

İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi

Mustafa KILIÇ*, Şebnem TUNÇ**

ÖZET

Türkiye'de gelişmişlik düzeyi bakımından birbirinden farklı bölgeler bulunmaktadır. Sağlık sektöründe bölgesel farklılıklar ve etkili bir insan gücü planlamasının yapılamamış olması ülke genelinde sağlık insan gücünün gelişmiş bölgelerde çalışmayı tercih etmesine, bu durum ise coğrafi dağılımın az gelişmiş bölgeler aleyhine etkilenmesine neden olmaktadır. Bu çerçevede sağlık hizmeti sunumunda temel rol oynayan hekimlerin bölgedeki sorunları nasıl algıladıklarını ve burada çalışma konusundaki memnuniyet durumları ile bunun nedenlerini tespit ederek, dağılım sorununun çözümüne önerilerde bulunarak katkı sağlamak çalışmanın başlıca amacı olarak belirlenmiştir. Bu amaçla bölge hastanelerinde görev yapan hekimlerin görüşleri anket yöntemi kullanılarak araştırılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular; üç temel grupta toplanabilir: 1. Hekimler bölgenin en önemli sorunlarını sırasıyla ücret yetersizliği ve zor çalışma koşulları olarak ifade etmektedirler. 2. Hekimlerin %49'u bölgede çalışmaktan memnun değildir. 3. Hekimler bölgede çalışmaktan memnun olmama nedenleri arasında 1. ve 2. öncelikli sorun olarak; bölgede sosyal ve kültürel imkanların sınırlı olması ile mesleki gelişim ve eğitim olanaklarının olmamasını göstermişlerdir. Hekimleri memnun eden en önemli konu ise hekimlik mesleğinin hekime, bölgede daha saygın ve prestijli bir konum sağlamasıdır.

Anahtar Kelimeler: İnsan kaynakları, hekimler, çalışma koşulları.

* Yrd. Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. İşletme Bölümü

** Uz., Başbakanlık Planlama Uzmanı

An Evaluation of Physicians' Problems and State of Satisfaction in The Region of East and Southeast Anatolia with Human Resource Planning Perspective

ABSTRACT

There are regions of Turkey with different development levels. These regional differences and lack of an effective health manpower planning have been caused that health manpower preferred working at more developed regions at the cost of regional inequalities in terms of health human resources. Within this frame, the purpose of the study is to identify the perceptions of the physicians on the problems of East and Southeast Anatolian Regions and the factors both satisfy and dissatisfy them. Thus it will be possible to make some suggestions for the inequality problems of the region. A questionnaire form is used for collecting data concerning the physician working at the region.

Research findings can be grouped into three categories: 1. Physicians rank compensation issues and difficult working conditions as the first and second important regional problems respectively. 2.49% of physicians are not happy with working at the region. 3. The first and second issue that physicians are not happy with are limited social and cultural facilities and lack of means for professional development and education. The most important source of satisfaction for physicians is that the profession provide them higher social status and more prestigious position

Keywords: Human resources, physicians, working conditions..

I. GİRİŞ

Sağlık sektöründe, etkili hizmet sunmanın en önemli koşullarından biri, gerekli niteliklere sahip yeterli sayıda insangücünün doğru zamanda, doğru yerde temin edilmesidir. Özel teknik bilgi ve becerilerle donatılmış insangücünün sınırlı sayıda bulunması, sağlık hizmetinin toplumun her kesimine eşit şekilde verilebilmesi için etkili bir insangücü planlaması yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Ancak, personelin çalışma istek ve motivasyonu sağlanmadığı müddetçe insangücü planlaması ile amaca ulaşamamakta ve hizmet sunumunda istenilen başarı elde edilememektedir. İnsangücü dağılımı konusunda sorun olan bölgelerdeki personel eksikliğinin nitelik ve nicelik açısından giderilebilmesi için insangücü planlaması çalışmalarına ilaveten personelin bu bölgelerde çalışmak istememe nedenlerinin de araştırılması gerekmektedir.

II. KONUNUN ÖNEMİ VE MEVCUT DURUM

2.1. Konunun Önemi

Tarih boyunca hemen hemen tüm örgütlerin ortaklaşa paylaştıkları gerçek bir sorun, değişen oranlarda da olsa üretmek istedikleri mal ve hizmetler için gerekli ham madde, sermaye ve emeğin sağlanması ve uygun bileşimler içerisinde kullanılması olmuştur (Aldemir 1998). Bu üç temel üretim faktöründen en zor kontrol edileni emek faktörüdür. Ayrıca diğer üretim faktörlerinin yararlı bir şekilde kullanılmasını sağlayan da yine işgücüdür. İşgücü; yalnız ekonomik etkenlerden değil, aynı zamanda; sosyal, psikolojik, fiziksel ve ahlaki faktörlerden etkilenmektedir. Ayrıca kişisel özellikler, yetenekler, ihtiyaçlar ve tercihler de belirli konularda farklılık yaratmaktadır. Dolayısıyla oluşması ve verimliliği, yalnız çalışan insanın isteğine ve işbirliğine bağlıdır (Balkan 1976).

Rekabetçi ortamlarda kaynaklarını en iyi şekilde kullanabilen örgütler başarıya ulaşabilmektedirler. Hammadde, enerji, sermaye, işgücü ve girişim olarak sayılabilen üretim faktörleri arasında başarıya ulaşmayı sağlayan en önemli unsur insan faktörü olarak ifade edilmektedir. Çünkü insan faktörü hem fiziksel hem de düşünsel gücüyle örgüte katılmakta ve aynı zamanda diğer üretim faktörlerini organize ederek üretimin gerçekleşmesine imkan sağlamaktadır (Yüksel 2000) Özellikle sağlık, eğitim vb. hizmeti alanla hizmeti sunanın karşılıklı etkileşimini gerekli kılan ve özellikle insana dayanan işlerde işgücünün konumu bu faktörü daha da önemli kılmaktadır. Bu nedenle örgütler mal ve/veya hizmet üretimlerini devam ettirmek ve başarılı olabilmek için sürekli olarak insan gücünün verimliliği ile ilgilenmek durumundadırlar. Aykaç (1999) da insan faktörünün önemine işaret etmekte ve "geleceğin yönetim anlayışının temel taşlarının insan ağırlıklı yaklaşımlar olacağı, her şeyin insan için yapıldığının, daha da önemlisi; her şeyin insan tarafından yapıldığının kesin olarak anlaşıldığı ve bu esasa dayanmak zorunda olduğunu" belirtmektedir. Ayrıca, geleceğin yönetiminde insan faktörünün belirgin bir şekilde ön plana çıkacağı, yönetimin teknolojideki imkanlar kullanılmak suretiyle yerinden yönetim esasına dayandırılacağını ifade etmektedir. Yeni teknoloji kullanımının boyutu ne olursa olsun, geleceğin örgüt yapısı insan odaklı bir özellik taşımak zorundadır. Buna bağlı olarak da; geleceğin yönetim anlayışı; örgütün insan kaynağına duyarlı, bunun önemini özümsemiş ve içine sindirmiş bir anlayışı yansıtmak durumundadır.

Üretimin en önemli unsuru olan insan emeğinin ikamesi zor bir üretim faktörü oluşu ve sınırlı sayıda bulunması, sağlık hizmetinin ülke düzeyinde dengeli bir şekilde dağıtılabilmesi için etkili bir insangücü planlaması yapılmasını gerektirmektedir. Ancak planın yapılmış olması başarıyı garanti etmemektedir. Bu nedenle uygulama açısından başarıya katkı verebilecek en önemli unsurlardan birisinin işgücünün bizatihi kendisi olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Hastaneler, oldukça kişisel bir hizmet sağlamak için profesyonel yarı profesyonel ve profesyonel olmayan çok sayıda grubun çaba ve hünelerini seferber eden örgütlerdir (Rakich, Darr 1978). Ancak hastane hizmeti söz konusu olduğunda hekim olmazsa olmaz kritik bir pozisyon almaktadır. Bu durum insan kaynakları planlaması ve uygulamaları açısından hekimin konumunun daha fazla dikkat ve hassasiyetle ele alınması gereğine işaret eder. Hastane personelinin motivasyonu ile ilgili olarak hastane düzeyinde (Gültekin 1990; Gür, 1987; Dalkıran 1993; Aykanat, Tengilimoğlu 2003) ve ülke düzeyinde (Ergin 1995) çeşitli araştırmalar yapılmıştır.

