



**İŞ GÜCÜ VERİMLİLİĞİNİ ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER:  
ERZURUM DEVLET HASTANELERİNDE  
ÇALIŞAN DOKTORLAR ÜZERİNE BİR UYGULAMA**

**Ahsen BAYRAKTAR**

**Yüksek Lisans Tezi  
İktisat Teorisi Anabilim Dalı**

**Prof. Dr. Yusuf AKAN**

**2017**

**Her Hakkı Saklıdır**

**T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İKTİSAT TEORİSİ ANABİLİM DALI**

**Ahsen BAYRAKTAR**

**İŞ GÜCÜ VERİMLİLİĞİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER:  
ERZURUM DEVLET HASTANELERİNDE ÇALIŞAN  
DOKTORLAR ÜZERİNE BİR UYGULAMA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ YÖNETİCİSİ  
Prof. Dr. Yusuf AKAN**

**ERZURUM 2017**



T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
TEZ BEYAN FORMU



13.07/2017

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

BİLDİRİM

*Atatürk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Uygulama Esaslarının ilgili maddelerine* göre hazırlamış olduğum "İş Gücü Verimliliğini Etkileyen Faktörler: Erzurum Devlet Hastanelerinde Çalışan Doktorlar Üzerine Bir Uygulama" adlı tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kâğıt ve elektronik kopyalarının Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

*Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Uygulama Esaslarının* ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporum sadece Atatürk Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun ..... yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

Ahsen BAYRAKTAR



T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



TEZ KABUL TUTANAĞI

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Prof. Dr. Yusuf AKAN danışmanlığında, Ahsen BAYRAKTAR tarafından hazırlanan bu çalışma 13 / 07 / 2017 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından. İktisat Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Başkan** : Prof. Dr. Yusuf AKAN

İmza:

**Jüri Üyesi** : Yrd. Doç. Dr. Ergün AKTÜRK

İmza:

**Jüri Üyesi** : Yrd. Doç. Dr. Hüseyin DAŞTAN

İmza:

Yukarıdaki imzalar adı geçen öğretim üyelerine aittir. 13 / 07 / 2017

Prof. Dr. Mehmet TÖRENEK

Enstitü Müdürü

F-85/01/21.10.2016

**İÇİNDEKİLER**

<b>ÖZET</b> .....	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VI</b>
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>VII</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>VIII</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>IX</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>XI</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>

**BİRİNCİ BÖLÜM****İŞ GÜCÜ VERİMLİLİĞİ**

<b>1.1. İŞGÜCÜ VERİMLİLİĞİ ÖLÇÜM NEDENLERİ</b> .....	<b>2</b>
<b>1.2. KLASİK ve NEOKLASİK İKTİSADİ DOKTRİNLERDE VERİMLİLİK</b> .....	<b>4</b>
1.2.1. Adam Smith.....	4
1.2.2. David Ricardo.....	5
1.2.3. Karl Marx .....	6
1.2.4. Alfred Marshall .....	6
<b>1.3. VERİMLİLİĞİ ÖLÇME YAKLAŞIMLARI</b> .....	<b>7</b>
1.3.1. Etkinlik ve Etkililik Kavramları .....	7
1.3.2. Nesnellik ve Öznellik Kavramları .....	9
1.3.3. Verimlilik Göstergeleri.....	10
1.3.4. İşgücü Girdisinin Ölçülmesi.....	12
1.3.5. Verimlilik Endeksi .....	12
1.3.6. Malmquist Toplam Faktör Verimliliği Endeksi .....	12
1.3.7. Sağlık Sektöründe Verimliliği Ölçmek .....	13
<b>1.4. VERİMLİLİĞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER</b> .....	<b>14</b>
1.4.1. Fiziksel Faktörler.....	15
1.4.2. Kurumsal Faktörler.....	15
1.4.3. Ekonomik Faktörler.....	15
1.4.4. Psiko-Sosyal Faktörler .....	15
1.4.4.1. Motivasyon .....	16
1.4.4.1.1. Verimliliğin Motivasyon İle İlişkisi.....	17

1.4.4.2. İş Tatmini.....	18
1.4.4.2.1. Verimliliğin İş Tatmini(Doyumu) İle İlişkisi .....	19
1.4.4.2.2. İş Tatmini ve Verimlilik İlişkisi İle İlgili Bazı Kuramlar .....	20
1.4.4.3. Güven.....	21
1.4.4.3.1. Verimliliğin Güven ile İlişkisi .....	21
1.4.4.4. Güçlendirme (Employee Empowerment) .....	22
1.4.4.4.1. Verimliliğin Güçlendirme ile İlişkisi.....	22
1.4.4.5. Çalışan Katılımı(Employee Involvement).....	22
1.4.4.5.1. Verimliliğin Çalışan Katılımı İle İlişkisi .....	23
1.4.4.6. İş Yaşamı Kalitesi(Quality of Work Life).....	23
1.4.4.6.1. Verimliliğin İş Yaşamı Kalitesi İle İlişkisi .....	24
1.4.4.7. Örgütsel Bağlılık.....	25
1.4.4.7.1. Verimliliğin Örgütsel Bağlılık İle İlişkisi .....	26
1.4.4.8. Psikolojik Sözleşme(Psychological Contract).....	27
1.4.4.8.1. Verimliliğin Psikolojik Sözleşme İle İlişkisi .....	27
<b>1.5. İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ.....</b>	<b>28</b>
1.5.1. Verimliliğin İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlişkisi .....	28
1.5.2. Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları .....	29
1.5.3. Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri .....	29

## İKİNCİ BÖLÜM

### VERİMLİLİĞİ ARTIRAN ve AZALTAN ETKENLER

<b>2.1. VERİMLİLİĞİ ARTIRMA TEKNİKLERİ .....</b>	<b>31</b>
2.1.1. Elmeri Metodu.....	31
2.1.2. 5S Metodu .....	32
2.1.3. Personel Devam Kontrol Sistemleri .....	33
2.1.4. E-Nabız Sistemi.....	34
2.1.5. Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması.....	34
2.1.6. Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları .....	35
<b>2.2. VERİMLİLİĞİ DÜŞÜREN ETKENLER .....</b>	<b>37</b>
2.2.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet.....	37

2.2.1.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri .....	37
2.2.1.2. Şiddetin Sağlık Çalışanları Üzerine Etkileri.....	38
2.2.1.3. Şiddetin Toplum Açısından Etkileri .....	38
2.2.1.4. Şiddetin Sağlık Kurum ve Kuruluşları Açısından Etkileri .....	38
2.2.1.5. Dünya’ da ve Türkiye’ de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Örnekleri .....	39
2.2.1.6. Şiddete Karşı Alınacak Önlemler ve Şiddetle Başa Çıkma.....	39
2.2.1.7. Personelin Şiddet Konusunda Eğitilmesi.....	40
2.2.1.8. Dünya ve Türkiye’de Şiddete Karşı Alınan Önlemler .....	41
2.2.2. Mobbing (Psikolojik Şiddet) .....	42
2.2.2.1. Sağlık Çalışanlarında Mobbing .....	43
2.2.3. Aşırı Nöbet Yüğü .....	44

### ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

#### LİTERATÜR TARAMASI

<b>3.1. LİTERATÜR TARAMASI .....</b>	<b>46</b>
--------------------------------------	-----------

### DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

#### DOKTORLARIN İŞ GÜCÜ VERİMLİLİĞİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER:

#### BİR UYGULAMA

<b>4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....</b>	<b>61</b>
<b>4.2. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI ve SINIRLARI .....</b>	<b>61</b>
<b>4.3. ARAŞTIRMANIN MODELİ .....</b>	<b>62</b>
<b>4.4. VERİLERİN ELDE EDİLMESİ ve ANALİZİ .....</b>	<b>63</b>
4.4.1. Güvenilirlik Analizi.....	63
4.4.2. Demografik Bilgilerin Dağılımı .....	63
4.4.2.1. Cinsiyet.....	63
4.4.2.2. Mezun Olunan Tıp Fakültesi .....	64
4.4.2.3. Branş .....	64
4.4.2.4. Medeni Durum.....	65
4.4.2.5. Yaş .....	65
4.4.2.6. Çocuk Sayısı .....	66

4.4.2.7. Toplam Çalışma Yılı .....	67
4.4.2.8. Görev Yapılan Hastanedeki Çalışma Yılı.....	67
4.4.3. Doktorların İşgücü Verimlilik Faktörlerinin Dağılımı .....	68
4.4.4. Faktörlerin Ortalamalarının Analizi .....	70
4.4.4.1. Sosyo-Psikolojik Faktörlerin Ortalamalarının Analizi .....	70
4.4.4.2. Kurumsal Faktörlerin Ortalamalarının Analizi.....	71
4.4.4.3. İdari Faktörlerin Ortalamalarının Analizi.....	72
4.4.4.4. Fiziksel Faktörlerin Ortalamalarının Analizi.....	72
4.4.5. Araştırmanın Hipotezleri ve Test Edilmesi .....	75
4.4.6. Lojistik Regresyon Analizi.....	105
4.4.6.1. İki Değişkenli (Binary) Lojistik Regresyon Analizi.....	105
4.4.6.1.1. Lojistik Regresyon Modelinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi .	107
4.4.6.1.2. Modelin Anlamlılığının Test Edilmesi .....	109
4.4.7. Korelasyon Analizi.....	110
4.4.8. KMO (Kaiser Mayer Olkin)Bartlets Testi.....	111
4.4.9. Communalities (Soruların Güçlülük Değerleri) .....	112
<b>SONUÇ.....</b>	<b>114</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>116</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>135</b>
EK 1. Anket.....	135
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>138</b>



**ÖZET****YÜKSEK LİSANS TEZİ****İŞ GÜCÜ VERİMLİLİĞİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: ERZURUM DEVLET HASTANELERİNDE ÇALIŞAN DOKTORLAR ÜZERİNE BİR UYGULAMA****Ahsen BAYRAKTAR****Tez Danışmanı: Prof. Dr. Yusuf AKAN****2017, 138 sayfa****Jüri: Prof. Dr. Yusuf AKAN****Yrd.Doç.Dr.Ergün AKTÜRK****Yrd.Doç.Dr.Hüseyin DAŞTAN**

İş gücü verimliliği son yıllarda “çok çalışma” kavramının yerini almış bir konudur. Özellikle iş yoğunluğu, stresi çok olan ve insan hayatı söz konusu olması dolayısıyla yüksek riskler taşıyan sağlık sektörü, iş gücünün verimli olmasına en çok ihtiyaç duyulan bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri içerisinde en büyük hacim kuşkusuz devlet hastanelerine aittir. Devlet hastanelerinde işgücünün önemli bir kısmını oluşturan doktorlar, hastanelerin ve dolayısıyla ülkenin gelişmişlik oranını göstermektedir. Bu çalışmanın amacı, Erzurum devlet hastanelerinde çalışan doktorların iş gücü verimliliğini etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Bu amaçla, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi, Bölge Eğitim & Araştırma Hastanesi ve Palandöken Hastanesi’nde çalışan 276 doktora bir anket uygulanmıştır. Doktorların verdikleri cevaplara; tanımlayıcı istatistikler, ortalamaların analizi yöntemi, ki-kare testi, ikili (binary) lojistik regresyon analizi ve korelasyon analizi uygulanmıştır. Bunlara göre, doktorların verimliliği “hastanedeki çalışma yılı”, “meslektaşlarla arada bulunan güven, dayanışma ve işbirliği” ile “şehirdeki özel hastaneler hakkında bilgi sahibi olmak”la ilişki çıkmıştır. Ayrıca doktorların verimliliğinin en fazla fiziksel faktörlerden, en az ise kurumsal faktörlerden etkilendiği sonucu elde edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** İş gücü verimliliği, Doktorlar, Erzurum

**ABSTRACT****MASTER'S THESIS****FACTORS AFFECTING LABOR PRODUCTIVITY: AN APPLICATION ON  
DOCTORS WORKING IN ERZURUM STATE HOSPITALS  
Ahsen BAYRAKTAR****Advisor: Prof. Dr. Yusuf AKAN****2017, Page: 138****Jury: Prof. Dr. Yusuf AKAN  
Yrd.Doç.Dr.Ergün AKTÜRK  
Yrd.Doç.Dr.Hüseyin DAŞTAN**

Labour productivity has been the subject of "hard work" in recent years. Especially the health sector, which has a lot of workload, stress, and high risk due to the human life, is a field that is most needed for the workforce to be productive. Undoubtedly, the greatest volume of health services belongs to state hospitals. In state hospitals, the percentage of development of doctors, hospitals and therefore the country constitutes a significant part of the workforce. The aim of this study is to determine the factors affecting the workforce productivity of doctors working in Erzurum state hospitals. For this purpose, a questionnaire was applied to 276 doctorates working at Atatürk University Research Hospital, Regional Training & Research Hospital and Palandöken Hospital. The answers given by the doctors; descriptive statistics, averaging methods, chi-square test, binary logistic regression analysis and correlation analysis were applied. According to them, the productivity of doctors is related to "the years of work in the hospital", "the trust, solidarity and cooperation with colleagues" and "having information about private hospitals in the city". In addition, the result is that doctors' productivity is most affected by physical factors, and at least by institutional factors.

**Key Words:** Labour Productivity, Doctors, Erzurum

**KISALTMALAR DİZİNİ**

EX(B)	: Odds Oranı
H0	: Yokluk Hipotezi
H1	: Alternatif Hipotez
HIS	: Hastane Bilgi Sistemi
HSAC	: Sağlık Bilimi Danışma Kurulu Komitesi
ICN	: Uluslararası Hemşire Konseyi
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
İSGİP	: İş Sağlığı ve Güvenliğinin İyileştirilmesi Projesi
KOBİ	: Küçük ve Orta Ölçekli İşletme
NHS	: Ulusal Sağlık Hizmeti
NIOSH	: Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
OSHA	: Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği
PSI	: Uluslararası Nüfus Hizmetleri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

<b>Şekil 1.1.</b> İnsan Gereksinimleri Piramidi.....	16
<b>Şekil 2.1.</b> Mobbingin Nedenleri.....	43
<b>Şekil 4.1.</b> Cinsiyet Dağılımı.....	64
<b>Şekil 4.2.</b> Mezuniyet Dağılımı.....	64
<b>Şekil 4.3.</b> Branş Dağılımı.....	65
<b>Şekil 4.4.</b> Medeni Durum Dağılımı.....	65
<b>Şekil 4.5.</b> Yaş Dağılımı.....	66
<b>Şekil 4.6.</b> Çocuk Sayısı Dağılımı.....	66
<b>Şekil 4.7.</b> Toplam Çalışma Yılı Dağılımı .....	67
<b>Şekil 4.8.</b> Hastanedeki Çalışma Yılı Dağılımı.....	68

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.1.</b> Etkililik Düzeyleri .....	9
<b>Tablo 4.1.</b> Cevapların Frekans Dağılımı .....	68
<b>Tablo 4.2.</b> Sosyo-Psikolojik Faktörlerin Ortalamaları .....	71
<b>Tablo 4.3.</b> Kurumsal Faktörlerin Ortalamaları .....	71
<b>Tablo 4.4.</b> İdari Faktörlerin Ortalamaları .....	72
<b>Tablo 4.5.</b> Fiziksel Faktörlerin Ortalaması.....	73
<b>Tablo 4.6.</b> En Az ve En Çok Ortalamalı Sorular .....	73
<b>Tablo 4.7.</b> Cinsiyete Göre Verimli Hissetmenin Dağılımı (Beşli Likert Ölçek).....	74
<b>Tablo 4.8.</b> Yaş Gruplarına Göre Verimli Hissetme Dağılımı (Beşli Likert Ölçek) .....	74
<b>Tablo 4.9.</b> Cinsiyete Göre Verimlilik Dağılımı.....	76
<b>Tablo 4.10.</b> Üniversiteye Göre Verimlilik Dağılımı .....	76
<b>Tablo 4.11.</b> Branşlara Göre Verimlilik Dağılımı .....	77
<b>Tablo 4.12.</b> Medeni Duruma Göre Verimlilik Dağılımı.....	78
<b>Tablo 4.13.</b> Yaş Gruplarına Göre Verimlilik Dağılımı .....	79
<b>Tablo 4.14.</b> Çocuk Sayısına Göre Verimlilik Dağılımı.....	80
<b>Tablo 4.15.</b> Toplam Hekimlik Yılına Göre Verimlilik Dağılımı .....	81
<b>Tablo 4.16.</b> Hastanedeki Çalışma Yılına Göre Verimlilik Dağılımı .....	82
<b>Tablo 4.17.</b> Haftalık Ortalama Çalışma Saatine Göre Verimlilik Dağılımı .....	83
<b>Tablo 4.18.</b> Günlük Hasta Sayısına Göre Verimlilik Dağılımı .....	84
<b>Tablo 4.19.</b> Ekip Çalışmasına Göre Verimliliğin Dağılımı.....	85
<b>Tablo 4.20.</b> Biçimsel Ödüllere Göre Verimliliğin Dağılımı .....	86
<b>Tablo 4.21.</b> Yönetici Davranışlarına Göre Verimliliğin Dağılımı .....	86
<b>Tablo 4.22.</b> Kullanılan Aletlere Göre Verimlilik Dağılımı .....	87
<b>Tablo 4.23.</b> Alınan Eğitime Göre Verimlilik Dağılımı .....	88
<b>Tablo 4.24.</b> Ücrete Göre Verimlilik Dağılımı .....	89
<b>Tablo 4.25.</b> Yönetimle Olan İletişime Göre Verimlilik Dağılımı .....	90
<b>Tablo 4.26.</b> İş Denetimine Göre Verimlilik Dağılımı .....	91
<b>Tablo 4.27.</b> İş Arkadaşlarının Verimliliğine Göre Verimlilik Dağılımı.....	92
<b>Tablo 4.28.</b> Meslektaşlara Duyulan Güvene Göre Verimlilik Dağılımı .....	92
<b>Tablo 4.29.</b> İş Dışındaki Sorunlara Göre Verimlilik Dağılımı.....	93
<b>Tablo 4.30.</b> Fazla Mesaiye Göre Verimlilik Dağılımı.....	94

<b>Tablo 4.31.</b> Nöbetlere Göre Verimlilik Dağılımı .....	95
<b>Tablo 4.32.</b> Hava Koşullarına Göre Verimlilik Dağılımı.....	96
<b>Tablo 4.33.</b> Hastaneye Ulaşımına Göre Verimlilik Dağılımı.....	97
<b>Tablo 4.34.</b> Kararlara Katılıma Göre Verimlilik Dağılımı.....	97
<b>Tablo 4.35.</b> Sorunların Zamanında Çözülmesine Göre Verimlilik Dağılımı .....	99
<b>Tablo 4.36.</b> Hastanenin Mimarisine Göre Verimlilik Dağılımı .....	100
<b>Tablo 4.37.</b> Hastanenin Güvenliğine Göre Verimlilik Dağılımı .....	101
<b>Tablo 4.38.</b> Hastanenin Sosyal imkanlarına Göre Verimlilik Dağılımı .....	101
<b>Tablo 4.39.</b> Şehirdeki Devlet Hastanelerine Olan Farkındalığa Göre Verimlilik Dağılımı .....	102
<b>Tablo 4.40.</b> Şehirdeki Özel Hastanelere Olan Farkındalığa Göre Verimlilik Dağılımı .....	103
<b>Tablo 4.41.</b> Diğer Şehirlerdeki Devlet Hastanelerine Olan Farkındalığa Göre Verimlilik Dağılımı.....	104
<b>Tablo 4.42.</b> Diğer Şehirlerdeki Özel Hastanelere Olan Farkındalığa Göre Verimlilik Dağılımı .....	105
<b>Tablo 4.43.</b> Kategorik Değişkenlerin Kodlanması .....	106
<b>Tablo 4.44.</b> Model Uygunluk Katsayıları.....	107
<b>Tablo 4.45.</b> Lojistik Regresyon .....	107
<b>Tablo 4.46.</b> İşlem durumu .....	109
<b>Tablo 4.47.</b> Omnibus Testi .....	110
<b>Tablo 4.48.</b> Korelasyon Matrisi.....	111
<b>Tablo 4.49.</b> KMO Bartlets Testi .....	112
<b>Tablo 4.50.</b> Soruların Güçlülük Değerleri.....	113

**ÖNSÖZ**

21. yüzyılda sağlık hizmetleri, ülke ekonomilerini ciddi anlamda etkileyen bir hizmet endüstrisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda, sağlık kurumlarında görev yapan doktorların ne derece verimli oldukları ve daha fazla nasıl performans sağlayabileceklerinin saptanması ülke çapında önem arz eden bir alandır.

Bu nedenle, çalışmamızda doktorların verimliliğini artırmak adına iş gücü verimliliği artıran ve azaltan faktörleriyle beraber incelenmiştir. Erzurum ilindeki üç büyük devlet hastanesinde çalışan doktorlar üzerinde bir anket uygulanarak iş gücü verimliliğinin hangi faktörlere göre değiştiği incelenmiştir.

Çalışmama bilgi ve tecrübeleriyle değerli katkılarda bulunan danışman hocam sayın Prof. Dr. Yusuf AKAN'a, şahsıma kıymetli vakitlerini ayırarak çalışmama önerilerde bulunan hocam Prof. Dr. Erkan OKTAY'a ve desteklerini esirgemeyen Ekonometri bölümü hocalarına teşekkürlerimi arz ederim.

**Erzurum-2017**

**Ahsen BAYRAKTAR**

## GİRİŞ

Sağlıkta verimlilik konusu, 21.yüzyılda bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli unsur haline gelmiştir. Çünkü herhangi bir mal veya hizmet üretiminde iş gücü verimliliği en başta bireylerin sağlığıyla alakalıdır. Salgın hastalıkların, erken tedavi edilmemiş hastalık ve yaralanmaların sonucu verimsiz bir iş gücü demektir. Dolayısıyla bir ülkenin tüm sektörlerde büyümede bir artış yaşaması, sağlıkta ilerlemesiyle ilişkilidir. Böylesine önemli bir konumda olan sağlık sektörünün gelişimi de kuşkusuz sağlık çalışanlarının çalışma şartlarının iyileştirilmesinden geçmektedir. Kaliteli bir eğitimden geçen sağlık çalışanları ne kadar iyi koşullarda çalışırsa, hastalara o kadar iyi hizmet etmektedir. İyi hizmet alan ve sağlık sorunlarını en hızlı şekilde atlatan çalışanların, ülke düzeyindeki verimliliğe katkısı azımsanmayacak derecededir. Ülke bazındaki iş gücü verimliliğine katkısı nedeniyle, sağlık çalışanları arasında en üst düzeyde olan doktorların iş gücü verimlilikleri de, incelenmesi gereken en önemli konular arasındadır. Bu nedenle bu araştırma, doktor sayısının en fazla olduğu devlet hastaneleri üzerine yapılmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde iş gücü verimliliği hakkında genel bilgiler verilmiş olup, verimliliği etkileyen faktörler üzerinde durulmuştur. İkinci bölümde, verimliliği artıran ve azaltan etkenler incelenmiştir. Üçüncü bölüm konuyla ilgili çalışmaların derlendiği literatür özetinden oluşmaktadır. Dördüncü ve son bölüm ise, araştırma kapsamında Erzurum'da bulunan üç büyük devlet hastanesinde (Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi, Bölge Eğitim & Araştırma Hastanesi ve Palandöken Hastanesi) çalışan doktorlara uygulanan anketin analiz kısmıdır.



“Ne kadar para harcandığını biliyoruz, ama bu çok büyük paranın ne kadar işe yaradığı hakkında çok az şey biliyoruz.”

*Allan Rock*

*Kanada Sağlık Bakanı*

## BİRİNCİ BÖLÜM

### İŞ GÜCÜ VERİMLİLİĞİ

#### 1.1. İŞGÜCÜ VERİMLİLİĞİ ÖLÇÜM NEDENLERİ

Verimlilik genel manasıyla hasılanın girdiye oranı olarak tanımlanmaktadır (OECD,2001). Verimlilik kavramı daha çok üretmek için sadece çok çalışmanın gerekliliğine inanıldığı 19. Yüzyılın başında Frederic Taylor’un çalışmasıyla ortaya çıkmıştır. Ancak Taylorcu yaklaşımda verimlilik, maliyetleri azaltma yönüyle de ele alındığı için eleştirilmiş ve üretimde etkinlik, etkililik ve verimliliğin birlikte ele alındığı “produktivite” kavramı ortaya çıkmıştır (Ünlü, 2015).

İşgücü verimliliği ise; her bir çalışanın ya da bir grup çalışanın, birim zaman başına elde ettiği üretiminin, belli bir standartla veya beklenen üretim oranıyla kıyaslanma derecesidir (www.businessdictionary.com). Diğer verimlilik ölçümleri arasında işgücü verimliliği, ülkeler arasında kıyaslama yapılmasını sağlayacak ekonomik ve istatistikî analizlerin göstergesi olması dolayısıyla daha da önem arz etmektedir. Aynı zamanda bir ülkenin rekabet gücünü, hayat standartlarını, bilgiye erişim kapasitesini, sağlıklı uzun hayatını, ekonomik büyümesini ölçen bir dinamiktir (OECD,2001).

İşgücü verimliliği, bir işletmenin üretkenliğini gösteren anahtar bir ölçümdür. Yüksek işgücü verimliliği elde etmek kolay değildir. Birçok faktör işgücü verimliliğini etkilemektedir:

- İşgücü kalitesini etkileyen etkenler yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, yetişme ve fizik kapasite.
- Çalışanın makul seviyedeki ücretine ek olarak yapılan ödemeler, iş riski, hastalık ve kazalar.

- Çalışma saatlerinin olması gereken seviyede olması ve fazla mesai gereksinimini:
- Organizasyonun büyüklüğü ve iş yaşamı kalitesi.
- Kıdem, yetenek, değerler ve tutumlar, iş tatmini, örgütsel bağlılık, motivasyon, iş bölümü, teknoloji ve toplam kalite yönetimi uygulamalarıdır (Doğan ve Tatlı,2010).

Buradan da anlaşılacağı üzere çok çalışmak değil kaliteli çalışmak amaçlanmalıdır. Bu anlayış KOBİ'lerden ülke geneline kadar her yerde gelişmişlik düzeyini göstermektedir. Nitekim 2015 yılında OECD'nin açıkladığı verilere göre Türkiye 47.7 saat ile haftalık çalışma saati anlamında en yüksek ortalamaya sahiptir. Türkiye haftada 50 saat ve üzeri çalışan işgücü oranı % 41 olarak OECD sıralamasında en üstte yer almaktadır (Karahan,2015). Ancak uzun vadeli ilerleme sadece gelir ve çalışma saatlerine göre elde edilememektedir. Bu yüzden ülkelerin gelişmişlik düzeyleri daha geniş bir perspektiften ele alınmaktadır. Human Development Report (HDI-İnsani Gelişme Raporu) kapsamında her yıl açıklanan gelişme endeksi 3 başlık üzerinden hesaplanmaktadır: “Uzun ve sağlıklı bir yaşam”, “bilgiye erişim” ve “iyi yaşam standartları” (tuik.gov.tr). Bu faktörler göz önüne alındığında ortaya çıkan sonuç, Türkiye'nin 188 ülke arasında 72.sırada olduğunu göstermektedir (hdr.undp.org.).

