki ilişkiler saptanmaya çalışılmıştır.

Veriler, araştırmacı tarafından hemşirelerin uygun oldukları saatler kararlaştırılarak toplandı. Her bir anketin cevaplanma süresi 15-20 dakika arasında değişmiştir. Öncelikle, 53 hemşireye ön uygulama yapılmış, meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği ölçekleri açısından Cronbach Alfa değerlerinin güvenilirlik için sınır kabul edilen yüzde 70'in üzerinde olduğu (Özdamar, 2013: 555) belirlenmiştir. Ayrıca, anlaşılmayan bir ifadenin olmadığı da görülmüş ve ana uygulamaya geçilmiştir.

Araştırma kapsamında kullanılan; meslektaş nezaketsizliği, doktor nezaketsizliği ve yönetici nezaketsizliği ölçeklerine ait güvenilirlik ve geçerlilik analizleri yapılmıştır. Sosyo-demografik değişkenlere ait frekans dağılımı ve ortalama değerler sunulmuştur. Daha sonra, meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği ölçeklerinden elde edilen puanların yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma yılı ve haftalık çalışma süresi değişkenlerine göre farklılık gösterip göstermediğini saptamak için T-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve Tukey testleri uygulanmıştır. En son olarak; meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  ve  $p < 0,01$  olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma sürecinde ilgili hastaneye gidilerek Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu onay formu (Karar no:23, Karar tarihi: 14.04.2017) ve Kamu Hastaneleri Birliğinden alınan izin doğrultusunda ilgili yöneticilere araştırma açıklanmış, anket formu tanıtılmıştır. Daha sonrada anket uygulamasına geçilmiştir. Hemşirelerin tümüne, araştırmanın içeriği ve amacı konusunda ayrıntılı bilgilendirilme yapılmış ve bilgilerin gizli tutulacağına ilişkin güvence verilmiştir. Bu aşamadan sonra, yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onayları alınmıştır.

Bu araştırmanın verileri, tek bir hastanede toplandığından ülke geneli için geçerli olmayabilir. Ayrıca iş yoğunluğu nedeniyle, araştırmaya katılmak istemeyen hemşirelerin olması da araştırmanın

sınırlılıkları arasında sayılabilir. Araştırmanın amacına bağlı olarak, aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur;

**Hipotez 1:** Meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği düzeyi, yaş değişkenine göre anlamlı farklılık gösterir.

**Hipotez 2:** Meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği düzeyi, medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık gösterir.

**Hipotez 3.** Meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği düzeyi, eğitim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık gösterir.

**Hipotez 4.** Meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği düzeyi, çalışma yılı değişkenine göre anlamlı farklılık gösterir.

**Hipotez 5.** Meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği düzeyi, haftalık çalışma saati değişkenine göre anlamlı farklılık gösterir.

**Hipotez 6.** Meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği algıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon vardır.

### 3. ARAŞTIRMA BULGULARI VE YORUMLAR

#### a. Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizleri

Araştırma kapsamında ulaşılan verilere, öncelikle güvenilirlik analizi yapılmıştır. Güvenilirlik, bir test ya da ankette yer alan soruların, birbirleriyle olan tutarlılığını ve kullanılan ölçeğin ilgilenilen sorunu ne derece yansıttığını ifade eder (Kalaycı, 2014: 403). Ölçek güvenilirliğinin yapısal değerlendirilmesi Cronbach Alfa ( $\alpha$ ) değerine göre yapılır. Cronbach Alfa ( $\alpha$ ) katsayısı 0 ile 1 arasında değişim gösterir. Bir ölçeğin güvenilirliği ve iç tutarlılığı  $\alpha \geq 0,70$  ise, ölçek yüksek güvenilirlik düzeyine sahip demektir. Ölçek toplum taramalarında ve bilimsel yargıların oluşturulmasında güvenle kullanılabilir (Özdamar, 2013: 555). Araştırmada kullanılan meslektaş nezaketsizliği ölçeğinin genel güvenilirlik değeri (Cronbach Alfa Katsayısı) ,90, doktor nezaketsizliği ölçeğinin genel güvenilirlik değeri ,95 ve yönetici nezaketsizliği ölçeğinin genel güvenilirlik değeri ,95 olarak belirlenmiştir. Ulaşılan bu sonuçlar, ölçeklerin yüksek derecede güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 1).

Bu aşamadan sonra, ölçeğin yapı geçerliliğini sınamak amacıyla, verilere faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizi, birbiriyle ilişkili çok sayıdaki değişkeni az sayıda, anlamlı ve birbirinden bağımsız faktörler haline getirmede kullanılan çok değişkenli bir istatistik tekniğidir (Kalaycı, 2014: 321). Veri setinin faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığına, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) yani örnekleme yeterliliği istatistiği ve Bartlett küresellik testi sonuçlarıyla karar verilir. Eğer, Bartlett testinin p değeri 0,05 anlamlılık derecesinden düşük ise, değişkenler arasında faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde bir ilişki var demektir. Diğer taraftan KMO değerinin 0 ile 1 arasında ve alt sınırının 0,50 olması gerekir (Durmuş, Yurtkoru ve Çinko, 2013: 79-80). Bu çalışmada, meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği ölçekleri için p değeri 0,000 olduğundan ve KMO değeri 0,80 ve üzerinde olduğundan, değişkenlerin faktör analizine uygunluğu mükemmel seviyededir. Ölçeklerin her birine faktör analizi

(principal component analizinde varimax faktör döndürme seçeneği) uygulanmış ve her ölçek için özdeğeri (Eigenvalue) '1' den büyük olan bileşenler, yani boyut sayıları belirlenmiştir (Durmuş, Yurtkoru ve Çinko, 2013: 82). Bu araştırmadaki meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği ölçeklerinin tek boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Ayrıca bu üç ölçeğin her birinde yer alan yedi maddenin her birinin faktör ağırlığının ,580 ve üzerinde olmasından dolayı bütün maddeler analize dahil edilmiştir. Her bir ölçekte, tek faktör altında yer alan yedi maddenin; meslektaş nezaketsizliği ölçeği için toplam varyansın %64,128'ünü, doktor nezaketsizliği ölçeği için toplam varyansın %77,185'ini, yönetici nezaketsizliği ölçeği için ise toplam varyansın %78,074'ünü açıkladığı ortaya konulmuştur (Tablo 1).

**Tablo 1. Ölçeğin Güvenilirliği ve Geçerliliğine İlişkin Değerler**

Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach- $\alpha$ Katsayısı	Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Değeri	Bartlett Testi	Özdeğer (Eigenvalue)	Toplam Varyans
Meslektaş Nezaketsizliği	7 madde	,905	,896	$\chi^2=861,300$ p=,000	4,489	64,128
Doktor Nezaketsizliği	7 madde	,950	,923	$\chi^2=1364,376$ p=,000	5,403	77,185
Yönetici Nezaketsizliği	7 madde	,951	,920	$\chi^2=1488,719$ p=,000	5,465	78,074

## b. Ölçeklere ve Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde hemşirelerin; meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve sosyo-demografik değişkenlere ilişkin bulgular yer almaktadır. Bu bulgular Tablo 2 ile 3'de sunulmuştur.

**Tablo 2. Ölçeklere İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

Ölçek	Ortalama	Standart Sapma
Meslektaş Nezaketsizliği	1,9126	,76006
Doktor Nezaketsizliği	1,9320	,90809
Yönetici Nezaketsizliği	1,7913	,94746

Tablo 2' de görüldüğü üzere; hemşirelerin diğer hemşirelere ilişkin meslektaş nezaketsizliği ortalamasının 1,91, doktor nezaketsizliği ortalamasının 1,93 ve yönetici nezaketsizliği ortalamasının 1,79 olduğu belirlenmiştir. Araştırmada hemşirelerin, en fazla doktorlardan, en az yöneticilerden nezaketsizlik gördükleri saptanmıştır. Buna karşılık, Laschinger (2014: 287) ve Laschinger ve arkadaşlarının (2009: 306) araştırmasına göre; hemşirelerin en çok meslektaşlarından en az yöneticilerinden nezaketsizlik gördükleri belirlenmiştir. Dolayısıyla, bu araştırmanın sonuçları ile bahsedilen bildirimler kısmen uyumluluk göstermektedir. Pearson ve arkadaşları (2000: 128), statü bakımından üstün olan bireylerin, nezaketsiz davranışlar sergilemeye yatkın olduklarını bildirmiştir. Çalışmada, doktor nezaketsizliği en yüksek, yönetici nezaketsizliği en düşük düzeydedir. Bu açıdan da değerlendirildiğinde, kısmi uyumluluk söz konusudur. Genel olarak değerlendirildiğinde hemşirelerin;

meslektaşlarından, doktorlarından ve yöneticilerinden gördükleri nezaketsizlik 'düşük' düzeydedir. Bu sonuç, Laschinger ve arkadaşlarının (2009: 306) bildirimleriyle paralellik gösterirken, Laschinger'in (2014: 287) orta ve Taştan'ın (2014) yüksek düzeydeki bulgularıyla farklılık göstermiştir.

**Tablo 3. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Özellik	n	%	Ortalama	Özellik	n	%	Ortalama
<b>Yaş</b>				<b>Çalışma Yılı</b>			
20-28	29	14,1	38,56	1-10	46	22,3	18,16
29-37	42	20,4		11-20	70	34,0	
38-46	115	55,8		21-30	80	38,8	
47-64	20	9,7		31-46	10	4,9	
<b>Medeni Durum</b>				<b>Haftalık Çalışma Saati</b>			
Evli	169	82,0		25-40	94	45,6	45,61
Bekar	37	18,0		41-96	112	54,4	
<b>Eğitim</b>				<b>Toplam</b>	206	100,0	
Lise	18	8,7					
Önlisans	62	30,1					
Lisans	112	54,4					
Yükseklisans	14	6,8					
<b>Toplam</b>	206	100,0					

Tablo 3'deki analize göre; araştırmaya katılan hemşirelerin %55,8'inin 38-46 yaş grubunda, %82'sinin evli, %54,4'ünün lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Yanı sıra hemşirelerin, %38,8'inin 21-30 yıldır çalıştığı ve %54,4'ünün haftada 40 saatin üstünde çalıştığı bulgulanmıştır. Ayrıca hemşirelerin yaş ortalamasının 38,56, çalışma yılı ortalamasının 18,16 ve haftalık çalışma saati ortalamasının 45,61 olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların tamamı kadınlardan oluşmaktadır.

### c. Hipotez Testlerine İlişkin Bulgular

#### Değişkenler arasındaki farklılıkları incelemeye yönelik analizler

Bu aşamalardan sonra, işyeri nezaketsizliği ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkilere yönelik oluşturulan hipotezler test edilmiştir. Bunun için, hemşirelerin meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları ayrı ayrı alınarak, sosyo-demografik değişkenlere (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma yılı ve haftalık çalışma saati) göre farklılaşma durumları incelenmiştir. Bu doğrultuda; T-testi, Anova ve Tukey testleri uygulanmıştır. Bağımsız gruplar T-testi, iki bağımsız grubun ortalamalarının birbirinden farklı olup olmadığını; anova testi, ikiden fazla bağımsız grubun ortalamalarının birbirinden farklı olup olmadığını test etmek amacıyla kullanılan istatistiksel analiz yöntemleridir. Anova testi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel farklılığın olması durumunda Tukey testi uygulanmıştır. Bu test ile, anlamlı farklılığın hangi gruplararası farktan kaynaklandığı ortaya konulmuştur (Durmuş, Yurtkoru ve Çinko, 2013: 118-128).

Bu doğrultuda hemşirelerin; meslektaş (F=2,554), doktor (F=2,592) ve yönetici (F=1,544) nezaketsizliği puan ortalamalarının, yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Anova analizi yapılmış ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı



olmadığı ( $p>0,05$ ) ortaya konulmuştur. Bu durumu irdelemek için ortalama puanlar tekrar ele alındığında; 47-64 yaş aralığında olan hemşirelerin meslektaş ( $X=1,5500$ ), doktor ( $X=1,5000$ ) ve yönetici ( $X=1,4000$ ) nezaketsizliği puan ortalamalarının diğer gruplarla (20-28, 29-37, 38-46) karşılaştırıldığında en düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Bunun iki nedeni olabilir. Birinci neden; hemşire, doktor ve yöneticilerin daha ileri yaşta olan dolayısıyla daha kıdemli olan hemşirelere karşı daha özenli, dikkatli ve saygılı olmaya çalışmaları olabilir. Bu yaklaşım, toplumsal değerlerle de örtüşen bir durumdur. İkinci neden; daha olgun yaştaki hemşirelerin, sağlık sektöründeki kaotik durumları da göz önünde bulundurarak, bazı nezaketsiz davranışları görmezden gelmeleri ya da anlayışla karşılamaları olabilir. Yaş ve nezaketsizlik arasındaki ilişki, Pearson ve arkadaşlarının (2000: 128) bildirimleriyle paralellik göstermektedir. Sonuç olarak, **Hipotez 1** reddedilmiştir.

Katılımcıların; meslektaş ( $t=-1,251$ ), doktor ( $t=1,501$ ) ve yönetici ( $t=-,138$ ) nezaketsizliği puan ortalamalarının, medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için T-testi yapılmış ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir. Daha ayrıntılı bir inceleme için, ortalama puanlar tekrar ele alındığında; evli olan hemşirelerin doktor ( $X=1,9763$ ) nezaketsizliği puan ortalamasının, bekar ( $X=1,7297$ ) hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna karşın; bekar olan hemşirelerin, meslektaş ( $X=2,0541$ ) ve yönetici ( $X=1,8108$ ) nezaketsizliği puan ortalamalarının, evlilerden (sırasıyla  $X=1,8817$ ;  $X=1,7870$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Medeni durumun, kişilerarası etkileşimlerin düzeyini belirlemede etkili olabileceği düşünülmüştür. Bu konunun, daha farklı araştırmalarla irdelenebileceği kanısına varılmıştır. Sonuç olarak, **Hipotez 2** reddedilmiştir.