2.2. Mevcut Durum ve Sorunlar

Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte Türkiye’de sağlık konusu Anayasa’da; “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir” ifadesi ile hükme bağlanmıştır. İnsangücünün sayısal noksanlıklarının giderilmesi ve mevcut insangücünün ülke genelinde dengeli dağılımının sağlanması amacıyla çeşitli dönemlerde geliştirilen politikalar neticesinde kısmen sayısal bir iyileşme sağlanmış olmakla birlikte az gelişmiş bölgeler aleyhine gözlenen dengesiz dağılım sorununun giderilmesi konusunda başarı elde edilememiştir.

Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından sağlık sorunlarının çözümüne yönelik olarak 1992 yılında hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası dokümanında gerekli düzenlemelerin yapılarak insangücü ana planının hazırlanması ve 20 yıllık projeksiyonlarla dinamik bir insangücü planlamasının yapılması hedeflenmiştir. Ancak, günümüzde sağlık hizmeti sunumunda yaşanan sıkıntıların halen güncelliğini koruduğu ve sistemden kaynaklanan sorunlar nedeniyle insangücü dağılımındaki bölgesel dengesizliğin yarattığı problemlerin devam ettiği görülmektedir. Bu problemlerin başında sağlık insangücünün az gelişmiş bölgelerde çalışmak istememeleri, bölgeye özgü

zorunlu hizmet uygulamalarının ise çeşitli yöntemlerle amacından saptırıldığı ve neticede bölgedeki insangücü eksikliğinin devam ettiği görülmektedir.

Sağlık insangücünün farklı gelişme düzeyindeki bölgelerde dengesiz dağılım sorunu incelendiğinde sorunun çözümü için insangücü planlamasının önemli bir faktör olmakla birlikte yeterli olmadığı, planlamaya ilave olarak bazı tedbirlerin alınmasına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Nitekim, sağlık personelinin tutum ve davranışları incelendiğinde, az gelişmiş bölgelere tayini çıkan personelin ya bölgeye hiç gitmediği ya da gider gitmez gelişmiş bölgelere dönmeyen çeşitli yollarını arayarak neticede döndüğü görülmektedir. Uygulamadaki bu durum bölgedeki sağlık hizmetini iyileştirmek için yapılan çabaların istenilen sonuca ulaşmada yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Bu çalışmada sağlık insangücünün en önemli unsurları olarak ifade edilebilecek olan hekimlerin durumu ele alınmaktadır.

Son yıllarda hekim sayısında yaşanan önemli gelişmelere rağmen dağılım dengesizliği ve nitelik yönünden yetersizlikler devam etmektedir. Sağlık insangücünün yurt düzeyinde dengesiz dağılımı, az gelişmiş bölgelerde hekim sayısının yetersizliği, hizmetlerin ekip anlayışı ile yürütülememesi hizmetin aksamasına neden olmaktadır. Son on yıl zarfında Tablo 1’de de görüleceği gibi hekim sayısında % 60 oranında artış, bir hekime düşen nüfusta ise %26 oranında azalma yaşanırken bu oranlar günümüzdeki ihtiyaçları karşılamak için yeterli gelmemektedir.

Tablo 1. Türkiye’de Hekim Sayısı ve Bir Hekime Düşen Nüfus

Hekim İnsangücü	1990	1995	Artış / Azalış Oranı (Beş yıllık)	2000	Artış / Azalış Oranı (On yıllık)
Hekim sayısı	50639	69349	% 37	80900	% 60
Bir hekime düşen nüfus	1115	886	% 21	826	% 26
Nüfus (Bin)	56473	61444	% 9	66834	% 18

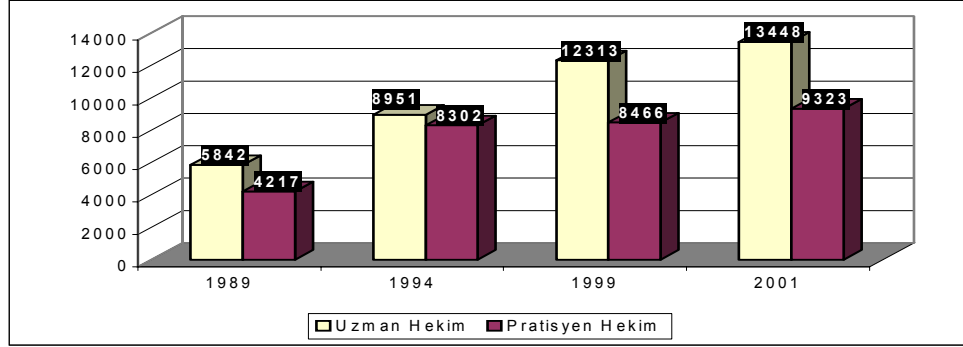
Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2001

On yıl içerisinde, nüfusta % 18 artış yaşanan bir ülkede sağlık insangücünde istenen düzeylere ulaşmak gerçekten kolay bir iş değildir. Kaldı ki sorun sadece nicelik sorunu değildir. Aynı zamanda sayının istenilen düzeyde artırılması yanında nitelikten de taviz vermeden bunun başarılması gereklidir.

Sağlık insan gücü olarak adlandırılan meslek grupları birbirlerine yardımcı ve birbirlerini destekleyen bir çalışma sistemi içerisinde faaliyette bulunmak durumundadırlar. Bu nedenle, sağlık insan gücünün herhangi bir meslek grubundaki artış miktarı incelenirken meslek gruplarının birbirlerine oranlarının da göz önünde bulundurulması gerekir.

Geçmiş yıllarda uzman hekim sayısı pratisyen hekim sayısının iki katına çıkacak kadar artış göstermiş olmakla birlikte son beş yılda bu rakamlarda az da olsa bir gerileme sağlanmıştır. Pratisyen hekimlerin çalışma koşulları ve özlük haklarının yetersiz olması gibi nedenler pratisyen hekimlerin uzmanlaşma konusunda eğilimlerinin artmasına neden olmaktadır. Plansız bir şekilde yaratılan istihdam alanları ve yanlış sağlık politikaları ise bu durumu körüklemekte ve sonuçta uzman ve pratisyen hekim sayıları arasında dengesiz bir dağılım ortaya çıkmaktadır. Tüm bunların neticesinde, pratisyen hekim sayısı giderek azalmakta, bu nedenle uzman hekimlerden de yeterince yararlanılamamaktadır. Çünkü bu durum uzman hekimlerin, pratisyen hekimlerin yapabileceği görevlerde istihdam edilmesine yol açmaktadır. Sağlık Bakanlığında görev yapan hekimlerin sayısal gelişimi Grafik 1’de verilmiştir.

Grafik 1. SB Yataklı Tedavi Kurumlarında Uzman ve Pratisyen Hekimlerin Sayısal Gelişimi

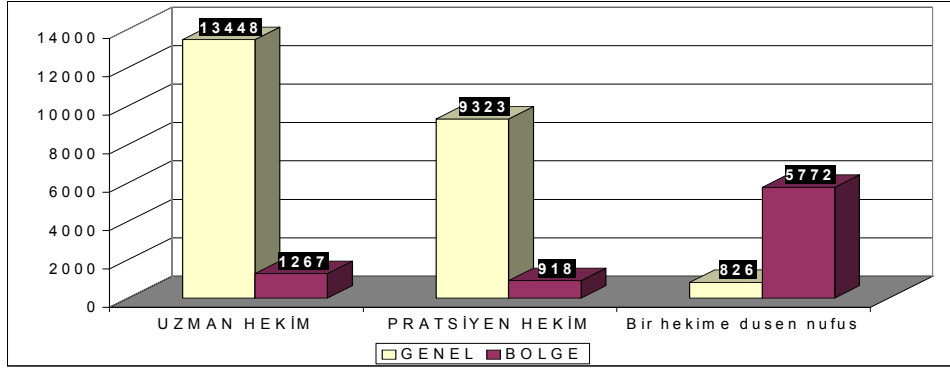


Kaynak : Sağlık Bakanlığı 2001

Grafik 1’den de görüleceği üzere 1994 yılında uzman ve pratisyen hekim sayılarında bir yakınlaşma olmakla birlikte, son on yılda aradaki fark tekrar artmıştır.