Ekonomik büyüme sonucunda kalkınma ve refah elde etmek için, verimlilik artışının da tüm boyutlarıyla ele alınması mecburidir. Verimlilik, milli geliri ve dolayısıyla insanların refahını etkilemesi nedeniyle az gelişmiş ülkeler için daha çok önemsenmesi ve geliştirilmesi gereken bir konudur (Altok, 2009).

İkinci Dünya Savaşı'na kadar teknolojik gelişmenin yarattığı istihdam sorunu ve ekonomik durgunluk nedeniyle ilgilenilen verimlilik, savaş sonrası dönemde gelir artırıcı yönüyle incelenmiştir (Özsever, Gençoğlu ve Erginel,2009).

Sağlıkta verimlilik ise, diğer meslek gruplarında da olduğu gibi, verilen hizmeti kaliteli ve yüksek performansa ulaştırmak amacıyla yeniliklerin takip edilerek, güncel yaklaşımlar geliştirilerek ve her ülkenin kendine uyarlamasıyla nitelikli hale gelmektedir.

## 1.2. KLASİK ve NEOKLASİK İKTİSADİ DOKTRİNLERDE VERİMLİLİK

Verimlilik kavramını iktisadi anlamda yorumlamak için Klasik ve Neo-klasik doktrinleri iyice irdelemek gerekmektedir. Bu doğrultuda, bu bölümde Klasik akımın öncülerinden Smith, Ricardo ve Marx; Neo-klasik akımdan da Marshall verimlilik görüşleri çerçevesinde incelenmektedir.

Sanayi Devrimi'nin ortaya çıkmasıyla sanayide artan üretim faaliyetleri için geliştirilen yöntemlerin sonucunda verimlilik kavramının ekonomik anlamda temelleri atılmıştır (Özsever, Gençoğlu ve Erginel, 2009).

Gerek Klasik iktisatçılar, gerekse Neo-klasik iktisatçılar iş gücü verimliliğinin nasıl sağlanacağı, sonuçları ve hedefleri hakkında pek çok görüş ileri sürerek iş gücü verimliliği konusunun ekonomik anlamda ciddi bir öneme sahip olduğunu vurgulamışlardır.

### 1.2.1. Adam Smith

Ekonomi biliminin kurucusu kabul edilen Adam Smith ünlü eseri “Ulusların Zenginliği”nde, (An Inquiry Into the Nature and Causes of the Wealth of Nations) ekonomik büyümede verimlilik artışının rolünü şöyle açıklamaktadır: “Herhangi bir ulusun toprağının veya emeğinin yıllık ürünü değer olarak, ya onun üretken işçilerinin sayısının ya da daha önce istihdam edilmiş işçilerinin üretici güçlerinin artırılması yoluyla, ya çalışmayı kolaylaştıran ve kısaltan bazı makine ve aletlerin eklenmesi ve geliştirilmesi ya da istihdamın daha uygun dağılımı sonucunda artırılabilir; başka bir yolla değil” (Odabaşı, 1997).

Smith' in kullandığı iş bölümü kavramı sadece ustalaşmayla değil; aynı zamanda verimlilikle de ilişkilidir. Smith' e göre üzerinde çalışılan hammaddelere değer katan emek verimli iken; faydalı olmasına rağmen bir değer yaratmayan emek verimsizdir (Tekeoğlu,1993). Buradan da anlaşılacağı üzere verimli emek maddi bir mal üretmekle eş değer tutulmaktadır.

Smith, insan emeğini, bir milletin zenginliğinin tek kaynağı kabul ederek ticaret ve sanayiye, emeğin verimini artıran fakat verimsiz faktörler olarak görmüştür. Zira emek verimliliğinin ancak işbölümü ile mümkün olduğunu belirten Smith, iş bölümünü

hem işlerdeki ustalığı; hem de birkaç işçinin yaptığı işi bir işçinin yapmasını sağlayacak makinelerin icadıyla iş gücü verimliliğini artırması yönüyle önemsemıştır (Zeytinoğlu, 1986; Aydın, 2015).

İş bölümünü toplumsal anlamda genişleterek uluslararası serbest ticareti savunan Smith, ülkeler arası değişime tabi olan malların değeri ile ilgili de belli kıstaslar belirlemiştir. Smith'e göre, bir malın değerini belirleyen faktör ise şöyledir: Sermaye ve özel mülkiyetin olmadığı ilkel cemiyetlerde, üretim değeri sadece emektir. Sermaye birikiminin ve özel mülkiyetin bulunduğu ileri ekonomilerde malların değeri ücret, faiz ve kar tarafından toplu olarak yaratılmaktadır (Bocutoğlu,2012).

### **1.2.2. David Ricardo**

David Ricardo (1772-1823), Smith'in değer teorisinden etkilenecek kendi değer teorisini kurmuştur. Ricardo, değeri Smith'le aynı şekilde kullanmış ve değişim değeri şeklinde ikiye ayırmıştır. Ricardo malları da üretimle artırılabilen ve artırılmayan olarak ikiye ayırmıştır. Üretimle artan malların değeri harcanan emek tarafından belirlenirken; üretimle artmayan malların değeri fayda ve kıtlık tarafından belirlenmektedir. Ancak ilerleyen zamanlarda sadece kullanım değerine yoğunlaşarak malların değerinin 'emek' olduğunu savunmuş; Smith gibi müteşebbis ve doğa faktörünü ilave etmemiştir. Çünkü Ricardo, ürüne eklenen artı-değeri vurgulamış ve artı-değerin önemini, varsayımsal bir fiyat ve emek teorisine açıklamaya çalışmıştır. Dolayısıyla toprak sahiplerini 'üretken' bir faktör olarak görmeyi reddetmektedir (homoludensetacademicus.blogspot.com).

Ricardo rant teorisinde 'rant'ı, toprağın işlenmesiyle elde edilen üründen, toprak sahibine yapılan ödeme olarak tanımlamaktadır. Ricardo'ya göre rant, topraklar arasındaki verim farkından doğmaktadır. Eğer bütün topraklar aynı kalitede ve miktarda olsaydı rant diye bir şey oluşmazdı (Ricardo, 1971).

Nüfus ve sermaye artışı daimi, buna karşın toprak miktarı sabit olduğu için tarımsal ürünlere olan talep nüfus artışına paralel olarak artacaktır. Tam rekabet şartlarında piyasada en verimsiz toprağın maliyetine eşit tek bir fiyat oluşmaktadır. Verimli topraktan ürün elde etmenin maliyeti daha düşük olduğu için verimli toprak sahipleri rant elde edecektir (<https://www.ekodiolog.com>). Nüfus artışı devam ettiği

sürece tarımsal ürünlerin fiyatı artacak ve verimsiz topraklar ekilmeye başlanacak ve bunun sonucunda işçi ücretleri artarak kar düşecektir. Karın azalmasıyla ekonomik büyüme de bundan negatif etkilenecektir (Tekeoğlu, 1993). Verimsiz topraklardaki hasatın değeri harcanan emekle ölçüldüğünden dolayı Ricardo' ya göre bir malın değerini emek belirlemektedir.

### 1.2.3. Karl Marx

Karl Marx, Ricardo' nun emek-değer kuramını kabul etmiştir. Bir malın değişim değerinin olması için kullanım değerinin olması lazımdır. Bir malın değerini Marx' a göre üretimde harcanan emek ve harcanma süresi belirlemektedir (Selik, 1988). Bir malın değeri, o malın üretimi için harcanan emeği, kullanılan makine ve malzemeyi ve mala transfer edilen değeri barındırmaktadır (Bocutoğlu, 2012).

Marx'ı Ricardo' dan ayıran en temel fark artık değerdir. Artık değer, bir malı üretmek için tüketilen faktörlerin değerinin, o malın değerini aşan kısmıdır. Kapitalist düzende işçi sözleşme yaptığı işvereni için belli bir saat üretim yaparak ücretini alır ancak yerini alabilecek sanayi tehdidiyle çalışma saatini aşarak daha fazla çalışmaya mecbur kalır. Fazla çalışılan saatlerde işgücünün ürettiği ürün fazlası artık değerdir (Tekeoğlu, 1993).

Kapitalistler, artık değer miktarını, işin uzunluğunu, emeğin verimliliğini ve malların miktarını değiştirmek suretiyle değiştirebilmektedirler (Öztürk, 2010).

### 1.2.4. Alfred Marshall

Üretim faktörleri fiyatları, nihai mal veya hizmet talebine göre belirlenmektedir. Buna rağmen Marshall, üretim faktörlerinin fiyatlarını arzın değişebileceğini göz önünde bulundurarak direkt marjinal verimliliğe bağlayamamakta; bunun yerine, üretim faktörlerine olan talebi azalan marjinal verimliliğe bağlamaktadır. Çünkü emek arzı ekonominin büyüüp küçülmesiyle devamlı değişim halindedir. Emek arzının artmasıyla emeğin marjinal verimliliği azalacak ve dolayısıyla ücretler düşecektir (Selik,1988).

Marshall'ın Azalan Verimler Yasası, üretim safhasında üretim girdilerinden birinin artması durumunda toplam ürün miktarının önce artan sonra azalan hızda

artmasını, artan girdinin marjinal ürününün azalmasını ifade etmektedir (Turan, Nakiboğlu, Çetinkaya, 2015).

Bu durum, iş gücü verimliliği açısından ilave her çalışanın toplam üretime katkısının giderek azalması anlamına gelmektedir. Örneğin bir hastanede diğer faktörler sabitken doktor sayısının artırılması, toplam hizmet üretimini önce artıracak doyum sağlandıktan sonra gelen her yeni doktor, diğerlerinin verimini düşürecek ve sonunda toplam üretim azalacaktır.

İktisadi öğretilerde direkt olarak verimlilik kullanılmamıştır; bunun yerine verimli emek, sermaye birikimi, teknolojik gelişme, ölçek ekonomileri gibi kavramlarla açıklanmıştır. Emek ve sermayenin fiziksel olarak artması, ürün miktarını artırıcı etki yaratırken; teknolojik gelişme, az girdiyle çok çıktı alınmasını sağladığı için verimliliği artıran bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Ölçek ekonomileri konusu ise “ölçeğe göre artan getiri” durumunda, üretim ölçeği arttıkça birim başına alınan çıktının artması verimlilik artışına işaret etmektedir (Aydın,2015).

### **1.3. VERİMLİLİĞİ ÖLÇME YAKLAŞIMLARI**

Verimlilik, basit olarak az bir girdi ile daha çok çıktı elde edilmesini esas almaktadır. Ancak verimliliğin ölçülmesi incelenen sektörlere göre (örneğin bir üretim işletmesi ya da bir kamu sektörü) değişiklik göstermektedir. Verimliliğinin neyle, nasıl ölçüleceği ve hangi göstergelerin kullanılacağı doğru belirlenmelidir (Şahin, 1999).

#### **1.3.1. Etkinlik ve Etkililik Kavramları**

Verimlilik kavramı, etkinlik ve etkililik bileşeninden oluştuğu için bu kavramların yarattığı kargaşayı çözmek verimliliği anlamak adına önemlidir.

$$\text{Etkinlik} = \frac{\text{Standart İşçilik süresi}}{\text{Gerçekleşen İşçilik Süresi}}$$

Etkinlik (Efficiency), bir işletmenin hedeflerine ulaşma çabası içerisindeyken kaynaklarını ne derece yeterli kullandığını gösteren bir ölçüttür. Bu sebeple etkinlik kavramı, ölçülebilir çıktıyla alakalıdır ve verimlilik hesaplamasının kolay, anlaşılır olmasını sağlar.

İşletmelerin düşmemesi gereken bir hata vardır ki o da, etkinlik ve verimlilik arasında bir tercih yapmasıdır. Cem Boyner' in dediği gibi :“Bir şirket, ürününü üretirken rahatlıkla verimli olabilir. Ama müşteriyi anlama ve ihtiyaçlarını karşılamada etkin olmazsa başarısızlığa sürüklenebilir.” Etkinlik göz ardı edilerek sağlanmaya çalışılan verimlilik dünya ve Türkiye'deki pek çok işletmenin içine düştüğü bir hastalıktır (*Capital*,2013).

Etkinlik ölçümlerinin çıktı kalitesini, müşteri memnuniyetini, eğitimi ve kullanılan kaynakları hesaba katamaması; hizmet talebini hesaplayamaması gibi dezavantajları vardır. Bu yüzden etkinlik yaklaşımı, örgüt ve işgücü verimliliğini kapsamlı bir şekilde gösteremez ([www.gov.uk](http://www.gov.uk)). Etkinliğin dolduramadığı bu boşluk etkililik (effectiveness) ile tamamlanır.

$$\text{Etkililik} = \frac{\text{Gerçekleşen Çıktı}}{\text{Planlanan Çıktı}}$$

Etkililik, bir işletmenin önceden belirlenmiş olan amaçlarına ulaşmadaki derecesini ölçen bir kavramdır (İmirlioğlu,2012).Her örgüt kendi içerisinde bazı departmanlara ayrılır ve her departmanın kendi içerisinde hedefleri olur. Tüm departmanlar ayrı ayrı işini doğru yaptığı takdirde örgüt çapında verimliliği ölçmek kolaylaşır.

“Sonuç” la alakalı olan etkililik kavramı, fiziksel değeri olan çıktıdan daha derin anlamları ifade eder (Akal, 2005). Örneğin bir hastanede doktorların günlük hasta muayene sayısı çıktıyı belirlerken; yapılan muayenelerin doğru teşhisle ve tedaviyle tamamlanmış olması bir sonuçtur.

Bir örgüt, hedeflerini gerçekleştirirken aynı zamanda girdileri en düşük maliyetle hasılaya dönüştürüyorsa verimlidir. Öyleyse verimlilik etkililik (effectiveness) ve etkinlik (efficiency) kavramlarının ikisini de kasteder.

Verimliliği konumuz gereği bireysel çalışan açısından; Mehmet Bey ve Ali Bey' in boyacı olduğu örneğini ele alırsak: Mehmet Bey in bir evi Ali Bey den 7 saat daha kısa sürede bitirmesi durumunda Mehmet Bey etkindir. Ancak verimlilik ölçümü, Mehmet Bey in hedefine ulaşırken ne kadar masrafta bulunduğunu da hesaba katmayı gerektirir. Ali Bey in bir evi boyarken Mehmet Bey den bir 2 kilo daha az boya tükettiği varsayımında Ali Bey daha etkili olur. Çünkü Ali Bey daha az bir maliyetle hedefine ulaşmıştır.

Farklı kaynak düzeyine göre oluşan çeşitli etkililik düzeylerini Schermerhorn aşağıdaki tabloda özetlemiştir (akt. iç. Yükçü ve Atağan, 2009):

**Tablo 1.1.** Etkililik Düzeyleri

	1. Kaynak Kullanımı: etkinlik	
2. Hedeflere Ulaşmak	<u>Kötü:</u> (-; +) Etkili fakat etkin değil bazı kaynaklar boşa gidiyor.	<u>İyi:</u> (+;+) Etkili ve etkin hedeflere ulaşıyor; kaynaklar iyi kullanılıyor. Yüksek performans
	<u>Ne etkili ne etkin(-;-)</u> Hem hedeflere ulaşamıyor, hem bazı kaynaklar boşa gidiyor.	<u>Etkin fakat etkili değil: (+;-)</u> Hedeflere ulaşamamakla beraber kaynak kullanımı iyi.

Tablodan da anlaşıldığı gibi, etkinliğin olduğu yerde etkililik bulunmayabilir ya da tam tersi olabilmektedir. Etkinlik ve etkililiğin ikisinin birden bulunması ‘İyi’ başlığıyla belirtilmektedir ve yüksek performansı göstermektedir. İkisinin birden olmamasıyla, hem hedeflere ulaşamadığı, hem de kaynak israfının olduğu gösterilmiştir. Etkinliğin olduğu fakat etkililiğin olmadığı bir durumda hedeflere ulaşılmadığı ancak kaynak kullanımının iyi olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla bir örgütün başarılı olabilmesi etkili olabilmesine bağlıken; etkililik ise etkinliğin sağlanmasına bağlıdır.

### 1.3.2. Nesnellik ve Öznellik Kavramları

Nesnellik (objectivity) ve öznellik (subjectivity) kavramları verimliliği ölçmenin bir başka yönü. Çünkü meslekten mesleğe; görevden göreve verimlilik ölçütleri değiştiği için hangi kritere göre ölçümün doğru olacağına karar vermek gerekmektedir. Örneğin bir satış sorumlusunun verimliliği satılan mal sayısı ile ölçülebilirken; bir doktorun verimliliğini ölçmek o kadar kolay olmayacaktır. Bu durumda verimlilik ölçümü yapmak isteyenler verimliliği etkileyen kriterleri belirleyerek numaralandırma yoluna giderler. Her soruya belli bir skor atfedilerek sonuç sayısal olarak değerlendirilebilir. Böylelikle farklı ölçümler birbirinin yerini alabilir. Örneğin; finansal



olmayana karşı finansal, nitel karşı nicel, çıktıya karşı girdi kullanılarak araştırma için gerekli varsayım yapılmış olur (Ittner, Larcker ve Meyer, 2003).

Nesnellik, işletmenin hedeflerine odaklanmayı sağlayan finansal, örgütsel, psiko-sosyal ölçüm bilgileridir (Wick,2010). Nesnel verimlilik ölçümleri tarafsızdır, kimsenin duygu ve düşüncesini barındırmazlar; herkes için kabul edilmiş genel düsturlara göre hareket etmeyi sağlamaktadırlar.

Nesnelliğin yetersiz kaldığı alanlarda verimlilik, öznellikle ölçülür. Öznellik, bir işletmenin duygusal yönünü temsil eder. Yani kişiden kişiye değişen bir kavramdır.

İş gücü verimliliğini ölçmek için yapılan bir anket çalışması, kişinin kendisini değerlendirmesi üzerine olduğu için öznel bir ölçümdür. Bu tarz öznel ölçümlerin güvenilirliği sorgulanmasına rağmen yapılan araştırmalar öznel ölçüm teknikleri ile verimlilik arasında güçlü bir korelasyon olduğunu göstermektedir (www.gov.uk). Bireysel değerlendirmelerin toplamında örgütsel bir verimlilik tablosu da elde edilmiş olduğu için öznel ölçümler sık kullanılan bir yöntemdir.

Nesnellik ve özneliğin kendi içlerindeki eksiklikleri de ikisinin beraber kullanılmasıyla bertaraf edilebilir.

### 1.3.3. Verimlilik Göstergeleri

Verimlilik göstergeleri üç kısımda incelenmektedir (<http://www.dso.org.tr>):

- Değişkenlerin fiziksel/parasal olmasına göre (Fiziksel verimlilik, parasal verimlilik, yarı fiziksel/yarı parasal verimlilik)
- Çıktının oranlandığı girdi türlerinin sayısına göre (Toplam faktör verimliliği, çoklu faktör verimliliği, kısmi faktör verimliliği)
- Değişkenlerin salt değer ya da artış değeri olarak alınmasına göre (Ortalama verimlilik, marjinal verimlilik).

**Fiziksel/Parasal Verimlilik:** Verimlilik genel olarak fiziksel ya da parasal olarak ifade edilmektedir ve formülü şu şekildedir: Verimlilik= Çıktı Miktarı / Girdi Miktarı veya

$$\text{Verimlilik} = \text{Sistem Çıktısı} / \text{Sistem Girdi} (\text{Sermaye} + \text{İşçilik} + \text{Hammadde} + \text{Diğer})$$

Özsever, Nakiboğlu ve Erginel, (2009)' e göre sistem çıktıları; fiziksel olarak kilogram, metre vb. ve parasal olarak makro ve mikro olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Sistem girdileri;

- İşçilik: Fiziksel olarak işçi sayısı ve çalışma saati; parasal olarak ise işgücü maliyeti şeklinde belirtilebilir.
- Sermaye: İşletme sermayesi ve sabit sermaye olmak üzere ikiye ayrılır.
- Hammadde ve Malzeme: Hammadde, yardımcı madde ve malzeme, işletme malzemesi olmak üzere üç gruba ayrılır.
- Diğer Girdiler: Reklam girdileri, çeşitli vergiler, enerji ve yakıt vb. girdiler.

Parasal çıktılar;

- Makro Seviyede: Gayri safi milli hâsıla, gayri safi yurt içi hâsıla, net ulusal refah, katma değer.
- Mikro Seviyede: Satışlar, toplam kazançlar, katma değer, üretim değeri vb. şeklinde sınıflandırılır.

Çıktının oranlandığı girdi türlerinin sayısına göre:

**Toplam Faktör Verimlilik Oranı:** Toplam verimlilik, bir dönemde elde edilen toplam çıktının, kullanılan toplam girdiye oranı olarak tanımlanmaktadır. Örgütsel etkinliğin en iyi göstergelerinden biri toplam verimlilik oranlarıdır. Toplam girdi işgücü, malzeme, sermaye, enerji vb. girdilerden oluşmaktadır (Kahya, Kraböcek, 2004).

$TV = \text{Toplam Üretim} / \text{Toplam Girdi}$

**Çoklu Faktör Verimlilik Oranı:** Toplam veya bölüm çıktısı ile girdilerin bir türü ya da birkaç çeşit girdi türü arasındaki ilişkileri ölçmeye yaramaktadır (Kahya, Kraböcek, 2004).

$ÇFV = \text{Çıktı} / (\text{İşgücü} + \text{Malzeme} + \text{Enerji})$

**Kısmi Faktör Verimlilik Oranı:** Toplam veya bölüm çıktısının, ayrı ayrı her bir girdi türüne oranlanması ile kısmi faktör verimlilik oranına ulaşılır. Bu oran, bir girdi cinsinin birim başına düşen üretim miktarını gösterir (Kahya, Kraböcek, 2004).

İşgücü Verimlilik Oranı= Üretim Miktarı/ Üretimde Kullanılan İşgücü Saati

Malzeme Verimlilik Oranı= Çıktı (ton) / Toplam Malzeme (ton)

Sermaye (Makina) Verimlilik Oranı= (Üretimin Fiziksel / Parasal Değeri)/  
Kullanılan Makina Saatleri

Enerji Verimlilik Oranı= (Üretimin Fiziksel / Parasal Değeri) /Kilowat Saat

**Ortalama ve Marjinal Verimlilik:** Belli bir dönemin toplam çıktısının toplam girdisine oranlanmasıyla ortalama verimlilik; yine belli bir dönemde çıktıda oluşan artışın girdide oluşan artışa oranlanmasıyla marjinal verimlilik elde edilmektedir.

#### 1.3.4. İşgücü Girdisinin Ölçülmesi

İşgücü faktörünün fiziksel ölçümü iki şekilde olur:

1. Çalışanların sayısı cinsinden ifade edilen ölçütüdür. Bir çalışana düşen fiziki üretim miktarını ifade eder. Bu ölçüm yapılırken çalışanların demografik özelliklerinde farklılık olabileceğine dikkat edilmesi gerekmektedir.
2. Süre cinsinden ifade edilen “işgücü sayısı” veya “işgücü –saat (işgücü-saat) ölçütüdür. Çalışanların iş dışındaki faaliyetleri göz ardı edilerek yalnızca iş yerinde çalışılan süre dahil edilmektedir (Kahya, Karaböcek, 2004).

#### 1.3.5. Verimlilik Endeksi

Verimlilik endeksi= Cari dönem verimliliği / Baz dönem verimliliği

Verimliliklerin zaman içindeki değişimini ölçmek için verimlilik endeksi kullanılır. Değişik dönemlerdeki verimliliğin temel alınan yıla göre karşılaştırılmasında kullanılmaktadır. Dönemler arasındaki verimlilik artışları hesaplanarak daha dinamik veriler elde edilebilir.

#### 1.3.6. Malmquist Toplam Faktör Verimliliği Endeksi

Malmquist toplam faktör verimliliği endeksi, panel veri kullanılarak üretkenliğin zamanla ne derece değiştiğini ölçmek ve sebeplerini araştırmak amacıyla kullanılan

istatistik yöntemidir (Keskin Benli, 2006). Sten Malmquist tarafından iki ekonominin teknoloji üretimi açısından karşılaştırılması için oluşturulmuştur.

Yalnızca verimliliğin ölçülmesi değil; verimliliğin zamana göre değişimini ölçmek de gereklidir. Sağlık kurumlarında “Malmquist Toplam Verimlilik Endeksi” zamanlar arası performansın karşılaştırılması ve sonuçlara göre çalışma yapılması amacıyla kullanılmaktadır. Sağlık sektöründe Malmquist Toplam Verimlilik Endeksi kullanılarak yapılan bazı araştırmalar şunlardır (Kutlar ve Salamov, 2013):

Chowdhury, Zelenyukve Wodchis (2010)’in Ontario eyaletindeki hastanelerin etkinliği çalışması,

Roos (1997)’un İsveç’te katarakt ameliyatlarının efektifliğini araştıran çalışması,

Moreno-Serra ve Smith (2012), ‘in 79 ülkenin sağlık hizmetleri sisteminin etkinliği,

Spinks ve Hollingsworth (2009)' un 28 OECD ülkesinin sağlıkta sosyo-ekonomik belirleyicilerinin ölçümleri,

Sülkü (2011)’nün performansa dayalı ek ödeme sisteminin kamu hastanelerinin verimliliği ve üretkenliğine olan etkilerini araştırdığı çalışması,

Genç (2015)’in Türkiye’de sağlık, işgücü verimliliği ve TFV arasındaki ilişkileri incelediği araştırması,

Lorcu (2010)’nun Türk otomotiv ve yan sanayi firmalarının toplam faktör verimliliklerini incelediği çalışması, malquist verimlilik endeksi ile hesaplanmıştır.

### **1.3.7. Sağlık Sektöründe Verimliliği Ölçmek**

Somut malların üretildiği imalat sektörlerinde verimlilik ölçümleri formüllere dayanılarak ölçülebilir ancak sağlık sektörü gibi soyut hizmet verilen kurumlarda verimliliğin ölçümü daha karmaşıktır. Girdi faktörleri hizmet sektörlerinde ‘değer’ e çevrilerek çıktı haline alır. Sağlık hizmetlerinde verimliliği ölçmek için soyut olan girdiyi uygun bir şekilde tanımlamamız gerekir. Aynı şekilde soyut ve değişken olan çıktı da amacımıza göre özel bir tanımlamaya ihtiyaç duyar. Bu tanımlamalar ölçtüğümüz konuya, birime göre farklılık gösterebilir.

Sağlık çalışanlarının verimliliğini ölçmek adına bazı performans ölçütlerinin belirlenmesi gerekmektedir:

1. Hastaları mutlu edebilmek,
2. Sağlık düzeyini (çıktı) daha iyi seviyeye taşımak,
3. İyi belirlenmiş kaliteli bir sağlık hizmet verme hedefine uymak,
4. Ana hedefe ulaşmak için öncelikle kullanılan alt yapı, insan ve malzeme kaynaklarındaki (girdi) hedeflere ulaşmak (Aydın, 2008).

Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu'nun belirlediği "Verimlilik Karnesi Gösterge Kartları" nda hastaneler bölümünde 5 tane verimlilik göstergesi bulunmaktadır. Bu şekilde belli kriterler belirlenerek ülke geneli tüm hastanelerde standart bir kalite düzeyi belirlenme amaçlanmıştır (Sağlık Bakanlığı Verimlilik ve Kalite Yönetim Daire Başkanlığı, 2013):

1. Tıbbi Kriterler
2. İdari Kriterler
3. Mali Kriterler
4. Eğitim Kriterleri
5. Kalite, Hasta ve Çalışan Güvenliği Kriterleri

Doktorların verimliliğinin değerlendirilmesi, bu değerlendirmeyi kimin ve hangi teknikleri kullanarak yapacağı noktasında zor bir konudur. Değerlendirmenin sağlıklı yapılabilmesi için, doktorların kendi branşları içerisinde değerlendirilmesi tavsiye edilmektedir (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2009). Bu konuda performansa dayalı ek ödeme sistemi yürürlüğe konularak, kişisel verimliliğin artması yönünde teşvik yapılmaktadır. Çünkü performansa dayalı ek ödeme doktorların unvanı, görevi, çalışılan yerin şartları, görev süresi, hangi birimde çalıştığıyla alakalı kişisel bilgiler üzerine kuruludur.

#### **1.4. VERİMLİLİĞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Çalışanların verimliliği, çevresel ya da kişisel birçok faktöre göre değişiklik gösterebilen hassas ve karmaşık bir yapıdır. İş gücünün verimliliğini etkileyen faktörlerin ne yönde ve hangi derecede olduğunun ayrı ayrı belirlenmesi zor olduğu

kadar önemlidir (Yumuşak,2008). İş gücü verimliliğini etkileyen faktörleri 4 ana başlıkta incelemekteyiz:

1. Fiziksel Faktörler
2. Kurumsal Faktörler
3. Ekonomik Faktörler
4. Psiko-sosyal Faktörler

#### **1.4.1. Fiziksel Faktörler**

İş yerlerindeki ısıtma/soğutma sistemleri, gürültünün şiddeti, kullanılan malzeme/teknolojik aletlerin yeterliliği, kullanılan masa/sandalyenin ergonomikliği, çalışılan yerin genişliği, bina mimarisinin ergonomikliği, iş yerine ulaşımın kolaylığı, fazla mesai yükü, yapılan işlerin hep aynı türde olup olmaması gibi özellikler çalışanların iş gücü verimliliğini etkileyen fiziksel faktörlerdir.

#### **1.4.2. Kurumsal Faktörler**

Çalışanların örgüt içerisindeki yöneticilerinin, çalışma arkadaşlarının vasıfları, verimlilikleri, sayıları; mesleki eğitimler, iş akışının hızı, kurum içi denetimler, iş yerinin saygınlığı gibi konular verimliliği etkileyen kurumsal faktörlerdendir.

#### **1.4.3. Ekonomik Faktörler**

Ücretin zamanında ve tatmin edici miktarda alınması, parasal ödüller ve teşvik primlerinin olması, işin kadrolu olması iş görenleri ekonomik açıdan teşvik edici faktörlerdir.

#### **1.4.4. Psiko-Sosyal Faktörler**

Çalışanların duygularını, psikolojilerini dikkate almayı ve onlara saygınlık hissettirmeyi amaçlayan bir görüş, çalışanların başta kendilerine daha sonra çevresindekilere saygılı olmasını, işlerini sevmesini, benimsemesini, çalıştıkları örgüte bağlanmasını sağlayarak iş gücü verimliliğini artırmaktadır. İş gücü verimliliğini psiko-sosyal açıdan en çok etkileyen faktörler şunlardır:

#### 1.4.4.1. Motivasyon

Kelime anlamı olarak güdü veya harekete geçmek olan motivasyon, bireyin belli bir hedefe ulaşmak için sahip olduğu dürtü, azim ve çalışma gücüdür. Aynı mesai saatlerine tabi olan bireylerin bazıları zorla çalışırken; bazılarının büyük bir şevkle çalıştığı hatta mesai saatleri dışında da işini yapmaktan hoşnut olduğu gözlemlenmektedir. İşte aynı koşullarda çalışan, hemen hemen aynı eğitim seviyesinde olan kişiler arasındaki bariz fark motive olup olmamalarıdır. Genç (2004)'e göre motivasyon tanımı:

1. Motivasyon kişiden kişiye değişebilen öznel bir kavram olduğu için motivasyon teorilerinin temelinde insanlar arasındaki değişiklikleri ön plana çıkarmak yatmaktadır,
2. Motivasyon basit tabiriyle bir “niyet” olarak kabul edilebilir ve çalışanların davranışlarını geliştirmesi, kendi kontrolleri altında gerçekleşmektedir.
3. Motivasyon çok yönlüdür. Bu nedenle çalışanları neyin güdüleyeceği ve motivasyon faktörleri belirlenmelidir.
4. Motivasyon bir davranış ve bir performans değil; bireyin etkilendiği iç ve dış güçlerle ilgili bir olgudur.(ss.234)

En yaygın motivasyon teorisi Abraham Maslow'un İnsan Gereksinimleri Kuramı(Hierarchy of Needs)'dir. Maslow, her insanın bu beş ihtiyacının karşılanması doğrultusunda var olacağını varsaymıştır:



**Şekil 1.1.** İnsan Gereksinimleri Piramidi

Robbins (2003) piramidi önem sırasına göre şu şekilde açıklamaktadır:

1. Fizyolojik ihtiyaçlar (açlık, susuzluk, barınma vs.)
2. Güvenlik Gereksinimleri (fiziksel ve duygusal zarara karşı güvenlik ve korunma)
3. Sevgi ve Ait olma (aile, arkadaşlar gibi sosyal ortamlarda sevilme, kabul edilme)
4. Takdir ve Saygı (onur, bağımsızlık, başarı)
5. Kendini Geliştirme (kendini bilimsel ya da başka yetenekler açısından geliştirmek)

Araştırma konumuzu da oluşturan doktorların verimliliği ve dolayısıyla da motivasyonu üzerinde etkili olan faktörler;

- Ekonomik faktörler (ücret artışı, primli ücret, ekonomik ödül ve kara katılma v.s.)
- Psikolojik ve sosyal faktörler (çalışmada bağımsızlık, sosyal katılma, değer ve statü, gelişme ve başarı, çevreye uyum, öneri sistemi, psikolojik güvence, sosyal uğraşlar)
- Fiziksel faktörler (ergonomi, ışık, ses, havalandırma)
- Örgütsel ve Yönetimsel faktörler (amaç birliği, yetki ve sorumluluk dengesi, eğitim ve yükselme, kararlara katılma, iletişim, iş genişletilmesi, iş zenginleştirme, yarı otonom çalışma grupları, çalışma ortamını geliştirme) olmak üzere dört grup halinde incelenmektedir.

#### **1.4.4.1.1. Verimliliğin Motivasyon İle İlişkisi**

Günümüzün önemle incelenmesi gereken konularının başında, verimliliğin ve insan kaynaklarının akıllıca kullanılarak kaliteli ürün veya hizmet üretilmesi ve bunların daimi olmalarının sağlanması gelmektedir. Özel ya da kamu tüm örgüt yöneticilerinin birincil amacı olan verimliliği sağlamak için, işgörenlerin istekli ve motive olmuş bir şekilde çalışması sağlanmalıdır (Abacı, 2015).

Örgütlerin, çalışanlarını işe girdikleri ilk günkü arzu ve isteklerini sürdürebilmeleri adına, bireyleri güdüleyen faktörlerin belirlenip uygulanması gerekmektedir. Bir iş yerinde motivasyon koşulları ne kadar sağlanırsa insanların



işlerinde tatmin olma derecesi o kadar artacak ve verimlilikleri de aynı oranda artacaktır. Bunun sonucunda vatandaşlara sunulan hizmet daha kaliteli hale gelecektir.

Verimliliğin bir tanımı da, 'çalışanların performansını ve çalışma şartlarını geliştiren tekniklerdir'. Performansın formülü ise:

Performans = Yetenek x Motivasyon x Eğitim şeklinde gösterilebilir.

Belli bir örgütte aynı meslek grupları içerisinde, eğitim seviyelerinin ve yeteneklerin hemen hemen aynı olduğu görülmektedir. Buna rağmen oluşan performans farklılıkları bireylerin motivasyonları arasındaki farklılardan doğmaktadır. Örgütsel boyuttaki verimliliğin temel taşı olan işgücü verimliliği, her çalışanın ayrı ayrı motive olmasıyla elde edilir (Başaran,1998).

Bireysel motivasyonu sağlamış olan bir iş yeri, verimlilik hedefine ulaşmak için en önemli aracı kullanmış olur. Çünkü, örneğin bir işletmede çalışan eşit koşullardaki iki çalışandan, motivasyon düzeyi daha yüksek olanı, kapasitesinin üzerine çıkıp daha fazla çabalayarak, iş gücü verimini artırmış olur ve diğer çalışana göre örgüte daha fazla çıktı sağlar (Özdemir, Muradova,2008).

Verimliliğe dayalı hizmet işletmelerinde yapılan bir araştırmada; çalışanın, işletmenin beklentileriyle kendi beklentilerini bir tutması sonucunda motive olduğu ve artan kaliteli hizmet çabası ile beraber istenen verimliliğe ulaştığı belirtilmektedir (Uçkun ve Pelit, akt.iç. Örucü ve Kanbur,2008).

#### **1.4.4.2. İş Tatmini**

İş tatmini, çalışanın işini ve iş hayatını sorgulaması sonucunda oluşan iç huzuru, rahatlık, haz ve pozitif duygu durumudur.

Tatmin kavramının motivasyondan ayrıldığı nokta ise; tatminin daha çok içsel olması ve motivasyonun tersine dışsal davranışları etkilememesidir. Motivasyon, bireyin davranışlarını etkileyerek onu harekete geçirirken; tatmin olma hali kişisel bir iç zevkiyle sınırlı kalmaktadır (Eroğlu,2000).

#### 1.4.4.2.1. Verimliliğin İş Tatmini(Doyumu) İle İlişkisi

Başarılı hedeflemiş bir organizasyon mal ve hizmet üretimine ne kadar önem veriyorsa, aynı şekilde çalışanların sahip oldukları işten ve çalıştıkları kurumdan memnun olmalarını sağlamaya da önem vermelidir. “Bireyin çalışma ortamına karşı reaksiyonu” olarak tanımlanan iş tatmininin etkeni çok olduğu için, yöneticilerin konuyu derinlemesine incelemesi ve olumlu sonuçları sürdürmeye yönelik çalışmalar yapması gerekmektedir (<http://www.ikpaylasim.com>).

Çalışanın özellikleri, işin özellikleri ve örgütün çalışma ortamının bir bütünlük oluşturacak şekilde uyumlu hale getirilmesi lazımdır. İş tatmininin ana bileşenleri; organizasyon, ücret, terfi, yapılan iş, yönetici, iş arkadaşları, iş güvenliği, iş ortamı, çalışma saatleri, çalışanın iş üzerindeki kontrolü olarak belirtilmektedir (Küçüköglü, 2015).

Verimlilik artışı, işverenin çalışandan beklediği bilgi ve becerinin; çalışanın iş verenden beklediği uygun çalışma ortamı, ihtiyaçlarının karşılanması ve motivasyonun eşleştiği ince noktada devreye girer. Karşılıklı beklentilerin karşılanmasıyla her iki taraf için sorunlar kalkmış ve huzurlu bir çalışma ortamı inşa edilmiş olur. Böylece bireyler sorunlarla oyalanmak yerine işlerine odaklanarak verimlilik artışını yakalamış olur. Bu uyumlu dengenin kurulması ise iş görenin eforu sonucunda işinden elde ettiği performansın ödüllendirilmesi yoluyla ilişkilidir (Dil,2005).

İş gören, gösterdiği performans sonucu elde ettiği ödülle iş tatmini ve motivasyonu sağlayarak verimliliğine katkı sağlamış olur. Bundan hareketle, performansın, iş tatminin ve motivasyonun birbirini tamamlayan şeyler olduğu sonucunu çıkarabiliriz (Eren,2007).

Ancak iş doyumunu çeşitli değişkenlere göre farklılık göstermektedir. Belli bir ödül herkes için aynı doyumunu sağlayamayabilir. Örneğin, yaşı ilerlemiş kişilerin yaptıkları işten duydukları doyumun artması ya da saygın olarak gösterilen meslek gruplarında görev yapan kişilerin iş doyumlarının diğerlerine nazaran daha yüksek olması.

Platis, Reklitis ve Zimeras' ın (2015) sağlık çalışanları üzerine uyguladığı bir ankete göre, iş tatmini ve verimlilik arasında güçlü bir ilişki vardır. İş tatmini için toplanan bilginin %68,7'sini yönetim ve verimlilik faktörlerinin açıkladığı görülmüştür. İş yoğunluğu ve stresi fazla olan sağlık çalışanlarının, yöneticiler tarafından sağlık

hizmetleri alanındaki hızlı değişime, modern yönetim tekniklerine ve psikolojilerine uygun bir ortam yaratılması durumunda iş tatminlerinin ve dolayısıyla verimliliklerinin arttığı görülmüştür.

#### 1.4.4.2.2. İş Tatmini ve Verimlilik İlişkisi İle İlgili Bazı Kuramlar

Herzberg'e göre insanın işiyle ilgili tutumları iki faktöre bağlıdır (akt.iç Balaban, 2010):

1. Koruyucu(Hijyen) Faktörleri
2. Motivasyon Faktörleri

Koruyucu faktörlerin olması iş doyumunu etkilemezken; motivasyon faktörlerinin olması iş doyumunu etkiler. Koruyucu faktörler; örgüt politikaları, teknik gözetim, ücret, kişiler arası ilişkiler, statü, çalışma koşulları ve iş güvenliği gibi durum koruyucu niteliktedir ve performansta kısa süreli etkiler bırakırlar. İkinci faktörler ise; başarı, tanınma, çalışma, sorumluluk alma ve yükselme imkanları gibi motivasyon faktörleridir. Motivasyon faktörlerinin artması, iş tatminini etkileyerek iş görenin performansını artırmaktadır.(ss.2)

Taştan(2003)' a göre (akt. iç. Kurt, 2005): Motivasyon ve hijyen faktörlerinin birleşimi dört olasılığa neden olabilir:

1. Yüksek motivasyon ve yüksek hijyen faktörleri beraber olduğunda çalışanlarda yüksek motivasyon oluşacak ve bu durum çalışanların şikayetlerini minimuma düşürecektir. Bu durum çalışanların performansları da yükselecektir.
2. Düşük motivasyon ve düşük hijyen faktörleri olan bir işte çalışanlarda, hem motivasyon düşük olacaktır hem de işleriyle alakalı şikayetleri sürekli hale gelecektir.
3. Düşük motivasyon faktörleri ve yüksek hijyen faktörleri olan bir işte çalışanların motivasyonları düşük olmasına karşın işleriyle alakalı şikayetleri az olacaktır.
4. Yüksek motivasyon faktörleri yanında düşük hijyen faktörleri olan bir işte çalışanlarda hem motivasyon hem de çalışma ortamı hakkında şikayetleri fazla olur. Bu çalışanlara ödüller verilmesi halinde negatif şartlara rağmen motivasyonları yüksek kalabilir.(ss.290)

Vroom'un ümit (bekleyiş) kuramında incelenen üç varsayım ise (akt.iç.Eren, 2007):

1. Bireyin davranışının, kişisel özellikler ve çevre şartları tarafından belirlenip yönlendirilmesi,
2. Herkesin farklı ihtiyaç, istek ve amaçlara sahip olmasıyla ödül beklentilerinin de birbirinden farklı olması,
3. İnsanın kendisine sunulan ödüllerden en çok istediği ödül için çaba sarf etmesi.

#### **1.4.4.3. Güven**

Güven; bir kişiye veya bir şeye duyulan bağlanma, dürüstlük, eminlik, etkililik duygusudur (www.merriam-webster.com). Duygusal güvenin yanında fiziksel olarak da, çalışma ortamının aydınlatma, havalandırma, ısıtma-soğutma sistemlerinin iş görenlerin konforunu sağlayacak şekilde olması güveni sağlar.

“Güven” in çalışma ortamında 4 farklı şekli vardır:

- Kişilerarası güven (McAllister, 1995),
- Yöneticiye güven (Mishra & Morrissey, 1990),
- Organizasyona güven (Boe, 2002),
- Örgütler arası güven (Wei, Wong, & Lai, 2012) (akt. İç. Küçükoğlu ,2015).

##### **1.4.4.3.1. Verimliliğin Güven ile İlişkisi**

Bir işletmeye güven duyulması, mevcut çalışanların istikrarına ve diğer kurumlarda çalışan kalifiye elemanların burada çalışmak istemelerine neden olur. Çünkü insanlar için güven kavramı en temel ihtiyaçlardandır.

Yöneticiye güven duyulan bir ortamda çalışanlar da dürüst olmak için çaba sarf etmektedir. Hata yapsalar bile bunu rahatlıkla belirtip, geç olmadan çözüme odaklı çalışmalar yapılır (www.golmn.com). Böyle bir ortamda örneğin, hataları cezalandırmakla geçen vakit kaybı aşılıarak verimlilik kaybı yaşanmamış olunur. Benzer şekilde, kişinin çalıştığı örgüte duyduğu güvenin de iş gücü verimliliğini pozitif etkilediği, La Porta' nın 40 ülkede büyük organizasyonlar üzerinde yaptığı araştırmayla ortaya çıkmıştır (Brown ve diğerleri, 2015).

#### **1.4.4.4. Güçlendirme (Employee Empowerment)**

Güçlendirme, çalışanların işleri hakkında karar almalarına, işlerini sahiplenmelerine, müşterilerle yüz yüze gelinen bir örgütte müşterilere hizmet vermenin yanında sonuçlar için de sorumluluk alabilmelerine olanak tanır.

Güçlendirme kavramı işgücüne işle ilgili karar almada daha fazla özgürlük ve büyük ölçüde esneklik sağlanmasını kapsar.

Güçlendirme, bir bireyi özerk yollarla düşünmeye, davranmaya, harekete geçmeye, işi kontrol etmeye ve karar almaya yetkilendirmeyi sağlayan bir süreçtir.

##### **1.4.4.4.1. Verimliliğin Güçlendirme ile İlişkisi**

Verimlilik yönetimi, çalışan güçlendirme ile iki yolla ilişkilendirilir. Birincisi çalışana işiyle ve organizasyonla ilgili karar alma becerisinin sağlanması yoludur. Çalışanlar organizasyona nasıl katkı sağlayacaklarını anlarsa karar almadaki bilgisi uzmanlığı artmış olur ancak bu yolla çalışanlar sıklıkla yanlış kararlar alabilirler. İkinci yolla verimlilik yönetimi karar almadaki özgürlüğün yanında, sorumlulukta almayı gerektirir (Nzuve ve Bakari,2012).

İşgücü güçlendirme ile işgücü verimliliği arasındaki ilişki hakkında sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır.

Örnek olarak, İrlanda’ da bir üretim firmasında iş gücü güçlendirmenin, performansı geliştirmek ve yenilikleri artırmak adına büyük rolü olduğunu tespit eden Wood’un çalışması gösterilebilir. Wood (2007), incelediği bütün şirketlerde güçlendirmenin performans üzerinde büyük etkisi olan tek uygulama olduğu sonucuna varmıştır. Bu çalışma, işgücünü güçlendiren şirketlerdeki performansın, güçlendirmeyen şirketlerdekinden %7 daha fazla olduğunu bulmuştur.

#### **1.4.4.5. Çalışan Katılımı(Employee Involvement)**

Çalışan katılımı; çalışanların örgütün hedeflerini, performansını, takip ederek yapılması gerekenleri her aşamada kendi istekleriyle yapmasıdır. Bunun sağlanması başta yöneticiye uygun örgüt yapısına bağlıdır. Temelde yatan mantık ise çalışanların

daha motive,daha verimli, ve tatmin olmalarını sağlamak için bireyleri kararlara dahil etmek ve iş yaşamlarını kontrol altında tutmalarına olanak vermektir (Robbins, 2003).

Çalışan katılımının dört şekli vardır:

1. Katılımcı Yönetim
2. Temsilci Katılım
3. Nitelik Çemberi
4. Çalışan Sermaye Mülkiyeti Planı (Employee Stock Ownership Plans (ESOP))

#### **1.4.4.5.1. Verimliliğin Çalışan Katılımı İle İlişkisi**

Güçlü bir insan kaynakları yönetimi ile idari görev ve sorumlulukların çalışanların katılımıyla paylaşımının sağlanması işletmenin verimliliğinde artışı beraberinde getirir (Ichniowski, akt.iç. Belanger,2000). Çalışanların kaliteli üretim yapması ve çalışma yoğunluğu, yine çalışanların kabiliyetlerini ortaya koyma isteklerine ve neyi nasıl yapacaklarını bilmelerine bağlıdır. Böylesine bir bağlılık ise düzenli bir örgüt yapısına, çalışma şartlarının kalitesine ve iş birliğinin olmasına bağlıdır (Belanger, 2000).

Verimliliği çalışan katılımı ile artırmak için örgüt yapısının uygun olması gerekmektedir. Çalışan katılımı, özellikle direkt yönetici altında çalışmayan, kendi uzmanlık alanında kendi işini yapan çalışanlar için avantaj sağlamaktadır (Zwick, 2004).

#### **1.4.4.6. İş Yaşamı Kalitesi(Quality of Work Life)**

Son dönemlerde popülaritesi artan “iş yaşamının kalitesi” kavramı, 1960’lar ve sonrasında ortaya çıkmıştır. Tanım olarak, işin ve çalışma ortamının medenileştirilmesini ifade eden bir kavramdır. Medenileştirmedeki amaçlardan birisi, çalışanın beklentilerini, isteklerini, insani değerlerini önemsemek, diğer bir amaç ise örgütsel etkinlik ve verimliliğin sağlanması adına gerekli çalışma ortamının oluşturulmasıdır (Barutçugil, 2004).

Genel olarak sağlıklı, çalışan için uygun ve çekici iş ortamlarının sağlanması olarak tanımlanan iş yaşamı kalitesini ilk olarak kullanan Walton (1998) iş yaşamı kalitesini sekiz bileşene ayırmıştır: Adil ödeme, yasal pozitivizm, sürekli büyüme,

güvenlik olanakları, sosyal bağımlılık, kişisel kapasitelerin gelişimi, güvenli çevre ve sosyal bütünleşme (Kaighobadi, Esteghlal, Mohebbi, 2014).

Bir çalışanın, günün aktif olduğu zamanının büyük çoğunluğu iş yerinde geçtiği için iş yaşamı kalitesi kişinin hayatını doğrudan etkileyen bir unsurdur. Ancak her kişinin kalite anlayışı ve beklentisi farklılık göstereceği için, bu konudaki çalışmalar bireysel olarak değil; tüm çalışanların ortak paydasına göre şekillenmektedir (Borluk, 2014).

Her örgütte geçerli olan müşteri memnuniyeti amacı, hastanelerde de hasta memnuniyeti kapsamında geçerlidir. Çünkü müşteri tatmin hedefleri, çalışanların örgüt içerisindeki tatminleriyle doğrudan ilişkilidir (Çoban, 2007). Tatmin olan doktorlar, hastaların memnuniyetlerini artıracaklar ve örgütsel bazda kaliteli bir çalışma ortamı oluşacaktır.

İş yaşamını kaliteli hale getirmenin faydalarını Srivastava ve Kanpur (2014) şu şekilde özetlemiştir:

- İşgücü verimliliğini, sorumluluk bilincini ve bağlılığı artırmak
- Daha iyi bir ekip çalışması ve iletişim
- Çalışanların moralini artırmak
- Örgütsel stresi azaltmak
- İş içinde ve dışındaki ilişkileri geliştirmek
- Çalışma şartlarındaki güvenliği artırmak
- Doğru bir İnsan Kaynakları Gelişim Programı sağlamak
- Çalışan tatminini sağlamak
- İş yerinde öğrenmeyi güçlendirmek
- Süregelen değişimi daha iyi idare etmek
- Örgütün bütün aşamalarında yönetime katılmak (ss.56).

#### **1.4.4.6.1. Verimliliğin İş Yaşamı Kalitesi İle İlişkisi**

Örgütlerin, verimliliği elde etmesi birçok faktörle döngüsel bir ilişki içerisinde. Kaynakların etkin kullanımı ve rekabet gücü adına amaçlanan etkinlik, etkililik ve verimliliğin sağlanması, örgütsel düzenlemelerin yanında çok önemli bir uygulamaya,

insan kaynaklarının geliştirilmesine ihtiyaç duymaktadır (Salavati, Maghsoudi, Hasani, 2013).

Çalışanların iş yaşamının kalitesinin artırılması güçlü bir insan kaynaklarına sahip olmanın anahtarıdır. Ayrıca teknolojik gelişmelere ayak uydurmakla, uygun bir örgüt yapısı oluşturmakla ve belli planlama ile temeli atılan örgütün istenen verimlilik düzeyine kolaylıkla erişmesi mümkündür.

Yapılan pek çok çalışma bunu kanıtlamaktadır. Swart (1985)' in Amerika' da yaptığı bir araştırmada esnek iş saatlerinin iş gücü verimliliği üzerinde önemli ölçüde etkisinin olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Marks (1986)'ın yaptığı araştırmada kalite planına dahil edilenlerin edilmeyenlere göre daha fazla verimlilik gösterdikleri ortaya çıkmıştır. İşyerindeki demokrasi, yetkilendirme ve becerilerin geliştirilmesinin de verimliliği artırdığı Buchele ve Christiansen(1995)'nin yürüttüğü çalışmayla anlaşılmıştır (Salavati, Maghsoudi, Hasani, 2013).

Sri Lanka 'da 15 devlet üniversitesinde Bawa ve Mubeen (2016) 'in yaptığı bir araştırma, iş yaşamı kalitesinin değişkenlerinin, işgücü verimliliğini açıklama oranını %63 olarak bulmuştur. Bu da iş gücü verimliliği ile iş yaşamı kalitesi arasında güvenilir bir ilişki olduğunu gösteriyor.

İnsan faktörünün olduğu her mal -hizmet üretiminde, iş yaşamının beklenen standartlara uygun olması çalışanların kişisel tatmin olmalarını ve beraberinde verimliliği getirir.

#### **1.4.4.7. Örgütsel Bağlılık**

Literatürde örgütsel bağlılık kavramı endüstriyel ve örgütsel psikoloji alanında gelişmiştir. Yapılan ilk çalışmalarda bu kavram sadece kişisel tavırlara, müdahil olmaya ve sadakata dayandırılarak açıklamaktaydı. Günümüzde ise bu kavramın kapsamı geliştirilmiştir. Miller ve Lee, (2001) örgütsel kavramı şu şekilde tanımlamaktadır: Örgütsel bağlılık, çalışanların örgütün değerlerini, vizyon ve misyonunu özümseyip, hedefine ulaşması için ekstra performans göstermesini ve bu bağlılığını örgütte kaldığı süre boyunca sürdürmeye niyetli olmasını kapsamaktadır (akt.iç.Manetje, 2005).



Mal ve hizmet üretiminde çalışanların iyi eğitilmiş, başarılı, donanımlı olması işleri nitelik ve nicelik yönünden daha iyi yapması için yetersizdir. Yeterli nicelik ve nitelikteki üretim için işin gerektirdiği bilgi ve becerinin yanında, işe karşı pozitif tutumlara da sahip olmak gerekmektedir. Çalışanların örgütünü benimseyip, örgüt gelişimi için çaba sağlayabilmesi yine çalışanların mesleki karar, tutum ve ilişkilerinde bazı alacakları değerler ve yargılarla birlikte çalışma hayatına olan bakış açılarına bağlı olacaktır (Balay, 2014).