Hemşirelerin; meslektaş ( $F=,056$ ), doktor ( $F=1,239$ ) ve yönetici ( $F=,591$ ) nezaketsizliği puan ortalamalarının, eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Anova analizi yapılmış ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı ( $p>0,05$ ) saptanmıştır. Bu durumu irdelemek için ortalama puanlar tekrar ele alındığında; lise mezunu olan hemşirelerin, meslektaş ( $X=1,9444$ ) nezaketsizliği puan ortalamasının, önlisans ( $X=1,9355$ ), lisans ( $X=1,8929$ ) ve yüksek lisans ( $X=1,9286$ ) mezunu hemşirelerden daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Buna karşın; yüksek lisans mezunu hemşirelerin, doktor ( $X=2,1429$ ) ve yönetici ( $X=1,9286$ ) nezaketsizliği puan ortalamalarının, lise (sırasıyla  $X=2,0556$ ;  $X=1,8333$ ), önlisans (sırasıyla  $X=1,7581$ ;  $X=1,6613$ ) ve lisans (sırasıyla  $X=1,9821$ ;  $X=1,8393$ ) mezunu hemşirelerden daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Eğitim düzeyindeki değişmelerin, işyeri nezaketsizliği konusundaki farkındalığı etkileyebileceği düşünülmüştür. Bu konuda, daha ayrıntılı araştırmalara ihtiyaç olduğu kanısına varılmıştır. Sonuç olarak, **Hipotez 3** reddedilmiştir.

Hemşirelerin meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği ölçeklerinden elde edilen puanlarının, çalışma yılı değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini saptamak için, Anova ve Tukey testleri uygulanmıştır. Varılan sonuçlar Tablo 4'de gösterilmiştir.

**Tablo 4. Ölçek Puanlarının Çalışma Yılına Göre Farklılaşmasına Yönelik Analizler ve Bulgular**

Değişken	Çalışma Yılı	N	Ortalama	Standart Sapma	F değeri	Anlam Düzeyi	Tukey
Meslektaş Nezaketsizliği	(1) 1-10	46	2,0435	,75884	4,024	,008**	2-3
	(2) 11-20	70	2,0857	,82958			
	(3) 21-30	80	1,7250	,65555			
	(4) 31-46	10	1,6000	,69921			
Doktor Nezaketsizliği	1-10	46	2,1304	,90942	2,113	,100	-
	11-20	70	2,0000	,99273			
	21-30	80	1,8125	,82820			
	31-46	10	1,5000	,70711			
Yönetici Nezaketsizliği	1-10	46	1,6957	,91578	2,085	,103	-
	11-20	70	1,9429	1,00557			
	21-30	80	1,7875	,92358			
	31-46	10	1,2000	,63246			

\*\*p<0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 4'den elde edilen sonuçlara göre; meslektaş nezaketsizliği puan ortalamasının, hemşirelerin çalışma yılına göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (F=4,024; p<0,01). Yapılan Tukey analizi sonucunda; çalışma yılı 21-30 aralığında olan hemşirelerin meslektaş nezaketsizliği puan ortalamasının (X=1,7250), 11-20 yıl olanlardan (X=2,0857) daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışma yılı açısından kıdemli olan hemşirelere, ekipteki diğer hemşirelerce daha saygılı davranıldığı kanaatine varılmıştır. Özellikle mesleki bilgi, deneyim ve hakimiyetin, bu durum üzerinde etkili olabileceği düşünüldü. Pearson ve arkadaşları (2000: 128), çalışma yılı az olan çalışanların, daha fazla nezaketsizliğe maruz kaldığını bildirmiştir. Bu bildirim, varılan sonucu destekler niteliktedir. Ayrıca hemşirelerin doktor nezaketsizliği (F=2,113; p>0,05) ve yönetici nezaketsizliği (F=2,085; p>0,05) puan ortalamalarının, çalışma yılına göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulgulanmıştır. Sonuç olarak, **Hipotez 4** kısmen kabul edilmiştir.

Hemşirelerin meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği ölçeklerinden elde edilen puanlarının, haftalık çalışma saati değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini saptamak için, T-testi yapılmıştır. Varılan sonuçlar Tablo 5'de gösterilmiştir.

**Tablo 5. Ölçek Puanlarının Haftalık Çalışma Saatine Göre Farklılaşmasına Yönelik**

**Analizler ve Bulgular**

Değişken	Çalışma Saati	N	Ortalama	Standart Sapma	T değeri	Anlam Düzeyi
Meslektaş Nezaketsizliği	25-40	94	1,7766	,76417	-2,380	,018*
	41-96	112	2,0268	,74083		
Doktor Nezaketsizliği	25-40	94	1,7660	,84784	-2,434	,016*
	41-96	112	2,0714	,93688		
Yönetici Nezaketsizliği	25-40	94	1,7234	,88481	-,941	,348
	41-96	112	1,8482	,99738		

\*p<0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 5'e göre; hemşirelerin meslektaş ( $t=-2,380$ ;  $p < 0,05$ ) ve doktor nezaketsizliği ( $t=-2,434$ ;  $p < 0,05$ ) puan ortalaması, haftalık çalışma saatine göre anlamlı farklılık göstermiştir. Özellikle haftalık çalışma saati 41-96 aralığında olan hemşirelerin; meslektaş nezaketsizliği ( $X= 2,0268$ ) ve doktor nezaketsizliği ( $X= 2,0714$ ) puan ortalamalarının, 25-40 arası çalışma saati olan hemşirelerle karşılaştırıldığında (sırasıyla  $X=1,7766$ ;  $X=1,7660$ ) daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Sağlık ekibinin kilit iki üyesi olan hemşire ve doktorların, uzun çalışma saatleri boyunca stres altında kalmaları, nezaketsiz davranışları tetikleyebilir. Özellikle ölüm vakalarıyla karşı karşıya kalmak ve ağır iş yükü, iş stresini artırmaktadır (Dion, 2006: 42). Taylor ve Kluemper (2012: 322), iş yükü ile nezaketsizlik arasında pozitif yönlü ilişki olduğunu belirlemiştir. Stres altındaki bireyler, başkalarını düşman olarak algılama eğiliminde olurlar. Örneğin, stres bir kişinin nezaketsiz olmasına neden olabilir; nezaketsiz olmanın sonuçları, daha fazla stres oluşturabilir ve bu da daha fazla nezaketsiz davranışları tetikleyebilir (Bartlett vd., 2008: 1). Dolayısıyla, elde edilen sonuçlarla literatür arasında bir paralellik olduğu görülmektedir. Buradan yola çıkarak; haftalık iş yükünün normal sınırlarda tutulması gerektiği kanaatine varılmıştır. Ayrıca, hemşirelerin yönetici nezaketsizliği ( $t=-,941$ ;  $p > 0,05$ ) puan ortalamalarının, haftalık çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık göstermediği de belirlenmiştir. Sonuç olarak, **Hipotez 5** kısmen kabul edilmiştir.

### Korelasyon Analizi

Son olarak; hemşirelerin meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği arasındaki ilişki 'korelasyon' analiziyle ortaya konulmuştur. Yani, meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği arasındaki pozitif ya da negatif yönlü anlamlı ilişkinin varlığını saptamak amacıyla korelasyon analizi uygulanmıştır. Korelasyon analizi, iki değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi veya bir değişkenin iki veya daha çok değişken ile olan ilişkisini test etmek, varsa bu ilişkinin derecesini ve yönünü ölçmek için kullanılan istatistiksel bir yöntemdir. Korelasyon katsayısı "r" harfi ile gösterilir ve -1 ile +1 arasında ( $-1 \leq r \leq +1$ ) bir değer alır. İki değişken arasında Pearson korelasyon katsayısının yorumu aşağıdaki gibi yapılır:

r	İlişki
0,00-0,25	Çok zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok yüksek

(Kalaycı, 2014: 115-116).

Bu araştırmada; meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliğine yönelik korelasyon analizi yapılmış ve ilişkilerin yönü, şiddeti ile anlamlılık düzeyi incelenmiştir. Varılan analiz bulguları Tablo 6'da sunulmuştur.

**Tablo 6. İşyeri Nezaketsizliğine Yönelik Korelasyon Analizi**

Değişkenler	1	2	3
1-Meslektaş Nezaketsizliği	1		
2-Doktor Nezaketsizliği	,550**	1	
3-Yönetici Nezaketsizliği	,442**	,681**	1

\*\* $p < 0,01$  düzeyinde anlamlıdır.

Korelasyon analizine göre; meslektaş nezaketsizliği ( $r= ,442$ ;  $p=,000$ ) ile yönetici nezaketsizliği arasında pozitif yönde, zayıf şiddette ve anlamlı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Doktor nezaketsizliği ( $r= ,681$ ;  $p=,000$ ) ile yönetici nezaketsizliği arasında pozitif yönlü, orta şiddette ve anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Ayrıca meslektaş nezaketsizliği ( $r= ,550$ ;  $p=,000$ ) ile doktor nezaketsizliği arasında da pozitif yönde, orta şiddette ve anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir. Daha öncede bahsedildiği üzere, iki taraf arasındaki nezaketsiz davranışlar, ikincil nezaketsizlik spirallerinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Yaşanan nezaketsizlik döngüsüne dahil olmadığı halde, sadece tanık olan yada duyan çalışanlar arasında da nezaketsiz davranışlar gelişebilir (Andersson ve Pearson, 1999: 465). Nezaketsizlik mağdurları, iş ortamında nazik yaklaşımlarını azaltabilir veya sonlandırabilirler. Nezaketsizlik karşısında çalışanlar, hoşgörülü ve duyarlı olmaktan vazgeçebilirler. Bu tepkiler nezaket ortamına zarar verebilir ve sonuçta da nezaketsizlik artarak bir kanserin vücudu sarması gibi örgüte yayılabilir. Yine daha önce değinildiği gibi, nezaketsizliğe tanık olan çalışanlar, modelleme yoluyla nezaketsiz davranışlar sergileyebilirler. Örneğin; iki hemşire arasındaki nezaketsizliğe tanık olan bir hemşire, yeni bir nezaketsiz davranış modeli geliştirebilir ve başka bir hemşire ile nezaketsiz etkileşim oluşturabilir. İlâveten üst pozisyondaki çalışanın, astına nezaketsiz davranması da nezaketsizliği geliştiren bir diğer faktördür. Örneğin; doktordan nezaketsizlik gören yönetici hemşire, doktora doğrudan misilleme yapmak yerine, bu tepkisini servis sorumlu hemşiresine yönelterek nezaketsiz davranabilir. Servis sorumlu hemşiresi de yönetici hemşireye doğrudan tepki vermek yerine, serviste çalışan diğer hemşirelere nezaketsiz davranabilir. Ayrıca, nezaketsizlik mağduru hemşire, yaşadıklarını işteki ve iş dışındaki arkadaşlarına ya da ailesine anlatarak yaşadığı stresi azaltmaya çalışabilir. Nezaketsizliği duyan diğer insanlar bundan olumsuz etkilenerek, mağdur duruma düşmemek için koruyucu amaçlı nezaketsiz davranışlar geliştirerek, iş arkadaşlarına yansıtabilirler. Bu süreçler, nezaketsizliğin, sadece mağdur hemşirenin kendi örgütünde değil, iş dışı arkadaşları ve ailesi kanalıyla diğer örgütlere taşınabileceğini ve yayılabileceğini düşündürmesi açısından önemlidir. Nezaketsizliğin örgüt kültürünün bir parçası olduğunu gören ve bu noktada inanç geliştiren hemşireler, doktorlar, yöneticiler ve diğer hastane çalışanları, işyeri saygı normlarına dikkat etme gereği duymadan, nezaketten uzak kaba, duyarsız davranışlar sergileyebilmektedir. Görüldüğü üzere iki taraf (yönetici-hemşire, doktor-hemşire, hemşire-hemşire) arasında gerçekleşen nezaketsiz etkileşimler, ikincil spiraller yoluyla yayılarak örgütün tamamına nüfuz edebilir, hatta diğer örgütleri de etkileyebilir. Korelasyon analizinden ve bu bilgilerden yararlanarak, hemşirelerin yaşadıkları nezaketsizlik üzerinde; diğer hemşirelerin, doktorların ve yöneticilerin etkisinin olduğunu ve bu tarafların birbirlerini etkilediğini ifade edebiliriz. Sonuç olarak, **Hipotez 6** kabul edilmiştir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışanlar arasında karşılıklı saygının ihlaliyle karakterize olan işyeri nezaketsizliği, zamanla artarak, fiziksel şiddete kadar tırmanabilen bir kavramdır. Sağlık çalışanları da, iş yükünün fazla olması, uygulanan tedavilerde belirsizlik, yetersiz personel, uzun nöbetler, hasta bakımının aciliyeti gibi birçok nedenden dolayı stres altında çalışmaktadır. Özellikle hemşireler, hastalarla birebir etkileşim halinde olan bir meslek grubudur. Bu ve daha birçok hazırlayıcı faktör, çalışma saatleri içerisinde nezaketsiz etkileşimlerin yaşanmasına neden olabilir. Çalışanlar, kurum ve hastalar üzerinde yıkıcı etkileri olan bu kavram, çoğu zaman önemsenmemektedir. Sağlık sektörü gibi yoğun etkileşimlerin yaşandığı sektörlerde, işyeri nezaketsizliğini tamamen ortadan kaldırmak mümkün olmayabilir, fakat





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

bu olumsuz etkileşimler azaltılabilir. Bu açıdan bakıldığında, sağlık sektörünün en aktif üyeleri arasında olan hemşirelerin, işyeri nezaketsizliğine yönelik algılarını belirlemek ve çeşitli özellikler (yaş, medeni durum, eğitim, çalışma yılı, haftalık çalışma saati) açısından incelemek önem arz etmektedir. Hemşirelerin, çalışma ortamında en fazla etkileşim halinde oldukları çalışanların; hemşireler, doktorlar ve yöneticiler olduğu görülmüştür. Dolayısıyla bu üç kategoride, işyeri nezaketsizliği olgusu değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Araştırmada; hemşirelerin en fazla doktorlardan nezaketsizlik gördüğü, genel olarak meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliğinin düşük düzeyde olduğu, bu nezaketsizlik kategorilerinin, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediği, meslektaş nezaketsizliğinin çalışma yılına göre farklılaştığı, meslektaş ve doktor nezaketsizliğinin ise haftalık çalışma saatine göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Ayrıca; meslektaş, doktor ve yönetici nezaketsizliği arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır.