Türkiye’de sağlık insangücü bölgeler arasında dengesiz dağılım göstermektedir (Grafik 2). Özellikle bu dengesizlik kentlerden kırsal alanlara, batıdan doğuya doğru gittikçe artmaktadır. Nitekim ülke genelinde 826 kişiye bir hekim düşerken Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde 5772 kişiye bir hekim düştüğü görülmektedir. Bu oranlar daha detaylı olarak incelendiğinde hekimlerin coğrafi dağılımında üç büyük kentte büyük bir yığılma olduğu ve diğer kentlerde özellikle de ülkenin kırsal bölgelerine ve doğusuna doğru gidildikçe büyük yetersizlikler olduğu dikkati çekmektedir.

Grafik 2 . SB Yataklı Tedavi Kurumlarında Ülke ve Bölge Düzeyinde Uzman ve Pratisyen Hekim Sayıları ve Bir Hekime Düşen Nüfus Karşılaştırması



Kaynak : Sağlık Bakanlığı 2001

Coğrafi dağılımı dengelemek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından günümüze kadar başlıca iki politika izlenmiştir. Bunlardan birincisi; sağlık insangücü sayısını artırmak olup, bu uygulama sağlık insangücünün işlevleri, iş yükü ve kalitesi dikkate alınmadan yapıldığından, istenilen sonucu verememiştir. İkinci politika ise zorunlu hizmet politikasıdır. Bu politika bir dereceye kadar başarılı olmuş, ancak sorunun tümüyle çözümlenebilmesi konusunda yeterli olamamıştır. Az gelişmiş bölgelerdeki açığı kapatmak amacıyla başlatılan bu uygulama hizmet kalitesi ve sağlık insangücünün iş doyumu ile ilgili sorunlar yaratmıştır. Bu uygulamada yeni mezun personel genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde istihdam edilmekte ancak, çoğunlukla yabancı oldukları bir bölgede, yetersiz denetim ve destek görerek çalışmak durumunda kalmaktadır (Türkay ve diğerleri 1999). Bu durum da nitelik ve verim kavramlarının önemini ortaya çıkarmaktadır. Bunun dışında,

zorlamaya dayalı uygulamalarda istenen başarının elde edilemediği de deneyimler sonucu görülmüştür.

2003 yılında coğrafi dağılımdaki dengesizlikler alınan tüm tedbirlere rağmen hala devam etmekte olup, bu sorunun çözülmesi için 24/7/2003 tarih ve 25178 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması”na ilişkin kanun yürürlüğe konulmuş ve uygulanmaya başlanmıştır; ancak henüz sonuçlarının değerlendirilebilmesi için zamanın erken olduğu söylenebilir.

Yapılan tüm bu çalışmalar, dağılım sorununu çözme konusunda sağlık insangücü planlamalarının başarılı olamadığını göstermektedir. Sağlık insangücü planlamasını yaparken uygulamada önemli bir husus ihmal edilmektedir. Bu da sağlık çalışanlarının tercihleri ve eğilimleridir. Çok çeşitli uygulamalar yapılmasına karşın bu alanda başarılı olunamamış ancak insangücünün beklentilerinin araştırılması yoluna da gidilememiştir. Meslek grupları, yaş dağılımı, medeni durum, unvan vs gibi çeşitli kriterlere göre tercihler değişebilmektedir. Bu nedenle, insangücü planlamaları yapılırken sadece gelecekte ihtiyaç duyulacak niceliksel değerler değil, bunun yanında çeşitli kriterlere göre farklı özellikleri tespit edilerek, çalışanların içinde bulunduğu sorunlar, memnuniyet durumları ile beklentileri de planlama sürecinde dikkate alınmalıdır. Bu noktada bölgede istihdam edilen insan gücünün sorunlarının tespit edilmesi, bölgede çalışmak istememe nedenlerinin ve beklentilerinin araştırılması ve bölgede yeterli ve dengeli sağlık hizmeti verilebilmesi için veriye dayalı öneriler oluşturulması önem kazanmaktadır.

III. DOĞU VE GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGELERİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN SORUNLARI VE MEMNUNİYET DURUMLARININ SAPTANMASINA YÖNELİK BİR ALAN ARAŞTIRMASI

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı Doğu ve Güney Doğu Anadolu Bölgelerinde görev yapan hekimlerin sorunları, memnuniyet durumları ve beklentilerini tespit etmek, bu bölgede görev yapmak istememe nedenlerini araştırmaktır.

3.2. Araştırma Yapılan Bölgenin Genel Özellikleri

Türkiye'nin doğusu ile batısı arasında gelişmişlik düzeyi, sosyo-ekonomik durum, coğrafi durum, nüfus vb gibi faktörler açısından çeşitli farklılıklar bulunmakta, ülke genelinde batıdan doğuya doğru gidildikçe bu farklılıklar belirginleşmektedir.

Bölgede; yukarıda belirtilen farklılıklara ilave olarak mesleki gelişim ve eğitim imkanları, güvenlik, yaşam koşulları, ulaşım imkanları, hastalarla iletişim, çalışma koşulları vb gibi konularda da bazı problemler bulunmaktadır. Bu durum söz konusu bölgelerde çalışan kişilerin tutum ve düşünceleri ile beklentilerinin de büyük ölçüde farklı olmasına neden olmakta (Ergin 1995), insangücünün az gelişmiş bölgelerde çalışma konusundaki tercihlerini bölge aleyhine etkilemektedir.

3.3. Problem cümlesi

“Doğu ve Güney Doğu Anadolu Bölgelerinde görev yapan hekimlerin bölgede çalışmak istememelerinin nedenleri nelerdir ve bu sorunun çözülmesinde hangi faktörlerden yararlanılabilir?” cümlesi araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

Hipotezler

1. Hekimlerin bölgesel sorunları algılama öncelikleri ile ilgili olarak kurulan hipotezler:

- 1.a.** Hekimlerin sorunları algılama öncelikleri ile bölgedeki hizmet süreleri arasında anlamlı bir fark yoktur.
- 1.b.** Hekimlerin sorunları algılama öncelikleri ile yaşları arasında anlamlı bir fark yoktur.
- 1.c.** Hekimlerin sorunları algılama öncelikleri ile çocukluklarını bölgede geçirmiş olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.
- 1.d.** Hekimlerin sorunları algılama öncelikleri ile bölgedeki tıp fakültelerinden mezun olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.
- 1.e.** Hekimlerin sorunları algılama öncelikleri ile uzman olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.

2. Bölgede çalışmaktan memnun olmayan hekimlerin memnun olmama nedenleri ile ilgili olarak kurulan hipotezler:

- 2.a. Bölgede çalışmaktan memnun olmayan hekimlerin memnun olmama nedenleri ile hizmet süreleri arasında anlamlı bir fark yoktur.
- 2.b. Bölgede çalışmaktan memnun olmayan hekimlerin memnun olmama nedenleri ile yaşları arasında anlamlı bir fark yoktur.
- 2.c. Bölgede çalışmaktan memnun olmayan hekimlerin memnun olmama nedenleri ile çocukluklarını bölgede geçirmiş olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.
- 2.d. Bölgede çalışmaktan memnun olmayan hekimlerin memnun olmama nedenleri ile bölgedeki tıp fakültelerinden mezun olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.
- 2.e. Bölgede çalışmaktan memnun olmayan hekimlerin memnun olmama nedenleri ile uzman olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.