#### **1.4.4.7.1. Verimliliğin Örgütsel Bağlılık İle İlişkisi**

Organ' a göre örgütsel bağlılığın pratikteki önemi, kaynak transferi ve yeniliğin olması şartıyla, sürekli değişen çevre koşullarına uyumu sağlayarak etkinlik ve etkililiğin elde edilmesidir. Örneğin diğer çalışanlarla iş birliği yapma, şikayet etmeden daha çok görev yerine getirme, dakiklik, gönüllülük, yardımlaşma, zamanı etkin kullanma, kaynakları koruma, fikirleri paylaşma ve örgütünü pozitif olarak temsil etme. Yüksek örgütsel bağlılığa sahip olan iş görenlerin daha çok çaba sarf ettikleri ve birikimlerini örgüt için harcadıkları görülmektedir. Yüksek nitelik ve yüksek bağlılık durumunda devamsızlık ve iş gücü devrinde azalma olmaktadır. Tüm bunlar etkili ve etkin bir üretime neden olmaktadır (akt.iç. Huang ve You, 2011).

Morrow, örgütsel bağlılığın iş görenlerin stabil ve verimli olmalarına neden olduğunu belirtmektedir (akt.iç. Asiedu, Sarfo ve Adjei, 2014).

Cengiz' e göre örgütün amaçlarına ulaşması için üstün performans sergileyen çalışanlar örgütün hem rekabet gücünü artırmaya katkı sağlar hem de çevredekilere örgütünü olumlu tanıtarak kalifiye elemanların gelmesini sağlar (akt. İç. Uygur, 2007).

İş görenlerin örgüte bağlılığının sağlanabilmesi için örgütler iş görenlerin istek, ihtiyaç ve beklentilerini tespit edip, hem maddi (ücret, teşvik primi gibi), hem maddi olmayan (yükselme fırsatları, eğitim olanakları) unsurlarla desteklemelidir. Bunlar karşılandığında iş görenlerin çalışmaları daha etkili ve verimli hale gelecektir (Uygur, 2007).

#### 1.4.4.8. Psikolojik Sözleşme(Psychological Contract)

Psikolojik sözleşme; örgüt ve bireylerin arasında, iş yaşamında birbirlerine olan sorumlulukları çerçevesinde oluşan beklentilerinin yazılı olmayan halidir (Cihangiroğlu, Şahin, 2010).

Psikolojik sözleşme, çalışanın işe girerken imzaladığı sözleşmeden farklı olarak örgüt içerisinde çalışırken şekillenir ve zaman içerisinde değişiklik gösterebilir.

Psikolojik sözleşme örgüt içerisinde vaat edilen eğitimin, ücretlerin, ödüllerin, terfilerin yerine getirilmemesi; iş güvenliğinin, işin niteliğinin yeterli olmaması, iş yerinde çalışanın fikrinin alınmaması, geri bildirim yapılmaması gibi nedenlerden ötürü ihlal edilmiş olabilir. Psikolojik sözleşmenin ihlal edilmesinin sonuçlarını Robinson ve Rousseau (1994) şu şekilde açıklamaktadır:

- Çalışanın güveninin sarsılması
- İş tatmini ve örgütsel tatmin azalması
- Çalışanın aynı iş yerinde kalma isteğinin azalması

Örgüt ve çalışanlar arasında beklentilerin karşılanacağına dair kanaatin zayıflaması, örgütsel vatandaşlık bağının düşmesine, bağlılığın ve iş tatmininin azalmasına neden olmaktadır (Çetinkaya ve Özkara, 2015). Tüm ihlaller, kariyer yapmayı amaçlayan çalışanlarda, kariyer hedefi yüksek olmayan çalışanlara nazaran daha az olumsuz etki yaratmaktadır.

##### 1.4.4.8.1. Verimliliğin Psikolojik Sözleşme İle İlişkisi

Psikolojik sözleşmenin sağlıklı kurulması sonucunda çalışanların örgüte olan güveni artmaktadır ve örgütün her şeyini sahiplenebilecek bir vatandaşlık davranışı gelişmektedir. Çalışanları motive eden vatandaşlık davranışı, kişinin ortamda oluşan negatif durumlardan olumsuz etkilenmemesini ve sorumluluk alma bilincinin artmasını sağlamaktadır. Çalışan kişi, yaptığı işin sonuçlarına odaklanarak daha çok çalışma isteği duymaya başlar ve örgüt için ya da hizmet verdiği insanlar için önemli bir fayda sağladığı düşüncesiyle iş tatminini elde eder. Tatmin ve motive olmuş çalışanın yaptığı işe daha düzgün odaklanması verimliliğini artırır.

Ankara Sanayi Odası üyeleri üzerinde ‘Çalışanların Beklenti ve Yükümlülüklerinin İşgücü Verimliliğine Etkilerinin Psikolojik Sözleşme Kuramı Bağlamında Değerlendirilmesi’ konusunda bir araştırma yapan Topçu ve Cabbar (2015) psikolojik sözleşmenin verimliliği artırmasını çalışanın sosyo-duygusal yönlerine, kariyer gelişimine, eğitimine, kişilik gelişimine değer verilmesi şartına bağlamıştır.

## **1.5. İŞ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİ**

İş sağlığı ve güvenliği bir işletmede üretim yaparken ortaya çıkabilecek mesleki kazalara ve hastalıklara karşı alınan önlemlerdir. Her işletme içerisinde kendine göre bazı riskler barındırmaktadır. Bu risklerin gerçekleşmeden önlenmesi her meslek grubunda farklılık göstermesiyle beraber ortak amaç, iş sağlığı ve güvenliğinde uluslararası bir standarda erişmektir. Ülkemizde İş sağlığı ve güvenliği 30.06.2012 tarihli 6331 sayılı kanun ve 30.04.2015 tarihli 29342 numaralı yönetmelikle düzenlenmiştir. 2014-2018 yılları için 3.Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Politika Belgesi ile eylem planı hazırlanarak çalışma hayatında yaşanan kaza ve hastalıkların en aza indirilmesi hedeflenmiştir.

### **1.5.1. Verimliliğin İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlişkisi**

Teknolojinin çalışanların işlerini kolaylaştırdığı herkesçe kabul edilen bir gerçektir. Öte yandan artan makineleşme ve kimyasal kullanımının artması çalışanların mesleki risklerini de artırmıştır. Ülkemizden ve dünyadan gelen birçok kaza haberi can ve mal kaybının boyutlarını gözler önüne seriyor. Özellikle bu konuda henüz belli standartları yakalayamamış olan Türkiye, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)’ nün verilerine göre iş kazası vakalarında dünyada 3. sıradadır.

Kendini tehlike altında hisseden bir çalışanın huzurlu olması ve işine odaklanması zorlaşmaktadır. Böyle bir ortamda çalışan kişinin örgütsel bağlılık, motivasyon, iş tatmini, iş yaşamı kalitesi, güven gibi verimliliği doğrudan etkileyen faktörlere sahip olması beklenemez. İşletme de, üretime odaklanması gereken bir süreçte iş kazaları ve hastalıkların yol açtığı maddi manevi hasarı telafi etmeye çalışarak, rekabet edilebilme kapasitesini azaltmış olabilmektedir (Karamık ve Şeker, 2015).

İş sağlığı ve güvenliği(İSG) kavramı, kazaları önleyerek ülke ekonomisine de katkı sağlamayı hedeflemektedir. Çünkü İSG' nin sağlandığı işletmelerde zaman-malzeme kaybı yaşanmaz, maliyetler ve sağlık harcamaları artmaz (Çebi,2016).

Sağlık ve güvenlik önlemleri ne kadar iyi uygulanırsa ve denetim ne kadar iyi yapılırsa işletme o kadar etkin ve verimli hale gelecektir. İşletmeye duyulan güven seviyesi, otomatik olarak işgücünün enerjisini sadece işine vermesine ve dolayısıyla verimliliklerinin artmasını sağlayacaktır.

### **1.5.2. Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları**

Birçok sektörden daha çok tehlikede bulunan sağlık çalışanları, kimyasal maddeler, delici kesici alet yaralanmaları, zehirlenme, trafik kazaları, radyasyon, ergonomi yetersizliğinden doğan kas-iskelet sistemi yaralanmaları ve vücut sıvılarından bulaşan hastalıklara maruz kalmaktadır (Uçak, 2009). Ayrıca gece nöbetleri tutması gereken sağlık çalışanları, fazla mesai sonucunda uykusuzluk, yorgunluk, stres gibi nedenlerden ötürü dikkatsiz davranışlarda bulunabilmektedir (Gemalmaz, 2009).

### **1.5.3. Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri**

Sağlık tesisleri arasında en tehlikeli gruba hastaneler girmektedir. Bu konuda dünyada ve ülkemizde önleyici çalışmalar yapılmaktadır. Ülkemizde 6.04.2011 tarihli 27897 sayılı “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” mevcuttur. Bu yönetmeliğe tabi sağlık kurumları, çalışanları güvenlik ve sağlık yönünden tehdit eden unsurları düzenleyerek ve gerekli tedbirleri almaktadır (Resmi Gazete, 2011). Ayrıca yüksek oranda kimyasal madde barındıran hastaneler, olası bir patlama, yanma, tahriş olma, zehirlenme riskleriyle karşı karşıyadır. Mecburen kullanılması gereken bu maddeler için “Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik” te bir dizi önlemler belirtilmiştir. Hastanelerin kendi bünyesi içerisinde oluşturduğu “Tehlikeli Madde Yönetim Talimatları” da olası riskleri bertaraf etmeyi hedeflemektedir.

ABD'deki Mesleki Sağlık ve Güvenlik Birliği (OSHA), “Hastane Sağlık ve Güvenlik Komitesi” oluşturarak, hastanelerdeki sağlık çalışanlarına yönelik riskler için belli standartlar getirmiştir ve bu standartlara ulaşmak için çalışanları eğitmeyi, sağlık

danışmanlığı vermeyi, sosyal destek vermeyi, çalışanların bu standartlara uyup uymadığını denetlemeyi, periyodik muayene edilmesini bir hastalık ve yaralanma olması durumunda tedavi etmeyi ve tüm yapılan çalışmaların duyurulmasını misyon edinmiştir (<https://www.osha.gov>).

Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH)' de hastane çalışanlarının karşılaştığı tehlikeleri belirleyip her biri için önleyici düzenlemeler yapmıştır (<https://www.cdc.gov>). Örneğin hastane çalışanlarına hastalık bulaşmasını engellemek için sıkı teknik ve yönetsel kontrollerin, kapsamlı bir eğitimin ve sıkı güvenlik ölçümlerinin yanı sıra biyogüvenlik (Bio Safety) laboratuvarları oluşturulmuştur (Risi ve diğ. 2010).



## İKİNCİ BÖLÜM

### VERİMLİLİĞİ ARTIRAN ve AZALTAN ETKENLER

#### 2.1. VERİMLİLİĞİ ARTIRMA TEKNİKLERİ

Verimliliği artırmak için aşağıdaki tekniklerden uygun olanı seçilmektedir (Gümüş, Yılmaz ve Taşçı, 2013):

1. Teknik Yöntemler (İş etüdü • Metot etüdü • İş ölçümü • İş basitleştirme • Pareto analizi • Tam zamanında üretim yöntemi • Değer analizi • Maliyet-fayda analizi • Sıfır bazlı bütçe • Maliyet-verimlilik tahsisi)
2. Davranışsal Yöntemler (Örgüt geliştirme • Beyin fırtınası • Güç alanı analizi • Nominal gruplama tekniği)

Teknik yöntemler, üretim faktörlerinden maksimum seviyede fayda görebilmek adına aralarındaki ilişkilerin bilinmesi, düzenlenmesi ve ölçülmesi amacıyla yapılan “İş Etüdü” adı altındaki sistematik araştırmaları kapsamaktadır. Ayrıca işin daha basit ve verimli yapılmasını sağlayan “Metot Etüdü” ve üretim zamanının ve insan gücünün ölçülmesini sağlayan “İş Ölçümü” nü kapsamaktadır. Varsayılan problem üzerinde en önemli etkiye sahip olan faktörün belirlenmesi ise “Pareto Analizi” ile mümkün olmaktadır. “Tam Zamanında Üretim” üretim sürecindeki maliyetlerin düşürülerek verimliliğin artırılmasını sağlamaktadır. Firelerin azaltılması yoluyla verimliliğin artırılması “Değer Analizi” ile mümkün olmaktadır ([www.tekstil.uludag.edu.tr](http://www.tekstil.uludag.edu.tr)).

Davranışsal yöntemler, daha çok çalışanların sağlıklı iletişim kurarak ve problemlerin benimsenerek sorumluluk bilincinin geliştirilmesi ve sorunların en kısa sürede çözülmesine fayda sağlayarak üretkenliğin geliştirilmesi için kullanılmaktadır .

##### 2.1.1. Elmeri Metodu

Daha çok imalat sanayiinde kullanılan bir performans izleme yöntemi olmasına rağmen hastanelerde kullanımının çok büyük fayda sağlayacağı düşünüldüğünden burada ele alınmaktadır. Kazaları ve hastalık dolayısıyla işyerine gelememe sıklığını önlemeye yarayan bir gözlem metodudur. İSGİP Projesi (2011) kapsamında hazırlanan rehberde ELMERİ'nin gözlem yaptığı konular şu şekilde özetlenmektedir:

- **Güvenlik davranışları:** Kişisel koruyucu donanım kullanımı
- **Düzen ve temizlik:** İş tezgahları, raflar, askılar, yüzeyler, Atık konteynırı, Zemin ve platformlar
- **Makine güvenliği:** Makinenin yapımı ve makine korkulukları, Kontrol cihazları ve acil durdurma düğmesi .
- **Endüstriyel hijyen:** Gürültü, Aydınlatma, Hava kalitesi, Sıcaklık koşulları, Kimyasallar
- **Ergonomi:** Kas iskelet sistemi, İş tezgahının tasarımı ve çalışma duruşu
- **Zemin ve geçiş yolları:** Zemin ve geçiş yollarının yapısı
- **İlk yardım ve yangın güvenliği:** Elektrik dağıtım panosu, İlk yardım çantası, Yangın söndürme aleti, Acil durum çıkışları

Tüm bu gözlem konuları doktorları yakından ilgilendirmekte olup gerekli tedbirlerin alınması çalışma şartlarının iyileşmesiyle beraberinde yüksek verimliliği de getirecektir. Ayrıca kazalardan dolayı oluşan iş gücü noksanlığı ve kazaların yol açtığı maddi zararlar bertaraf edilerek hastanelerde maliyet tasarrufu da sağlanabilecektir.

Bir hastanede ELMERI formunun oluşturulması, yukarıdaki kriterlerin gözlemlenmesi ve bir tablo oluşturularak uygun olanlara ‘doğru’ olmayanlara ‘yanlış’ yazılmasıyla mümkün olmaktadır. Bu gözlemlerin rutin zaman aralıklarıyla tekrarlanması daha doğru sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır. Ortaya çıkan sonuçlarla hesaplanan ELMERI endeksi ile iş yeri sağlığı ve güvenliğinin ne derece olduğunun ölçülmesi ve gözlenen eksiklikler için yeni hedefler konması sağlanmaktadır. Ayrıca her gözlem sonucunu birbiriyle karşılaştırmaya imkan vermesiyle hastane içindeki gelişim de ölçülebilmektedir.

### 2.1.2. 5S Metodu

Gerek mal üreten gerekse hizmet üreten iş yerlerinde zaman zaman iş gücü kayıpları meydana gelmektedir. Bunların çoğu, dağınık çalışmadan dolayı yapılan malzeme aramaları, kirlilik yüzünden oluşan performans kayıpları ve iş güvenliği eksikliğinden doğan iş kazaları sebebiyle oluşmaktadır. Ortaya çıkan bir sorunun tespiti ise zaman alacağı için işgücü kayıpları olmaktadır. Düzenli, temiz ve organize olmuş iş

yerlerinde ortaya bir sorun çıktığında ise, sebep alenen gözlemlendiği için vakit ve performans kaybı yaşanmadan sorun çözülmektedir.

5S metodu, temizlik, organizasyon ve düzenleme amacıyla kurulmuş; yüksek verimlilik, güvenlik ve kaliteyi iyileştirecek bir yöntemdir. Bu yöntemle, çalışanların daha iyi bir iş çıkarmak için daha disiplinli çalışması sağlanmaktadır. Ayrıca zamandan tasarruf edilerek çalışanlar arası ilişkiler ve alt üst ilişkileri de geliştirilmiş olacaktır.

5S in açılımı şu şekildedir:

- 1. Sorting(Sınıflandırmak):** İşyerindeki gereksiz malzemeleri gereklilerden ayırarak elimine etmek.
- 2. Simplifying(Sadeleştirmek):** Güvenlik ve verimliliği sağlamak için gerekli her şeyin düzgünce yerleştirilmesi
- 3. Systematic Cleaning(Temizlemek):** Çalışanların motivasyonunu artırmak için her şeyin temiz ve aydınlık olması.
- 4. Standardizing(Standartlaştırma):** Yaygın metodlar oluşturulması. Standartlaştırmanın amacı anormal bir durumun hemen fark edilir olmasıdır.
- 5. Sustaining(Sürdürmek):** Ulaşılan sistemin sürekli hale getirilmesi.

İnsan hayatını kurtarmak için zamanla yarışılan bir yer olan hastanelerde 5S yöntemlerinin uygulanması hayati bir önem taşımaktadır. Dikkat dağıtan nesnelerin kaldırılması, hijyenin tam sağlanması, yapılacak işlerin belli bir sıralamasının olması, gerekli malzemelerin kolay erişilebilir olması gibi tedbirler doktorların verimini artırdığı gibi karışıklığı çözmeye ayıracakları zamanı sosyal ilişkilerine harcamalarını sağlamaktadır.

### 2.1.3. Personel Devam Kontrol Sistemleri

İş gücü verimliliğinin en büyük göstergelerinden biri de çalışanların devam durumudur. Devam durumunun yanında bir diğer gösterge ise, iş gücünün çalışma saatlerine uyma ölçüsüdür. Birçok işyerinde gerek manuel olarak, gerek kamera ile kontrol altına alınmaya çalışılan bu husus, teknolojinin ilerlemesiyle daha güvenli sistemlerin gelişmesine yardımcı olmuştur. Günümüzde parmak izi, yüz tanıma veya kartlı sistemler ile personel takibi imkanı mevcuttur. İş yerinde güvenliği de sağlamaya yönelik olan bu elektronik sistemler her çalışana ana bilgisayara kaydetmektedir.



Girişine izin verilen çalışanın giriş çıkış zamanları raporlanarak mesai saatleri kontrol altına alınmaktadır. Her kişinin ayrı ayrı raporlandığı bu sistemlerde kişinin gün içerisinde hangi departmanları kullandığı tespit edilebilmekte, yemekte ya da dışarıda harcadığı zaman ölçülebilmektedir. Bu kişisel bilgiler personel verimliliğini takip etmenin yanı sıra işyerinin ve çalışanların güvenliği açısından da önem taşımaktadır.

#### **2.1.4. E-Nabız Sistemi**

Amerika’da Hospital Information System (HIS) adıyla; Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığınca “e-nabız” adıyla uygulanan bu sistemin amacı, hastalara geçmişte yapılan muayene, teşhis, röntgen, tahlil, tedavi, ameliyatların ve yazılan raporların, reçetelerin hepsinin tek bir veri tabanına kayıt edilerek doktorların ve hastaların bilgiye ulaşımını kolaylaştırmaktır. Doktorların bir hastanın hastalık geçmişinin tümüne kolayca ulaşabilmesi her şeyden önce hastayı doğru tanıyıp, doğru teşhis koymasını sağlamaktadır. Ayrıca hastayla ilgili bütün detay bilgilere en kısa sürede ulaşmak, doktorların zaman tasarrufu yaparak verimliliklerini artırmasına yardımcı olmaktadır.

#### **2.1.5. Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması**

Çalışanların kendi seviyelerine uygun ve eşit seviyelerdeki meslektaşlarıyla aynı şekilde ücretlendirilmesi, iş gücü verimliliğini doğrudan etkileyen bir nedendir (Erkan, 2011).

Türkiye’ de bu sistem yalnızca Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık çalışanlarına uygulanmaktadır. “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile detaylandırılmıştır. 09/02/2004 tarih ve 417 sayılı yönerge ile yürürlüğe giren ve “Performansa Göre Döner Sermaye Katkı Payı Ödemesi” olarak geçen bu uygulamanın amacı sağlık çalışanlarının işlerinde tatmin olup, daha verimli ve kaliteli bir hizmet sunmalarınıdır.

Performans hesaplamaları için çalışanlar klinik hizmet veren doktorlar ve laboratuvar branşı hekimler ile idareciler, diğer sağlık çalışanları ve diğer personel şeklinde iki gruba ayrılmaktadır. İlk grup için puanlar elde edilen değerlerin toplamıyla doğrudan hesaplanmakta iken; ikinci grup için kuruluş ortalama puanı dikkate alınarak

dolaylı olarak hesaplanmaktadır. Elde edilen toplam puanın, kurumun toplam puanına oranlanmasıyla da her çalışanın ek ödemesi yapılmaktadır (Güler, Kayral ve diğerleri, 2014).

Performans hesaplamada devlet hastanelerinde kullanılan parametreler şunlardır:

- Klinik hizmet puan ortalaması
- Hastane hizmet puan ortalaması
- Kadro unvan katsayısı
- Aktif çalışılan gün
- Bilimsel çalışma destek puanı
- Eğitici destek puanı
- Girişimsel işlem puanı
- Ek puan
- Kesilen fatura
- Kalite puanı (Resmi Gazete, 2006).

Performans değerlendirme sisteminin olumlu sonuçları personel verimliliğini sağlayarak artan sağlık hizmet talebini karşılaması, hastanelerin kapasitelerini verimli kullanmaları, hastaların başka kuruma sevki yapılmadan tedavilerinin yapılması, hekimlerin tam zamanlı çalışma isteklerini artırması olarak özetlenmektedir. Sistem sayesinde, 2002 yılında %11 olan kamuda tam zamanlı olarak çalışan uzman doktor oranı 2007 yılında %62 olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2007).

#### **2.1.6. Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları**

Her meslekte olduğu gibi tıpta da yanlış uygulamalar ve hatalar yapılabilmektedir. 'Malpraktis' adı verilen bu yanlış ve hatalı uygulamalar, üçüncü kişilere zarar vermesi dolayısıyla önlenmesi yahut sonuçların tazmininin sağlanması açısından ele alınmalıdır.

Risk, olasılık ve zarar derecesinin çarpımı şeklinde tanımlanabilir. Yani, bir tehlikenin meydana gelme ve neden olabileceği kötü sonucun olasılığı ne derece fazla ise, o tehlikeden doğan risk de o kadar fazladır. En riskli işletmelerden biri olan hastaneler, doktorların bilgi yetersizliği ve gerekli uygulamayı yapmamları gibi nedenlerden dolayı hem hastalara ve yakınlarına, hem çevreye, hem de sağlık

çalışanlarına ciddi bir tehlike oluşturabilir. Bu riskin yönetilmesi amacıyla gerekli risk yönetimi tedbirleri alınmalıdır. Risk yönetiminin adımları aşağıdaki gibidir (Güleç ve Gökmen, 2010):

- Risklerin belirlenip listelenmesi
- Risklerin analizi veya değerlendirilmeleri
- Risk kontrolü ve risk finansmanı çalışmalarının yapılması
- Seçilen risk yönetimi tekniklerinin uygulanması
- Kontrol ve denetimlerin yapılması
- Geri besleme ve iyileştirme

Riski azaltmak için iki yol kullanılmaktadır:

1. Tehlike olasılığını bertaraf etmek
2. Tehlikenin neden olacağı kötü sonuçların şiddetini azaltmak.

Sorumluluk sigortaları üçüncü kişilere verilen zararın tazmini ile ilgilidir ve risk yönetiminin bir parçasıdır. Riskin finansmanı olarak kaçınılmaz zararların tazminini sağlamaktadır. Risk yönetiminin diğer parçası ise risk kontrolüdür. Risk kontrolü, tehlikelerin oluşturabileceği kötü sonuçların önlenmesi veya kabul edilir düzeyde azaltılması için yapılan uygulamalardır.

Doğru bir risk yönetiminin katkıları şunlardır (Derici ve diğerlerine göre, akt. iç. Pulular, 2009):

- Sürpriz ve kayıpları minimum seviyeye indirmesi,
- Alınan kararların hızlı ve etkili olmasını sağlaması,
- Zaman ve kaynak tasarrufu sağlaması,
- Risklerin minimum seviyede olmasını sağlaması,
- Kişileri, yeniliklere açık olma noktasında cesaretlendirmesi.

Risk kontrolü yapılmış olsa da bazen doktorların malpraktis yaptıkları görülmektedir. Bu noktada hekim mesleki sorumluluk sigortaları devreye girerek, doktorların mesleklerini korku psikolojisi altında değil; konsantrasyonları tam bir şekilde icra edebilmelerini sağlamaktadır. Bu yüzden doktorların işlerinde verimli olabilmeleri açısından risk yönetimi ile hekim mesleki sorumluluk sigortasının beraber yürütülmesi önerilmektedir.

## 2.2. VERİMLİLİĞİ DÜŞÜREN ETKENLER

### 2.2.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet

Şiddet kavramı, yaralanmalar, cinayet, fiziksel ve cinsel taciz gibi fiziksel davranışlarla; tehdit, sözel ve sözel olmayan taciz, zorbalık, korkutma, küfür, alay, sindirme gibi psikolojik davranışları içeren geniş bir kavramdır. Son yıllarda hızla artmasıyla küresel bir sorun haline gelen iş yerinde şiddet kavramı, özellikle sağlık çalışanları açısından ciddi bir tehdit haline gelmiştir. İş yerinde şiddetin birçok çeşidi vardır. İşyerinde şiddet 3'e ayrılmaktadır (Wiskow, 2003):

- **1.Tip Şiddet:** Saldırganın iş yeriyle bir bağı yoktur ve asıl amacı hırsızlık ya da suç işlemektir.(Dışsal şiddet)
- **2.Tip Şiddet:** Saldırgan işyerinde verilen hizmeti alan kişidir. Aynı zamanda hasta yakınları ve arkadaşlarını da kapsamaktadır. (Hasta kaynaklı şiddet)
- **3.Tip Şiddet:** Saldırgan, meslektaş, müdür gibi işyerinde çalışan kimsedir. (İçsel Şiddet)

#### 2.2.1.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Uluslararası Sağlık Örgütü, işyerinde şiddetin nedenlerini kurumsal, toplumsal ve bireysel olarak tanımlayarak üçünün de aynı derecede önem arz ettiğini, fakat kurumsal nedenlerin kilit rol oynadığını belirtmiştir (ILO, 2003). Hastanelerdeki şiddetin nedenlerini toplumsal, bireysel ve kurumsal faktörler açısından inceleyen bir çalışma Bulgaristan' da yapılmıştır. Toplumsal faktörler tanımlamasına dahil olan fakirlik, işsizlik, yüksek suç olayları yüzünden sağlık personeli ve hastaların yüksek derecede stres ve sosyal gerginlik yaşamaları ve fiziksel/psikolojik şiddet yaşanma oranı % 35,2 çıkarken; bireysel faktörler olarak tanımlanan hastanın karakteri, ruhsal bozukluğu, ailevi problemleri, düşük eğitim seviyesi, alkol veya uyuşturucu madde kullanımından ötürü yaşanan fiziksel/psikolojik şiddet %76,9 çıkmıştır. Kurumsal faktörlerden, sağlık kurumlarındaki ilişkilerin yeterince iyi olmaması şiddeti %54.4 oranında etkilerken, kötü çalışma şartları %31; güvenlik kontrolünün eksikliği 21,3; reformlar hakkında yetersiz bilgi verilmesi ise %39,1 oranında etkilemektedir (ILO, WHO, ICN, PSI, 2003).