Nezaketsizlik, düşük yoğunluklu ve belirsizlik özellikleri nedeniyle yöneticiler tarafından genellikle görmezden gelinen bir konudur. Bu noktada, nezaketsiz muamele gören çalışanın, faille olan iletişimini sınırlandırma yoluna gideceği unutulmamalıdır (Pearson vd., 2000: 130). Hemşirenin, sağlık ekibi içerisinde nezaketsizlik gördüğü hemşire, doktor ya da yöneticilerle kurduğu iletişimini sınırlandırması, hasta bakımıyla ilgili gerekli bilgi paylaşımını azaltabilir. Bu durum, etkin hasta bakımının önüne geçerek, taburculuk sürecinin uzamasına, sırada bekleyen hastaların zor durumda kalmasına ve maliyetlerin artmasına neden olabilir. Bu araştırmada nezaketsizlik düzeyinin düşük bulunması, hem çalışan hem kurum hem de hastalar açısından olumlu bir durumu ifade etmektedir.

Bunun dışında, özellikle ast pozisyonunda olan nezaketsizlik mağdurlarının, daha örtük misilleme davranışına başvurduğu görülmektedir. Yukarıdan aşağıya gerçekleşen nezaketsizlik, kendi kendini güçlendiren bir döngüye neden olabilir. Eğer nezaketsizlik aşağıya doğru ise, hiyerarşik farklılıklar olayı önemsiz gibi gösterebilir. Kısıktıcının yüksek pozisyonu, koruyucu bir kalkan olabilir. Çünkü, işi ve maaşı riskli olan daha düşük statüdeki çalışanın, daha güçlü olan kısıktıcıya kırgın olduğunu söylemesi çok nadirdir. Kısıktıcının konumu, sözleri ya da eylemleri sessizliği güçlendirebilir (Pearson ve Porath, 2005: 11-12). Hemşirede, nezaketsizlik gördüğü üst ve yönetici pozisyonunda olan doktor ve yöneticilerine karşı, genellikle aynı şekilde tepki gösteremez fakat, onların faaliyetlerini bozucu ya da itibarını sarsıcı davranışlar sergileyebilir. Örneğin mağdur konumdaki hemşire, yöneticileri hakkında aşağılayıcı konuşabilir veya onların isteklerini çeşitli bahanelerle geciktirebilir. Yine mağdur hemşire, doktorun hasta üzerinde yaptığı tıbbi uygulamalarda başarısız olmasını sağlayacak şekilde davranarak, hastaların gözünde itibarını sarsabilir. İlâveten mağdur hemşire, nezaketsiz davranan diğer hemşirelerden malzeme saklama ya da tıbbi girişimler sırasında ihtiyacı olan desteği vermeme gibi davranışlar sergileyebilir. Bu davranış ve tutumların tamamı, etkin bir sağlık hizmetinin sunulmasını engelleyebilir ve hasta bakım kalitesini düşürebilir.

İşyeri nezaketsizliğinin; işle ilgili bu sayılan etkileri dışında hemşirenin stres düzeyini artırdığı, fiziksel rahatsızlıklara, migrene, anksiyete ve depresyona (Hershcovis, 2011: 508; Lim ve Lee, 2011: 101), iş-aile çatışmasına (Ferguson, 2012: 580; Pearson ve Porath, 2005: 12), itibar kaybı, öfke hissi, orantısız intikam alma isteği, iftira atmak, kötölemek, fiziksel saldırı tehdidi gibi olumsuzluklara neden olabildiği (Andersson ve Pearson, 1999: 462), kişilerarası iletişime, güven duygusuna ve takım

performansına zarar verdiği (Logan: 2016: 50) bildirilmiştir. Hemşirenin karşılaştığı nezaketsiz durumlar, işe yönelik olumlu tutumlar geliştirmesini de engellemektedir. İşyeri nezaketsizliğinin; iş doyumunu (Lim vd., 2008: 100; Miner vd., 2012: 353) ve örgütsel bağlılığı (Spence Laschinger vd., 2009: 306) azalttığı, tükenmişliği (Huang ve Lin, 2017: 16; Oyeleye vd., 2013: 540; Welbourne vd., 2015: 211) ve işten ayrılma niyetini (Lim vd., 2008: 100) artırdığı ortaya konulmuştur.

Sağlık sektöründe, mümkün olduğunca olumlu bir çalışma ortamı oluşturulmaya çalışılmalıdır. Uzun süreli nezaketsizliğin, kuruma her yönden zarar verebileceği ve hızlı bir şekilde şiddete dönüşebileceği unutulmamalıdır. Araştırmada elde edilen sonuçlar ve literatür doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

-Hem çalışanlara hem de yöneticilere yönelik eğitimler düzenlenmelidir. İşyeri nezaketsizliğinin muğlak yapısı ve yıkıcı sonuçları açıklanmalıdır.

-Yöneticiler; işyerinde uyulacak kurallar ile çalışanlardan beklentilerini, işe başlangıç ve çalışma sürecinde açıkça ortaya koymalıdır.

-İş yükü, mümkün olduğunca normal sınırlarda tutulmalıdır.

-Nezaketsizliğe karşı tolerans gösterilmeyen bir örgüt iklimi oluşturulmalıdır.

-Yöneticiler, sağlık çalışanlarına rahatsızlıklarını ifade edebilecekleri açık bir iletişim ortamı sağlamalıdır.

## KAYNAKLAR

Abdollahzadeh, F., Asghari, E., Ebrahimi, H., Rahmani, A., ve Vahidi, M. (2017). How to Prevent Workplace Incivility?: Nurses' perspective. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(2), 157-163.

Andersson, L.M. ve Pearson, C. M. (1999). Tit For Tat? The Spiraling Effect of Incivility in the Workplace. *Academy of Management Review*, 24(3), 452-471.

Bartlett, J. E. , Bartlett, M. E. ve Reio, T. G. JR. (2008). *Workplace Incivility: Worker and Organisational Antecedents and Outcomes*. Paper Presented at the Academy of Human Resource Development International Research Conference in the Americas, Panama City, 20-24 February.

Cortina, L. M., Magley, V. J., Williams, J. H. ve Langhout, R. D. (2001). Incivility in the Workplace: Incidence and Impact. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(1), 64-80.

Delen, M. G. (2010). *Çalışma Hayatında İşyeri Kabalığı Olgusu*. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, Maliye Araştırma Merkezi Konferansları, (53),43-58.

Dion, M. J. (2006). *The Impact of Workplace Incivility and Occupational Stress on the Job Satisfaction and Turnover Intention of Acute Care Nurses*, Doctoral Dissertation, ETD Collection for University Of Connecticut, Storrs.

Durmuş, B., Yurtkoru, E. S. ve Çinko, M. (2013). *Sosyal Bilimlerde Spss'le Veri Analizi*. Beta Basım, 5. Baskı, İstanbul.

Felblinger, D. M. (2008). Incivility and Bullying in The Workplace and Nurses' Shame Responses. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(2), 234–242.

Ferguson, M. (2012). You Cannot Leave it at the Office: Spillover and Crossover of Coworker Incivility. *Journal of Organizational Behavior*, 33, 571-588.

Hershcovis, M. S. (2011). Incivility, Social Undermining, Bullying...oh my!: A Call to Reconcile Constructs within Workplace Aggression Research. *Journal of Organizational Behavior*, 32, 499-519.

Huang, H. T. ve Lin, C.P. (2017). Assessing Ethical Efficacy, Workplace Incivility and Turnover Intention: A Moderated-Mediation Model. *Review Of Managerial Science*, 1-24.

Johnson, P. R. ve Indvik, J. (2001). Rudeness at Work: Impulse Over Restraint. *Public Personnel Management*, 30(4), 457–465.

Kalaycı, Ş. (2014). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Asil Yayın, 6. Baskı, Ankara.

Kanten, P. (2016). *Örgütlerde Davranışın Aydınlik Ve Karanlık Yüzü*. Kanten ve Kanten (Ed.), (ss.527-564), Ankara: Nobel.

Kanten, P. (2014). İşyeri Nezaketsizliğinin Sosyal Kaytarma Davranışı ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisinde Duygusal Tükenmenin Aracılık Rolü. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(1), 11-26.

Kaya, E. Ü. (2015). İşyeri Kabalığı, Örgütsel Bağlılık, Örgütsel Özdeşleşme ve İş Tatmin Değişkenleri Arasındaki İlişkiler ve Birbirleri Üzerindeki Etkileri: Yüksek Öğretimde Bir Çalışma. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 41, 55-78.

Lim, S. ve Lee, A. (2011). Work and Nonwork Outcomes of Workplace Incivility: Does Family Support Help?. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(1), 95-111.

Lim, S., Cortina, L. M. ve Magley, V. J. (2008). Personal and Workgroup Incivility: Impact on Work and Health Outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 95–107.

Logan, T. R. (2016). Influence of Teamwork Behaviours on Workplace Incivility as it Applies to Nurses. *Creighton Journal of Interdisciplinary Leadership*, 2(1), 47–53.



## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Miner, K. N., Settles, I. H., Pratt-Hyatt, J. S. ve Brady, C. C. (2012). Experiencing Incivility in Organizations: The Buffering Effects of Emotional and Organizational Support. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(2), 340-372.

Oyeleye, O., Hanson, P., O'connor, N. ve Dunn, D. (2013). Relationship of Workplace Incivility, Stress, and Burnout on Nurses' Turnover Intentions and Psychological Empowerment. *The Journal of Nursing Administration*, 43(10), 536-542.

Özdamar, K. (2013). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*. Nisan Kitabevi, 9. Baskı, 1. Cilt, Ankara.

Pearson, C. M., Andersson, L. M. ve Wegner, J. W. (2001). When Workers Flout Convention: A Study of Workplace Incivility. *Human Relations*, 54(11), 1387-1419.

Pearson, C. M., Andersson, L. M. ve Porath, C. L. (2000). Assessing and Attacking Workplace Incivility. *Organizational Dynamics*, 29(2), 123-137.

Pearson, C. M. ve Porath, C. L. (2005). On the Nature, Consequences and Remedies of Workplace Incivility: No Time for 'Nice'? Think Again. *Academy of Management Executive*, 19(1),7-18.

Porath, C. ve Pearson, C. (2013). The Price of Incivility. *Harvard Business Review*, 91(1-2), 115-121.

Ricciotti, N. A. (2016). *Emotional Intelligence and Instigation of Workplace Incivilityin a Business Organization*, Walden Dissertations and Doctoral Studies, Walden University, USA.

Spence-Laschinger, H. K., Leiter, M., Day, A. ve Gilin, D. (2009). Workplace Empowerment, Incivility, and Burnout: Impact on Staff Nurse Recruitment and Retention Outcomes. *Journal of Nursing Management*,17(3),302-311.

Spence-Laschinger, H. K., Wong, C. A., Cummings, G. G. ve Grau, A. L. (2014). Resonant Leadership and Workplace Empowerment: The Value of Positive Organizational Cultures in Reducing Workplace Incivility. *Nursing Economics*, 32(1), 5-44.

-Tarraf, R. C. (2012). *Taking a Closer Look at Workplace Incivility: Dimensionality and Source Effects*, Unpublished Master's Thesis, The University of Western Ontario, Ontario, Canada.

Taştan, S. (2014). İşyeri Nezaketsizliğini Öngören Örgütsel ve Durumsal Önceller İle Çalışanların Davranışsal Sonuçları Arasındaki İlişkinin ve Sosyo-Psikolojik Kaynakların Rolünün İncelenmesi: Sağlık Kurumlarında Yapılan Bir Araştırma. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*,16(3),60-75.

Taylor, S. G. ve Kluemper, D. H. (2012). Linking Perceptions of Role Stress And Incivility to Workplace Aggression: The Moderating Role of Personality. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(3), 316-329.





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

Trudel, J. ve Reio JR., T. G. (2011). Managing Workplace Incivility: The Role of Conflict Management Styles-Antecedent or Antidote?. *Human Resource Development Quarterly*, 22(4), 395-423.

Vagharseyyedin, S. A. (2015). Workplace Incivility: A Concept Analysis. *Contemporary Nurse*, 50(1), 115-125.

Welbourne, J. L., Gangadharan, A. ve Sariol, A. M. (2015). Ethnicity and Cultural Values as Predictors of the Occurrence and Impact of Experienced Workplace Incivility. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(2), 205-217.

Zauderer, D. G. (2002). Workplace Incivility and the Management of Human Capital. *The Public Manager*, 31(1), 36-42.

*Usaysad Derg.* 2019; 5(1) : 69 - 88 (Araştırma makalesi)

## SAĞLIK ÇALIŞANLARI ZAMANI NASIL YÖNETİYOR?<sup>1</sup>

### HOW DO HEALTHCARE WORKERS MANAGE TIME?

**Sevda GEZGİNERLER**

Edirne İl Sağlık Müdürlüğü

sevdagezginerler@hotmail.com

orcid.org/0000-0001-5342-1659

**Prof. Dr. Fatma LORCU**

Trakya Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

fatmalorcu@trakya.edu.tr

orcid.org/0000-0003-4361-8348

Makale gönderim-kabul tarihi (15.02.2019-25.04.2019)

#### Özet

Zaman, tüm sektörlerde olduğu gibi sağlığın korunması, gelişmesi ve devamlılığını sağlayan sağlık sektöründe de önemini korumakta hatta insan hayatı söz konusu olduğunda diğer örgütlere göre daha fazla ön plana çıkmaktadır. Teknolojinin yoğun kullanıldığı bu sektörde yönetilemeyen zaman, bir domino taşı misali tüm kişi ve süreçleri de olumsuz etkileyecektir. Sağlık hizmeti verilen, her dakikanın hatta anların birbiriyle yarıştığı ve insan hayatına müdahil kişilerin çalıştığı sağlık sektörünün önemli bir yapı taşı olan hastanelerde, zamanı etkin kullanmak ve önemini farkında olmak, kurumun başarı ve kalitesinin en büyük öncülerindedir.