3. Bölgede çalışmaktan memnun olan hekimlerin memnun olma nedenleri ile ilgili olarak kurulan hipotezler:

- 3.a. Bölgede çalışmaktan memnun olan hekimlerin memnun olma nedenleri ile hizmet süreleri arasında anlamlı bir fark yoktur.
- 3.b. Bölgede çalışmaktan memnun olan hekimlerin memnun olma nedenleri ile yaşları arasında anlamlı bir fark yoktur.
- 3.c. Bölgede çalışmaktan memnun olan hekimlerin memnun olma nedenleri ile çocukluklarını bölgede geçirmiş olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.
- 3.d. Bölgede çalışmaktan memnun olan hekimlerin memnun olma nedenleri ile bölgedeki tıp fakültelerinden mezun olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.
- 3.e. Bölgede çalışmaktan memnun olan hekimlerin memnun olma nedenleri ile uzman olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.

3.4. Materyal ve Metot

Evren ve Örneklem

Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerindeki İl Devlet Hastanelerinde görev yapan uzman ve pratisyen hekimler araştırmanın evrenini

oluşturmaktadır. Evrende toplam 23 il bulunmakta ve 1080 hekim görev yapmaktadır. Bölgede saha araştırması yapılacak iller seçilirken, örneklemin evreni iyi temsil etmesi açısından önemli bir kriter olan hekimlerin evrendeki oranının örnekleme de korunmasına dikkat edilmiş ve basit rastgele örnekleme ile anket uygulanacak iller tespit edilmiştir. Sonuç olarak; sekiz ildeki il devlet hastanelerinde görev yapan hekimler çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Tespit edilen hastanelere, hastane başhekimliklerinin koordinasyonu sağlanarak toplam 450 adet anket formu posta ile gönderilmiştir. Aynı yolla geri dönüşü temin edilen 343 anketin 14'ü hatalı ve eksik cevaplar nedeniyle iptal edilmiş ve sonuçta toplam 329 adet anket formu araştırmada kullanılmak üzere değerlendirmeye alınmıştır. Anketlerin geri dönüş oranı %76'dır ve araştırma evreninin %30'unu oluşturmaktadır.

Veri Toplama Aracı ve Veri Kaynakları

İnsangücü dağılımı konusunda en fazla sorun bulunan ve çalışmak için en az tercih edilen Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinin incelenmesi ve sorunların tespiti için bölgenin ve bölge halkının özel yapısı ile ilgili incelemelerde bulunulmuş, bölgede pilot olarak seçilen bazı hastanelerde görev yapan hekimler ile görüşülmüş, sorunlar tespit edilmeye çalışılmış ve hekimlerin beklentileri hakkında fikir edinilmiştir. Böylece bölgede yapılacak saha araştırmasına alt yapı oluşturulmuştur.

Soru formu hazırlanırken, Ergin (1995) tarafından hazırlanan "Sağlık Personelinin İş Anlayışları Ve Tutumları Araştırması"nın soru formundan yararlanılmıştır. Bu formun, özellikle katılımcının iş deneyimi ve iş koşulları, yaşama bakış açısı ve ülkemizdeki genel sağlık sistemi ile ilgili değerlendirmelerinden esinlenilmiş ve neticede araştırma konusuna özgü yeni bir soru formu hazırlanmıştır.

Bölgede görev yapan hekimlerin sorunları, bölgede çalışmaktan memnun olmama nedenleri ile beklentilerinin tespit edilmesine yönelik sorulardan oluşan anket formu, ön uygulama yapılarak soruların anlaşılabilirlik yönünden test edilmesi ve formda gerekli düzeltmelerin yapılması sağlanmıştır.

Uygulanan anket formu iki temel bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde mesleki ve kimlik bilgileri ile ilgili soruları, ikinci bölümde ise katılımcıların

algılarına göre mevcut sorunları ve bölgede çalışma konusundaki memnuniyet durumlarını belirlemeye yönelik soruları kapsamaktadır.

Soru formunda katılımcıların, cinsiyeti, hizmet süresi, mesleki unvanı, çocukluğunu bölgede geçirmiş olup olmaması vb. demografik verilere yönelik sorular ile bölgedeki sorunlar ve memnuniyet durumunu belirlemeye yönelik sorular yer almıştır. Bölgedeki sorunların nasıl algılandığını belirlemek üzere özlük hakları ve ücret, yeterli yardımcı sağlık personelinin varlığı, çalışma koşulları, güvenlik, araç gereç vb. konuları içeren ve araştırmacılar tarafından belirlenen onaltı seçenek arasından ilk beşini katılımcıların belirlemesi istenmiştir. Benzer şekilde katılımcılardan bölgede çalışmaktan memnun olma ve olmama nedenlerini aynı yöntemle belirtmeleri istenmiştir.

Verilerin Kullanımı ve Analizi

Soru formlarının toplanmasının ardından, verilerin kodlamaları ve veri girişleri yapılarak, SPSS 7.0 Professional Statistics ve Excel programı kullanılarak istatistiksel analizleri yapılmıştır.

Verilerin analizi iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada bölgede çalışan hekimlerin Bölgesel Sorunları nasıl önceliklendirdikleri, Memnun Olma ve Olmama nedenlerinin neler olduğunu belirlemek için Ağırlıklandırılmış Yoğunluk Katsayıları (AYK) hesaplanmıştır. Bu yöntemle tercih sıralamalarına göre kodlanmış verinin ağırlıklandırılarak değerlendirilmesi esas alınmaktadır. Şöyle ki; Ağırlıklandırılmış Yoğunluk Katsayılarının hesaplanabilmesi için katılımcıların birinci öncelikli olarak belirttiği herhangi bir faktör 5 katsayısı ile, aynı faktör ikinci öncelikli olarak belirtildiğinde 4, üçüncü öncelikli olarak belirtildiğinde 3, dördüncü öncelikli olarak belirtildiğinde 2 ve beşinci öncelikli olarak belirtildiğinde 1 katsayı ile çarpılarak ham yoğunluk skorları elde edilmiştir. Bu skorlara frekans yoğunluklarını da dahil edebilmek üzere her bir faktör için kullanılan toplam frekansların genel frekans toplamına oranı ile çarpılarak nihai Ağırlıklı Yoğunluk Katsayısı hesaplanmıştır. Yoğunluk Katsayısı en yüksek olan faktör en öncelikli faktör olarak kabul edilmiştir. Bu yöntemle ilk olarak katılımcıların bölgede sorunları hangi öncelikte algıladıkları belirlenmiştir. Yine katılımcıların bölgede çalışmaktan memnun olma ve olmama nedenleri de aynı şekilde sıralanmıştır. Genel eğilimler ve öncelikler bu şekilde

belirlendikten sonra aynı yöntemle katılımcıların hizmet süresi, yaşı, uzman olup olmaması vb. özelliklerine göre söz konusu sıralamalar tekrar yapılmıştır.

Çeşitli kategorilerde elde edilen bu sıralamalar arasında fark olup olmadığı ile ilgili kurulan hipotezler de Spearman Sıra Korelasyonu testi uygulanarak test edilmiştir.

IV. BULGULAR VE TARTIŞMA

Saha araştırması, bölgesel düzeyde geniş çaplı ve kapsamlı bir yaklaşımdan hareket edilerek gerçekleştirilmiş olup araştırma neticesinde hekimlerin demografik verileri, sorunları nasıl önceliklendirdikleri, memnun olma ve olmama nedenlerini içeren sonuçlar elde edilmiştir.