### **2.2.1.2. Şiddetin Sağlık Çalışanları Üzerine Etkileri**

Cooper ve Swanson vd.ye göre işyerinde şiddet gören çalışanlar, maddi zararın yanında duygusal anlamda da öfke, şok, korku, tükenmişlik, güven kaybı, depresyon, sosyal ilişkilerin zedelenmesi, öğrenme güçlüğü, uyku bozukluğu gibi negatif duygular yaşayarak kurumlarına olan güvenlerinin sarsılmasına ve işyerlerinden ayrılma ihtimallerinin artmasıyla kariyerlerinin olumsuz etkilendiğini belirtmiştir (akt. iç. Meclis araştırma Komisyonu Raporu, 2013).

Vancouver’ da bir hastanenin sağlık çalışanlarının sözel ya da fiziksel şiddet sonrasında iş tatmin düzeylerinin ve iş performanslarının nasıl etkilendiği araştırılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, 102 sağlık çalışanının 39’unun başka bir iş aradığı, 18’inin olayın akabinde işten ayrıldığı belirtilmiştir (Fernandes ve diğerleri, 1999).

### **2.2.1.3. Şiddetin Toplum Açısından Etkileri**

Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin akabinde yaşadığı psikolojik travma, performanslarını etkileyerek verdikleri hizmetin kalitesini düşürmektedir. Ayrıca muhtemel bir saldırıyla karşılaşmamak adına çalışanların kimliklerini saklamaları, kurumlarından/mesleklerinden ayrılmaları ya da göç etmeleri görülmektedir. Cooper vd.ye göre tüm bu sonuçlar, sağlıkçıların topluma verdikleri sağlık hizmetlerini daraltarak genel maliyetlerin artmasına ve dolayısıyla sağlık sektörünün etkililiğinin ve verimliliğinin düşmesine neden olmaktadır (akt. iç. Meclis araştırma Komisyonu Raporu, 2013).

### **2.2.1.4. Şiddetin Sağlık Kurum ve Kuruluşları Açısından Etkileri**

Stanko vd.ye göre, işyerinde şiddetin sağlık kurum ve kuruluşlarına “dolaylı mali” etkisinin yanında; yüksek personel devir hızı, azalan iş ve ekip verimi, sağlık problemlerinden dolayı iş görenin mesaiye gelememesi, şiddetten korunma eğitimi maliyetleri, güvenlik personeli ve teknolojilerinin bulundurulması ile sigorta maliyetleri şeklinde ortaya çıkan “doğrudan mali” etkileri de olabilmektedir (akt. iç. Meclis araştırma Komisyonu Raporu, 2013). Kısa ve Dziegielewska vd.ye göre dolaylı maliyetler ise, sağlık personellerinin şiddet görmesi nedeniyle işten ayrılmaları durumunda ortaya çıkmaktadır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri’nde Federal

Hükümet, şiddet gören çalışanların yüksek personel devir hızı, hastalık izinleri, azalan verim ve yaşanan stres dolayısıyla ekonominin 1987 yılı itibarıyla 267 milyon Amerikan Doları kayıp yaşadığını rapor etmiştir (akt. iç. Meclis araştırma Komisyonu Raporu, 2013). Üçüncü etki ise, şiddetin meydana gelmesi nedeniyle açılan ve sağlık kurumlarını mali açıdan zor duruma düşürebilecek olan tazminat davalarıdır.

#### **2.2.1.5. Dünya’ da ve Türkiye’ de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Örnekleri**

Türk Tabipler Birliği Başkanı Dr. Bayazıt İlhan, Türkiye’ de her gün 31 sağlık çalışanının şiddete maruz kaldığını, saldırıların 3’te 1’inin fiziksel; 3’te 2’sinin ise sözel ve hakaret içerikli olduğunu, şiddete maruz kalanların yüzde 56’sının hekimlerden oluştuğunu ve saldırı olaylarının yüzde 70’inin devlet hastanelerinde meydana geldiğini belirtmektedir.

Mayhew ve Chappel (2003)’in Avustralya’da 25 Ekim 2001-3 Mart 2002 tarihleri arasında 400 sağlık çalışanına yüz yüze yaptığı anketin sonuçlarına göre:

Toplamda 447 kez sözel saldırıya, 131 kez tehdide, 80 kez saldırıya, 42 kez zorbalığa 44 kez de diğer şiddet yöntemlerine maruz kalınmıştır. ve bu, bir yılda 585 olaya tekabül etmektedir.

#### **2.2.1.6. Şiddete Karşı Alınacak Önlemler ve Şiddetle Başa Çıkma**

Hastanelerde şiddetle başa çıkmada hasta odaklı mikro önlemler ve hastane odaklı makro önlemler olmak üzere iki yöntem kullanılmaktadır.

Erikson ve Westrin vd’ye göre hasta odaklı önleyici yöntemler; hastayı yakından takip etmek, detaylı bilgi almak, hastaya daha ılımlı, pozitif yaklaşmak, etkili sözel ve sözel olmayan davranışlar gibi modern yaklaşımlar ve kısıtlama, tecrit etme ve ilaçla tedavi gibi geleneksel yaklaşımlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (akt. iç. Lau, 2009).

Flannery, Lavoie ve Carter vd.’ye göre mikro yöntemlerle önlem almanın amacı, fazla talebi karşılamaya çalışırken oluşan negatif duyguları, kişileri sözel ve sözel olmayan becerilerini geliştirecek eğitimlerin verilmesi ve stres yönetimi (rahatlama, aerobik egzersizleri, adaptif beceriler gibi) yollarıyla azaltmaktır (akt. iç. Lau, 2009).

Hastane odaklı alınabilecek makro önlemler ise; düzgün raporlama, güvenlik eğitimleri, güvenlik kameraları, metal detektörler ve kontrol noktaları olan güvenli kapılar, koruyuculu pencereler ve panik alarmlarıdır (Lau, 2009).

Hastanelerde alınan bir diğer güvenlik önlemi ise, kişinin kendini savunma veya karşı tarafı yaralama amacıyla taşıdığı her türlü nesneyi ‘silah’ olarak tanımlayarak, bu tarz nesnelerin hastanenin girişinde hastalardan alınıp, çıkışta teslim edilmesidir (Rankeys ve Hendey, 1999).

Yapılan bazı çalışmalar, makro düzeydeki önlemlerin şiddet davranışlarını önemli ölçüde azalttığını; bazı çalışmalar ise güvenlik önlemlerinin şiddet hadiseleri üzerinde çok etkisinin olmadığını rapor ederek tutarsız sonuçları olduğunu göstermektedir. Bu yüzden silah olarak tanımlanan nesnelere için güvenlik sisteminin kurulmasıyla, tehlikeli unsurların ortadan kaldırılmış olmasının yeterli güvenlik sağladığını ancak, toplam saldırı sayılarının personelin şiddetle başa çıkma yöntemlerini bilmesinin hala önemli olduğunu gösterdiğini belirtmektedir (Ordog, Cembrowicz ve Shepherd vd, akt iç. Rankeys ve Hendey, 1999).

Hastanelerde çalışan tüm taşeron ve sözleşmeli işçilerin aynı kadroya alınarak bir ekip çalışması ruhunun oluşturulması, performansa dayalı ücret sisteminin kaldırılarak rekabetin değil; dayanışmanın oluşturulması, hükümet yetkililerinin vatandaşla sağlık personelinin karşı karşıya getirecek söylemlerden uzak durması, şiddet gösteren kişilerle ilgili cezai yaptırımların hızlı işlemesi ve daha fazla sağlık personelinin istihdamı şiddeti önlemek adına yapılan öneriler arasında yer almaktadır (Türk Tabipler Birliği, 2012).

#### **2.2.1.7. Personelin Şiddet Konusunda Eğitilmesi**

Beech ve Leather (2006) : Şiddet üzerine yayınlanmış pek çok araştırma, kılavuz; kişi ve kuruluşlar önleyici tedbir olarak personel gruplarının eğitilmesi gerektiğinin ileri sürmektedir. Bu araştırmalardan biri olan HSAC (1987) ’nin çalışması ise, “şiddetle başa çıkmada ve önlem almada eğitim, sadece yüksek riskli sahalarda çalışanlara değil; hasta ve yakınlarıyla temas halinde olan bütün personel gruplarına geçerli olmalıdır” görüşünü öne sürmekteydi. On yıl sonra bu tavsiye, yöneticilerin de eğitime ihtiyacı

olduğu önerilerek farklı grupların, ayrı ayrı eğitilmesi gerektiği savunularak geliştirilmiştir.(ss.32)

İyi bir eğitim aşağıdaki faktörleri kapsamaktadır:

- Teori: İş yerindeki şiddeti ve saldırganlığı anlamak.
- Önlem: Tehlikeyi değerlendirmek ve önlem almak.
- Etkileşim: Saldırgan insanlarla etkileşim
- Olay Sonrası Eylem: Raporlama, soruşturma, danışma ve diğer takipler (HSAC, 1997, akt. İç. Beech ve Leather, 2006).

### **2.2.1.8. Dünya ve Türkiye’de Şiddete Karşı Alınan Önlemler**

Yapılan çalışmalar, sağlık personeline yapılan sözel saldırıların, darp ve yaralamaların çok sık olduğunu ancak az bildirildiğini göstermiştir (Annagür, 2010). Konuyla ilgili Sağlık Bakanlığı “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” yayımlamıştır. Bu yönetmelikle, özel güvenlik personeli veya genel kolluk hazır bulundurulurken, kamera sistemi kurularak, çalışanların güvenlik konusunda eğitilmesi sağlanarak şiddetin pek çok açıdan önlenmesi ön görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012). Ayrıca hem yaşanan şiddet olaylarının anında haber verilebilmesi hem de şiddet sonrasındaki hukuki işlemler için yardım niteliğinde olan “ Beyaz Kod” uygulaması yürürlüğe girmiştir. Beyaz Kod uygulamasıyla şiddetin yaşandığı an olayın muhatabı veya çevredekiler tarafından 1111 numaralı acil durum telefonuyla güvenlik görevlilerine haber verilmesi hızlandırılmaktadır. Yine Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Hukuk Müşavirliği'nce Hukukî yardım ve beyaz kod uygulaması konulu 2013/2 sayılı genelge, sağlık kuruluşlarında gerçekleşen şiddet vakalarının tümünün “<http://www.beyazkod.saglik.gov.tr>” adresine veya “113” numaralı telefona bildirilmesi gerektiğini ve personelin en kolay şekilde hukuki yardım alacağını belirlemektedir (Koçak, 2013).

Dünya’ da birçok ülke şiddet riskini azaltmak için çeşitli önlemler almıştır. Örneğin, İngiltere’ de Ulusal Sağlık Servisi(NHS), diğer ülkelerle kıyaslandığında sağlık çalışanlarına şiddet riskinin azaltılması konusunda çok önemli adımlar atmıştır. Yayınlanan birbirinden farklı tüzüklerin haricinde, 1998 yılında hükümet otoriteleri ve sivil toplum kuruluşları tarafından “Şiddete Sıfır Tolerans” kampanyası başlatılmıştır.



Bu kampanya dâhilinde, değişik kısa sayfalar hazırlanarak, kullanıcılara tüzük hakkında daha detaylı bilgi sağlanmıştır (Wiskow, 2003). Kalifornia’da 1993 yılında şiddet riskini azaltmak için bir yasa yürürlüğe konulmuştur. Bu yasa, her hastanenin bir güvenlik planı olmasını şart koşmanın yanında, hastanelere girişlerde hasta ve ziyaretçilere metal eşya ve silah sayılan nesnelere teslimi şartıyla izin verirken; diğer kişilerin sınırlamaya yönelik önlemler sunmaktadır (Rankins ve Hendey, 1999).

### **2.2.2. Mobbing (Psikolojik Şiddet)**

Son yıllarda yaygın kullanılmaya başlanan mobbing, meslek türü ayırt edilmeksizin işyerlerinde görülebilecek, bir veya daha fazla kişinin bir ya da birkaç kişiyi devamlı ve kasıtlı olarak sözel taciz, aşağılama, engelleme, dışlama gibi davranışlarla yıldırma çalışmasıdır.

Çalışma ortamının tüm şiddet çeşitlerinden arındırılmış olması çalışanların sağlık ve güvenliği açısından olumdur. Bunun yanı sıra, çalışanların iş gücü verimliliğini artırması, çalışanın sosyal ve çalışma yaşamından duyduğu memnuniyetinin devamının sağlanması açısından önem arz etmektedir (Parlar, 2008). En yaygın şiddet çeşidi olan psikolojik şiddetin önlenmesi adına pek çok çalışma yapılmaktadır.

27879 sayılı Resmi Gazete (19Mart 2011) de yayınlanan “İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesine İlişkin Başbakanlık Genelgesi” nde, çalışanların psikolojik şiddete maruz kalmamaları için bir takım tedbirler belirlenmiştir. Buna göre; işveren, çalışanlar arasındaki psikolojik şiddetin önlenmesinde öncelikli sorumlu kişidir ve ayrıca denetim elemanları da, şikayetleri inceleyip en kısa sürede sonuçlandırmakla mükellef tutulmuştur.

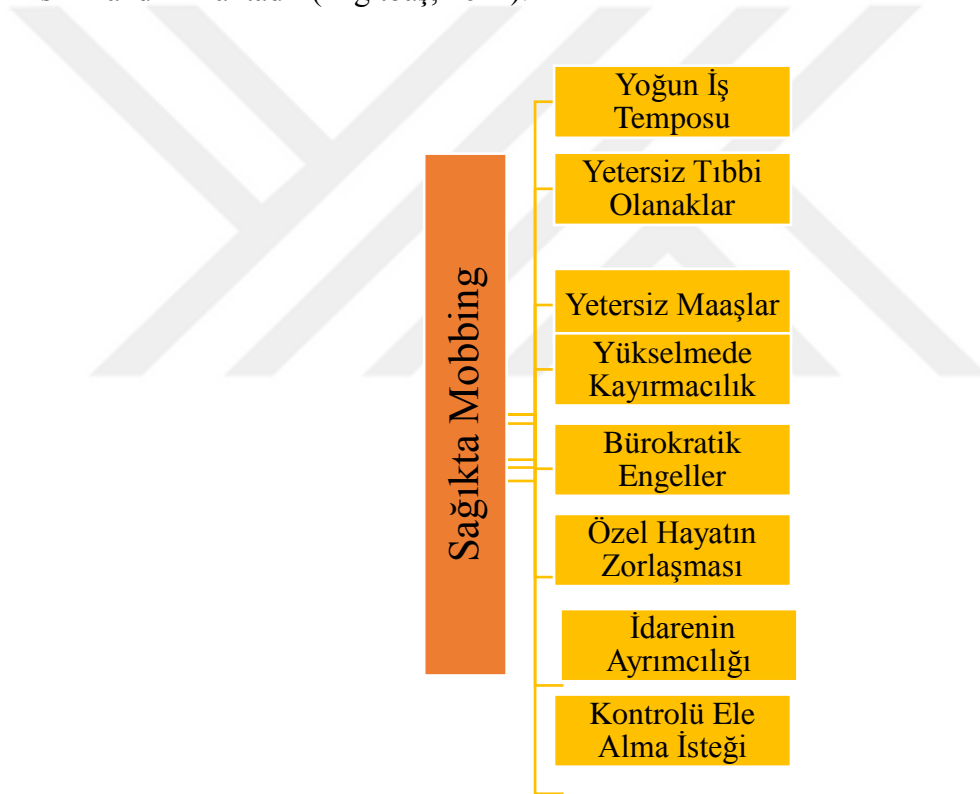
6098 sayılı Borçlar Kanunu’ nun 417. Maddesi’ nde, çalışanın kişilik haklarını haklarının korunmasına ilişkin olarak ”İşveren, hizmet ilişkisinde işçinin kişiliğini korumak ve saygı göstermek ve işyerinde dürüstlük ilkelerine uygun bir düzeni sağlamakla, özellikle işçilerin psikolojik ve cinsel tacize uğramamaları ve bu tür tacizlere uğramış olanların daha fazla zarar görmemeleri için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür” hükmü yer almaktadır. Ayrıca işveren, kanuna ve sözleşmeye aykırı davrandığı takdirde işçide oluşan kişilik haklarının ihlaline bağlı zararların tazmininden de sorumlu tutulmuştur.

Ayrıca, çalışanlara psikolojik taciz hakkında bilgi vermek, şikayet mercii oluşturmak ve önlemler almak için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, sivil toplum kuruluşları ve ilgililerin katılımıyla “Psikolojik Tacizle Mücadele Kurulu” ve ALO 170 hattı kurulmuştur.

### 2.2.2.1. Sağlık Çalışanlarında Mobbing

ALO 170'e kamu sektöründen gelen mobbing bildirimlerinin yüzde 16,84 le en çok hastanelerden geldiği görülmektedir (Medimagazin, 2013).

Sağlık çalışanları arasında mobbingi tetikleyen etkenler şu şekilde sınıflandırılmaktadır (Yiğitbaş, 2011):



**Şekil 2.1.** Mobbingin Nedenleri

Mobbing uygulayan kişilerin sağlıklı bir kişiliğe sahip olmadığı ve genelde kontrolü elinde tutmak isteyen, aşırı hırslı, mükemmeliyetçi, kibirli, kıskanç, sinirli, önyargılı, korkak bir yapıya sahip oldukları görülmektedir (Aksoy, 2008).

Örneğin; Bosna Hersek’ te ulusal bir sağlık sektöründe 511 doktora uygulanan anketin sonuçlarına göre 387 doktor iş yerinde mobbing olduğunu; 136’sı da sürekli

mobbinge maruz kaldığını belirtmiştir. Doktorların yarıdan fazlasının profesyonel statülerine yönelik tehditlerle karşılaştığı, yarıya yakınının ise dışlandığı sonucu elde edilmiştir. Doktorlarda görülen motivasyon eksikliğinin, özgüven ve güven kaybının, depresyonun meslektaşlarının desteğinin olmamasıyla; işten ayrılmanın ise hem meslektaşların hem de yöneticilerin desteğinin olmamasıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır (Pranjik ve diğ. 2006).

Sağlık alanında çalışan akademisyenler üzerinde yapılan bir araştırmaya göre en çok karşılaşılan davranışların,

- “Yapılan her işte mesleki yeterliliğin sorgulanması,” “yapılan işin hissettirilmeden kontrol edilmesi” gibi sorulardan oluşan “mesleki statüye saldırı” (%87)
- “Başkalarının yanında aşağılayıcı konuşulması”, “dürüstlüğün ve güvenilirliğinin sorgulanması” gibi kategorilerin olduğu “kişiliğe saldırı” (%85) olduğu ortaya çıkmıştır (Yıldırım ve Yıldırım, 2010).

### 2.2.3. Aşırı Nöbet Yüğü

İhtiyatın, dikkatin, bilginin devamlı kullanılmasını gerektiren doktorluk mesleği, en riskli meslek grupları arasında gösterilmektedir. Gündüz mesaisinin zor ve yorucu olmasının yanında, mesai saatleri haricinde ve resmi tatillerde gelecek hastalarla, kurum içindeki hastaların acil durumlarında tıbbi, idari ve teknik yardımları tam zamanında sağlayabilmek, olması muhtemel idari, teknik olay ve kazalara zamanında müdahale edebilmek amacıyla doktorların gece nöbeti tutmaları da gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Bulunulan bölüme göre nöbet türleri şunlardır (Ekici ve Özçelik, 2011): İcapçı (ev) nöbeti, Acil nöbeti, Normal nöbet, Branş nöbeti, Radyoloji uzmanlarının nöbeti.

Nöbet ve aşırı çalışma nedeniyle uyku düzeni bozulmakta, yorgunluk, bitkinlik, isteksizlik, performans düşüklüğü meydana gelebilmektedir. Nöbetsiz bir sağlık hizmeti düşünülemezle birlikte, bu konuda yapılması gereken iyileştirmeler ile çalışanların performansında gelişmeler sağlanabilmektedir. Bu amaçla, nöbet sayı ve sıklığında yapılabilecek düzenleme ve nöbet sırasında iş yükünün personel sayısında artışla azaltılması düşünülebilir. Bu konuda yapılmış bir çalışmada ise, sağlık çalışanlarını

nöbet sırasında, dinlenmek maksatlı uyuklamalarının bile vücut sağlık ve performansına olan katkısı ile daha iyi bir performans gösterdikleri tespit edilmiştir (McDonald ve diğ. 2013).

Türkiye’deki aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının nöbet saatleri ve ücretleri Sağlık Bakanlığı’na çıkarılan yönetmelikle düzenlenmiştir. Yönetmeliğe göre 657 sayılı Kanunun ek 33 üncü maddesinde belirtilen yerlerde nöbetler, haftalık çalışma süresi ve mesai haricinde ayda en az 8 saat; ihtiyaç duyulduğu takdirde ise bu sürenin üzerinde nöbet görevi verilmekte ve bu madde çerçevesine nöbet ücreti ödenmektedir. Ancak, hafta içi en fazla sekiz saat, hafta sonu ise en fazla on altı saatten hesaplanmak kaydıyla toplamda haftalık 30 saatten fazla nöbet tutturulamaz (Resmi Gazete, 2015).

Ayrıca sürekli ve yüksek tıbbi, psiko-sosyal risklere (yorgunluk, stres, enfeksiyon kapma, meslek hastalıkları, şiddet gibi) maruz kalınmasından ötürü, yoğun bakım, acil servis, 112 acil sağlık hizmetleri, ameliyathane ve diyaliz birimlerinde tutulan nöbetlere %50 artırımlı olarak ücret ödeneceği 657 sayılı Kanunun’ un Ek 33 üncü maddesinde ve Toplu Sözleşmenin 7 nci maddesinde belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2016).

Gece nöbeti tutan sağlık çalışanlarının ertesi gün izinleri, Yataklı Tedavi Kuruluşları İşletme Yönetmeliği’nin 41. Maddesinde “gece nöbeti tutanlara ertesi gün görev verilmez” şeklinde düzenlenmiştir. Ancak, akabinde geceyi uykusuz geçiren personele verilecek izin, hizmetin aksamaması şartıyla ve kurumun personel yeterliliğine göre başhekimin iradesine verildiği belirtilmiştir. Buna göre sağlık çalışanlarının acil durumlarda başhekim veya nöbetçi hekimin davetine uyması mecburi olmaktadır ([www.istabip.org.tr](http://www.istabip.org.tr)). Dolayısıyla gece nöbeti ertesi izin kullanılmadığı durumlarda yasal yaptırım yolu kapalı bulunmaktadır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### LİTERATÜR TARAMASI

#### 3.1. LİTERATÜR TARAMASI

Griffith, J.R. (1985)' nin hastanelerdeki iş gücü verimliliği konusundaki araştırmasına göre sağlık hizmetlerinde maliyet kontrolü açısından artan rekabet, hastane verimliliğinin denetim altına girmesine neden olmaktadır. Nüfus başına düşen hastane personeli artmaktadır. Verimlilik artışı doktorların, mütevellilerin ve diğer çalışanların her seviyede sürece katılmalarını gerektirmektedir. Katılımın sağlanması, dışsal standartların yaptırımını beraberinde getirmektedir. Klinikle ilgili ve ilgili olmayan aktivitelerin birleştirilmesi ve hastane çalışan sayısının düşürülmesi verimliliği elde etmenin yollarından olarak belirtilmektedir.

Jensen ve Morrisey'in yaptığı bir çalışmada (1986), sağlık çalışanlarının özelliklerinin çeşitli hastane çıktıları üzerindeki etkisini, doktorların hastane çıktılarına, diğer girdilere katkısını ve farklı uzmanlık alanlarındaki doktorların birbirlerinin verimliliklerine olan etkisini belirlemek üzere yapılmıştır. Ayrıca hastane girdilerinin ikamelerinin olup olmadığı varsa nereden temin edileceği konusu incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar, doktorların hastane çıktılarına etkisinin bir hayli önemli olduğunu ve üretim fonksiyonları açısından da önemli bir girdi olduklarını göstermiştir.

Cutler, (1993)'in çalışmasında, İngiltere'de 1980lerde hastane ve halk sağlığı servisi çalışanlarının birleştirilmesinin sonuçları gösterilmektedir. Doktorların, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının yardımcıları ve bakım işçileriyle birlikte çalışması maliyetleri de beraberinde getirmiştir ve bunu ölçmek için maliyet ağırlıklı aktivite endeksi geliştirilmiştir. Bu ölçüğe göre iş gücü verimliliğinin yıllık %1,9 oranında arttığı; her grubun ücret giderini hesaplamak için oluşturulan iş gücü endeksine göre verimliliğin %1,5 oranında arttığı; etkili tedavi yöntemleriyle perinatal ölümleri önleme oranının %3,4 oranında arttığı; birim iş gücü maliyetinin %0,3 azaldığı görülmüştür. Ancak 5.yıldan sonra çalışan maliyetlerinin hızla yükselmesi ve sağlık çalışanlarının diğer gruplara nazaran ücret artışlarından daha çok faydalanması bir oransızlık meydana getirmiştir.

Maynard, (1994) çalışmasıyla, 1991'den beri İngiltere'de Ulusal Sağlık Servisi'nin yaptığı reformlarla sağlık alanına kamu finansmanı sağlanıp, aynı zamanda piyasanın arz tarafında bir rekabet oluşturularak kaynak dağıtımını verimlileştirme hedeflendiğini, ancak, reformların uygulanmasında bazı çelişkiler olduğunu gözlemlemiştir. Bu çelişkiler, nüfus ağırlıklı finansmanın eksik kullanımı, başına buyruk değişiklik yapan genel uygulama fon sahiplerinin gelişiminde bir stratejinin yokluğu, fiyatlandırma ve taahhüt kurallarının zayıf birleşimi, maliyet kontrolünü kolaylaştıran fakat kaynak tahsisini bozan sermaye piyasaları, tamamlanmamış planlı iş gücü ve birçok piyasa kuralları olarak saptanmıştır. Ulusal Sağlık Servisi'nin uygulamaya koyduğu reformlar enerji ve gayret sağlamasına rağmen, reformların sonuçlarını ölçmenin zorluğundan dolayı bu konular değerlendirilmemektedir. İngiltere ve diğer yerlerden gelen bilgiler sağlık sektöründeki rekabetin kaynak tahsisini iyileştirmede çok da etkili olmadığını göstermektedir. Kaynak tahsisini sağlamada rekabet çok dikkatli incelenmesi gereken bir konudur.