Hastanelerin başarılarını ölçmek için geliştirilen ve uygulanan birçok kriter, zamanla yapılan yarışın sonuçlarını sorgulamaktadır. Bu çalışmanın temel amacı, sağlık çalışanlarının hastanedeki zaman becerilerini ve sağlık çalışanlarının zaman kullanımlarında farklılık yaratan demografik özellikleri belirlemektir. Çalışmada sağlık çalışanlarının zaman kullanımında farklılık yaratan demografik özellikler ve zaman tuzakları da ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

Çalışmadaki veriler, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı Edirne'deki A hastanesinin sağlık çalışanlarından toplanmıştır. Araştırmada, sağlık çalışanlarının zaman yönetimlerine ilişkin verilerin toplanmasına yönelik "zaman yönetimi ölçeği-zaman envanterini" içeren anket uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 21 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede; tek değişkenli istatistik yöntemlerden frekans analizleri, t testi ve ANOVA testleri ile Mann Whitney U ve Kruskal Wallis Testi gibi parametrik olmayan testlerden faydalanılmıştır.

Yapılan analizlerde, cinsiyete göre zaman yönetiminde farklılık ortaya çıkmamasına rağmen medeni durum, eğitim ve mesleki deneyime göre ölçek ve alt boyutlarında anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Buna göre zaman yönetimi eğitimi alan ve almayan sağlık çalışanlarında, zaman planlaması boyutunda farklılıklar olduğu ortaya koyulmuştur. Buna göre zaman eğitimi alanların, uzun ve kısa vadeli zaman planlamalarında daha etkin olduğu belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca çalışanların "mükemmeliyetçilik" ve "misafir" tuzağından uzak kalmayı başaramadıkları ancak "telefon konuşmaları zaman tuzağından" uzak kaldıkları belirlenmiştir. Çalışma

<sup>1</sup>Bu makale, T.Ü. Sosyal Bilimler Enst. Sağlık Yönetimi ABD'nda, "Kamu Hastaneler Birliklerinde Çalışan Personelin Zaman Yönetimi Becerilerinin Ölçülmesi" isimli Yüksek Lisans Tezinden hazırlanmıştır. Tez, TÜBAP 2017/3 ile desteklenmiştir.

sonucunda sağlık hizmetlerinde etkili ve istenen sonuçların elde edilebilmesi için kararların iyi yönetilmiş bir zaman ile buluşması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Zaman Yönetimi, Sağlık Çalışanları, Zaman Tuzakları, Kamu Hastaneleri Kurumu

### Abstract

Time is also important in the health sector which provides protection, development and continuity of health as it is in all sectors and even more important than other organizations when it comes to human life. When technology cannot be managed in this sector where it is heavily used, it will negatively affect all people and processes like a domino stone. Using effectively and being aware of the importance of time are the great pioneers of the success and quality of the hospitals which are important building blocks of the health sector where every minute and even moment compete with each other and employees involved in human life.

Many of the criteria developed and applied to measure the success of hospitals are questioning the outcome of the race over time. The main purpose of this study are to determine the time skills of health workers in the hospital and to determine the demographic characteristics that make a difference in the time uses of health workers. The study also attempted to revealed the demographic characteristics and the time traps that differentiated health workers' time usage.

The data in the study collected from the health workers in Turkey Public Hospitals Authority in Edirne. In the study, a questionnaire including "time management scale- time inventory" was applied to measure the time management of health workers. The data collected were evaluated by using SPSS 21 software package program. In the evaluation of the data, non-parametric tests such as frequency analysis, t test and ANOVA tests and Mann Whitney U and Kruskal Wallis Test were used.

Despite the fact that there was no difference in time management according to sex, it was determined that there were significant differences in all scale and sub-scale questions according to marital status, education and occupational experience. According to this, it is revealed that there are differences in the time planning dimension in health care workers who are not or not having time management education. Accordingly, it is determined that the time training areas are more effective in long and short term planning. In this study, it was also determined that healthcare workers were not able to stay away from the "perfectionism" and "guest" trap but from "telephone conversations" time trap. As a result of the study, it is necessary for the decisions to meet with a well-managed time in order to achieve the desired and effective results in health services.

**Key Words:** Time Management, The Health Care Workers, Time Traps, Public Hospitals Institution.

### GİRİŞ

Temini ve saklanması paradan daha zor olan zaman, yaşamın en önemli unsuru haline gelmiştir. Örgütlerde rekabet faktörü olan zaman; para, verimlilik, kalite ve üretime karşılık gelmektedir (Fidan, 2011). Boyutlarının olmaması nedeni ile nerdeyse tanımlanması mümkün olmayan zaman, anlaşılması da zor kavram olarak ortaya çıkmaktadır. Einstein, varlıkların tanımlanmasını sağlayan "en", "boy" ve "derinlik" boyutlarına, dördüncü bir boyut olarak zamanı eklemiştir (Keresteci, 2011). Eklenen bu boyut, olayları oluş sırasına göre sıralamakta ve olaylara anlam vermektedir (Güçlü, 2001: 88). Franklin, "zamanınızı israf etmeyin çünkü zaman hayatın ana maddesidir" diyerek zamanın önemini altını çizirken (Adair, 2006), Drucker (1994), zamanın örgüt kaynakları içinde en önemli unsur olduğunu ve kimsenin daha fazla zamanı kiralayamayacağını veya kiraya veremeyeceğini de ifade etmiştir. Goethe de "yeterli zamanımız hep vardır, yeter ki doğru kullanalım." (Aktaran: Değirmenci, 2005) sözü ile zaman kullanımının önemini vurgulamıştır.

Birçok farklı tanımı ile karşımıza çıkan zaman; amaçlara ulaşmada geçirilen süre olarak da tanımlanabilir. Amaçlara ulaşmak için kullanılan sürenin yeterli olması veya yetersiz kalması ise zaman yönetiminin nasıl yapıldığıyla ilgilidir. Zaman yönetimi, başlangıcı ve bitişi belirli zaman içerisinde gerçekleştirilecek olayların, faaliyetlerin düzenlenmesi (Gürbüz ve Aydın, 2012) veya hedeflere en kısa yoldan ulaşmak olarak tanımlanabilir. Zaman, anı yaşamaksa zaman yönetimi de anın önemini bilmek ve işleri anına göre uygulamaktır denilebilir.

Zaman yönetimi ile ilgili en eski tanımlardan biri Lakein tarafından, “ihtiyaçları tanımlamayı, bu ihtiyaçları karşılayacak amaçları belirlemeyi, gereken görevleri öncelik sıralamasına koymayı ve bu görevleri planlama, listeleme ve zaman programına koyarak zamanla ve kaynaklarla uyumlu hale getirmeyi içerir.” şeklinde yapılmıştır (Aktaran: Keresteci, 2011).

MacKenzie (1989) ise zaman ile nelerin başarılacağı konusunda ilgili olan zaman yönetimi kavramının aslında yanlış bir kavram olduğunu ifade etmiş, bunu zamanın yönetilemeyeceğine dayandırmıştır. Drucker’ın da ifade ettiği gibi eşi az bulunan bir kaynak olan zaman, doğru yönetilemediğinde hiçbir şeyin doğru yönetilemeyeceğini (Öncel ve diğerleri, 2005) söylemek yanlış olmayacaktır. Korkmaz, ve diğerleri (2012) de zaman yönetiminin dijital ya da mekanik çalışan saat anlamına gelmediğini, çalışma sürecinde, zamanın en etkin ve en verimli şekilde kullanılmasını içerdiğini işaret etmektedir. Kısa bir ifade ile zaman yönetimi; yaşantının düzenli biçimde belirli bir ahenkle geçirecek planlanmaların yapılması anlamına gelmektedir.

### **Sağlık Sektöründe Zaman Yönetiminin Önemi**

Günümüzde, sağlık hizmetlerine olan talebin artması, sağlıktaki yeniden yapılanma sürecinde kaliteli hizmetin önem kazanması (Aslantekin ve diğerleri, 2007) ve ileri teknolojinin verdiği ivme ile sağlık hizmet pazarlarında rekabet, zamanın daha doğru ve etkin kullanılmasını giderek daha önemli bir hale getirmiştir.

Sağlık ve zamanın ortak özelliği ikame edilemez ve stoklanamaz olmasıdır. Sağlık hayatın devamı için önemlidir. Teşhis ve tedavide geç kalınması hayati tehlike oluşturacağı gibi sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin de artmasına sebep olacaktır.

Sağlık hizmetlerine ihtiyaç genelde tesadüfi olarak ortaya çıktığından, sağlık hizmetlerine arz miktarının ne kadar olacağını önceden kestirmek zordur. Koruyucu sağlık hizmetleri ne ölçüde uygulanırsa uygulansın, hastalıklara yakalanma riski ve tehlikelerini önceden tahmin etmek mümkün değildir (Mutlu ve Işık, 2012). Ortaya çıkan bu tesadüfi talep ve talebin zamanında karşılanamaması veya karşılanma esnasında zamanın iyi yönetilememesi, sağlık hizmeti kurum, yönetici ve çalışanları için zamanın önemini bir adım daha ön plana çıkarmaktadır. Yönetilemeyen zaman, sağlıkta çoğu zaman gelecekte telafi edilemeyecek sonuçlara neden olacaktır.

Bahadori ve diğerleri (2015); sağlık sistem dinamikleri ve dış çevre ile sürekli etkileşim ihtiyacı nedeni ile sağlık yöneticilerinin zaman yönetimi becerilerini artırılmasını dile getirdiği çalışmasında, boşa geçen zamanın hastalara hizmet sunumunun yapılmadığı zaman olduğunu ve eğer zaman yönetimi unutulursa bunun hastalar üzerinde olumsuz etkileri olacağını da eklemiştir.

Kandemir (2015), sağlık hizmetlerinin yarı kamusal özelliği ve hizmetin sürekli yerine getirilmesi zorunluluğunun, zaman yönetiminin sağlık kurumlarında daha da dikkatli bir şekilde uygulanmasının önemini vurgulamaktadır. Ancak zamanın etkin yönetilememesinin insan hayatına bedel olabilecek



kadar ciddi sonuçları olmasına rağmen diğer örgütlere göre sağlık örgütlerinde zaman yönetimine daha az önem verildiği de ifade edilmektedir.

Özellikle kamu hastanelerindeki yöneticiler, zaman yönetimini, iş yönetimi şeklinde veya zaman yönetiminde sadece çalışanların zaman yönetimlerini algılamakta, hizmeti alanların zamanı ikinci planda ya da hiç düşünmemektedirler (Sur, 2001). Zaman, sağlık hizmetlerinde sadece hastanın istek ve beklentilerinin karşılanması için değil hasta yakınlarının istek ve beklentilerinin karşılanması açısından da önem kazanmaktadır. Sağlık hizmeti veren hastanelerde çalışan personel, zaman yönetimini ne kadar başarılı uygularsa hizmetten yararlanan hastaların iyileşme veya sağlıktan yararlanma süreleri kısılırken hasta yakınlarının da zamanlarından tasarruf sağlanacaktır. Kişilerin sağlık hizmet kurumlarında harcadıkları zaman arttıkça ilgili kuruma yükleri de bu oranda artmaktadır.

Zamanın sağlık hizmet sunumunda, çift yönlü önemi olduğundan bu özellikle hastane yöneticileri için yapılan düzenlemelerde en kritik noktanın zamanın “payda” olarak ele alınması gerekliliğini işaret etmektedir (Kıdadak, 2011).

Bu kadar kritik ve önemli işlerin yapıldığı sağlık kurumlarında zamanın önemi çok fazla hissedilmekte olup çalışan ve aynı zamanda sağlık hizmetinden yararlanan iç müşteri olan sağlık çalışanlarının bu konudaki tutumlarının ölçülmesi ve gerekli önerilerin geliştirilmesi gereklidir.

### **Sağlık Sektöründe Zaman Yönetimi ile İlgili Yapılan Çalışmalar**

Farklı sektörlerde uygulanan zaman yönetiminin sağlık örgütlerinde çalışanları da önemli ölçüde etkilediği düşüncesinden yola çıkılarak konu ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda; zamanın boyutları, ilişkileri ve zaman yönetimi, çeşitli sosyo-demografik özellikler açısından incelenmiştir. Bu bölümde, sağlık hizmetlerini veren kurum ve kuruluşlarda zaman yönetimi ile ilgili çalışmalar ele alınmıştır.

Ankara’da, üst düzey hastane yöneticilerinin zaman yönetimi ile ilgili tutum ve davranışlarının incelendiği çalışmada, yöneticilere zaman kaybettiren en önemli faktörlerin; çalışanların nitelik veya nicelik yönünden eksikliği ile gereksiz ve zamansız ziyaretlerin olduğu ayrıca yönetici hemşirelerin en fazla “mükemmeliyetçilik” zaman tuzakına düştüğü gösterilmiştir (Erdem, 1997).

Sağlık sektöründe, etkinlik ve verimlilik vurgusu arttıkça sektörde çalışanların özellikle hemşirelerin zamanı nasıl yönettiği ön plana çıkmış ve buna yönelik yapılan çalışmada, zaman yönetiminin, iş performansı ve mesleki hemşirelik uygulamalarının önemli bir bileşeni olarak kabul edildiği vurgulanmıştır (Waterworth ve Rnt, 2003). Bahçecik ve diğerleri (2004), yönetici hemşirelerin zaman yönetim başarılarını incelediği ölçek çalışmasında, zaman ölçeği beş alt boyutta incelemiştir. Bu alt boyutlar; plansızlık ve işleri erteleme; acelecilik ve işleri yetiştirememeye; ziyaretçiler ve sosyal aktiviteler; toplantılar ve düzenli çalışma ile masa ve dosya düzenidir.

İstanbul’daki askeri hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin zaman yönetimlerini belirlemeye yönelik bir diğer çalışmada, zaman yönetimi; yetki devri, zaman yönetim teknikleri; planlama, öncelikleri belirleme ve zaman tuzakları alt faktörleri altında incelenmiştir (Sayan, 2005). Belirlenen bu alt faktörlerin çeşitli sosyo-demografik özelliklere göre farklılıklarının araştırıldığı çalışmada, zaman yönetimi konusunda yeterli eğitim alınmamasına rağmen katılımcıların zamanı etkin kullandıkları ancak zaman tuzaklarına da yakalandıkları belirlenmiştir.