4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri

Örnekleme alınan hekimlerin genel özellikleri incelendiğinde bu hekimlerin; genç ve orta yaş grubunda (20-50 yaş), erkek (%87), evli (%88), çocukluğunu bölgede geçirmiş (%61), uzman (%76) ve pratisyen (%24) hekimlerden oluştuğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Hekimlere İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

		n	%
Yas Dağılımı	<35	150	46
	>36	176	54
Cinsiyet	Erkek	285	87,2
	Kadın	42	12,8
Medeni Durum	Bekar	40	12,2
	Evli	288	87,8
Unvan	Pratisyen Doktor	80	24,3
	Uzman Doktor	249	75,7
Bölgedeki Toplam Hizmet Süresi	0-5 yıl	109	33,6
	6-10 yıl	115	35,5
	11+ yıl	100	30,9
Toplam Hizmet Süresi	1-10 yıl	165	50,5
	11-20 yıl	93	28,4
	21 + yıl	69	21,1
Mezun Olduğu Tıp Fak. Bulunduğu Bölge	Bölge Dışı	204	62,6
	Bölge	122	37,4
Çocukluğunu Geçirdiği Bölge	Bölge Dışı	127	38,8
	Bölge	200	61,2

4.2. Hekimlerin Sorunları Algılama Öncelikleri

Hekimlerin sağlık sistemindeki sorunları algılama önceliklerini tespit etmek amacıyla soru formunda araştırmacılar tarafından belirlenen on altı sorun verilmiş ve katılımcılardan bunlar içerisinde öncelik sıralamasına göre ilk beşini işaretlemeleri istenmiştir. Anket sonuçları incelendiğinde hekimlerin sorunları algılama önceliklerinde ilk üç sırayı ücretlerin yetersizliği (AYK=176.4), çalışma koşullarının zorluğu (AYK=63.7) ile organizasyon ve yönetim yapısındaki aksaklık ve yetersizliklere (AYK=33.9) ilişkin sorunlar almıştır. Hekimlerin ülke genelindeki dağılımındaki dengesizlik (AYK=32.6), mesleki gelişim ve eğitim olanaklarının yetersizliği (AYK=29.6) ve ona çok yakın bir yoğunlukta da (AYK=25.9) atama sorunları önemli diğer sorunlar olarak tespit edilmiştir. Hekimlerin sorunları önceliklendirmesi ile ilgili olarak belirttikleri öncelik sırası ve frekanslar Tablo-3'te verilmiştir

Tablo 3. Bölgede Görev Yapan Hekimlerin Bölgesel Sorunları Önceliklendirme Tablosu

Öncelik Sırası	Bölgesel Sorunlar	Bölgesel Sorunların Önem Derecesi					Toplam Frekans	Ağırlıklandırılmış Yoğunluk Katsayısı (AYK)
		1	2	3	4	5		
1	Ücret Yetersizliği	141	47	38	24	13	263	176,4
2	Zor Çalışma Koşulları	40	44	33	38	22	177	63,7
3	Yön-Organizasyon Yetersizliği	29	32	20	25	26	132	33,9
4	Ülke Genelindeki Hekim Dağılımı	22	29	29	24	29	133	32,6
5	Mesl.Gel.-Eğt. Olnk. Yetersizliği	11	29	29	32	32	133	29,6
6	Atama Sorunları	10	33	32	22	26	123	26,9
7	Sosyal İmk. Yetersizliği	5	26	28	40	29	128	25,9
8	Tıbbi Cih-Malzeme Yetersizliği	8	16	36	33	18	111	20,6
9	Yrd.Sağ.Per. Yetersizliği	19	15	20	16	24	94	16,0
10	Hastalarla İletişim Güçlükleri	2	10	16	24	29	81	8,9
11	Hekim Sayısı Azlığı	19	8	5	8	7	47	4,9
12	Fazla Çalışma Saatleri	7	9	12	5	12	45	3,6
13	Hekim Sayısı Fazlalığı	12	11	3	8	6	40	3,4
14	Güvenlik Endişeleri	1	5	12	7	20	45	2,7
15	Coğrafi Koşullar-Ulaş.Zorlukları	2	7	8	10	12	39	2,3
16	Diğer	1	0	0	0	0	1	0,0
	Toplam	329	321	321	316	305	1592	

Hekimlerin yaklaşık olarak yarısının ücret yetersizliğini birinci öncelikli sorun olarak algılamaları hekimlerin ekonomik anlamda tatmin olamamış durumda olduklarını ortaya koymaktadır. Ücretlerin yetersizliği ve çalışma koşullarının zorluğuna ilişkin sorunlar farklı sosyo-demografik özelliklerdeki hekimlere göre farklılık göstermemekte ve öncelikli ilk iki sorun olarak yer almaktadır. Elde edilen diğer sonuçlar izleyen bölümde sunulmuştur.

Hipotez 1.a. Hekimlerin sorunları algılama öncelikleri ile bölgedeki hizmet süreleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

Hekimler bölgedeki hizmet süreleri açısından üç kategoride değerlendirilmiştir. Birinci grupta 0-5 yıl, ikinci grupta 6-10 yıl ve üçüncü grupta 10 yıldan fazla deneyimi olan hekimler bulunmaktadır. Bu üç kategorideki hekimlerin bölgedeki sorunları önceliklendirmeleri ile ilgili yaptıkları sıralamalar analiz edildiğinde (Hizm1*Hizm2 için $r_s = 0,391$, Hizm1*Hizm3 için $r_s = 0,394$, Hizm2*Hizm3 için $r_s = 0,549$)* ortaya çıkmaktadır. Bu sonuçlara göre 1a hipotezi reddedilmektedir.

Buna göre, 0-5 yıl arasında hizmeti bulunanlar sosyal imkanların yetersiz olmasını üçüncü öncelikli sorun olarak algıladıkları, 6-10 yıl arasında hizmeti bulunanlar ile 10 yıl ve üstünde hizmet yapmış olan hekimler ülke genelindeki dağılım sorununu öncelikli olarak algılamaktadırlar.

Hipotez 1.b. Hekimlerin sorunları algılama öncelikleri ile yaşları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Hekimler yaş ile ilgili olarak 35 yaşından küçük ve 36 yaşından büyük olmak üzere iki kategoride sınıflandırılmıştır. Yapılan test sonucunda hekimlerin bölgenin sorunlarını algılama önceliklerinde yaşa göre farklılıklar ($r_s=0,494$) ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla 1b hipotezi de reddedilmektedir.

Hekimlerin yaşlarına göre algılama farklılıkları incelendiğinde ise; sosyal imkanların yetersizliğinin gençler tarafından 3. düzeyde öncelikli bir sorun olarak algılandığı, ancak orta yaş grubunda bu sorunun 9. sırada bir önceliğe sahip olduğu bulunmuştur. Yine aynı şekilde gençler insangücü dağılımındaki dengesizliği önemli bir sorun olarak görmezken, bu sorun orta yaş grubunda önemli hale gelmektedir.

Hipotez 1.c. Hekimlerin sorunları algılama öncelikleri ile çocukluklarını bölgede geçirmiş olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.

İnsanların gerek özel hayatlarında gerekse iş hayatlarında çocukluk döneminin özel bir önemi vardır. Sorunları algılamada ve değerlendirmede çocukluklarını bölgede geçiren katılımcılar açısından farklılık olup olmadığı incelendiğinde hekimlerin sorunları algılama önceliklerinde çocukluklarını geçirdikleri bölgeye göre önemli ($r_s=0,112$) farklılıklar ortaya çıkmaktadır.

* r_s = Spearman Korelasyon Katsayısı

Çocukluğunu bölgede geçirmiş olan katılımcıların sosyal ve kültürel imkanların yetersiz olmasını çocukluğunu bölge dışında geçiren katılımcılara göre daha öncelikli bir sırada göstermeleri ilginç bir bulgu olarak göze çarpmaktadır.

Hipotez 1.d. Hekimlerin sorunları algılama öncelikleri ile bölgedeki tıp fakültelerinden mezun olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Katılımcılar mezun oldukları tıp fakültelerinin bölgede ya da bölge dışında olmasına göre de iki grupta incelenmiş ve bu açıdan bölge sorunlarını algılama ve önceliklendirme yaklaşımları açısından aralarında fark olmadığı ($r_s=0,624$) görülmüştür.