Frenk ve arkadaşları, (1999), Meksika'nın kentsel alanlarında sağlık sektöründeki aşırı işsizlik ve eksik işgücü konularını doktorlara uygulanan anketlerle incelemiştir. Doktorların performansı; sosyal köken ve cinsiyet, tıbbi eğitimin kalitesi ve uzmanlık çalışması, eğitici üretimler gibi değişkenler temel alınarak analiz edilmiştir. Bu çalışmada eksik iş gücü, tıp dışındaki aktivitelerde çalışmak gibi niteliksel ve tıbbi aktiviteler içerisinde fakat düşük verimlilik ve ücretle çalışmak gibi niceliksel olarak ikiye ayrılmıştır. Sonuçlar, bazı gelişmelere rağmen hala yüksek seviyede bir işsizlik ve niteliksel-niceliksel eksik işgücü olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda artan kadın doktor sayısı, kadınların erkeklere göre daha eksik işgücüne sahip olma potansiyelinde olması nedeniyle üzerinde durulması gereken bir konu olduğu ve genel olarak doktor temini, çeşitli politikalarla düzenleme altına alınması gerektiği vurgulanmıştır.

Pulde, (1999)'un çalışmasında incelenen "En Çok Takdir Edilen 500 Şanslı" şirketler "müşteri ikinci gelir" kavramını anlayarak tatmin olmuş işgücü ile verimlilik, servis kalitesi ve sonuçta örgütsel başarının arasındaki ilişki olduğunu kabul etmişlerdir. Eğer sağlık örgütleri kaliteli iş gücünü işe alıp elinde tutmak istiyorsa, stratejik bir plan, örgütsel bir yapı ve doktorların sağlık hizmetlerinde hayati önemi olduğunu kabul eden bir yönetim anlayışı oluşturmalıdır. Bu makale, sağlık hizmetleri veren örgütlerin adının başına "En Çok Takdir Edilen" ibaresi gelmesini sağlayacak etkili bir doktor yönetimi

için kılavuzluk etmektedir. Hasta-doktor ilişkisini koruyan ve kalite talebini karşılayan, aynı zamanda maliyet etkinliğini sağlayan bir sağlık sistemi kurma amacı doğrultusunda dokuz tane ilkeden bahsedilmektedir.

Lionetto, ve Mazzotta (2000), uluslararası literatürde etkili bir tartışma konusu olan yönergeler son zamanlarda verilen önemi araştırmıştır. Sağlık alanındaki yönergeler 30-40 yıldır mevcut. Daha çok Kuzey Amerika'da doğan yönergeler sonrasında Avrupa'da da kullanılmaya başlanmıştır. Klinik yönergelerin uygulanması ve üretimi yoluyla Ulusal Sağlık Sistemi servislerinin kalitesini artıran fikir İtalya Sağlık Bakanlığı tarafından da kabul edilmiştir. Bu yönergelerin, pek çok uluslararası yazarlar tarafından klinik servislerdeki faaliyetlerin etkili olmasına destek sağladığı düşünülmektedir. Servislerde etkililiğin olması ise yönergelerin ne derece etkili olduğuyla alakalıdır. Bu yüzden yönergelerin uzmanlar tarafından doğru bir şekilde hazırlanıp, gerekli güncellemelerin yapılması; hasta, doktor, yönetici ve medikal teknolojiyle alakalı endüstrilere ulaştırılması ve uygulanmasının sağlanması evrelerinin hepsinin gerçekleştirilmesi lazımdır. Sağlık kuruluşları ve doktorlar tarafından çok önemli olan bu yönergeler kiniğin özerkliğine zarar vermemesi, belli bir tatmini sağlaması, sağlık hizmetleri maliyetine uygunluğu, uygulanabilirliğinin yasal olması gibi özellikleri taşımalıdır.

Bloor, ve Maynard, (2001)'in araştırması İngiltere'de Ulusal Sağlık Servisi'nin, çıktı miktarına değil, sadece girdilere odaklandığı için ve de verimliliği hesaplamak için gerekli olan bilgilerin eksikliğinden dolayı, son 50 yıldır verimlilik konusuna ciddiyle eğilmediğini belirtmektedir. Ancak günümüzde de ilerleyen teknolojiye, depolanan bilgilere, örgüt yapılarındaki değişikliklere rağmen verimliliğin çok değişmediği görülmektedir. Verimlilik ölçümlerinin nasıl geliştirecekleri ve Ulusal Sağlık Servisinin teşviklerini kullanarak hastane klinisyenleri ile pratisyen hekimlerin davranışlarını nasıl değiştirecekleri noktasında politika yapıcılara zor bir görev düşmektedir.

Bunderson ve arkadaşları, (2001) tarafından yapılan bir çalışmada, çalışanlar ile örgüt arasındaki psikolojik sözleşmenin, hem mesleki, hem de idari iş ideolojileri tarafından şekillendiğini ve dolayısıyla hem mesleki ve idari rolleri, hem de algılanan yükümlülükleri kapsadığını öne sürülmektedir. Ayrıca, bu iki ideoloji arasındaki farktan dolayı çalışanların örgütlerinin yükümlülüklerini yerine getiremediğine dair algının,

mesleki veya idari yükümlülükleri içerip içermediğine bağlı olacağı ileri sürülmektedir. Bu genel duruma dayalı hipotezin, tıp uzmanları içinden alınan uzay örnekleme ile desteklendiği görülmektedir. İdari yükümlülüklerin ihlal edildiğine dair algının tatminsizlikle, işten ayrılmakla ve iş hacmiyle ilişkili olduğu; mesleki yükümlülüklerin ihlal edildiğine dair algının ise düşük örgütsel bağlılık, verimlilik ve müşteri memnuniyeti ile ilişkili olduğu çıkan sonuçlar arasındadır. Teori ve araştırmaların uygulaması, psikolojik sözleşme boyutlarında ve uzmanların istihdamı noktasında düşünülmektedir.

Martineau, ve arkadaşları, (2004) tarafından yürütülen bir araştırmada, Çin’de kırsal bölge kasaba ve ilçe hastanelerinde çalışan doktorların verimliliği ve etkileyen faktörler incelenmiştir. Çalışmada, 1996-1997 yılları arasında doktor başına düşen ortalama yatan ve poliklinik hasta sayılarında bir düşüş gözlenmiş, bu verimlilik düşüşünün nedeni, kırsal kesim nüfusunun azalması, uygun olmayan elemanların işe alınması ve hızlı artan sağlık maliyetleri olarak değerlendirilmiştir. Hükümetin kırsal sağlık sektörüne eleman alınmasını kısması, servisler ve ilaç kullanımı için verilmiş finansal teşvikleri önlemek adına etkili ölçümler kullanması önerilmektedir. Ayrıca “kırsal sağlık sigortası” gibi sağlık servislerine talebi artıracak önlemler alması gerektiği belirtilmiştir.

Suraratdecha, ve Okunade, (2006) tarafından Tayland’da yapılan bir çalışmada, sağlık sektöründe devamlı artan ulusal sağlık harcamaları için sınırlı sayıdaki tıbbi kaynak kullanımının etkinliği incelenmiştir. Çıkan sonuçlar doktorların hemşirelerin ve eczacıların etkinliklerinin farklı olduklarını göstermektedir. Marjinal ürün ve sermaye açısından en yüksek pay hemşirelere ait bulunmaktadır. Hekim ve eczacıların emek kullanımı; hemşirelerin emek tasarrufu yapması yönünde teknik değişiklikler yapılmaktadır.

Biesma ve arkadaşları, (2007) tarafından Hollanda’daki sağlık çalışanlarına yönelik eğitimin önemi üzerine bir çalışma yapılmıştır. Halk sağlığı alanında çalışan kişilerin, akademik eğitim hayatlarında aldıkları eğitimin, daha kompleks ve değişken olan iş hayatına geçişlerinde ne derece yeterli olduğu araştırılmıştır. Halk sağlığı alanına giren yeni mezunların genel yeterliliklerinin spesifik alanlardakinden daha iyi olduğu



görülmüştür. Bu yüzden üniversitelerin halk sağlığı alanında çalışanlara yönelik daha üst düzeyde, kavramsal yetenekleri geliştirici eğitim vermeleri önerilmektedir.

Cortese, (2007)'nin İtalya'da üç hastanede çalışan hemşireler üzerinde yaptığı bir araştırma, hemşirelerin yaşadığı iş tatminini ve tatminsizliğini etkileyen faktörleri incelemektedir. Yüksek seviyedeki iş tatmininin hemşirelerin kendilerini mutlu hissetmesi, verimlilikleri ve hasta tatminiyle ilgili olduğu belirtilmektedir. Dahası, iş tatmininin iş hacmi ve devamsızlığı azaltabileceği düşünülmektedir. Toplanan 381 öykünün 207'si iş tatmini deneyimini; 174'ü iş tatminsizliği deneyimini açıklamaktadır. Beş iş tatmini faktörü: 1.iş içeriği, 2.mesleki ilişkiler (sorumluluk, bağımsızlık), 3.mesleki olarak gelişme, 4.hastalar ve aileleriyle olan ilişkiler 5.koordinatörle olan ilişkilerdir. Dört iş tatminsizliği faktörü:1.koordinatör yönetim stili 2.aktivite programlama 3.doktorlarla olan ilişkiler 4.hastalarla olan ilişkiler olarak açıklanmaktadır. Hemşirelerin iş tatminlerinin artırılması için mevcut hemşire yönetim tekniklerinin geliştirilmesi gerektiği çıkan sonuçlar arasındadır. Bunun yolu ise mesleki ve idari eğitime yatırım yapılması, örgütsel modelin yenilenmesi ve iş tatmin düzeyinin sürekli izlenmesi olarak belirtilmektedir.

Korkmaz, S. (2008) "Hastanelerde Doktor, Hemşire ve Ebelerin Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Bir Uygulama" adlı çalışmasıyla, Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Duygu Tıp Merkezi ve Yenişehir Hastanesinde çalışan 40 doktor, 46 hemşire, 34 ebe üzerinde anket uygulamıştır. Bu anketin amacı, hastanenin performansı üzerinde çok büyük etkisi olan çalışanların motivasyonunu ölçmek ve etkileyen faktörlerin tespit edilmesidir. Bu bağlamda motivasyon faktörleri ekonomik, psiko-sosyal ve örgütsel-yönetimsel olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir. Elde edilen bulgulara göre her üç grup için de en önemli ekonomik motivasyon aracı paradır. Psiko-sosyal motivasyonlar arasında doktor ve hemşireler için yapılmaya değer bir iş yapmak etkili iken ebeler için güvence ön plandadır. Adaletli ve sürekli disiplin sistemi, örgütsel ve yönetimsel motivasyon aracı olarak, her üç grup içinde önem arz etmektedir. Fiziksel motivasyon araçlarından hijyen üç grup için de en önemli motivasyon aracıdır. Doktor ve hemşireler için laboratuvarın olması önem arz etmekte iken; ebeler için sosyal tesislerin bulunması daha önemlidir.

Weizblit ve ark. (2009), Kanada’da kadın-erkek doktorlar arasındaki çalışma farklılıkları, hızla artan kadın doktorların tüm doktorların verimlilikleri üzerindeki etkisini anlamak adına bir araştırma yapmıştır. Doktorların yüz bin vatandaşa sağlık hizmeti sunarken harcadıkları haftalık çalışma saatlerine dayanarak “nüfus başına haftalık çalışma saati” şeklinde bir doktor verimlilik ölçüsü geliştirilmiştir. Tahmin edilen ve gerçekleşen çalışma saatleri hesaplanarak, aradaki fark analiz edilmiştir. 2007 yılı itibariyle, bayan tıp öğrenciler toplam tıp öğrenci nüfusunun %57,8’ ini oluşturmaktadır. Pediatri, kadın doğum, psikiyatri ve aile hekimliği içerisinde bayan doktor sayısı erkeklerden daha fazla bulunmaktadır. Bayan doktorların haftalık ortalama çalışma saatleri 47,5 iken erkek doktorlarınkı 53,8 dir. Ayrıca bayan doktorların nöbete kalmaya daha az eğilimli olması ve nöbetlerde daha az hasta bakmaları, annelik iznine ayrılmaları ve daha çok devamsızlık yapmaları gözlemlenmiştir. Nüfus başına haftalık çalışma saati hesaplamaları sonucunda elde edilen veriler cinsiyetin Kanada’daki doktorların çalışma modelini etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Eğer cinsiyete özel iş modelleri tanımlanırsa tüm doktorların verimliliklerinde bir düşüşün olacağı beklenmelidir.

Bhandari, ve ark. (2010)’nın çalışmasında emek yoğun bir endüstri olan sağlık sektöründe sağlık hizmetleri sunan çalışanların tatmini, motivasyonu ve becerilerinin sunulan hizmet kalitesiyle yakında ilişkili olduğu açıklanmaktadır. Bu yüzden, sağlık çalışanlarının iş tatmin düzeyi ölçümleri önerebilmek için ülkedeki en büyük halk sağlığı sektöründen üzerinde araştırma yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının iş gücü dinamiklerini anlamak için iş tatminlerinin anlaşılması gerekmektedir. Düşük iş tatminine sahip çalışanların, yer değiştirme eğiliminde olması iş tatmini konusunun önemini açıklamaktadır. Yapılan son araştırmalar, düşük iş tatmini seviyesinin, sağlık çalışanlarının hastayla olan ilişkisini ve verilen hizmetin kalitesini riske atan bir unsur olduğunu göstermektedir. Hindistan’da sağlık çalışanlarının iş tatmin düzeylerinin değerlendirilmesi için yapılan çalışmada, 100 doktor, 50 hemşire ve 100 eczacı ve laboratuvar teknisyenine uygulanan ankete göre, bu çalışanların iş tatmin düzeyleri yüksek değildir.

Doğan ve Tatlı, (2010) tarafından Bingöl Devlet Hastanesi’ nde 94 hemşire üzerinde uygulana anket, hemşirelerin iş gücü verimliliklerini etkileyen faktörlerin tespiti amacıyla yapılmıştır. Hemşirelerin iş gücü verimliliğinin artırmak için,

hastanelerde çok yönlü bilgi akışı ve çalışanlar ile yönetim arasında etkin bir iletişimin sağlanması, iş görenlerin üzerindeki stresi azaltmak için gerekli tedbirlerin alınması, yeterli ve adil bir ücret sisteminin uygulanması, personel eğitimine daha fazla önem verilmesi ve daha fazla kaynak ayrılması, iş görenin iş yükünü azaltılması ve iş görenin alanında ihtiyaç duyduğu teknolojiye zamanında ulaşması için gerekli tedbirlerin alınması, yöneticilerin karar vermede daha etkin olmasını sağlayan yönetim bilişim sistemlerinin uygulanması ve toplam kalite yönetimi uygulamalarının etkin bir şekilde sürdürülmesi gibi uygulamaların yapılması gerektiği sonucu elde edilmiştir.

Koffi-Tessio, ve ark (2010), Togo'daki tıp doktorlarının gerçek ve algılanan hayatları arasındaki farkları tanımlamak için 52 doktor üzerinde bir araştırma yürütmüştür. 15 pratisyen, 23 uzman ve 14 üniversite hastanesinde çalışan doktora uygulanan anket; demografik özellikler, tıbbi çalışmalar ve kariyer bilgilerini incelemiştir. Doktorların 7'si kadın ve 45'i erkek, 25-59 yaş aralığında, 8 ay-27 yıl çalışma süresinde olup; doktorlardan 33'ü evli, 13'ü bekar ve 7 kadından 5'i çocuksuzdur. Bu mesleği seçmede motive edici faktörlerin sonuçları; %37'nin sosyal statü ve %27'nin mesleklerinden gurur duyması olarak çıkmıştır. 22 tıp doktoru mesleklerinin kendilerine belli bir sosyal statü sağladığını; 8 doktor meslekleriyle sahip oldukları fikirlerin örtüştüğünü; 32 doktor hayata yeniden başlasalar yine bu mesleği seçeceklerini belirtmişlerdir. Bu mesleğin tıp doktorları üzerindeki psikolojik etkisi hayat karşısındaki filozofik tavırların baskısı altında kaldığı görülmektedir. Sonuç olarak Togo'daki tıp doktorlarının verimliliklerinin artması hayat şartlarının düzelmesine, teknik yapının modernleşmesine, imkânlarının düzenlenmesine, eğitimlerinin sürmesine ve yatan hasta yönetimine takviye yapılmasına bağlıdır.

Contarini ve arkadaşları, (2011) tarafından Buenos Aires'te devlet hastanesinde çalışan doktorların motivasyonunu düşüren sebepler üzerine bir araştırma yapılmıştır. Şehirdeki yedi hastanedeki 155 doktora 19 soruluk anket uygulanmış. Çıkan sonuçlara göre: aşırı iş yüklemesi, meslektaşlarla iyi iletişim kuramama veya sürdürmemesi, yöneticisinin kalifiye olmadığına inanma, hastanede öğrenme ve araştırmaya dair bir teşvikin olmaması, motivasyonu düşürücü faktörler olarak saptanmış. Bu çalışmada, ücretin motivasyon telafi edici bir yönü olmadığı %95 oranında görülmektedir. Buenos Aires'teki devlet hastanelerinde çalışan doktorların iş performanslarını ve hastalarla ilgilenme kalitelerini düşüren motivasyon düşüklüğünün ciddi anlamda irdelenmesi

gerektiği belirtilmektedir. Yöneticilere, verimliliği, kârı, iş tatminini ve hasta bakımında kaliteyi artırmak için çalışanları hastanenin hedeflerine, karar verme sürecine dâhil etmesi tavsiye edilmektedir.

Estryn-Behar, ve ark. (2011) tarafından Fransa'da yapılan doktor sağlığı ve tatmini araştırması, maaşla çalışan doktorlar içerisinde oluşan tükenmişliğin sebeplerini ve bunların sıklığını ele almaktadır. 179 Psikiyatrist ve 1924 uzman doktor, yürütölen bu çalışma ile karşılaştırılmıştır. Kopenhag Tükenmişlik Envanteri, psikiyatristlerin % 43,3'ünün; uzmanların % 42,4'ünün yüksek oranlarda tükenmişlik yaşadığını ortaya koymuştur. Psikiyatristlerde tükenmişliğe neden olan faktörlerin tükenmişliği iki katına çıkardığı bulunmuştur. Bu faktörler şunlardır: orta ya da düşük kalitedeki ekip çalışması, yüksek seviyedeki iş/aile çatışması ve 45 yaşın altında olma. Aynı sonuçlar uzman doktorlar için de elde edilmiştir. Çalışmada, tükenmişliği önleyici ölçümler de tartışılmaktadır.

Maniou (2011), çalışmasında bir hastanenin verimliliğine ve dolayısıyla hastanenin varlığını sürdürmesine etki eden başlıca faktörlerin hastanedeki çalışanların kalitesi, istekleri, iş tatminleri, tecrübeleri, doğru tedavi yöntemleri ve motivasyonları olduğunu belirterek, hastanede bölümler arası personel ilişkisini incelemiştir. Çıkan sonuçlarda ankete katılanların %27'si doktorlarla hemşireler arasında bir çatışma olmadığını; %35'i doktorların hemşirelerin işindeki baskıyı artırdıkları; %8'i çatışmanın diğer nedenlerden kaynaklandığını düşündükleri görölmektedir. Buna karşın, ankete katılanların %5'i hemşirelerin doktorlarla işbirliği yapmada isteksiz olduklarını; %38'i idarecinin hastanenin bir parçası olmadığını; %27'si doktorların rollerinin daha önemli olması sebebiyle sorumluluklarının olduğunu belirtmişlerdir. Anlaşılabacağı üzere hastanenin personelini oluşturan bu iki meslek grubu arasında rahatsızlık verici bir ilişki bulunmaktadır ve bu ilişki insan kaynakları yönetimi ile düzeltilmelidir.

Nicholson, ve Propper, (2011) tarafından yapılan bir çalışmada, hasta tedavisinde etkin olan doktorlar, dişçiler, hemşireler ve eczacıların oluşturduğu tıbbi işgücü için gerekli olan medikal piyasası ve hükümet arasındaki ilişkiler üzerinde durulmuştur. Tıbbi iş gücünün verimliliğinde önemli yeri olan medikal piyasasında, hükümet müdahalesinin arz-talep ilişkisi ve piyasa üzerine olan etkileri incelenmiş. Hükümet

düzenlemeleri, piyasalar, örgüt formları, teşvikler, politikalar, insan kaynakları yönetimi karşısında tıbbi işgücü verimliliğinin nasıl değişiklik gösterdiği açıklanmıştır.

Zaim, (2011)'in yaptığı “Performansa Dayalı Ücret Uygulamasının Doktor Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri” çalışması kapsamında Sağlık Bakanlığı'na bağlı altı devlet hastanesinden toplam 267 doktora anket uygulanmıştır. Bu anketin amacı, performansa dayalı ücretlendirmenin doktorların memnuniyeti üzerindeki etkilerini, bu uygulamanın hizmet kalitesine, ferdi performansa, iş yüküne, motivasyona, mesleki bilgi ve becerilere, gelir artışına, sisteme duyulan güvene, fiili çalışma saatlerine olan katkısını inceleyerek ölçmektir. Çıkan sonuçlar, doktorların gelirlerini, motivasyonlarını, ferdi performanslarını, hizmet kalitesini, mesleki bilgi ve becerilerini artırması yönüyle bu sistemin olumlu sonuçları olduğunu göstermektedir. Ancak bu olumlu sonuçlara ve maaşlara yapılan ek ödemelerin safi gelir kadar olmasına rağmen, doktorların dörtte birinin bu uygulamadan memnun olmadığı gözlemlenmiştir. Bu memnuniyetsizliğin nedeni, sistemin suiistimale açık olması ve hastanın kendisinden çok sayısına değer verilmesi olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, bu uygulamanın daha verimli işlemesi adına sistemin adil işlemesi konusundaki sıkıntıların düzeltilmesi, yapılan suiistimallerin önlenmesi, sistemin işleyişinin denetlenmesi önerilmektedir.

Milenkovic, ve ark (2012), modern tıbbın ve sağlık hizmetlerinin en büyük problemlerinden birini de tıbbi kurumlarda günlük elde edilen bilginin toplanması, işlenmesi ve kullanılmasının raporlaştırılmasında yaşanan güçlükler olarak tanımlamaktadır. Bilginin tanıtımı ve paylaşımını sağlayan teknolojilerin sağlık örgütlerinde verimliliği, etkinliği ve iş kalitesini artırdığı ayrıca doktorlarla hastalar arasındaki iletişimin geliştirilmesine olanak verdiği görülmektedir. Muhtemel iletişim kanalları web uygulamaları ve SMS'lerdir. Bu amaçla yapılan bir çalışmada, Sırbistan'daki doktorlar ve hastalar arasındaki iletişimin web ve SMS servisleriyle nasıl mümkün olduğunu araştırılmıştır.

North ve Hughes, (2012) tarafından yapılan bir araştırmada, hemşirelerin sağlık servislerinde verimliliğin artmasında ciddi katkılarının olduğunu rapor edilmiştir. Çalışmanın amacı, Yeni Zelanda'daki hemşirelerin verimliliğini artırmak için geçmiş ve günümüzdeki işgücü yaklaşımlarını uluslararası çalışmalar bağlamında incelemektir. Verimlilik geliştirme stratejilerinin, emek ekonomileri teorisi tarafından ve bir

hemşireyi örgütün emek birimi ve maliyeti olarak kavramsallaştıran bilimsel yöntemler tarafından etkilendiği bulgular arasındadır. Hemşirelik verimliliği 1990'larda hemşirelerin girdi maliyetlerini azaltan sağlık reformlarıyla artmıştır. Ancak bu reformlar hastaların güvenliğini ve hemşireleri olumsuz etkilemiştir. Günümüzdeki verimlilik artırıcı teknikler hemşire ekipleri oluşturma ve üretim yenilikleri yapma üzerine kuruludur. Hemşirelik verimliliğini artırmada hemşireleri sabit sermaye olarak gören, çalışma ortamlarına odaklanan, hasta-hemşire sonuçlarını ölçen bazı stratejiler savunulmaktadır. Kısacası, hemşirelik verimliliğini artırma teknikleri şekillendirilip, hemşire-hasta çıktılarını korumaya odaklanılmıştır.

Lukens ve Fragneto (2013), hastanelerin doğum ünitelerinde olan iletişimin etkili olmasının sorumlulukların ve hedeflerin gerçekleştirilmesi açısından çok elzem olduğunu belirtmektedir. Doğum sırasındaki bütün sağlık çalışanlarının kendi içlerindeki ve hastayla olan iletişiminin, verimliliği artıran bir düzeyde olduğundan emin olunmalıdır. Etkili iletişim, hastanın güvenliğine ve hasta-sağlık çalışanı arasındaki ilişkinin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca etkinliğin artmasına, görevi kötüye kullanmanın düşmesine, çalışanların iş hacminin azalmasına ve hastanenin maliyetlerinin düşmesine yaradığı gözlemlenmiştir.

McPake, ve ark. (2013)'nin yaptığı çalışma duyarlı ve etkili bir sağlık sistemi için insan kaynaklarının geliştirilmesi üzerinde durmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkeler sağlık sistemlerinin işleyişini baltalayan "çalışanların oransızlığı, zayıf performansı" gibi insan kaynakları kısıtlamalarını aşmak için evrensel sağlık kapsamlarını araştırmaktadır. Sağlık sektöründe insan kaynakları konusu düşük ve orta gelirli ülkelerde bir kriz teşkil etmesine rağmen, bu konuyla ilgili gücü ekonomisi çerçevesindeki uygulamalar çok az bilinip uygulanmaktadır. Ülkenin mevcut sağlık çalışanları ile ihtiyaç duyulan sayısı arasındaki farkı azaltmak adına salgın hastalıklar, demografik profil ve eğitim kapasitesine göre dizayn edilen geleneksel insan kaynakları yaklaşımları uygulanmaktadır. Ancak bu uygulama, iş gücü piyasası dinamikleri, sağlık çalışanlarının kendi tercih ve davranışları gibi insan kaynakları kapasitesini etkileyen diğer unsurları göz ardı etmektedir. Bu çalışma, sağlık sektöründeki insan kaynakları kısıtlamaları arakasında yatan nedenleri açıklamayı ve etkili politikalar, müdahaleler önermeyi amaçlamaktadır. Sağlık çalışanlarının daha iyi şartlarda çalışması için gerekli

olan sağlık politikaları, aynı zamanda evrensel sağlık kapsamında etkili metotların belirlenmesine yardımcı olacaktır.

Ho ve arkadaşları, (2013) tarafından, Tayvan Taipei City’de iki hastanedeki 1833 sağlık personeline uygulanan anketle, sağlık çalışanlarının işle ilgili yorgunluklarının yaygınlığını ve bunu tetikleyen faktörleri incelenmiştir. Çalışanların demografik özellikleri, işle ilgili davranışları, sağlık durumları ve belirtileri ve işle ilgili yorgunlukları anketle rapor edilmiştir. Sonuçlara göre 1833 katılımcının %30,9’u işle ilgili yorgundur. Genç alışanların(20-29 yaşlar) daha yaşlı çalışanlara(40-65 yaşalar) göre; doktor, hemşire ve sağlık teknisyenlerinin yönetici personellere göre; haftada beş kereden fazla kahve içenlerin içmeyenlere göre; sağlık durumunu zayıf ve daha zayıf belirtenlerin iyi ve çok iyi olarak belirtenlere göre daha fazla işle ilgili yorgunluk rapor ettikleri gözlemlenmiştir. İşle ilgili yorgunluğu etkileyen faktörlerin tespiti, eğitimlerde ve hastanelerin mesleki güvenlik ölçümlerinin geliştirilmesinde kullanılabilir.