Kaliteli bir sağlık sistem zincirinin ayrılmaz bir parçası olan serbest eczacıların, zaman yönetimi ile zaman tuzaklarına ilişkin davranış ve tutumlarının incelendiği bir başka çalışma da Ankara’da yapılmıştır (Öncel ve diğerleri, 2005). Çalışma sonucunda eczacıların, rutin ve kolay işlerinde yetki devirlerini arttırmaları ve zaman eğitimlerine verilmesi gereken önem vurgulanırken birçok meslekte olduğu gibi eczacılar için de ziyaretçi ve özel telefon görüşmelerinin en önemli zaman harcatıcıları olduğu belirlenmiştir.

İstanbul Anadolu yakasında, 11 kamu ve 10 özel hastanenin 167 üst düzey yöneticisine yönelik yapılan bir başka çalışmada (Say ve Bekiroğlu, 2009), çeşitli sosyo-demografik ve işyeri özelliklerine göre zaman yönetimine ilişkin tutum ve davranışlardaki farklılıklar incelenmiş ve zamanın etkin kullanımına yönelik en önemli tekniğin yetki devri olduğu belirlenmiştir.

Hastanelerde çalışan, üst ve orta düzey yöneticilerin, etkili zaman yönetimine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir diğer çalışmada, hastane yöneticilerinin özellikle acil ve olağanüstü durumlarda, etkili zaman yönetimine yönelik eğitim programlarına ihtiyaçları olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Yeşil, 2009).

Kıdak (2011); hastane yöneticilerinin zaman yönetimi tutumlarının belirlenmesi üzerine yaptığı çalışmada, yöneticilerin cinsiyet ve medeni durumlarına göre zaman yönetimi becerileri, mesleki deneyime ve eğitim durumlarına göre zaman yönetimi tutumlarını incelemiş ve zamanın diğer üretim faktörleri gibi hastane yöneticilerinin sorumluluğunda bulunan eşsiz ve değerli bir kaynak olduğunu vurgulanmıştır.

Sökmen (2012), Ankara’da faaliyet gösteren orta ve üst kademedeki sağlık yöneticilerinin zaman yönetim becerilerinin ölçülmesine yönelik çalışmada; sağlık yöneticileri, en önemli zaman tuzaklarının, “toplantılar” olduğunu vurgulamış ve kendilerini zaman yönetimi konusunda başarılı bulduklarını ifade etmişlerdir.

Eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan uzman hekimlerin, zaman yönetimi ile ilgili durumlarını belirlemek, elde edilen bulgular ışığında çözüme katkıda bulunmak amacıyla yürütülen bir başka çalışmada; deneyimli, astlarına yetki devri yapan ve eğitim ve araştırma hizmetlerine zaman ayırabilen uzman hekimlerin, zamanlarını verimli kullanabildikleri sonucuna varılmıştır (Özdil ve diğerleri, 2012).

Korkmaz ve diğerleri (2012); aile hekimlerinin, performans ve verimliliklerini etkileyen faktörleri belirlemek, zaman yönetimini uygulama durumlarını ölçmek ve sağlık alanında çalışan personele katkı sağlamak amacı ile yaptıkları çalışmada, poliklinik ve sağlık ocağı gibi yoğun birimlerde çalışan hekimlerin zaman yönetimi konusunda etkin olmadıkları, akademik çalışmalarda bulunamadıkları ve kendileri için sosyal aktivitelere yeterince vakit ayırmadıklarını belirlemiştir.

Ürdün’de, yönetici hemşireler üzerinde yapılan bir başka çalışmada, zamanı etkin kullanmadaki faktörler ele alınmış ve zamanı kullanmada hastane türü dışında diğer faktörlerin belirleyici olmadığı gösterilmiştir (Ahmed, 2012). Çalışmada ayrıca üst düzey sağlık yöneticilerinin zaman yönetimi için teknik becerilere sahip olmadığı sonucuna da varılmıştır

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin, zaman yönetimlerinin iş verimine etkisini belirlemek ve hastane yönetici ve akademisyenlere katkıda bulunmak amacıyla yapılan çalışmada, zaman yönetiminin hemşirelerin iş verimi üzerinde etkiye sahip olduğu ve zamanını planlayan ve yönetebilen hemşirelerde iş verimliliği ve performansın arttığı gösterilmiştir (Dalkıran, 2014).

Uyaniker (2014) ise çalışmasında, yönetici hemşirelerin öz yeterlik inancı ile zaman yönetimi arasındaki ilişkiyi incelemiş ve zaman yönetimi ve öz yeterlik inancı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Kırklareli Kamu Hastaneler Birliği'nde görev yapan sağlık personelinin zaman yönetimi; beş boyutta ele alınarak incelenmiştir (Bülbül, 2014). Bu boyutlar, programlı çalışma, verimli çalışma, etkin çalışma, çalışma ortamının etkileri ve planlı çalışma olarak belirlenmiştir.

Ebrahimi ve diğerlerinin (2014), Tahran'daki SSK hastanelerindeki hemşirelerin zaman yönetimi davranışlarını incelediği çalışma, zaman yönetim puanları ile klinik tecrübe arasında pozitif ve anlamlı bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuştur.

Özel bir sağlık grubuna bağlı hastanede çalışan yönetici hemşirelerin zaman yönetimlerinin incelendiği bir başka çalışmada, araştırmaya dahil olan hemşirelerin %63'ünün zamanı iyi kullandığı ancak özellikle ameliyathane hizmetlerine bağlı olan yöneticilerdeki zamanın iyi kullanımının diğerlerine göre anlamlı derecede farklı olduğu belirlenmiştir (Karasu, 2015).

Rize aile hekimliğinde çalışanların, zaman yönetimi ve zaman yönetimi teknikleri konusunda kurumsal ve bireysel düzeyde farkındalığın oluşturulmasına yönelik bir başka çalışmada; çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri, mesleki özellikleri ve zaman yönetimine katkısı olan faktörler incelenmiştir (Kılıç, 2015).

Özel hastane çalışanlarının, verimliliklerinin artırılmasında, zaman yönetiminin önemini ortaya koyulmasına yönelik bir başka çalışmada; çalışanların, örgütsel zaman sorunlarını kabul etmemelerine rağmen kişisel zaman yönetimi sorunlarını kabul ettikleri görülmektedir (Şahin, 2015). Çalışmaya ilişkin bir diğer önemli bulgu ise örgütün verimli çalışmasına ilişkin önemli bir faktör olan zaman tuzaklarının engellenemediğidir.

Antalya'da, kamuda çalışan üst ve orta düzey sağlık kurumları yöneticilerinde; zaman yönetimi, tutum ve davranışlarının belirlenmesine yönelik bir diğer çalışmada; yöneticilerin zaman planlaması konusunda bir takım sorunlarla karşı karşıya gelmesine rağmen zaman tuzaklarına dikkat ettikleri ve planlamaya önem verdikleri belirlenmiştir (Kandemir, 2015).

İran'da, Kermanshah Üniversitesine bağlı 6 hastanede, 180 yönetici hemşirenin, zaman yönetimi davranışları ve bu davranışı etkileyen faktörlerin değerlendirilmesine yönelik çalışmada, küçük birimlerde çalışan yönetici hemşirelerin, zaman yönetimi davranışları daha yüksek bulunmuştur (Ziapour, 2015).

Döner'in (2016), Tekirdağ Merkez ve ilçelerindeki sağlık yöneticilerinin etkin zaman yönetimlerinde, sosyo-demografik özelliklere göre farklılıkların incelendiği çalışmada, yöneticilerin deneyimlerinin, zaman yönetiminde farklılık oluşturan faktör olduğu belirlenmiştir.

İstanbul'da, Kamu Hastaneler Birliğine bağlı bir hastane, devlet üniversitesi ve iki özel hastanede çalışan hemşirelerin zaman yönetimine ilişkin tutum ve davranışlarının ölçüldüğü bir diğer çalışmada da hemşirelerin %49,3'ünün zamanı orta düzeyde kullandıkları ve çoğunluğunun zaman yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı görülmüştür (Boduç, 2016).

Özel bir hastane çalışanlarının zaman yönetimi ile işletme verimliliği algıların araştırıldığı çalışma Siirt'te gerçekleştirilmiştir (Çelebi, 2017). Zamanın etkin kullanılması ile işletme verimliliği arasındaki ilişkiyi ölçmeye yönelik çalışmada, insan sağlığının bütün değerlerden ve maddi

kaynaklardan daha önemli olmasından dolayı zaman yönetimi algıları ile hastanelerde verimliliğinin ilişkisi gösterilmiştir.

## YÖNTEM

### Araştırmanın Amacı ve Önemi

Tüm örgütlerde olduğu gibi sağlık hizmeti veren örgütlerde de zaman ve zamanın yönetilmesi, insan hayatı söz konusu olduğundan diğer örgütlere göre daha da önem kazanmaktadır.

Sağlık hizmeti verilen ve her dakikanın hatta saniyelerin önemli olduğu insan hayatına müdahil kişilerin çalıştığı sağlık kuruluşlarında zamanı kullanmak ve öneminin farkında olmak, kurumun başarı ve kalitesinin en büyük göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu önemden yola çıkılarak çalışmada, 25 Ağustos 2017’de yayınlanan 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile sonlandırılan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı A hastanesindeki sağlık çalışanlarının zamanı kullanma becerilerinin ölçülmesi ve sağlık çalışanlarının zaman kullanımlarında farklılık yaratan demografik özelliklerin belirlenmesi hedeflemiştir. Çalışmada elde edilen verilerin analizi ile sağlık çalışanlarının aslında en büyük rakiplerinin zaman olduğuna ilişkin sonuçlar ortaya koyulmuştur.

Zaman yönetimi ile ilgili yapılan çalışmalar genellikle yönetici sağlık personeli esas alınarak incelemeler yapılmış, diğer sağlık personelinin analize konu olduğu araştırmalara fazla rastlanmamıştır. Tüm sağlık personelinin dahil olduğu bu çalışmanın bu yönü ile literatüre fayda getireceği düşünülmüştür.

### Örneklem ve Veri Toplama Aracı

Araştırmanın örneklemini, Türkiye Kamu Hastaneleri Birliklerindeki A hastanesi sağlık çalışanları oluşturmaktadır. A Hastanelerinde çalışan 2.053 personelin kurumlara göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Birimlere Göre Gerekli Anket Sayısı

Birim	Çalışan Sayısı	Toplam Çalışan İçindeki Oran	Gerekli Anket Sayısı	Toplanan Anket
A1	1.088	0,53	218	263
A2	451	0,22	90	92
A3	343	0,167	69	71
A4	111	0,054	22	22
A5	60	0,029	12	20
<b>Toplam</b>	<b>2.053</b>	<b>1</b>	<b>411</b>	<b>468</b>



Belirlenen anakütlenin tamamına ulaşmak mümkün olmadığından örnekleme yolu ile veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Tüm anakütlenin en az %20'sine ulaşılması hedeflenen çalışmada, tabakalı tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmış ve 468 sağlık çalışanından veriler, 2017 yılı Ocak ve Şubat aylarında toplanmıştır. İzinli veya isteksiz olan sağlık çalışanları araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmada kullanılan anket formu iki bölümden oluşmuştur. İlk bölümde; 27 sorudan oluşan ve sağlık çalışanlarının zaman yönetimlerini ölçmeye yönelik “zaman yönetimi ölçeği-zaman envanteri-ZYÖ” yer almaktadır. İlgili ölçeğe ait sorular Sökmen'den (2012) alınarak kullanılmıştır.

Ölçek, ilk olarak Britton ve Tesser (1991) tarafından geliştirilmiş ve Türkçeye çevirisi farklı araştırmacılar (örneğin; Alay ve Koçak, 2002; Kıdak, 2011; Küçük, 2014) tarafından yapılmış ve geçerlilikleri gösterilerek ve Cronbach Alpha Güvenirlilik Katsayısı değerleri sırası ile 0,87; 0,81 ve 0,82 olarak hesaplanmıştır. Ancak Sökmen (2012), ölçeğin sağlık hizmetleri sektörüne uygulanması nedeniyle geçerlilik ve güvenilirlik analizlerini tekrar yapmış ve Cronbach Alpha Güvenirlilik Katsayısını 0,72 olarak hesaplamıştır. Elde edilen veriler ile bu çalışmadaki ölçeğe ilişkin hesaplanan genel Cronbach Alpha Güvenirlilik Katsayısı=0,814'dir. Bu da ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Çalışmada kullanılan zaman yönetimi ölçeği; üç alt boyut ve 27 maddeden oluşmaktadır. Bunlardan ilk alt boyut, 13 maddeden oluşan “**zaman planlaması-ZPln**”dır. 8 maddelik sorudan oluşan ikinci alt boyut, “**zaman tutumları-ZTtm**” ve son 6 madde de “**zaman tuzakları-ZTzk**”dır. ZTtm'da yer alan 2 soru ve ZTzk'da yer alan tüm maddeler ters soru olduğundan, verilerin düzenlenmesinde ters soruların yönleri değiştirilmiştir. Ölçekte yer alan soruların cevaplandırılmasında 5'li Likert ölçeği (1: Hiç, 2: Nadiren, 3: Bazen, 4: Sık sık, 5: Her zaman) kullanılmıştır. Hem ölçekte hem de ölçeğin alt boyutlarından elde edilen puanın artması, çalışanların zaman yönetimi uygulamalarında iyi olduğu ve zaman tuzaklarına düşmediğini, puanın düşmesi ise zaman yönetiminin iyi olmadığı şeklinde değerlendirilmiştir.

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 21 paket programı ile parametrik (Örneğin; t testi, ANOVA, Least Significant Diffrence-LSD) ve parametrik olmayan istatistik yöntemler (Örneğin; Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi) ile değerlendirilmiştir. Ancak bundan önce değişken dağılımları aşırı ve eksik değerler açısından incelenmiş ve herhangi bir sorun ile karşılaşılmamıştır. Örnek birim sayısı büyük olduğundan, Merkezi Limit Teoremi gereği, değişkenlerin normal olduğu varsayımı altında, varyans homojenliğinin sağlandığı durumlarda parametrik testler aksi durumlarda ise parametrik olmayan testlere başvurulmuştur.