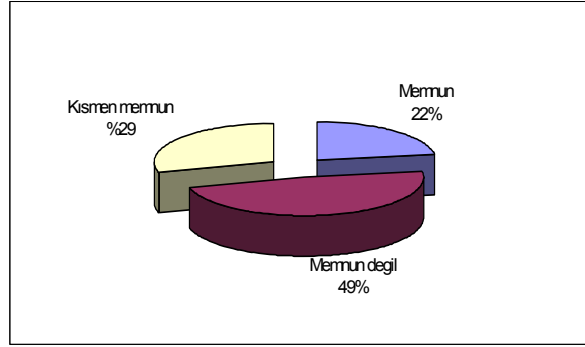
Hipotez 1.e. Hekimlerin sorunları algılama öncelikleri ile uzman olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Bölgenin sorunlarını önceliklendirme açısından uzman ve pratisyen hekimlerin arasında farklılıklar ($r_s=0,276$) ortaya çıkmakta ve hipotez reddedilmektedir. Buna göre, güçlü yoğunlukta öncelikli sorun olarak ortaya çıkan ücret ve çalışma koşullarının zorluğuna ilişkin olarak iki grup arasında benzer tespitler olmasına karşın, diğer sorunları önceliklendirmede farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Uzman hekimlerin 8. öncelik olarak değerlendirdikleri sosyal ve kültürel imkanların yetersizliği konusunu pratisyen hekimler 3. öncelikli sorun olarak algılamaktadırlar. Ülke genelindeki hekim dağılımının dengesiz olması pratisyen hekimler için 7. öncelikli sorun olarak algılanırken uzman hekimler açısından bu konu 3. öncelikli sorun görünümündedir.

4.3. Bölgede Çalışma Konusundaki Memnuniyet Durumu

Araştırmada incelenen diğer bir konu hekimlerin bölgede çalışma konusundaki memnuniyet durumları ile memnun olma ve olmama nedenleridir. Bu nedenlerin incelenmesi uygulanabilir politikaların üretilmesi açısından faydalı olabilecektir. Sonuçlar incelendiğinde; hekimlerin %49'unun bölgede çalışmaktan memnun olmadığı, % 22'sinin memnun olduğu, %29 'unun ise kısmen memnun olduğu görülmektedir. Analizlerde memnun olup olmama konusunda belirtilen tercihlere karşın özellikle kısmen memnun olan katılımcıların hem memnun olma hem de olmama konusundaki düşünceleri de analizlere dahil edildiğinden frekans değerleri farklılaşmaktadır.

Grafik 3 . Bölgede Çalışma Konusundaki Memnuniyet Düzeyi



Bölgede Çalışmaktan Memnun Olmayan Hekimlerin Memnuniyetsizlik Nedenleri

Bölgede çalışmaktan memnun olmama nedenleri soru formunda on başlık altında toplanmış, katılımcılardan bunlardan beşini öncelik sırasına göre seçmeleri talep edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre başlıca memnun olmama nedenleri; sosyal imkanların ve kültürel etkinliklerin (lojman, kreş, lokal vb.), yetersizliği (AYK=121.2), mesleki gelişim ve eğitim imkanlarının yetersizliği (AYK=95.9) ve bölgenin gelişmişlik düzeyi (AYK=72.2), motivasyon ve iş doyumundaki yetersizlikler (AYK=60.9) ve fiziki çalışma koşullarının zorluğu (AYK=50.5) olarak tespit edilmiştir. Hekimlerin belirttikleri diğer memnun olmama nedenleri ile ilgili değerler ve frekanslar Tablo 4’te verilmiştir.

Bölgede çalışmaktan memnun olmayan hekimlerin beklentileri ile ilgili olarak kurulan hipotezler test edildiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Hipotez 2.a. Bölgede çalışmaktan memnun olmayan hekimlerin memnun olmama nedenleri ile hizmet süreleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

Hekimlerin bölgede çalışmaktan memnun olmama nedenleri açısından hizmet süreleri arasında (Hizm1*Hizm2 için $r_s=0,867$, Hizm1*Hizm3 için $r_s=0,673$, Hizm2*Hizm3 için $r_s=0,794$) anlamlı bir ilişki vardır. Hizmet süresi, hekimlerin bölgede çalışmaktan memnun olmama nedenlerine ilişkin algılama önceliklerini değiştirmemektedir. Bu sonuç hipotezimizin kabul edildiğini göstermektedir.

Tablo 4. Bölgede Görev Yapan Hekimlerin Memnun Olmama Nedenleri

Öncelik Sırası	Memnun Olmama Nedenleri	Memnun Olmama Nedenlerinin Önem Derecesi					Toplam Frekans	Ağırlıklandırılmış Yoğunluk Katsayısı
		1	2	3	4	5		
1	Sos-Kültürel Ol. Yetersizliği	55	59	42	23	24	203	121,2
2	Mesl.Gel.ve Eğt. İmk. Yetersizliği	53	45	38	28	16	180	95,9
3	Bölg. Geliş. Düzeyi	51	27	33	23	26	160	72,2
4	Motivasyon -İş doyumu Yetersizliği	23	29	38	36	34	160	60,9
5	Fiz.Çal.Koşl.Zorluğu	23	44	30	24	14	135	50,5
6	Yük. Gelir İmkânının Bulunmaması	22	10	31	36	30	129	37,6
7	Hast.İletişim Güçlükleri	10	17	25	25	26	103	23,4
8	Aileden Uzak Olma	8	10	7	13	20	58	7,2
9	Güvenlik Sorunları	6	11	5	11	11	44	4,5
10	Tıbbi Cih. Malzeme Yetersizliği	3	0	1	3	5	12	0,3
Toplam		254	252	250	222	206	1184	

Hipotez 2.b. Bölgede çalışmaktan memnun olmayan hekimlerin memnun olmama nedenleri ile yaşları arasında anlamlı bir fark yoktur

Hekimlerin memnun olmama nedenlerinde yaşa göre çok güçlü olmasa da farklılıklar ($r_s=0,527$) ortaya çıkmaktadır. Hekimlerin memnuniyetsizlik nedenlerini sıralamalarına bakıldığında bu farklılığın genç hekimler için motivasyon ve iş doyumundaki yetersizliklerin orta yaşlı hekimlere göre daha önemli bir memnuniyetsizlik nedeni olarak ortaya çıktığı görülmektedir.

Hipotez 2.c. Bölgede çalışmaktan memnun olmayan hekimlerin memnun olmama nedenleri ile çocukluklarını bölgede geçirmiş olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur

Çocukluğun geçirildiği bölge, hekimlerin bölgede çalışmaktan memnun olmama nedenlerine ilişkin algılama önceliklerini değiştirmemektedir ($r_s=1$). Hatta korelasyon katsayısının 1 çıkması her iki gruba ait algılamaların birebir örtüştüğünü göstermektedir.

Hipotez 2.d. Bölgede çalışmaktan memnun olmayan hekimlerin memnun olmama nedenleri ile bölgedeki tıp fakültelerinden mezun olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Hekimlerin memnun olmama nedenlerinde eğitimini tamamladıkları tıp fakültesinin bulunduğu bölgeye göre farklılıklar ($r_s=0,418$) ortaya çıkmaktadır. Bölgede eğitimini tamamlamış olan hekimler için gelişmişlik düzeyinin 5. öncelikli sorun olarak görülmesine karşın bölge dışından gelen hekimler için bu konu 3. öncelikli sorun olarak değerlendirilmektedir.

Hipotez 2.e. Bölgede çalışmaktan memnun olmayan hekimlerin memnun olmama nedenleri ile uzman olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Hekimlerin memnun olmama nedenlerini algılama önceliklerinde unvana göre farklılıklar ($r_s=0,285$) ortaya çıkmaktadır. Buna göre 2a hipotezi reddedilmektedir. Pratisyen hekimler için birinci öncelikli konu mesleki gelişim ve eğitim imkanlarının yetersizliği ile ilgili sorunlar olmasına karşın uzmanlar için birinci öncelikli sorun sosyal imkanların ve kültürel etkinliklerin yetersizliğidir.