Day ve ark. (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, performansa dayalı ücretlendirme sistemi kullanan bir akademik tıp merkezinde çalışanların adalet algısı ve ödüllere olan ihtiyaçlarının incelenmiştir. Bunun için iki bölümden toplam 292 çalışana anket yapılmıştır. Elde edilen bulgular, çalışanların performansına göre dağıtılan ödüllerin çalışanların ihtiyaçlarıyla pozitif yönlü bir ilişkisi olduğu şeklinededir. Çalışanların yöneticileriyle ihtiyaçları hakkında konuşmaları bu ilişkiyi açıklamaktadır. alışan ihtiyaçlarının, gelişen ülkeler veya kollektivist kültür dışındaki örgütsel ayarlarda ödül dağıtımıyla ilişkili olduğu ve çalışan ihtiyaçları ve ödüllerin dağıtımı arasındaki ilişkide çalışan yönetici iletişiminin rolü ispatlanmaktadır. Bireysel kültürlerdeki örgütsel ayarlarda çalışan ihtiyaı ve ödül arasındaki ilişkinin incelenmesi çok az sayıda yapılmıştır ve bu çalışma bu boşluğu doldurma niteliğindedir. ıkan sonuçlar, batının bireysel kültüründe gözlemlenen çalışan ihtiyaı seviyesiyle ve örgütlerin mevcut ekonomik darboğazı yaşamasıyla ilişkilidir.

Li, (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, sağlıktaki çıktıların coğrafi bölgelere göre farklılık göstermesinin nedenlerini, sağlık servislerine olan yakınlık ve yakındaki sağlık servislerine ulaşmayı engelleyen eyalet sağlık politikası olarak ele alınmıştır. Konuyla alakalı dört tane bulgu elde edilmiştir. Birincisi; ilçelerdeki çeşitli hastalıklardan kaynaklanan ölüm oranlarının azaltılmasında yerel doktorların etkisi.

İkincisi; aynı mesafede olmalarına rağmen ilçe doktorlarının ilçe dışındaki doktorlara nazaran ölüm oranlarını düşürmede daha etkili olması. Üçüncü ilçe dışındaki doktorların girişini kısıtlayan politikaların uygulanmasıyla yakın çevredeki doktorların etkilerinin azalması. Dördüncüsü, kırsal alanlarda yakın mesafedeki doktorların etkisinin daha çok olması. Kümelenmiş ekonomilerin hasta tedavisinde verimliliğe katkısının olduğu belirtilmektedir.

Stirk, ve Massoud, (2014) sağlık hizmetlerini geliştirmek adına, sağlık çalışanlarının performans ve verimliliğinin geliştirilmesinin önemini araştırmıştır. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının performans ve verimliliklerini etkileyen faktörler şu şekilde belirtilmektedir: 1. Genel sağlık sistemleri, sosyo-ekonomik/iş gücü piyasası ve politikalar gibi makro faktörler 2. İş yerinin şartları, sağlık çalışanlarının içinde bulunduğu topluluklar gibi mikro faktörler 3. Sağlık çalışanlarının kişisel özellikleri. Sağlık hizmetleri standartları, kalite geliştirme ve girdi-işlem ile ilgili düzenlemelerin bir arada uygulanması, sağlık çalışanlarının performans ve verimliliğini artırmaktadır. Prosedürler, klinikle ilgili rehberler, tedavi protokolleri, kritik yollar, bir problemin çözümünde izlenecek işlemler, standart işlem prosedürleri, beklenen sağlık hizmetlerinin anlatımı gibi standartlar; çalışanların sorumluluklarının geliştirilmesi, hizmet kalitesinin etkili, etkin ve sürdürülebilir hale getirilmesi ve hizmet öncesi ve hizmet sırasındaki yeterliliğin sağlanması adına eğitim verilmesi gibi kalite geliştirme; ruhsatlandırma, standart ayarlamalar, yönetimin idaresi ve performans zayıflaması maddeleri gibi düzenlemeler belirlenmektedir. Sağlık çalışanlarının verimlilik ve performanslarının artırılması için özellikle standartlar, kalite geliştirilmesi ve düzenlemelere odaklanılan bu çalışmada, topluluğa katılma(değerlendirmede dönütlerin hükümleri, performans ve katkıların halk tarafından tanınması, daha küçük sağlık komiteleri tarafından takip edilme koşulları) ve tanıma sistemleri(bireysel danışma, performans değerlendirme, daimi eğitim, itibar, takdir edilme, profesyonel avansman fırsatları) de incelenmektedir. Ayrıca oluşturulacak standartlar, kalite geliştirme ve düzenlemeler için tavsiyeler verilmektedir.

Rosta ve Aasln, (2014) tarafından yapılan çalışmada, 1994-2012 yılları arasında, Norveç Hastanesi'nde çalışan 1300-1600 doktora uygulanan anketle haftalık çalışma saatleri, Avrupa Çalışma Saatleri Direktifi doğrultusunda kaliteli lisansüstü eğitim ve ev iş dengesinin kurulması açısından incelenmiştir. 46-47 saatle kıdemli doktorların; 45-46



saatle asistan doktorların sabit haftalık çalışma saatlerinin olduğu görülmektedir. 2012’de haftalık çalışma saatlerinin 48’den fazla olmasıyla kıdemli doktorların %27-35’i, asistan doktorların %11-20’si tarafından ev-iş dengesinin yetersiz olduğu rapor edilmektedir. Haftalık ortalama 45 saat asistan doktorlar tarafından lisansüstü uzmanlık eğitimi almak için yeterli görülürken; yaşça daha büyük doktorların, kıdemli doktorların ve cerrahi uzmanlarının çalışma saatlerinin artırılması yönünde isteklerinin olduğu görülmektedir. Çıkan sonuçlara göre Norveç Hastanesi’ndeki doktorların çalışma saatlerinin Avrupa Çalışma Saatleri Direktifi gerekliliği altında olduğu anlaşılmaktadır. Son yirmi yıldır artan hastane doktor sayısı, ulusal düzenlemeler ve kültürel değerler önemli faktörler olarak belirtilmektedir. Yeterli eğitim zamanı konusundaki doktorlar arasındaki algı farklılıkları konusuna ise, daha esnek çalışma sürelerinin yürürlüğe konması önerilmektedir.

Wahab ve arkadaşları (2014), Türkiye deki karşılığı “e-nabız” olan hastane bilgi sistem uygulanmasının kullanıcı memnuniyeti üzerindeki etkisini Malezya’da incelenmiştir. Kullanıcı katılımı, örgütsel destek ve eğitim gibi faktörler test edilmiştir. Malezya’da bulunan özel bir tıp merkezinin doktorları, hemşireleri ve yönetici elemanlarının katıldığı ankete geri dönüş sayısı toplam 155 olmuştur. Elde edilen bulgular, kullanıcı katılımı, örgütsel destek ve eğitim faktörlerinin hastane bilgi sistemi kullanımıyla pozitif ilişkide olduğu yönündedir. Ayrıca çalışmada, kullanıcılar arasında bu sistemin yaygınlaşması adına öneriler de yapılmaktadır.

Gaisina, Bakhtizin ve arkadaşları, (2015)’nin yaptığı bir çalışmada, çalışan personelin etkin olmasını sağlamak için öncelikle üretim sırasında bireylerin ilişkilerinin bozulmasını önlemek gerektiği belirtilmektedir. Yüksek verimliliği elde etmek personel yönetimini başarmanın yanı sıra, iş gücü disiplininin ve kişisel gelişimin sağlanmasını gerektirmektedir. Bu makale, personeli motive etmek için gerekli uyaran faktörleri analiz etmektedir. Bunu başarmanın yolu ise, çalışanların kendini ifade edebilmeleri ve sosyal statülerinin geliştirilmesi adına ihtiyaç ve kapasitelerinin yöneticiler tarafından iyice anlaşılması olarak belirtilmektedir.

Gaisina, Mikhailovskaya ve arkadaşları, (2015) tarafından yapılan diğer bir çalışmada, bir işletmede çalışanların motivasyonunu, çalışanlar arasındaki uyumu, iş disiplininin, ekip çalışmasını, verimliliği artırmada kurumsal kimliğin etkisinin olduğu

tespit edilmiştir. Makalede, çalışanların kurumsal kimliğini biçimlendirmenin bağlı olduğu unsurlar: Personel ahlakı, takım içerisindeki ilişkiler, iletişim, yöneticiyle olan etkileşim, eğitim, motivasyon, değerler, gelenekler, örgütün imaj ve kültürü olarak belirlenmiştir.

Nigenda ve Muños, (2015), sağlıkta insan kaynağı planlaması için uzman hekimler üzerine bir çalışma yapmıştır. Uzman hekimlerin arz ve talep denge noktasını bilmek zor bir iş olduğu için bazı tahmin metotları kullanılmaktadır. Talep tarafı hesaplanırken kurumların göz önünde bulundurduğu üç tane kriter vardır:

1. Uzmanların işe alınması
2. Doktor verimliliği
3. Emeklilik oranları

“Güncel üretim seviyelerinde değişiklik yapmamak” ve buna alternatif olarak “tavsiye edilen üretim seviyesine uyarlama yapmak” şeklinde iki senaryo belirlenmiştir.

Otegbeye, ve ark. (2015) tarafından, New Jersey’deki Burlington and Camden ilçelerine hizmet veren bir sağlık kuruluşunda, acil servisteki hemşirelerin çalışma saatlerini düzenleme temel alınarak iş gücü verimliliğinin nasıl artırılacağı araştırılmıştır. Acil servisteki hemşirelerin geçmişte yaptıkları işler belirlenerek haftalık her bir gün için çalışma saati dizayn edilmiştir. Pilot seçilen acil servisin yöneticisi, önerilen çalışma saatlerini hasta talebini karşılayacak şekilde uygulamıştır. Verimliliğin hasta-çalışan memnuniyetini ve hasta hacmini olumsuz etkilemeden önemli ölçüde geliştiği görülmüştür. Bu günün acil servis yöneticisi, hemşirelerin çalışma saatlerini talebe göre düzenlenmesini desteklemede etkili bir araç olan acil servis bilgi sisteminin veri deposuna kolayca erişebilmektedir.

Poduval, (2015)’in “Tıbbi eğitim programlarını iyileştirme” çalışması, tıp mesleğini seçenlerin, kapsamlı bir eğitim ve ihtisas dönemlerinden sonra yetkin bir doktor haline gelebileceğini ve bu eğitim sürecinin gerekliliğinin şu andaki profesyonel doktorlar tarafından da tasdik edildiğini belirtmektedir. Ayrıca bu çalışma, gelecekteki doktorlara ve sağlık çalışanlarına yönelik tıbbın tarihinden, fırsatlarına, eğitim sürecinden, profesyonel gelişime kadar birçok konuyu kapsamlı bir şekilde sunmaktadır ve modern tıbbi eğitimle ilgilenen akademisyenler, pratisyenler ve profesyoneller için temel bir referans oluşturmaktadır. Uzman doktorlarla sözleşme yapmak isteyen

kurumların temel politikası üretim seviyesi olmaktadır. Verimlilik için ayarlanmış olan senaryo genel cerrahlar ve dâhiliyeciler için sürdürülmesi veya kadın doğumcu ve pediatristlere olan talebe eşit hale gelmesi için artırılması önerilmektedir.

Alameddine ve ark. (2016)'ın yaptığı araştırmada, hemşirelerin verimliliğini artırmak ve hasta bakım kalitesini iyileştirmek için gerekli olan yöntem hemşirelerin iş tatminini artırmak olarak belirtilmiştir. Bu çalışmanın amacı, gelecekte doğru politika yapmak ve hemşirelerin iş gücü piyasasını anlamaya yardımcı olan iş tatmini faktörlerini belirlemektir. Alman hemşireler üzerinde yapılan araştırma sonuçları doktorlar, diğer sağlık çalışanları ve diğer sektörlerdeki çalışanlarla kıyaslanmaktadır. 23 yıllık bir gözlem sonucunda hemşirelerin iş tatmininin ortalama % 7,5 düştüğü; doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının ise %14,4 yükseldiği gözlenmiştir. Aynı zamanda doktorların ücretleri %23,8 artarken hemşirelerinkinde %3,8'lik bir düşüş yaşanmıştır. Hemşirelerin iş tatminindeki bu istikrarlı düşüşün sebebi, yapılan politika değişikliklerine, reformlara, düşük ücretlere ve aşırı yorulmaya bağlanmaktadır. İlgili kişilere Alman sağlık sisteminin kalitesi sürdürülebilirliği için bu aşırı iş yoğunluğunun, hasta bakımının karmaşık yapısının iyileştirilmesi önerilmektedir.

Almahbashi ve arkadaşları, (2016) tarafından Yemen'de yapılan bir çalışmada, sağlık enstitülerinde eğitim kalitesi artışı ile bunun sağlık personeli üzerinde kalite değerlendirmesi araştırılmıştır. Bunun için enstitü eğitiminin, liderlik, politika, strateji, personel, ortaklık, kaynak ve işleme koyma gibi piramidin tüm basamaklarını değerlendiren bir anket uygulaması yapılmıştır. Çalışanların kalitesinin artırılması gerektiği konusunda genel kanaat olmasına rağmen, kendi kurumlarının kalite performansı orta seviyede (mean: 3,6) çıkmıştır. Çalışmanın sonucu olarak, liderliğin, genel kalite sistemine etki eden birinci faktör olduğu ve insanları sürece dâhil edip motivasyonlarını artırması ile kalitenin arttığı belirlenmiştir. Sonuçlar, akademisyenlere sağlık eğitiminde kaliteyi artırarak, sağlık çalışanlarının performansının artırılması konusunda bilgi sağlamaktadır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### DOKTORLARIN İŞ GÜCÜ VERİMLİLİĞİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: BİR UYGULAMA

#### 4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, devlet hastanelerinde çalışan doktorların iş gücü verimliliklerini etkileyen faktörlerin incelenmesidir. Faktörler demografik ve sosyo-psikolojik, idari, kurumsal ve fiziksel şartlar ve diğer hastanelere olan farkındalık düzeyi olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

- Doktorların iş gücü verimliliği, demografik faktörler tarafından ne derece etkilenmektedir?
- Doktorların iş gücü verimliliği, sosyo-psikolojik faktörler tarafından ne derece etkilenmektedir?
- Doktorların iş gücü verimliliği, idari faktörler tarafından ne derece etkilenmektedir?
- Doktorların iş gücü verimliliği, kurumsal faktörler tarafından ne derece etkilenmektedir?
- Doktorların iş gücü verimliliği, fiziksel faktörler tarafından ne derece etkilenmektedir?
- Doktorların iş gücü verimliliği, diğer hastaneler hakkındaki bilgilerine göre nasıl etkilenmektedir?

Çalışmanın amacı, yukarıdaki faktörlerin iş gücü verimliliğine etkilerini ve derecelerini tespit etmektir.

#### 4.2. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI ve SINIRLARI

Bu araştırma, Erzurum ilindeki üç devlet hastanesinde(Palandöken Hastanesi, Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Hastanesi) çalışan doktorların üzerinde gerçekleştirilmiştir. Üç hastanede görev yapan toplam 972 doktordan 276'sı ankete katılmayı kabul etmiştir. Buna göre çalışmanın hata payı %5'tir.

Anket uygulanan örnek kütle büyüklüğü;

$$n = \frac{N * P * Q * Z^2}{(N - 1) * d^2} + P * Q * Z^2 \quad (1)$$

formülüne göre belirlenmiştir. Bu formüldeki,

$n$  = Örnek kütle büyüklüğü,  $N$  = Ana kütle hacmi (Erzurum'daki 3 devlet hastanesindeki doktorların sayısı),  $P$  = Verimlilik oranı,  $Q$  = Verimsizlik oranı ( $1 - P$ ),  $Z$  = %  $(1 - \alpha)$  düzeyinde  $Z$  test değeri,  $\alpha$  = Önem düzeyi,  $d$  = Hata (tolerans) payıdır. (Oktay ve diğ.2008)

602 doktor Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi

313 doktor Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

57 doktor Palandöken Hastanesi'nde olmak üzere toplamda 972 kişi ana kütle hacmini oluşturmaktadır. % 5 önem düzeyinde % 5 hata payı ile ana kütle temsil edecek örnek büyüklüğü minimum 276(n) olarak hesaplanmıştır.

#### 4.3. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bağımlı değişken olarak iş gücü verimliliğinin; bağımsız değişken olan sosyo-psikolojik, idari, kurumsal ve fiziksel faktörlerin belirlendiği bu çalışmada faktörlerin içeriği şu şekildedir:

**Sosyo-psikolojik faktörlerle ilgili sorular:** Ekip çalışması, meslektaşlarla ilgili sorular, iş dışındaki sorunlar, meslektaşların verimliliği

**Kurumsal faktörlerle ilgili sorular:** Biçimsel ödüller, ücret, alanla ilgili eğitim, fazla mesai, nöbetler

**İdari faktörlerle ilgili sorular:** Yöneticilerin tutum ve davranışları, yönetim-çalışan iletişimi, denetim, doktor kararları, sorunların çözümü

**Fiziksel faktörlerle ilgili sorular:** Malzeme-teknolojik aletler, Erzurum'un hava koşulları, hastaneye ulaşım, hastanenin mimarisi, hastanenin güvenliği

#### 4.4. VERİLERİN ELDE EDİLMESİ ve ANALİZİ

Araştırmada kullanılan anket soruları literatür taramasıyla elde edilmiş olup, üç farklı bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm demografik bilgileri; ikinci bölüm verimliliği etkileyen faktörleri; üçüncü bölüm ise doktorun kendi verimliliğini değerlendirmesini içermektedir. Toplamda 35 sorunun bulunduğu anketin en sonunda ise, doktorların konuyla ilgili eklemek istediklerini yazabilmeleri için belli bir not alma yeri mevcuttur. Anket, 276 doktora yüz yüze ya da elektronik olarak uygulanmıştır. Anket sorularının seçenekleri “Hiç Katılmıyorum- Katılmıyorum- - Kararsızım- Katılıyorum- Tam Katılıyorum” ,”Evet-Hayır” şeklinde belirlenmiştir. Doktorların kendi verimliliklerini derecelendirmesi beklenen bölümde ise “ Verimsiz-Verimli” ifadeleri kullanılmıştır.

##### 4.4.1. Güvenilirlik Analizi

$0,00 \leq \alpha \leq 0,40$  ise ölçek güvenilir değil,

$0,40 \leq \alpha \leq 0,60$  ise ölçeğin güvenilirliği düşük,

$0,60 \leq \alpha \leq 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilir,

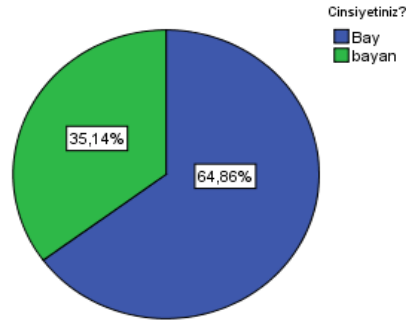
$0,80 \leq \alpha \leq 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Anket verilerinden alınan 50 örneklemin güvenilirlik analiz sonuçlarına göre, Cronbach 's Alpha %81,7 oranında çıkmıştır. Dolayısıyla ölçek yüksek derecede güvenilir sonuçlar vermektedir.

##### 4.4.2. Demografik Bilgilerin Dağılımı

###### 4.4.2.1. Cinsiyet

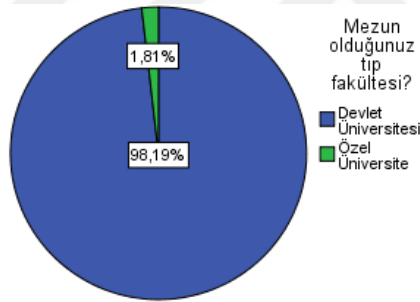
Ankete katılan 276 doktorun 97'si yani %35,14'ü kadınları;179'u yani %64,86'sı ise erkekleri içermektedir.



Şekil 4.1. Cinsiyet Dağılımı

#### 4.4.2.2. Mezun Olunan Tıp Fakültesi

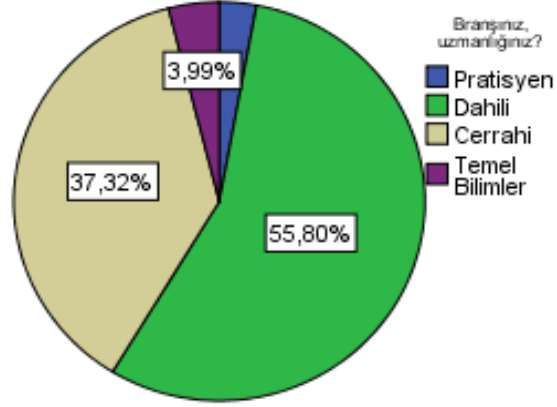
%98,19 ile katılımcıların 271'i devlet üniversitesinden mezun olmuştur. Özel üniversitelerden mezun olanlar 5 kişi ile %1,81'i oluşturmaktadır.



Şekil 4.2. Mezuniyet Dağılımı

#### 4.4.2.3. Branş

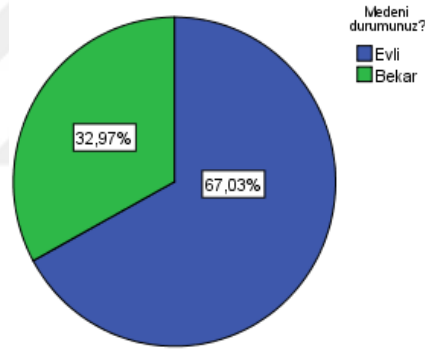
Dahili bölüm %55,80 (154 kişi) oranıyla birinciyi sırayı almaktadır. Sonrasında %37,32(103kişi) ile cerrahi bölümdeki, %3,99(11 kişi) ile temel bilimlerdeki ve %2,89(8 kişi)ile pratisyen doktorlar gelmektedir.



Şekil 4.3. Branş Dağılımı

#### 4.4.2.4. Medeni Durum

Şekilde görüldüğü üzere evli doktorlar %67,03(185 kişi) ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Bekar olan doktorlar ise %32,97 ile 91 kişidir.

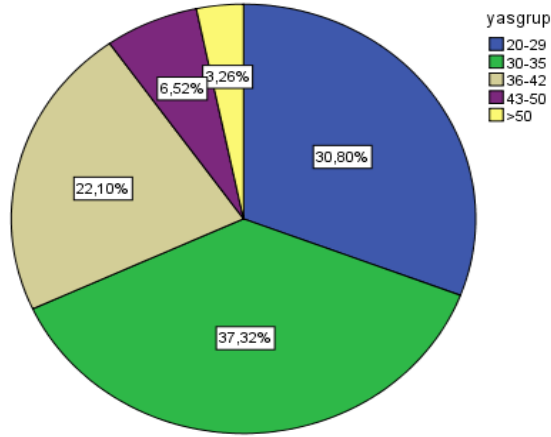


Şekil 4.4. Medeni Durum Dağılımı

#### 4.4.2.5. Yaş

Erzurum'da devlet hastanelerinde çalışan doktorların %37,32(103kişi) oranı ile en çok 30-35 yaş arasında olduğu görülmektedir.20-29 arasındaki yaşta olan doktorlar %30,80(85 kişi) ile ikinci sırayı almaktadır. 36-42 yaş grubu 61 kişiyle %22,10 'u; 43-50 yaş grubu 18 kişiyle %6,52'yi oluşturmaktadır. En az grup ise %3,26(9 kişi) ile 50 yaş üstü doktorlardır.

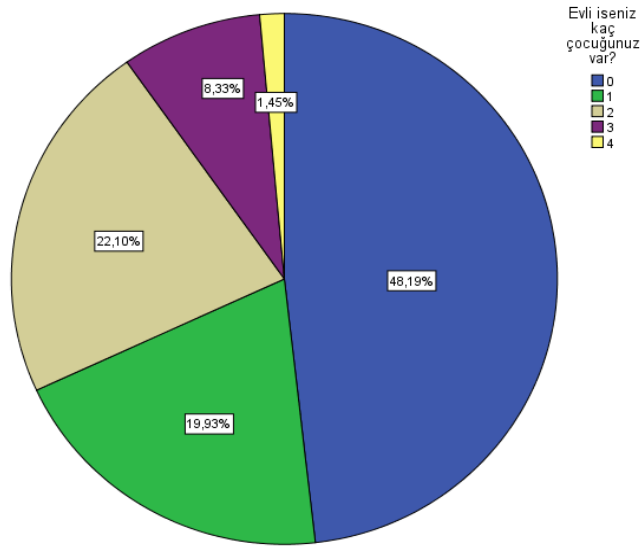




Şekil 4.5. Yaş Dağılımı

#### 4.4.2.6. Çocuk Sayısı

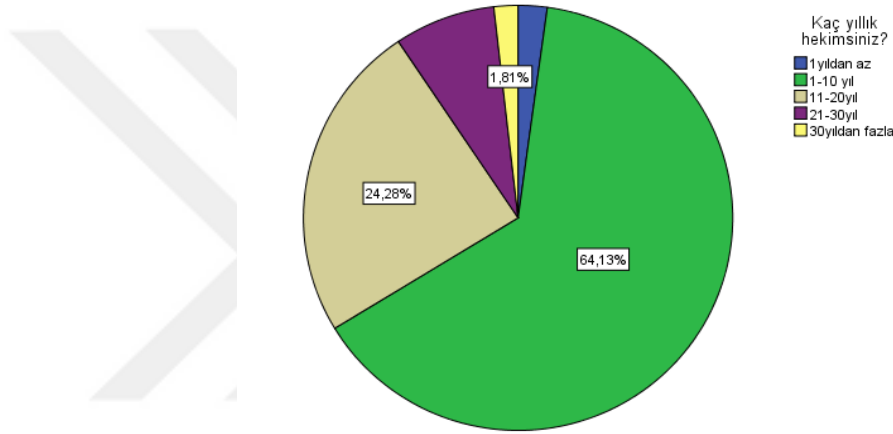
Çocuğu olmayan doktorlar 133 kişi ile %48,19 oranında birinci sırayı almaktadır. İki çocuğu olan doktorlar %22,10 (61kişi) oranıyla ikinci sırada yerini almaktadır. Bir çocuğu olanlar %19,93 oranıyla 55kişi; üç çocuğu olanlar %8,33 oranıyla 23 kişidir. En az pay ise %1,45(4kişi) ile dört çocuğu olanlara aittir.



Şekil 4.6. Çocuk Sayısı Dağılımı

#### 4.4.2.7. Toplam Çalışma Yılı

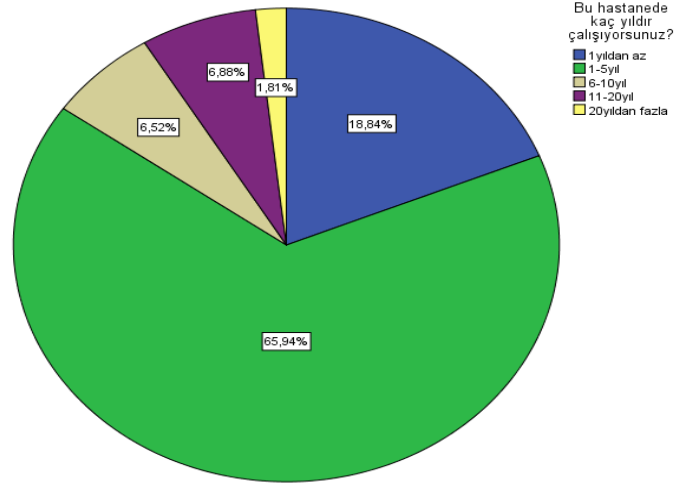
Katılımcıların %64,13'ü (177kişi) 1-10 yıl arası bir çalışma hayatına sahiptir.%24,26 'sı 67 kişi ile 11-20 yıl arası çalışmıştır.21-30 yıl arası çalışan doktorlar %1,81 ile 21 kişi oluşturmaktadır. En az ve en çok tecrübeli şekilde tanımlayabileceğimiz yıl aralıkları olan “1 yıldan az” ve “30 yıldan çok” seçenekleri ise sırasıyla 6 ve 5 kişiyi kapsamaktadır. Dolayısıyla Erzurum devlet hastanelerindeki doktorların çalışma tecrübelerinin uç noktalarda toplanmadığı, daha çok 1-10 yıl arasında çalışmış doktorlardan oluştuğu görülmektedir.