## BULGULAR

Ankete katılan sağlık çalışanlarının demografik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Çalışanların Demografik Özellikleri

Değişken	Grup	f	%	Değişken	Grup	f	%
Cinsiyet	Kadın	334	71,4	Medeni Durum	Evli	363	77,6
	Erkek	134	28,6		Bekar	105	22,4
Yaş Aralığı	30 yaş ve altı	127	27,1	Meslek	Hemşire	187	40
	31-40 yaş	195	41,7		Tekniker/Teknisyen	54	11,5

Gelir	41 ve üstü	146	31,2	Ebe	40	8,5	
	2.000-2.500 TL	63	13,5	Memur	35	7,5	
	2.501-3.000 TL	123	26,3	Hekim	30	6,4	
	3.001-3.500 TL	140	29,9	Veri Giriş Elemanı	30	6,4	
	3.501-4.000	63	13,5	Tıbbi Sek.	22	4,7	
	4.001 ve üstü	79	16,9	Sağlık Memuru	20	4,3	
Öğrenim Durumu	Ortaöğrenim	11	2,4	Hizmetli	13	2,8	
	Lise	52	11,1	Laborant	13	2,8	
	Ön Lisans	137	29,3	Diğer	11	2,4	
	Lisans	204	43,6	Diş Tabibi	7	1,5	
	Lisansüstü	64	13,7	Acil Tıp Teknisyeni	6	1,3	
Çalışma Süresi	0-5 Yıl	90	19,2	Şimdiki	0-5 Yıl	212	45,3
	6-10 Yıl	106	22,6	Kurumda	6-10 Yıl	117	25
	11-15 Yıl	60	12,8	Çalışma	11-15 Yıl	55	11,8
	16-20 Yıl	79	16,9	Süresi	16-20 Yıl	38	8,1
	21 Yıl ve üstü	133	28,4		21 Yıl ve üstü	46	9,8
Pozisyon	Kadroolu	392	84	Kendini Tanımlama Biçimi	Acelecilik	95	20,3
	Taşeron	64	14		Ertelemek	17	3,6
	Diğer	12	2		Mükemmeliyetçilik	230	49,1
Zaman Yönetimi Eğitimi	Alan	178	38		Ayrıntılarla Uğraşma	83	17,7
	Almayan	290	62		Diğer	43	9,2

Demografik faktörlerin ardından ilgili ölçek ve alt boyutlara ilişkin bilgiler Tablo 3'te gösterilmiştir. Buna göre ZPln, ve ZTtm alınan yüksek puanların, çalışanların zaman planlaması ve tutumlarının olumlu olduğunu, ZTzk'dan alınan yüksek puanın ise çalışanlarının zaman harcatıcılardan uzak durduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

**Tablo 3: Zaman Yönetim Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımsal İstatistikler**

	N	Ortalama	Standart Sapma
Zamanın Planlaması	468	3,25	0,694
Zaman Tutumları	468	3,24	0,505
Zaman Tuzakları	468	3,28	0,527
Ölçek Toplamı	468	3,26	0,458

Araştırmada ilk olarak cinsiyet ve medeni duruma göre ölçeğe ait üç boyut ve ölçeğin bütünü için %95 güven düzeyinde farklılık olup olmadığı incelenmiştir.

Cinsiyete göre zaman planlaması, zaman tutumları, zaman tuzakları ve ölçek genelinde %95 güven düzeyinde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (ZPln:  $t=0,720$  ve  $p=0,475>0,05$ ; ZTtm:  $Z=-1,16$  ve  $p=0,246>0,05$ ; ZTzk:  $Z=-0,185$  ve  $p=0,853$ ; Ölçek:  $Z=-0,401$  ve  $p=0,688>0,05$ ).

Medeni durum değişkenine göre yapılan incelemede; zaman tutumlarında, evli ve bekar sağlık çalışanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken (ZTtm:  $t=-3,755$  ve  $p=0,068>0,05$ ), zaman planlaması, tuzağı ve ölçek geneli için anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür (ZPln:  $t=-1,828$  ve  $p=0,000<0,05$ ; ZTzk:  $t=-2,773$  ve  $p=0,006<0,05$ ; Ölçek:  $t=-4,068$  ve  $p=0,000<0,05$ ).

Alınan puanlar değerlendirildiğinde; bekarların, planlama, zaman tuzağı ve zaman envanterinden daha düşük puanlar aldığı, özellikle bekar sağlık çalışanların zaman tuzaklarına yakalanma olasılıklarının evlilere göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Ölçek geneli incelendiğinde de evli sağlık çalışanlarının, bekarlara göre zaman yönetimlerinin daha iyi olduğu anlaşılabacaktır.

Ölçek ve ölçek alt boyutları ortalamalarında yaş değişkenine göre farklılıklar, 30 yaş ve altı, 31-40 yaş ve 41 yaş üstü şeklinde dört gruba ayrılarak Tek Yönlü Varyans Analiz (ANOVA) ile incelenmiştir. Buna göre zaman tutumları, zaman tuzakları ve ölçek genelinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın ortaya çıktığı (ZTtm:  $F=4,028$  ve  $p=0,018<0,05$ ; ZTzk:  $F=12,610$  ve  $p=0,000<0,05$ ; Ölçek:  $F=7,888$  ve  $p=0,000<0,05$ ) ancak zaman planlamasında ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (ZPln:  $F=2,582$  ve  $p=0,077>0,05$ ).

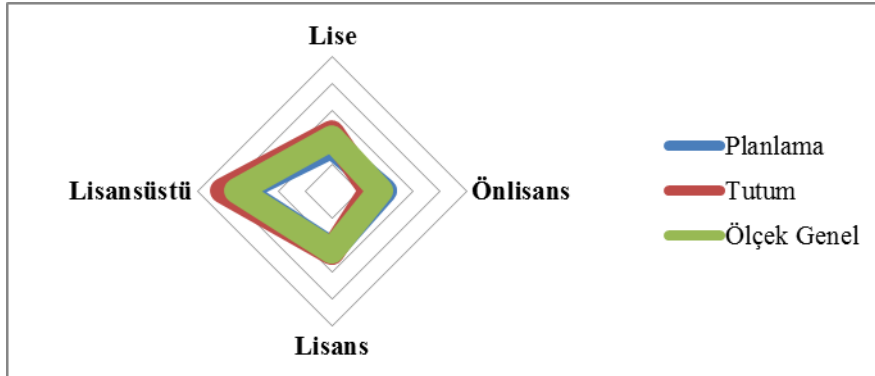
Farklı olan yaş gruplarının belirlenmesine yönelik yapılan LSD testine göre zaman tutumu, zaman tuzağı ve ölçek genelinde, 30 yaş ve altı sağlık çalışanlarının ortalama puanları, diğer yaş gruplarından anlamlı olarak farklı olduğu belirlenmiştir. Bu yaş grubundaki sağlık çalışanlarının, diğer yaş grubundaki çalışanlara göre zaman tutumu puanlarının düşük olduğu, zaman tuzaklarına daha kolay yakalandıkları belirlenmiştir. Ölçek genelinde de sonuçlarda benzerlik görülmektedir.

Eğitim değişkenine göre farklılık araştırılmadan önce ortaöğretim ve lise mezunu sağlık çalışanları bir grup altında toplanarak eğitim değişkeni ortaöğretim, önlisans, lisans ve lisansüstü şeklinde dört grup altında incelenmiştir. Bu gruplar için yapılan Tek Yönlü Varyans Analizine göre zaman tuzakları ( $F=1,544$  ve  $p=0,202>0,05$ ) dışında, ölçek ve ölçeğin diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmiştir (ZPln:  $F=6,270$  ve  $p=0,000<0,05$ ; ZTtm:  $F=8,696$  ve  $p=0,000<0,05$ ; Ölçek:  $F=9,292$  ve  $p=0,000<0,05$ ).

Eğitim durumuna göre; ölçek genelinde ve alt boyutlarının kategorilerindeki farklılık Post Hoc testlerden LSD yapılarak incelenmiştir. Buna göre zaman planlaması alt boyutunda, “lisansüstü” eğitim alan sağlık çalışanlarının, diğer tüm eğitim grubunda olanlardan farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Zaman tutumları boyutundaki farklılıklar incelendiğinde ise “ortaöğretim mezunları” ile “önlisans” ve “lisans mezunları” arasında farklılık olmadığı ancak diğer tüm eğitim grupları arasında farklılığın olduğu görülmektedir.

Şekil 1 incelendiğinde; lisansüstü eğitim grubuna dahil olan çalışanların zaman tutum puanlarının, diğer eğitim gruplarına göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca lisansüstü sağlık çalışanları en yüksek puanı bu alt ölçekten elde etmiştir.

Diğer taraftan zaman planlama ve tuzaklarında en düşük puan, “önlisans mezunları”; zaman tutumları ve ölçek genelinde de yine en düşük puan, “önlisans mezunları” tarafından alınmıştır.



Şekil 1: Eğitim Durumuna Göre Farklılıklar Grafiği

Sağlık çalışanları, meslek deneyimine göre 0-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl 16-20 yıl ve 21 yıl üstü şeklinde beş gruba ayrılmıştır. Belirlenen bu gruplara göre ölçek ve ölçek alt boyutlarındaki farklılık Tek Yönlü Varyans Analizi ile incelenmiş ve hem ölçek hem de ölçek alt boyutlarında gruplar arasında farklılık olduğu belirlenmiştir (ZPln:  $F=3,332$  ve  $p=0,010<0,05$ ; ZTtm:  $F=3,512$  ve  $p=0,008<0,05$ ; ZTzk:  $F=7,956$  ve  $p=0,000<0,05$ ; Ölçek:  $F=7,274$  ve  $p=0,000<0,05$ ).

Mesleki deneyime göre farklılıkların belirlenmesi için yapılan LSD testi sonuçlarına göre “0-5 yıl” deneyime sahip sağlık çalışanlarının, ölçeğin genelinde ve alt boyutlarda özellikle “16-20 yıl” ile “21 yıl ve üstü” çalışanlardan farklı olduğu belirlenmiştir. İlgili deneyim yılı gruplarına ait ortalamalar incelendiğinde; 0-5 yıl deneyimi olan sağlık çalışanlarının tüm alt boyut ve ölçek genelinde en düşük puanı aldığı; zaman planlamasında en yüksek puanı 21 yıl ve üstü çalışanlar alırken zaman tutumları ve zaman tuzaklarında en yüksek puanı 16-20 yıl çalışanların aldığı görülmüştür. Analiz sonuçlarında zaman tuzakları ile deneyim arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ( $r^2=0,291$ ;  $p=0,000<0,05$ ) anlaşılmaktadır. Hem “0-5 yıl” hem de “6-10 yıl” deneyim sahibi çalışanlar, zaman tuzaklarına düşmede, deneyimi daha çok olan sağlık çalışanlarından anlamlı derecede farklılık göstermektedir.

Zaman yönetimi ilgili eğitim alma durumunun, zaman yönetiminde etkili olup olmadığının incelendiğinde, zaman yönetimi eğitimi alan ve almayan sağlık çalışanlarında, zaman planlaması boyutunda farklılıkların olduğu (Zpln;  $t=2,968$  ve  $p=0,03<0,05$ ) ve zaman eğitimi alanların, uzun ve kısa vadeli zaman planlamalarında daha etkin olduğu belirlenmiştir

Benzer farklılık, ölçek genelinde de (Ölçek:  $t=2,441$  ve  $p=0,015<0,05$ ) ortaya çıkmasına rağmen zaman tutumları ve zaman tuzakları alt boyutlarında, zaman yönetimi eğitimi alma durumuna göre farklılık oluşturmadığı görülmektedir (ZTtm:  $t=1,892$  ve  $p=0,059>0,05$ ; ZTzk:  $t=0,347$  ve  $p=0,729>0,05$ ).

Çalışmada, sağlık çalışanlarının kendilerini tanımlama biçimlerine göre zaman yönetimi konusunda farklılıklar da incelenmiştir. Buna göre kişilerin kendini tanımlama biçimlerine göre zaman planlaması, zaman tutumları ve ölçek genelinde farklılık olduğu (ZPln:  $F=3,789$  ve  $p=0,005<0,05$ ; ZTtm:  $F=7,275$  ve  $p=0,000<0,05$ ; Ölçek:  $X^2=27,578$  ve  $p=0,000<0,05$ ) ancak zaman tuzaklarına göre farklılık olmadığı belirlenmemiştir (ZTzk:  $F=1,414$  ve  $p=0,228>0,05$ )



Yapılan LSD testine göre zaman planlamasında; kendini “mükemmeliyetçi” olarak tanımlayan sağlık çalışanları, “diğer” grup dışında; “aceleci”, “erteleme” ve “ayrıntıcı” olarak tanımlayanlardan istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu kategoride en yüksek puanı, kendini “mükemmeliyetçi” olarak tanımlayan ve en düşük puanı da “erteleme” davranışlarında bulunan sağlık çalışanları almıştır.

Zaman tutumlarında da kendini “mükemmeliyetçi” olarak tanımlayanların, “diğer” hariç, tüm gruplardan istatistiksel olarak farklı olduğu ve en yüksek puanı aldığı görülmektedir.

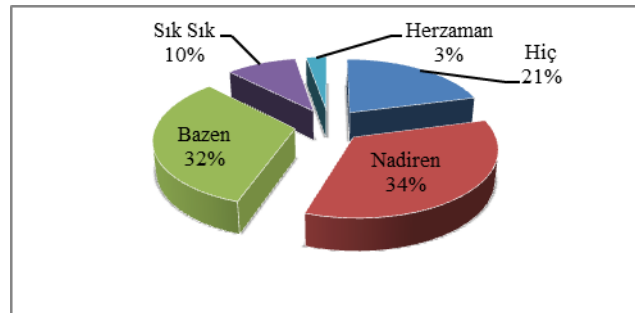
Diğer taraftan, erteleme davranışında bulunan sağlık personelinin, ölçek alt boyutlarında en düşük puanları aldığı belirlenmiştir. Erteleme alışkanlığı, en önemli zaman yönetimi tuzağı ve ölümcül bir zaman hırsızlığı olarak tanımlanmaktadır (Akatay, 2003). Gayef ve diğerleri (2004) de erteleme davranışının önemli bir zaman tuzağı olduğunu ifade etmektedir.