Bölgede Çalışmaktan Memnun Olan Hekimlerin Memnun Olma Nedenleri

Bölgede çalışmaktan memnun olma nedenleri soru formunda sekiz başlık altında verilmiş, katılımcılardan bunlardan beşini öncelik sırasına göre seçmeleri talep edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre başlıca memnun olma nedenleri; Doğu illerindeki gelenek ve görenekler nedeniyle hekimin toplum içerisinde daha önemli ve saygın bir konumunun olması yani etkili toplumsal statü (AYK=101.2), aile faktörü (74), az gelişmiş yörelerde hizmet etmekten duyulan mesleki tatmin (AYK=62.6), bölgeye gönüllü gelmiş olma (35.8), yüksek gelir elde etme imkanı (35.8) sırasıyla ilk beş memnun olma nedeni olarak tespit edilmiştir. Hekimlerin belirttikleri diğer memnun olma nedenleri ile ilgili değerler ve frekanslar Tablo 5'te verilmiştir.

Araştırmada tespit edilen ilginç bir sonuç etkili toplumsal statü en önemli memnun olma nedeni olarak ortaya çıkarken bu etkenin hekimlerin bölgede kalmalarını ve bundan sonraki meslek hayatlarını bölgede geçirmeyi istemelerine yetecek kadar önemli bir etken olmadığıdır. Nitekim bu kişilerin

çalışmak istedikleri bölgeler incelendiğinde bu bölgelerde çalışmayı çok fazla tercih etmedikleri görülmektedir. Bölgede çalışmayı tercih etme konusunda en önemli faktör ise aile faktörü olarak tespit edilmiştir. Ailesinin yaşadığı bölgede görev yapan hekim gelecekteki bölgesel çalışma tercihini de aynı bölge lehine kullanmaktadır.

Farklı sosyo-demografik özelliklerdeki hekimlerin bölgede çalışmaktan memnun olma nedenlerine ilişkin algılama önceliklerine ait sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

Tablo 5: Bölgede Görev Yapan Hekimlerin Memnun Olma Nedenleri

Öncelik Sırası	Memnun Olma Nedenleri	Memnun Olma Nedenlerinin Önem Derecesi					Toplam Frekans	Ağırlıklandırılmış Yoğunluk Katsayısı
		1	2	3	4	5		
1	Prestij ve Saygınlık	64	21	24	12	9	130	101,2
2	Aileye Yakınlık	57	26	17	5	2	107	74,0
3	Bölgeye Hizm Mesleki Tatmin	17	36	35	16	6	110	62,6
4	Bölgeye Gönüllü Gelme	10	24	17	23	21	95	38,3
5	Daha Yüksek Gelir İmkkanı	22	33	7	7	12	81	35,8
6	Bölgede Yaşama Arzusu	5	11	14	20	20	70	18,3
7	Yükselme İmkkanları	2	6	15	12	9	44	7,5
8	Diğer	1	5	2	4	5	17	1,1
Toplam		178	162	131	99	84	654	

Hipotez 3.a. Bölgede çalışmaktan memnun olan hekimlerin memnun olma nedenleri ile hizmet süreleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

Hekimlerin bölgede çalışmaktan memnun olma nedenleri hizmet süreleri açısından 0-5 yıl ile 10 yıl ve üstünde hizmet yapmış olanlar arasında 0.95 güvenilirlikle anlamlı bir benzerlik (Hizm1*Hizm3 için $r_s=0,810$) olduğu tespit edilmiştir. Bunun anlamı çok genç ve çok deneyimli hekimlerin bölgede çalışmaktan memnun olma nedenlerine ilişkin algılama önceliklerini değiştirmemektedir. Yani, 0-5 yıl ile 10 yıl ve üstünde hizmetleri olanların memnuniyet nedenleri benzerlik göstermekte ancak 6-10 yıl çalışanlarda memnun olma nedenlerine ilişkin algılamalar (Hizm1*Hizm2 için $r_s=0,548$, Hizm2*Hizm3 için $r_s=0,452$) değişmektedir. Burada dikkat çeken en önemli

husus 6-10 yıl arasında çalışan hekimlerde yüksek gelir elde etme arzusunun diğerlerine göre daha fazla öncelik kazanmasıdır. Bu bulgularla gençlerin az gelişmiş bölgelerde hizmet vermenin ön sıralarda memnun olma nedeni olarak benimsenmesi de dikkate alındığında daha idealist bir tutum sergiledikleri söylenebilir. 10 yıldan fazla deneyimi olan hekimler için aile ile ilgili faktörlerin ön plana çıktığı görülmektedir.

Hipotez 3.b. Bölgede çalışmaktan memnun olan hekimlerin memnun olma nedenleri ile yaşları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Hekimlerin memnun olma nedenlerinde genç ve orta yaş grubuna göre farklılıklar ($r_s=0,405$) ortaya çıkmaktadır. Buradaki fark gençlerin bölgeye gönüllü gelme faktörünü ön plana çıkarmasına karşın orta yaşlı katılımcıların daha yüksek gelir elde etme olanaklarını tercih etmesinden kaynaklanmaktadır.

Hipotez 3.c. Bölgede çalışmaktan memnun olan hekimlerin memnun olma nedenleri ile çocukluklarını bölgede geçirmiş olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Hekimlerin memnun olma nedenlerinde çocukluğun geçirildiği bölgeye göre farklılıklar ($r_s=0,405$) ortaya çıkmaktadır. Bir önceki hipotezdeki sonuç çocukluğunu bölge dışında geçirmiş olma değişkeni için de tekrarlanmaktadır. Bölgede çocukluğunu geçirenler gelir imkanlarını bölge dışında geçirenler ise gönüllü gelme faktörünü ön plana çıkarmaktadırlar.

Hipotez 3.d. Bölgede çalışmaktan memnun olan hekimlerin memnun olma nedenleri ile bölgedeki tıp fakültelerinden mezun olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Hekimlerin memnun olma nedenlerinde eğitimini tamamladıkları tıp fakültesinin bulunduğu bölgeye göre farklılıklar ($r_s=0,452$) ortaya çıkmaktadır. Buna göre; bölgedeki tıp fakültelerinden mezun olan hekimlerde önceliği aileye yakınlık alırken, bölge dışındaki fakültelerden mezun olanlarda prestij ve mesleki tatmin gibi nedenler ön plana çıkmaktadır.

Hipotez 3.e. Bölgede çalışmaktan memnun olan hekimlerin memnun olma nedenleri ile uzman olup olmamaları arasında anlamlı bir fark yoktur.

Hekimlerin memnun olma nedenlerini algılama önceliklerinde unvana göre farklılıklar ($r_s=0,405$) ortaya çıkmaktadır. Burada dikkat çeken önemli bir husus pratisyen hekimlerde gönüllülüğün, uzman hekimlerde ise yüksek gelir etme imkanının daha öncelik almasıdır.

V. DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar sağlık insangücü ile ilgili önemli çalışmalar yapılmış olmasına rağmen uygulanan politikalar ve yürütülen faaliyetler mevcut sorunların giderilmesini sağlayamamış ve neticede, sağlık insangücü planlaması çalışmalarının istenilen sonuçları üretmesini sağlayamamıştır. Sağlık hizmetlerinin çok özel teknik bilgi ve becerilerle donatılmış çalışanlara ihtiyaç duyması, sağlık insangücünün 21. yy anlayışıyla, nicelik ve nitelik bakımından yeniden değerlendirilmesini gerekli hale getirmiştir.

Sağlık insangücü planlamasının hekimlerle ilgili bölümüne katkıda bulunmak amacıyla yapılan bu çalışmada hekimlerin bölgenin sorunlarına bakış açıları ve öncelikleri, bölgede çalışma konusundaki memnuniyet durumları ve nedenlerini içeren sonuçlar elde edilmiştir.

Bu sonuçlar toplu halde değerlendirildiğinde şöyle özetlenebilir: Örnekleme alınan katılımcılar evrenin tipik bir modeli olup genel özellikleri incelendiğinde bu hekimlerin; genç ve orta yaş grubunda (20-50 yaş), büyük bölümü erkek (%87) ve evli (%88), önemli bölümü çocukluğunu bölgede geçirmiş (%61), hekimlerden oluştuğu görülmektedir.