Ölçek genelinde, kendini “mükemmeliyetçi” olarak tanımlayanların diğer gruplardan anlamlı derecede farklılık gösterdiği belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Kendini “mükemmeliyetçi” olarak tanımlayan sağlık çalışanlarının ölçek genelinde en yüksek sıra ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca “erteleme” ile “ayrıntıcı olma” davranışı gösterenler arasında da sıra ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir ( $p = 0,030 < 0,05$ ).

Çalışmada ayrıca; kadrolu ve taşeron çalışanlar arasında ise ölçek ve alt ölçeklerde herhangi bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Çalışmada, hizmet yeri birim farklılığının ve sağlık çalışanlarının mevcut çalışma yerlerindeki çalışma süresinin ölçek ve alt ölçek ortalamalarında istatistiksel olarak farklılık oluşturmadığı da görülmektedir ( $p > 0,05$ ).

Meslek gruplarının zaman yönetimi konusunda farklılık oluşturup oluşturmadığının araştırılmasına yönelik olarak meslek grupları üç kategoriye ayrılmıştır. Bunlardan ilki, hekim ve diş hekimlerini içine almaktadır. İkincisi grup, diğer sağlık çalışanları dediğimiz; hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni, laborant sağlık memurlardır. Son grup ise sağlık kurumlarının idari işlerde görevli; veri giriş elemanı, memur, hizmetli ve teknikerden oluşmaktadır. Yapılan analizde, ölçek geneli ve alt boyutlar arasında meslek gruplarına göre herhangi bir farklılık bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ).

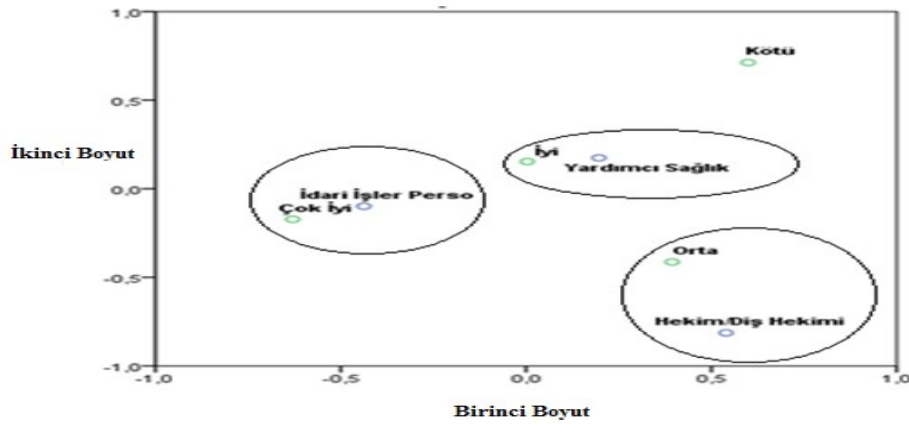
Modern dünyanın en önemli iletişim araçlarından biri olarak tanımlanan telefon, iletişimde zaman ve mekan açısından önemli bir kazanım olmasına rağmen (Demirel ve Ramazanoğlu, 2005) günümüzde, zamanın etkin kullanılmasını engelleyen bir başka ifade ile zaman tuzaklarından en önemlilerinden biridir. Çalışmada, “tefonda gereksiz yere zaman harcadığınız oluyor mu?” sorusuna ilişkin cevaplar Şekil 2’de gösterilmiştir. Şekil 2 incelendiğinde, sağlık çalışanlarının, telefon görüşmeleri gibi önemli bir zaman tuzağına yenik düşmedikleri görülmektedir.



Şekil 2: Gereksiz Telefon Konuşmaları Durumu

Zaman yönetim ölçeğine göre değerlendirilen sağlık çalışanlarının, işyerinde zamanlarını nasıl yönettiklerini ilişkin kendilerini değerlendirmeleri istenmiş ve “genel olarak işyerinde zamanınızı nasıl kullandığınızı düşünürsünüz?” sorusu sorulmuştur. Buna göre çalışanların %17’si “çok iyi”, %58’i “iyi”, %21’i orta ve %4’ü de “kötü” şeklinde ifade etmiştir. Bülbül’ün (2014) yaptığı çalışmada ise sağlık çalışanlarının %51,5’i zamanlarını iyi değerlendiremediğini ifade etmiştir.

Sağlık çalışanları meslek gruplarına göre işyerinde zaman kullanımlarının değerlendirmesine ilişkin uyum analizi grafiği de Şekil 3’te gösterilmiştir. Buna göre idari işlerde çalışan sağlık personeli, “zamanı çok iyi yönetmek”; yardımcı sağlık çalışanlarının, “zamanı iyi yönetmek” ile bir araya gelmiştir.



Şekil 3: İşyerinde Zaman Kullanımının Meslek Gruplarına Göre Değerlendirmesi

Oysa hekim/dış hekimleri, zaman yönetimlerinde kendilerini orta düzeyde olarak tanımlamışlardır. Bunun en büyük nedenlerinden biri hekim/dış hekimlerinin gibi çalışanların genellikle kurumlarında mesleklerini yapmanın yanında yöneticilik görevlerini de üstlenmeleridir. İdari işler dışında çalışan sağlık çalışanları, planlanan ve rutin işler dışında acil vakalarla da çoğu zaman karşılaşmakta ve gün içinde yaptıkları planlara çoğu zaman uymakta zorluk çekmektedirler.

## SONUÇLAR

Zaman, tüm örgütlerde olduğu gibi yine ikame edilemez özelliğe sahip sağlığın korunması, gelişmesini ve devamlılığını sağlayan sağlık örgütlerinde de bu önemini korumakta hatta insan hayatı söz konusu olduğunda diğer örgütlere göre daha da önem kazanmaktadır.

Sağlık çalışanlarının zamanı kullanma becerilerinin ölçülmesi ve sağlık çalışanlarının zaman kullanımlarında farklılık yaratan demografik özelliklerin belirlenmesine yönelik çalışmadan elde edilen bulgulara göre cinsiyete göre zaman planlaması, zaman tutumları, zaman tuzakları ve ölçek genelinde anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Say ve Bekiroğlu (2009) ile Karasu (2015) da çalışmalarında elde edilen bu sonuçlara benzer şekilde, cinsiyetin, zaman yönetimi konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılığa yol açmadığını göstermişlerdir.

Bunun aksine Erdem (1997), kadın yöneticilerin, erkek yöneticilere oranla zamanlarını daha iyi yönettiklerini belirlemiştir. Eczacılara yönelik bir başka çalışmada da zaman yönetimi davranışlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olduğu, erkeklerin kadınlara göre zamanlarını daha iyi yönettikleri ortaya koyulmuştur (Öncel ve diğerleri, 2005). Bu farklılığın nedeni ise kadınların mesleki kimliklerinin yanında aile yaşamında üstlendiği role dayandırılmıştır. Kıdak (2011), hastane yöneticilerinde cinsiyetin, zaman harcamaları ile tutumlar boyutu üzerinde etkin olduğunu, kadın yöneticilerin zaman yönetimi tutumlarının erkek yöneticilere göre daha olumlu olduğunu belirlemiştir. Ebrahimi ve diğerleri (2014), Kılıç (2015), Şahin (2015) ve Ziapour (2015) da kadınların erkeklere göre zamanı daha etkin kullandıklarını göstermişlerdir. Ancak Ziapour (2015), çalışmasında, kadın ve erkek yönetici hemşirelerin zaman tutum becerileri arasında fark olduğunu gösterse de zaman yönetim becerisini eğitimin beslediğini cinsiyetin önemli bir faktör olmadığını ifade etmiştir.

Sökmen (2012) ise zaman tutumlarında, erkek sağlık yöneticilerinin, kadınlara oranla daha başarılı oldukları ve kadınlara oranla zaman tuzaklarına daha az düştüklerini belirlemiştir. Bülbül (2014), zaman yönetiminin, verimli çalışma alt boyutunda, erkeklerin daha fazla etkilendiğini göstermiştir. Çelebi (2017), Siirt'te özel bir hastane çalışanlarının zaman yönetimi algılarında cinsiyetin farklılık oluşturan bir değişken olduğunu göstermiştir.

Medeni durum değişkenine göre de yapılan incelemede; zaman tutumlarında, evli ve bekar sağlık çalışanları arasında anlamlı bir farkın olmadığı; zaman planlaması, tuzağı ve ölçek geneli için anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir.

Daha önceki çalışmalar incelendiğinde de Sökmen (2012), evli sağlık yöneticilerinin zaman tutumlarının daha olumlu olduğu ancak zaman tuzaklarına daha yoğun düştüklerini, Boduç (2016) ise evli hemşirelerin, bekar hemşirelere göre zaman yönetimi puanlarının daha yüksek olduğunu ve evlilerin bekarlara göre daha çok zaman planlaması yaptıklarını belirlemiştir. Analiz sonuçlarının aksine Kıdak (2011), Bülbül (2014), Karasu (2015) ve Döner (2016); medeni durumun, zaman yönetimi tutumları üzerinde etkili bir faktör olmadığını ifade etmektedir.

Yaş değişkenine göre zaman tutumları, zaman tuzakları ve ölçek genelinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın ortaya çıktığı ancak zaman planlamasında ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Buna göre 30 yaş ve altı sağlık çalışanlarının diğer yaş grubundaki çalışanlara göre zaman tutumu puanlarının düşük olduğu, zaman tuzaklarına daha kolay yakalandıkları belirlenmiştir. Ölçek genelinde de sonuçlarda benzerlik görülmektedir.

Öncel ve diğerleri (2005), eczacıların zaman yönetimi davranışları arasında yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiğini, yaş grupları arasında yapılan çoklu karşılaştırmada, 45 yaş ve daha üzeri çalışanların, 25-34 yaşta olanlara göre zamanlarını genel olarak etkili kullandıkları belirlemiştir.

Bahçecik ve diğerleri (2004), 32-37 yaş arasındaki yönetici hemşirelerin, diğer yaş gruplarına göre daha plansız çalıştıklarını belirtirken Acuner ve diğerleri (2006), özellikle 36 yaş ve üzerindeki hemşirelerin, zaman yönetim tutumlarında farkındalık görüldüğünü belirlemiştir. Sökmen (2012), 50 yaş ve üstü sağlık yöneticilerinin zaman tuzaklarına daha az düştüğü ve yaş arttıkça zaman planlamasında başarılı olduklarını gösterirken Bülbül (2014) de 21-25 yaş sağlık çalışanlarının diğer yaş gruplarına göre daha programlı çalıştığını, 20 ve altı yaş çalışanların ise daha programsız çalıştıklarını saptamıştır. Ayrıca Şahin (2015), yaş ortalaması azaldıkça, unvan ve yetkilerin birlikte azaldığını ve örgütsel zaman sorunlarının bu durumda da ortaya çıktığını vurgulamaktadır.

Ziapour (2015) ise 50 yaş ve üstü sağlık yöneticilerindeki zaman yönetim becerilerinin yüksek olduğunu belirlerken Boduç (2016), 35 yaş üzerindeki hemşirelerin zamanı daha iyi planladıklarını bunu ise yaşa bağlı olarak çalışma ve deneyim süresinin artmasına dayandırmaktadırlar.

Diğer taraftan Kıdak (2011), Karasu (2015) ve Çelebi (2017), sağlık yöneticilerinin yaşları ile zaman tutumları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını ifade etmektedir.

Eğitim değişkenine zaman tuzakları dışında, ölçek ve ölçeğin diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmiştir. Eğitim durumuna göre; zaman planlaması alt boyutunda “lisansüstü” eğitim alan sağlık çalışanlarının diğer tüm eğitim grubunda olanlardan farklılık gösterdiği; önlisans mezunlarının ise zaman planlama, tutum, tuzakları ve ölçek genelinde en düşük puan aldığı belirlenmiştir.

Say ve Bekiroğlu (2009) ile Karasu (2015), eğitim durumuna göre zaman tuzaklarının tanımlanması ve kontrol altına tutulmasında anlamlı bir farklılık olmadığını, Kıdak (2011) ve Döner (2016) de eğitim durumunun zaman yönetim becerileri ile eğitim arasında herhangi bir ilişkinin olmadığını ifade etmiştir.

Sağlık çalışanlarının, meslek deneyimine göre hem ölçek hem de ölçek alt boyutlarında gruplar arasında farklılık olduğu belirlenmiştir. Hem “0-5 yıl” hem de “6-10 yıl” deneyim sahibi çalışanlar, zaman tuzaklarına düşmede, deneyimi daha çok olan sağlık çalışanlarından anlamlı derecede farklılık göstermektedir.

Benzer şekilde Sayan (2005) ve Karasu (2015) yönetici hemşirelerin meslekteki çalışma süreleri ile zaman yönetim düzeyleri arasında farklılık olduğunu, Bülbül (2014), sağlık çalışanlarının deneyim yıllarına göre zaman yönetimi ile ilgili değerlendirmeleri arasında ilişkinin olduğunu, özellikle çalışma ortamının etkisinde 1-5 yıl arasında çalışanların daha çok etkilendiğini göstermiştir. Ebrahimi ve diğerleri (2014) de zaman yönetim puanları ile klinik tecrübe arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Kılıç (2015), mesleki deneyimin, zaman yönetimi konusunda fark oluşturduğunu, Döner (2016) de mesleki deneyim süresi ile etkin zaman kullanımı arasında anlamlı bir farklılık olduğunu, yöneticilerin deneyim yılları arttıkça zamanlarını daha iyi yönettiği ancak daha fazla stres ve zaman baskısı yaşadığını göstermiştir. Boduç (2016), mesleki çalışma süresinin, zaman planlama boyutunda etkili bir faktör olduğunu belirlemiştir. İstanbul’da özel bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin zaman yönetimi ve zaman yönetimlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik bir diğer çalışmada da hemşirelerin mesleki deneyim değişkenlerinin, zaman yönetim tutum ve davranışlarında etkili bir faktör olduğu ortaya konulmuştur (Yüksel, 2016).

Tüm bunların aksine Kıdak (2011), hastane yöneticilerinin zaman yönetimi tutumları ile bu görevde çalışma süreleri arasında bir fark olmadığını göstermiştir. Benzer şekilde Karasu (2015) da mesleki deneyimlerinin zaman yönetimi tutumları üzerinde etkili bir faktör olmadığını belirlemiştir.

Zaman yönetimi ile ilgili eğitim alan ve almayan sağlık çalışanlarında, zaman planlaması ve ölçek genelinde farklılıkların oluştuğu belirlenmiştir. Boduç (2016) da zaman yönetimi ile ilgili eğitim alan hemşirelerin, zaman yönetimi alt boyutları ve ölçek toplamında daha yüksek puan aldığını ifade etmektedir.

Çalışmada, sağlık çalışanlarının kendilerini tanımlama biçimlerine göre zaman yönetimi konusundaki farklılıklar incelenmiştir. Zaman planlamasında; en yüksek puanı, kendini “mükemmeliyetçi” olarak tanımlayan ve en düşük puanı da “erteleme” davranışlarında bulunan sağlık çalışanları almıştır.



Soysal (2008); “mükemmeliyetçiliği”, çalışma hayatındaki beş tip kişilikten biri olarak ifade etmekte ve bu tür kişilerin, iş akışı ve görev tanımlamalarının olduğu ortamları tercih ettiklerini belirtmektedir. Toprak (2005), zaman yönetimi konusunda bilincin oluşması için çeşitli özellikleri sıralamış ve bunlardan birini de “mükemmeliyetçilikten” kurtulmak şeklinde ifade etmiştir. Özer (2010) de zaman yönetiminde sürecin etkin ve verimli işleminin engellerinden birinin mükemmeliyetçilik olduğunu vurgulamaktadır. Bu çalışmada da Erdem’in (1997) çalışmasına benzer şekilde sağlık çalışanlarının en çok “mükemmeliyetçilik” tuzağına düştüğü söylenebilir. Diğer taraftan, erteleme davranışında bulunan sağlık personelinin, ölçek alt boyutlarında en düşük puanları aldığı belirlenmiştir. Çalışmada, sağlık çalışanlarının, telefon görüşmeleri gibi önemli bir zaman tuzağına yenik düşmedikleri görülmektedir. Gayef ve diğerlerine (2004) göre en büyük zaman harcatıcılardan birinin telefon konuşmaları olduğu ortaya koyulsa da sağlık gibi insan yaşamının korunması ve sürdürülmesinin esas alındığı bu sektörde, çalışanların da zaman tuzaklarının farkına vararak iş yaşamlarında onların etkilerinden uzak durmaya çalıştıkları anlaşılmaktadır.

## ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarının, çalıştıkları ortamda sorumlu oldukları pek çok şey vardır ve genellikle hasta için en hızlı kararları verme ile karşı karşıya kalırlar. Karar süreci öncesi ve karar alındığında yapılacaklar, iyi yönetilmiş bir zaman ile buluştuğunda etkili ve istenen sonuçlar elde edilebilecektir.

Sağlık çalışanları, zamanlarını yönetirken hizmet verdikleri topluluğun özelliklerini dikkate alacak şekilde hassas davranmalıdır. Sağlık sektöründe çalışanlar sadece hastalar ile değil onların yakınları ile de sürekli iletişim ve etkileşim halinde olduğundan bu çalışanlarda ek bir zaman ihtiyacını ortaya çıkaracaktır.

Sağlık çalışanları, hastanın sağlığının korunması ve iyileştirilmesi faaliyetini gerçekleştirirken maliyetleri yüksek araç ve gerecin kullanımı sağlamak zorundadır. Özellikle teknolojinin yoğun kullanıldığı bu sektörde yönetilemeyen zaman, bir domino taşı misali tüm kişi ve süreçleri de olumsuz etkileyecek artan maliyetlerin daha da tırmanmasına neden olacaktır.

Görev ve faaliyetlere öncelik vermeyi ve planlamayı, hayır diyebilmeyi, zamana yatırım yapmayı ve zamanı bireysel olarak kontrol etmeyi tanımlayan zaman yönetimi, sadece örgütsel açıdan değil o örgütü oluşturan yönetici ve çalışanlar açısından da hayati öneme sahiptir. Ancak araştırmada da görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının zaman yönetimi ile ilgili yeterli eğitimi almadıkları belirlenmiştir. Alınan eğitimin bireysel ve örgütsel açıdan önemi göz önüne alındığında sadece yönetici düzeyinde değil örgütün tüm üyeleri bazında gerekli eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

Zaman yönetiminin öğrenilmesi ve uygulanması kadar süreci etkileyen faktörler bireysel, örgütsel hatta çevresel olarak ele alınarak detaylandırılmalıdır. Özellikle zaman tuzaklarının çalışanlar açısından önemi ortaya koyularak bu tuzaklara düşmemeleri için gerekli önlemler alınmalıdır.

Zaman yönetiminde ele alınması gereken bir diğer nokta kişilere ait görev tanımlarının yapılması ile ilgilidir. İnsan hayatının sürdürülmesi ve korunmasının asıl hedef olduğu sağlık örgütlerinde çalışanların görev tanımlarının yapılarak yetki ve sorumluluklarının açıkça belirtilmesi ve iş akışları planlaması gerekir. Önceliklerin belirlenmesinde zaman yönetimi matrisi yol gösterici olabilir.

Çalışmaya, A hastanesindeki sağlık çalışanları dahil edilmiş olup gelecekte yapılacak çalışmalarda il sayısı artırılarak daha geniş kapsamlı ele alınabilir. Ancak burada en çok üzerinde durulması gereken nokta, zaman yönetiminin sadece yöneticiler düzeyinde olması ile ilgilidir. Oysa sağlık hizmetleri,

birbiriyle iç içe geçmiş farklı görev ve yetkileri olan çeşitli meslek gruplarının, hayat kurtarma veya koruma olan amaca hizmet etmektedir. Bundan sonraki çalışmalarda bu dikkate alınarak çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

Acuner, Ahmet Munir, Sarp, Nilgun ve Çifteli F. Gülay. (2006). Determining The Agent Factors Related with Time Management of Responsible Doctors and Nurses in Clinics at Ankara University, World Hospitals and Health Services, 42(1), 26-29.

Adair, J. (2006). Etkili Zaman Yönetimi, Babıali Kültür Yayınevi, İstanbul.

Ahmed, M. Z. (2012). Time Management Challenges Among Jordanian Nurse Managers, Life Science Journal, 3(9), 2464-2469.

Akatay, A. (2003). Örgütlerde Zaman Yönetimi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 10, 282-300.

Alay, S. ve Koçak., S. (2002). Validity and Reliability of Time Management Questionnaire, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 22, 9- 13.

Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M. ve Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6), 55-71.

Bahadori, M., Salesi, M., Ravangard, R., Hosseini, S. M., Raadabadi, M., Dana, A. H. & Ameryoun, A. (2015). Prioritization of Factors Affecting Time Management among Health Managers, International Journal of Travel Medicine and Global Health, 3(4), 159-164.

Bahçecik, N., Öztürk, H. ve Şerbetçi, G. A. (2004). Yönetici Hemşireler İçin Zaman Yönetimi Ölçeği ve Zaman Yönetimini Etkileyen Faktörler, Yönetim, 49, 67-78.

Boduç, N. (2016). Hemşirelerde Zaman Yönetimi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Britton, B. K. & Tesser, A. (1991). Effects of Time Management Practices on College Grades, Journal of Educational Psychology, 83, 405-410.

Bülbül, A. (2014). Sağlık Çalışanlarında Zaman Yönetimi (Kırklareli Örneği), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Çelebi, K. (2017). Etkili Zaman Yönetiminin Hizmet Sektöründe Verimlilik Algısına Pozitif Katkısı Üzerine Görgül Bir Araştırma: Bir Hastane Örneği, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi ABD, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

Dalkıran, E. (2014). Zaman Yönetiminin Hemşirelerin İş Verimine Etkisi (İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Değirmenci, Y. (2005). Başarmak İçin Zaman Yönetimi, Zambak Yayınları, İstanbul.
- Demirel, E. T. ve Ramazanoğlu, F. (2005). Yöneticiler Açısından Etkin Zaman Yönetimi Tekniklerinin Değerlendirilmesi, Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları, 30-35.
- Drucker, P. F. (1994). Etkin Yöneticilik, 2. Baskı, (Çev: Ahmet Özden-Nuray Tunalı), Eti Kitapları, İstanbul.
- Döner, H. (2016). Hastane Yöneticilerinin Zaman Yönetimi Tekniklerinin İncelenmesi, Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.
- Ebrahimi, H., Hosseinzadeh, R., Zaghari, T., Mansoreh & Hosseinzadeh, S. (2014). Time management behaviors of head nurses and staff nurses employed in Tehran Social Security Hospitals, Iran in 2011, Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 2(19), 193-198.
- Erdem, R. (1997). Zaman Yönetimi ve Hastane Üst Düzey Yöneticileri Açısından Bir Uygulama, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
- Gayef, A., Sur, H., Demiray, T. S., İşçi, E. ve Şener, S. (2004). Hastane Yöneticileri Açısından Zamanın Anlamı ve Etkili Zaman Yönetiminin Esasları, , II. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi Kitabı, 8(2) Denizli, 36-46.
- Güçlü, N. (2001). “Zaman Yönetimi”, Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 25, 2001, 87-106.
- Gürbüz, M. ve Aydın, A. H. (2012). Zaman Kavramı ve Yönetimi, KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı: 9, 1-20.
- Fidan, Y. (2011). Özel Sektör ve Kamu Yöneticilerinin Zaman Yönetimi davranışlarının Karşılaştırılması, Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(6), 47-74.
- Kandemir, M. (2015). Sağlık Kurumları Yöneticilerinde Zaman Yönetimi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Yönetimi ABD, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Karasu, G. (2015). Yönetici Hemşirelerde Zaman Yönetiminin İncelenmesi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Keresteci, G. T. (2011). Zaman Yönetimi: Literatür Taraması, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Yüksek Lisans Dönem Projesi, Edirne.
- Kıdak, L. B. (2011). Hastane Yöneticilerinin Zaman Yönetimi Tutumlarının Belirlenmesi: İzmir İli Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Uygulaması, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 25, 159- 172.
- Kılıç, S. S. (2015). Zaman Yönetimi ve Zamanı Etkin Kullanma (Rize Aile Hekimliği Çalışanları Örneği), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Yönetimi ABD, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Korkmaz, M., Yahyaoğlu, G. ve Çalışkan D. (2012). Aile Hekimlerinin Zaman Yönetimi ve İş Performansının Uygulamaları Olarak İncelenmesi, Akademik Bakış Dergisi, Sayı: 29, 1-18.
- Küçük, M. (2014). Orta Öğretim Kurumu Yöneticilerinin Zaman Yönetimi Becerileri ile Tutumları (Adıyaman İli Örneği), Türk Hava Kurumu Ü. Sosyal Bilimler Enst. Y. Lisans Tezi, Ankara.
- MacKenzie, R. A. (Çev. Yakut Güneri), (1989). Zaman Tuzağı- Zamanı Nasıl Denetlersiniz? İlgili Yayınları, İstanbul.
- Mutlu, A. ve Işık, A. K. (2012). Sağlık Ekonomisine Giriş, İstanbul.
- Öncel, C., Büyükoztürk, Ş. ve Özçelikay, G. (2005). Serbest Eczacıların Zaman Yönetimi, Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, 3(34), 191-206.
- Öznil, K., Korkmaz, M. ve Baykara, S. (2012). Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Uzman Doktorların Zaman Yönetimi, Akademik Bakış Dergisi, Sayı: 28, 1-16.
- Özer, M. A. (2010). Verimli Örgüt Yönetimi İçin Zaman Yönetimi, Çimento İşveren Dergisi, 24(1), 16-35.
- Say, B. ve Bekiroğlu, N. (2009). Hastane Yöneticilerinin Zaman Yönetimi Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi, 17. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı, 848-854.
- Sayan, İ. (2005). Yönetici Hemşirelerde Zaman Yönetimi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2005.
- Soysal, A. (2008). Çalışma Yaşamında Kişilik Tipleri: Bir Literatür Taraması, Çimento İşveren Dergisi, 22(1), 4-19.
- Sökmen, A. (2012). Yöneticiler Zamanı Nasıl Yönetiyor? Ankara'daki Hastanelerde Bir Uygulama, İşletme Araştırmaları Dergisi, 4(4), 126-140.
- Sur, H. (2017). "Hastane Koridorları: O kadar Uzun ki - Bir Çeşit Zaman Tüneli", [http://www.saglikplatformu.com/saglik\\_egitimi/showquestion.asp?faq=3&fldAuto=22](http://www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=3&fldAuto=22), (01.06.2017).
- Şahin, D. C. (2015). Verimli Örgüt Yönetimi İçin Zaman Yönetimi: Bir Özel Hastane Örneği, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme ABD, İşletme Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Toprak, M. A. (2005). Sorularla Zaman Yönetimi Yaklaşımları, İstanbul Kültür Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kobi Danışma Birimi, İstanbul.
- Uyaniker, E. (2014). Aday, Yönetici Hemşirelerin Genel Öz Yeterlilik İnancı İle Zaman Yönetimi Arasındaki İlişki, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Waterworth, S. & Rnt, MSc RGN (2003). Time Management Strategies in Nursing Practice, Journal of Advanced Nursing, 43(5), 432-440.





## ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5    Sayı/Issue : 1    Yıl/Year : 2019    ISSN -2149-6161

Yeşil, F. (2009). Hastane Yöneticilerinin Etkili Zaman Yönetimine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yüksel, A. K. (2016). Hemşirelerde Zaman Yönetimi ve Zaman Yönetimini Etkileyen Faktörler, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Ziapour, A., Khatony, A., Jafari, F., & Kianipour, N. (2015). “Evaluation of Time Management Behaviors and Its Related Factors in the Senior Nurse Managers, Kermanshah-Iran” Global Journal of HealthScience, 2(7), 366-373.