Bu genel özellikler hali hazırda bölgede görev yapan hekimlere ait özel bazı bilgileri vermesi açısından önemli bir sonuçtur. Örneğin erkek oranının fazla olması bayanların bu bölgelere gitmediklerini veya gitseler bile fazla kalmadıklarını göstermesi açısından önemlidir. Bölgedeki gelenek ve görenekler nedeni ile bayanlara bakış açısının, bayan hekim sayısına olumsuz şekilde yansıdığı düşünülebilir. Bu duruma bir de bölgenin olumsuz çalışma koşulları eklenince, bayanlar bölgede çalışmayı tercih etmiyor olabilirler.

Bunun dışında katılımcıların %61'inin çocukluklarını bölgede geçirmiş, yöreyi tanıyan insanlardan oluşması, insanların yaşadıkları yerlerin, bölgesel

tercihler açısından önemli bir kriter olduğunu göstermesi bakımından anlamlı olabilir.

Hekimlerin sorunlarını bölgesel düzeyde incelemek hekimlerin bakış açılarını ve beklentilerini yakalamak için faydalı olabilecektir. Nitekim bazı sorunların çözümü oldukça karmaşık ve ülke genelinde sağlık sistemindeki aksaklıklardan kaynaklanan sorunlardır. Oysa bazıları bölgeye özgü olup, birkaç düzenleme ile giderilebilecek tarzdadır.

Hekimlerin sorunlara bakış açıları ve bu sorunlara verdikleri öncelikler incelendiğinde; birinci öncelikli sorunun ücret ve özlük hakları ile ilgili olduğu tespit edilmiştir. Benzer sonuçlar ülke düzeyinde (Ergin 1995) ve hastane düzeyinde (Gültekin 1990) yapılan başka çalışmalarda da elde edilmiştir. Bu sonuçlardan, hekimlerin ekonomik anlamda tatmin olamamış durumda olduğu anlaşılmaktadır. Hekimlerin mesleklerini sürdürebilmek ve geliştirebilmek, çağdaş ve insanca yaşayabilmek için öncelik ücrette olmak üzere pek çok ekonomik haklarının sağlanmış olması ve temel ihtiyaçların giderilmiş olması gerekir. Ancak araştırma sonuçları bunun gerçekleştirilememiş olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların birinci öncelikli olarak belirttikleri sorunlar içerisinde ücretlerden sonra önceliği çalışma koşullarının zorluğunun aldığı tespit edilmiştir. Bu sonuç bölge için fiziki ortamın asgari şartlardan yoksun oluşunun, hekim yetersizliğinden daha öncelikli bir hal aldığını göstermektedir. Oysa dağılımda en fazla sorun yaşanan bölgeler yine bu bölgelerdir. Bu noktada hekimlerin bu bölgelerde çalışma konusundaki memnuniyetini artırmak için öncelikli olarak çalışma koşullarının elverişli hale getirilmesi dağılım sorununa da dolaylı katkı sağlayacak bir gelişme olabilir.

Alan araştırması neticesinde elde edilen başka bir sonuç; hekimlerin güvenlik, hastalarla iletişim güçlükleri, ulaşım zorlukları gibi bölgesel sorunlarının öncelik sıralamasında çok gerilerde kalmasıdır. Oysa bu sorunların ülke genelindeki sorunlardan çok daha öncelikli olarak çıkması şaşırtıcı olmazdı. Bu durum yukarıda belirtilen bölgesel sorunların diğer sorunlar yanında daha önemsiz kaldığını ve bu bölgelerde çalışmayı engelleyecek nitelikte olmadığını göstermesi açısından önemli bir sonuçtur. Çünkü hekimlerin bu bölgelere gitmeme konusunda ileri sürdükleri ya da kamuoyunda fazlaca konuşulan nedenlerin başında bu bölgesel sorunlar gelmektedir.

Araştırmada incelenen diğer bir konu, hekimlerin bölgede çalışma konusundaki memnuniyet dereceleri ile memnun olma ve olmama nedenleridir. Hekimlerin memnuniyet derecesine verdikleri cevaplar incelendiğinde; katılımcıların %49'unun bölgede çalışmaktan memnun olmadığı ve başlıca memnun olmama nedenleri olarak yaşam koşullarına ilişkin sorunların ön plana çıktığı tespit edilmiştir. Nitekim sosyal imkanların yetersizliği ile kültürel etkinliklerin azlığı en önemli memnun olmama nedenleri olarak bulunmuştur. Bunun dışında mesleki gelişim ve eğitim imkanlarının yetersiz olması ise ikinci öncelikli memnun olmama nedeni olarak tespit edilmiştir. Bu iki faktör hekimlerin bu bölgelere gitmelerini engelleyici faktörler olarak gözükmektedir.

Bu noktada, hekimlerin mağduriyetini giderici kısa vadeli çözümler üretilebilir. Örneğin başka şehirlerden gelen hekimlere lojman tahsisinin yapılması, diğer kurumlara ait sosyal tesislerden hekimlerin istifade edebilmesinin sağlanması, konferans, seminer gibi eğitim faaliyetlerinin takibini kolaylaştırmak amacıyla ulaşım imkanlarının kolaylaştırılması, özellikle hava ulaşımı ücretlerinde indirim yapılması gibi pratik çözümler geliştirilebilir. Uzun vadede ise bölgeler arası gelişmişlik farklarının etkisini azaltacak, gelişme düzeyini artıracak tedbirlerin geliştirilmesi gerekmektedir.

Bölgede çalışmaktan memnun olduklarını ifade edenlerin oranı %22 olarak bulunmuş ve bu hekimlerin memnun olmalarını sağlayan en önemli etkenin hekimin bölgedeki toplumsal statüsü olduğu tespit edilmiştir. Bölgedeki gelenek ve görenekler nedeni ile hekimin toplum içerisinde batı illerine nazaran daha etkili ve saygı duyulan bir konumu olduğu görülmektedir. Bölgede çalışmaktan mutlu olma konusunda en önemli faktörlerden birisi de aile faktörü olarak ortaya çıkmaktadır. Ailesinin yaşadığı bölgede görev yapan hekimin gelecekteki bölgesel çalışma tercihini de aynı bölge lehine kullanacağı düşünülebilir.

Bu çalışmanın ortaya koyduğu en önemli sonuç sağlık insan kaynakları planlamasının yapılması sürecinde gerekli insangücünün yalnızca sayılarının ve niteliklerinin belirlenmesinin –ki bu da çok kolay bir iş değildir- yeterli olmadığı ve planlananın hayata geçebilmesi için konuya daha bütüncül bir bakış açısıyla yaklaşılması gereğinin vurgulanmasıdır .

KAYNAKLAR

1. Aldemir C., Ataol A. ve Budak G. (1998) **Personel Yönetimi**. Barış Yayınları Fakülteler Kitabevi, İzmir.
2. Aykaç B. (1999) **İnsan Kaynakları Yönetimi ve İnsan Kaynaklarının Stratejik Planlaması**. Nobel Yayını, Ankara.
3. Aykanat S. ve Tengilimoğlu D. (2003) Hastanelerde Sağlık Personelini Motive Eden Faktörlere İlişkin Bir Alan Çalışması. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 6(2):71-97.
4. Balkan G. (1976) **Ücret Sistemleri**. Ege Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Fakültesi Yayın No:12, İzmir.
5. Dalkıran M. (1993) **TSK Asker Hastanelerinde Görev Yapan Sağlık Personelinin Daha Verimli Çalışmasına Etki Eden Motive Edici Faktörlerin Analizi**. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
6. Ergin C. (1995) **Sağlık Personelinin İş Anlayışları ve Tutumları Araştırması**. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara.
7. Gür M. (1987) **Hastane Personelini Motive Eden Faktörler**. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
8. Gültekin B.(1990) **Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Personelinin İşe Yabancılaşması Konusunda Bir Araştırma**. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
9. Rakich J.S. and Darr K. (1978) **Hospital Organization and Management**. 2.Ed. SP Medical Scientific Books, New York.
10. Sağlık Bakanlığı (2001) **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı**.
11. Türkay F. ve diğerleri (1999) **Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu**. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara.
12. Yüksel Ö. (2000) **İnsan Kaynakları Yönetimi**. Gazi Kitabevi, Ankara.