Şekil 4.7. Toplam Çalışma Yılı Dağılımı

#### 4.4.2.8. Görev Yapılan Hastanedeki Çalışma Yılı

Doktorların çoğunluğu %65,94 ile buldukları hastanede 1 ila 5 yıl arası çalışmıştır. Bir yıldan az çalışanlar %18,84 ile ikinci sırayı almaktadır. En az paya sahip olanlar ise 20yıldan fazla süredir buldukları hastanede çalışan doktorlardır. Buna göre Erzurum devlet hastanelerindeki doktorların devamlı sirkülasyon içinde olduğunu görmekteyiz.



Şekil 4.8. Hastanedeki Çalışma Yılı Dağılımı

## 4.4.3. Doktorların İşgücü Verimlilik Faktörlerinin Dağılımı

Tablo 4.1. Cevapların Frekans Dağılımı

FAKTÖRLER	Hiç Katılmıyorum		Kararsızım	Kesin Katılmıyorum	
	N	%	N	N	%
1. Verimliliğin ekip çalışmasıyla artırılabilirliğini düşünüyorum	2	0,7	7	5	112
2. Verimliliğin artırılmasında biçimsel ödüller (terfi, ücret, döner sermaye) etkindir.	2	0,7	6	19	123
3. Yöneticilerin tutum ve davranışları verimliliğimi artırıcı niteliktedir	13	4,7	11	19	128
4. Çalıştığım malzeme/teknolojik aletler yeterlidir.	21	7,6	56	73	23
5. Alanımla ilgili eğitim, kongre ve seminerler verimliliğimi artırıyor	13	4,7	14	34	83
6 Aldığım ücret, diğer sağlık kurumlarında aynı tür işe verilen ücretten yüksektir	53	19,2	95	67	48
7. Kurumumuzda çalışanlar ile yönetim arasında etkin bir iletişim vardır.	66	23,9	72	91	42
8. İşimle ilgili denetim yapılmasını faydalı buluyorum.	11	4,0	28	69	135
9. İş arkadaşlarımı verimli buluyorum	11	4	24	65	49

**Tablo 4.1.** (Devamı)

10.Meslektaşlarımla aramızda güven, dayanışma ve işbirliği vardır.	11 4	32 11,6	73 26,4	115 41,7	45 16,3
11.İş dışında yaşadığım bir sorun hastanedeki verimliliğimi etkilemez.	62 22,5	106 38,4	64 23,2	32 11,6	12 4,3
12.Fazla mesai yapmam gerekmiyor	84 30,4	60 1,7	34 12,3	61 22,1	37 13,4
13.Nöbetlerim verimliliğimi düşürmeyecek sıklıkta oluyor	81 29,3	79 28,6	42 15,2	56 20,3	17 6,2
14.Erzurum'un soğuk hava koşulları verimliliğimi düşürmüyor.	62 22,5	76 27,5	44 15,9	67 24,3	27 9,8
15.Hastaneye ulaşım imkânları rahat ve yeterlidir.	16 5,8	35 12,7	38 13,8	133 48,2	54 19,6
16.Doktorlar ile ilgili kararlar doktorların katılımıyla alınır.	37 13,4	43 15,6	31 11,2	78 28,3	87 31,5
17.Hastanede sorunların zamanında çözülmesi verimliliğimi artırır.	7 2,5	11 4	19 6,9	124 44,9	115 41,7
18.Hastanenin mimarisi verimliliğimi artırıcı niteliktedir.	39 14,1	63 22,8	79 28,6	68 24,6	27 9,8
19.Hastanenin güvenliği tam sağlanıyor	83 30,1	87 31,5	73 26,4	30 10,9	3 1,1
20.Hastanenin sosyal imkânları (kantin, yemekhane, spor vs.) yeterlidir.	99 35,9	96 34,8	51 18,5	26 9,4	4 1,4

Toplamda 276 doktora uygulanan ankette doktorların %95'i verimliliğin ekip çalışmasıyla artırılabilirliğini düşünmektedir. Verimliliğin biçimsel ödüllerle artırılabilirliğini düşünen doktorlar ise tüm doktorların %89,9' unu oluşturmaktadır. %84,4'ü yöneticilerin tutum ve davranışlarının verimliliklerini artırdığını düşünmektedir.%45,6 sonucu ile Erzurum'daki hastanelerin teknolojik alet ve malzeme açısından yeterliliğine katılma oranının düşük çıktığı görülmektedir.%77,9 doktor alanlarıyla ilgili eğitim, seminer ve kongrelerin verimliliklerini artırdığını belirtmektedir. Katılımcıların %53,6'sı ücretlerinin, diğer sağlık kurumlarında çalışan doktorlara nazaran düşük olduğunu düşünmektedir. Kurum içi yönetici çalışan iletişiminin etkin olmadığını düşünen doktorlar %50; kararsız kalanlar ise %33'tür. Doktorların mesleki olarak denetimlerinin yapılması %60,9 oranıyla genel olarak verimliliği artırıcı bir etki göstermektedir. İş arkadaşlarını verimli bulan doktor yüzdesi %63,8 iken, bu konuda kararsızlık yaşayanlar %23,6'yı oluşturmaktadır. Meslektaşları

ile arasında güven, dayanışma ve işbirliği olduğunu düşünen doktorlar % 58 ile çoğunluğu oluşturmakta iken kararsız kalanların oranı da %26,4 ile azımsanmayacak düzeydedir. İş dışında yaşanan sorunların işteki verimliliklerini etkilediğini düşünenler %60,9'luk bir paya sahiptir. Fazla mesai yaptığını düşünen doktorların yüzdesi %31,7 iken düşünmeyenlerin yüzdesi %35,5. Nöbet sıklığının verimliliklerini düşürdüğünü belirten doktorlar %57,9 oranıyla çoğunluğu oluşturmaktadır. Erzurum'un soğuk hava koşullarının verimliliklerini düşürdüğünü düşünen doktor yüzdesi %50'dir. Doktorların %67,8'i çalıştıkları hastanelere ulaşımının rahat ve yeterli olduğunu düşünmektedir. "Doktorların doktorlarla ilgili kararlara dahil edilmesine" doktorların %59,8'i katılırken; %29'u katılmamaktadır. Hastanedeki sorunların zamanında çözülmesi doktorların %86,6'sının verimliliğini artırmaktadır. Hastanenin mimari yapısının verimliliklerini artıracak nitelikte olduğuna katılan doktor oranı % 34,4; katılmayan doktor oranı %36,9; kararsız kalanların oranı ise %28,6. Hastanenin güvenliğinin tam sağlanmadığını düşünenler, katılımcıların % 61,6'sını oluşturmaktadır. %70,7'lik bir katılmama oranı Erzurum'daki hastanelerin sosyal imkanların yeterli olmadığını göstermektedir.

#### **4.4.4. Faktörlerin Ortalamalarının Analizi**

##### **4.4.4.1. Sosyo-Psikolojik Faktörlerin Ortalamalarının Analizi**

Tablo 4.2'de elde edilen sonuçlara göre doktorların sosyo-psikolojik faktör araçlarından iş gücü verimliliğini etkilediğini düşündükleri kısım ekip çalışmasıdır.(soru11) Hastanenin sosyal imkanlarının yeterli olmadığı düşünülmüştür genel olarak ve iş gücü verimliliğini en az etkileyen araç soru 30 olarak görülmektedir. Doktorların sosyo-psikolojik faktör araçlarına verdikleri önem derecelerinin ortalaması 2,744'dür. Buna göre doktorlar, sosyo-psikolojik faktörlerin iş gücü verimliliği üzerinde çok etkili olmadığını ifade etmektedirler.

**Tablo 4.2.** Sosyo-Psikolojik Faktörlerin Ortalamaları

<b>SORULAR</b>	<b>ORTALAMA</b>
<b>11</b> Verimliliğin ekip çalışmasıyla artırılabilirliğini düşünüyorum.	<b>4,46</b>
<b>19</b> İş arkadaşlarımı verimli buluyorum	<b>3,65</b>
<b>20</b> Meslektaşlarımla aramızda güven, dayanışma ve işbirliği vardır.	<b>3,55</b>
<b>21</b> İş dışında yaşadığım bir sorun hastanedeki verimliliğimi etkilemez	<b>2,37</b>
<b>30</b> Hastanenin sosyal imkânları (kantin, yemekhane, spor vs.) yeterlidir.	<b>2,06</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>13,72</b>
<b>ORTALAMA</b>	<b>2,744</b>

#### 4.4.4.2. Kurumsal Faktörlerin Ortalamalarının Analizi

Tablo 4.3'te elde edilen sonuçlara göre doktorların iş gücü verimliliğini etkilediğini en çok düşündükleri kurumsal faktör aracı biçimsel ödüllerdir. (s12) Nöbetlerin verimliliğini düşürmeyecek sıklıkta olduğu yargısı en az kabul edilen faktör olmuştur. Doktorların kurumsal faktör araçlarına verdikleri önem derecelerinin ortalaması 2,718'dir. Buna göre doktorlar genel olarak, kurumsal faktörlerin iş gücü verimliliği üzerinde çok etkili olmadığını ifade etmektedirler.

**Tablo 4.3.** Kurumsal Faktörlerin Ortalamaları

<b>SORULAR</b>	<b>ORTALAMA</b>
12.Verimliliğin artırılmasında biçimsel ödüller (terfi, ücret, döner sermaye) etkindir	<b>4,46</b>
15.Alanımla ilgili eğitim, kongre ve seminerler verimliliğimi artırıyor	<b>3,93</b>
16.Aldığım ücret, diğer sağlık kurumlarında aynı tür işe verilen ücretten yüksektir	<b>2,54</b>
22.Fazla mesai yapmam gerekmiyor	<b>2,66</b>
23.Nöbetlerim verimliliğimi düşürmeyecek sıklıkta oluyor.	<b>2,45</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>13,59</b>
<b>ORTALAMA</b>	<b>2,718</b>

#### 4.4.4.3. İdari Faktörlerin Ortalamalarının Analizi

**Tablo 4.4.** İdari Faktörlerin Ortalamaları

<b>SORULAR</b>	<b>ORTALAMA</b>
13.Yöneticilerin tutum ve davranışları verimliliğimi artırıcı niteliktedir	<b>2,45</b>
17. Kurumumuzda çalışanlar ile yönetim arasında etkin bir iletişim vardır.	<b>4,17</b>
18. İşimle ilgili denetim yapılmasını faydalı buluyorum.	<b>3,55</b>
26. Doktorlar ile ilgili kararlar doktorların katılımıyla alınır.	<b>3,49</b>
27. Hastanede sorunların zamanında çözülmesi verimliliğimi artırır.	<b>4,19</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>17,85</b>
<b>ORTALAMA</b>	<b>3,57</b>

Doktorlara idari faktörlerin iş gücü verimlilikleri üzerindeki etkisini ölçmek için yöneltilen Tablo 4.4'teki sorulardan verimliliğe en çok etki edeni hastanedeki sorunların zamanında çözülmesi ve yönetim ile çalışanlar arasındaki etkin iletişimdir. Yöneticilerin tutum ve davranışlarının, doktorların iş gücü verimliliğini artırdığı en az onaylanan faktör olarak görülmektedir

#### 4.4.4.4. Fiziksel Faktörlerin Ortalamalarının Analizi

Fiziksel faktörlere verilen cevaplar incelendiğinde, doktorlardan genel olarak hastanenin fiziksel şartlarının yeterliliğine katılan olmadığını görmekteyiz. En yetersiz görülen fiziksel faktör aracı hastane güvenliğidir.

**Tablo 4.5.** Fiziksel Faktörlerin Ortalaması

<b>SORULAR</b>	<b>ORTALAMA</b>
14. Çalıştığım malzeme/teknolojik aletler yeterlidir.	3,18
24. Erzurum'un soğuk hava koşulları verimliliğimi düşürmüyor	2,71
25. Hastaneye ulaşım imkânları rahat ve yeterlidir.	3,63
28. Hastanenin mimarisi verimliliğimi artırıcı niteliktedir.	2,93
29. Hastanenin güvenliği tam sağlanıyor	2,21
<b>TOPLAM</b>	<b>14,66</b>
<b>ORTALAMA</b>	<b>2,932</b>

Sonuç olarak doktorların iş gücü verimliliğine en çok etki eden faktör idari faktörler en az etkileyeni kurumsal faktörler olarak çıkmıştır.

Ayrıca araştırmada kullanılan sosyo-psikolojik, kurumsal, idari ve fiziksel faktör sorularının genel ortalamasının Kurtosis ve Skewness değerlerinin -1,5 ile 1,5 arasında olmasından ötürü normal dağıldığını görmekteyiz.

**Tablo 4.6.** En Az ve En Çok Ortalamalı Sorular

<b>Sosyo-psikolojik</b>		<b>İdari</b>		<b>Kurumsal</b>		<b>Fiziksel</b>	
<b>En Çok</b>	<b>En Az</b>	<b>En Çok</b>	<b>En Az</b>	<b>En Çok</b>	<b>En Az</b>	<b>En Çok</b>	<b>En Az</b>
Soru11	Soru30	Soru27	Soru13	Soru12	Soru23	Soru25	Soru29

Elde edilen ortalamalara göre; doktorların iş gücü verimliliklerini sosyo-psikolojik faktörlerden en çok ekip çalışması etkilemektedir. En az etkileyen sosyo-psikolojik faktör, hastanenin sosyal imkanlarıdır. İdari faktörlerden en çok verimliliği etkileyen unsur hastanedeki sorunların zamanında çözülmesi; en az etkileyen yöneticilerin tutum ve davranışları olarak görülmektedir. Kurumsal faktörler içerisinde en çok biçimsel ödüller; en az nöbetler etkilemektedir. Fiziksel faktörler arasında en çok hastaneye ulaşım koşulları; en az hastanenin güvenliği verimliliği etkilemektedir.



“Kendinizi bu hastanede ne derecede verimli hissediyorsunuz?” sorusuna beşli likert ölçeğine göre verilen cevaplar Tablo 4.7 ve Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.7.** Cinsiyete Göre Verimli Hissetmenin Dağılımı (Beşli Likert Ölçek)

CİNSİYET	Kendinizi Bu Hastanede Ne Derecede Verimli Hissediyorsunuz?					
	Çok Verimsiz	Verimsiz	Orta	Verimli	Çok Verimli	Total
<b>BAY</b>	4	10	85	71	9	179
<b>BAY %</b>	66,7	62,5	63,9	64,5	81,8	64,9
<b>BAYAN</b>	2	6	48	39	2	97
<b>BAYAN%</b>	33,3	37,5	36,1	35,5	18,2	35,1
<b>TOTAL</b>	6	16	133	110	11	276

Tablo 4.7’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan 276 doktorun 179’u erkek; 97’si kadındır. Erkek doktorların 85’i ve kadın doktorların 48’i kendilerini orta derecede verimli bulmaktadır. Bir başka deyişle anket uygulanan doktorların 133’ü kendilerini orta düzeyde verimli bulmaktadır ve bu rakamın %63,9’u erkeklerden; %36,1’i kadınlardan oluşmaktadır. Sonuç olarak erkeklerde ve kadınlarda en çok orta düzey verimlilik söz konusudur.

**Tablo 4.8.** Yaş Gruplarına Göre Verimli Hissetme Dağılımı (Beşli Likert Ölçek)

YAŞ GRUBU	Kendinizi Bu Hastanede Ne Derecede Verimli Hissediyorsunuz?					
	Çok Verimsiz	Verimsiz	Orta	Verimli	Çok Verimli	Total
<b>1 (n)</b>	2	3	44	32	4	85
<b>1(%)</b>	33,3	18,8	33,1	29,1	36,4	30,8
<b>2(n)</b>	3	6	48	44	2	103
<b>2(%)</b>	50	37,5	36,1	40	18,2	37,3
<b>3(n)</b>	1	6	31	22	2	61
<b>3(%)</b>	0	37,5	23,3	20	18,2	22,1
<b>4(n)</b>	0	1	7	7	3	18
<b>4(%)</b>	0	6,3	5,3	6,4	27,3	6,5
<b>5(n)</b>	0	0	3	5	0	9
<b>5(%)</b>	16,7	0	2,3	4,5	0	3,3
<b>TOTAL(n)</b>	6	16	133	110	11	276
<b>TOTAL(%)</b>	100	100	100	100	100	100

Tablo 4.8’de gösterilen yaş grupları içerisinde verimlilik sonuçları incelendiğinde 1. grup olan arasındaki doktorların 85 kişi olduğunu ve bunların 44’ünün kendilerini orta düzeyde verimli hissettikleri görülmektedir. 2. grup olan arasındaki doktorların 103 kişiyle çoğunluğu oluşturdukları ve bunların 48’inin orta; 44’ünün verimli düzeyde oldukları görülmektedir. 61 kişilik 3. grupta ise yine orta düzeydeki verimlilik 31 kişiyle en fazla olan düzeydir. 4. grup olan arası doktorlar toplam 18 kişiden oluşmaktadır. Bunların 7’si orta; 7’si verimli düzeyde hissetmektedir. En yaşlı grup olan 5. Grup 9 kişiyle toplam doktor popülasyonunun en azını oluşturmaktadır. Buradaki sonuç diğer yaş gruplarından farklı olarak, ağırlığın 5 kişiyle en çok kendini verimli görenlerde olmasıdır.

#### 4.4.5. Araştırmanın Hipotezleri ve Test Edilmesi

Araştırmada öncelikle doktorların iş gücü verimliliğini etkileyen demografik, idari, sosyo-psikolojik, kurumsal ve fiziksel faktörlerinin ve diğer hastanelere olan farkındalıklarının iş gücü verimlilikleri ile ilişkili olup olmadığını anlamak için ki-kare testine başvurulmuştur.

**Hipotez1:** Doktorların cinsiyetleri ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık (

Yapılan analiz sonucunda toplamda 179 erkek doktorun 60’ ı kendini verimsiz hissederken; 119’u verimli hissetmektedir. 97 kadın doktorun ise 30’u verimsiz, 67’si verimli hissetmektedir. Ki-kare testine göre doktorların cinsiyeti ile iş gücü verimlilikleri arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Çünkü, doktorların kendilerini ne derecede verimli hissettikleri dikkate alınarak yapılan ki-kare analizindeki P değerleri,  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden büyüktür.

**Tablo 4.9.** Cinsiyete Göre Verimlilik Dağılımı

Cinsiyet	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Bay(n)</b>	60	119	179	0,661
<b>Bay(%)</b>	33,5	66,5	100	
<b>Bayan(n)</b>	30	67	97	
<b>Bayan(%)</b>	30,9	69,1	100	
<b>Toplam(n)</b>	90	186	276	
<b>Toplam(%)</b>	32,6	67,4	100	

**Hipotez2:** Doktorların mezun oldukları tıp fakülteleri ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, mezun oldukları tıp fakültelerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, mezun oldukları tıp fakültelerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

276 örneklem içerisinde, Erzurum'daki devlet hastanelerinde görev yapan doktorların yalnız 5'inin özel üniversiteden mezun olduğu görülmektedir. Mezun olunan üniversitenin devlet veya özel olması verimlilik seviyesini etkilememektedir. Çünkü P değeri (0,116),  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden büyük çıkmıştır. Yani doktorların verimlilikleri, mezun oldukları tıp fakültelerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**Tablo 4.10.** Üniversiteye Göre Verimlilik Dağılımı

Üniversite	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Devlet Üniversitesi(n)</b>	90	181	271	0,116
<b>Devlet Üniversite(%)</b>	33,2	66,8	100	
<b>Özel Üniversitesi(n)</b>	0	5	5	
<b>Özel Üniversite(%)</b>	0	100	100	
<b>Toplam(n)</b>	90	186	276	
<b>Toplam(%)</b>	32,6	67,4	100	

**Hipotez3:** Doktorların branşları ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, branşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, branşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Elde edilen sonuçlara göre 8 kişilik pratisyen doktorun 2'si kendini verimsiz görürken 6'sı verimli görmektedir. 154 dahiliyeciden 56'sı verimli iken 98'i verimsizdir. Cerrahi branşından olan 103 doktorun 31 tanesi kendisini verimsiz olarak tanımlarken, 72'si verimli olarak tanımlamıştır. Temel bilimlerdeki doktorların yalnızca 1'i kendisini verimsiz hissetmektedir. Doktorların branşlarına göre verimlilikleri incelendiğinde ki-kare testine göre arada bir ilişkinin olmadığı anlaşılmaktadır. Çünkü P değeri(0,234)  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden büyük çıktığı için H0 reddedilemez. Yani doktorların iş gücü verimlilikleri branşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**Tablo 4.11.** Branşlara Göre Verimlilik Dağılımı

Branş	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Pratisyen(n)</b>	2	6	8	0,234
<b>Pratisyen(%)</b>	25	75	100	
<b>Dahili(n)</b>	56	98	154	
<b>Dahili(%)</b>	36,4	63,6	100	
<b>Cerrahi(n)</b>	31	72	103	
<b>Cerrahi(%)</b>	30,1	69,9	100	
<b>Temel Bilimler(n)</b>	1	10	11	
<b>Temel Bilimler(%)</b>	9,1	90,9	100	
<b>Toplam(n)</b>	90	186	276	
<b>Toplam(%)</b>	32,6	67,4	100	

**Hipotez4:** Doktorların medeni durumları ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Yapılan analiz sonucunda toplamda 185 evli doktorun 57' si kendini verimsiz hissederken; 128'i verimli hissetmektedir. 97 kadın doktorun ise 33'ü verimsiz,58'i verimli hissetmektedir. Ki-kare testine göre doktorların medeni durumları ile iş gücü verimlilikleri arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Çünkü, doktorların kendilerini ne derecede verimli hissettikleri dikkate alınarak yapılan ki-kare analizindeki P değerleri,  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden büyüktür. (P=0,364)

**Tablo 4.12.** Medeni Duruma Göre Verimlilik Dağılımı

Medeni Durum	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Evli(n)</b>	57	128	185	0,364
<b>Evli(%)</b>	30,8	69,2	100	
<b>Bekar(n)</b>	33	58	97	
<b>Bekar(%)</b>	36,3	63,7	100	
<b>Toplam(n)</b>	90	186	276	
<b>Toplam(%)</b>	32,6	67,4	100	

**Hipotez5:** Doktorların yaş grupları ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Ankete katılan doktorların çoğunluk olarak 30-35 yaş arası olduğu görülmektedir.(103 kişi) Bunların 35'i verimsiz, 68'i verimlidir. Daha sonra yoğunluk en geç segment olan 20-29 yaş aralığındadır. 85 kişi olan bu yaş aralığının yalnızca 22'si kendini verimsiz görmektedir. 61 kişiden oluşan 36-42 yaş grubunun 34'ü verimli iken, 27'si verimsizdir. 43-50 yaş grubunda yalnızca 18 kişi bulunmaktadır ve 14'ü

verimlidir. 50 yaş ve üstü 9doktorun ise 7'si verimlidir. Uygulanan ki-kare testi sonucunda elde edilen P değeri  $0,139 > 0,05$  olduğu için  $H_0$  reddedilemez. Yani doktorların iş gücü verimlilikleri yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**Tablo 4.13.** Yaş Gruplarına Göre Verimlilik Dağılımı

Yaş Grupları	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
20-29 (n)	22	63	85	0,139
20-29(%)	25,9	74,1	100	
30-35(n)	35	68	103	
30-35(%)	34	66	100	
36-42(n)	27	34	61	
36-42(%)	44,3	55,7	100	
43-50(n)	4	14	18	
43-50(%)	22,2	77,8	100	
>50(n)	2	7	9	
>50(%)	22,2	77,8	100	
<b>Toplam(n)</b>	90	186	276	
<b>Toplam(%)</b>	32,6	67,4	100	

**Hipotez6:** Doktorların çocuk sayıları ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, çocuk sayılarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, çocuk sayılarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Ankete katılan doktorların en fazla 4 çocuğa sahip oldukları görülmektedir. 133 kişinin hiç çocuğu yoktur ve bunların 43'ü verimsiz, 90'ı verimli görmektedir kendini. Daha sonra yoğunluk, 61 kişiyle 2 çocuk sahip olanlardır. Bunlardan 21' verimsiz, 40'ı verimlidir. 1 çocuğu olan 55 doktorun 18'i verimsiz, 37'si verimli olarak tanımlamaktadır kendini. Ki-kare testindeki P değeri  $0,895 > 0,05$  olduğu için  $H_0$  reddedilemez. Doktorların iş gücü verimlilikleri çocuk sayılarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**Tablo 4.14.** Çocuk Sayısına Göre Verimlilik Dağılımı

Çocuk Sayısı	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>0 (n)</b>	43	90	133	0,895
<b>0(%)</b>	32,3	67,7	100	
<b>1(n)</b>	18	37	55	
<b>1(%)</b>	47,8	48,4	100	
<b>2(n)</b>	21	40	61	
<b>2(%)</b>	34,4	65,6	100	
<b>3(n)</b>	6	17	23	
<b>3(%)</b>	26,1	73,9	100	
<b>4(n)</b>	2	2	4	
<b>4(%)</b>	50	50	100	
<b>Toplam(n)</b>	90	186	276	
<b>Toplam(%)</b>	32,6	67,4	100	

**Hipotez7:** Doktorların tecrübeleri ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, toplam hekimlik yıllarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, toplam hekimlik yıllarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

1 yılın altında bir sürede hekimlik yapanların sayısı yalnızca 6'dır ve bunların 5'i verimlidir. Kendisini en çok verimsiz hissedenenler 11-20yıl çalışan hekimlerdir.(%37,3) 30 yıl ve üzeri çalışan doktorların hepsinin kendisini verimli hissettiği görülmektedir. Hekimlerin 1-10 yıl arası çalışanlarının 177 kişiyle en yoğun grubu oluşturduğu görülmektedir. Ancak, elde edilen ki-kare testindeki P değeri  $0,334 > 0,05$  olduğu için H0 reddedilemez. Yani doktorların iş gücü verimlilikleri toplam hekimlik yıllarıyla ilişkili değildir.

**Tablo 4.15.** Toplam Hekimlik Yılına Göre Verimlilik Dağılımı

Hekimlik Yılı	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<1(n)	1	5	6	0,334
<1(%)	16,7	83,3	100	
1-10 yıl(n)	59	118	177	
1-10 yıl(%)	33,3	66,7	100	
11-20yıl(n)	25	42	67	
11-20yıl(%)	37,3	62,7	100	
21-30yıl(n)	5	16	21	
21-30yıl(%)	23,8	76,2	100	
>30(n)	0	5	5	
>30(%)	0	100	100	
<b>Toplam(n)</b>	90	186	276	
<b>Toplam(%)</b>	32,6	67,4	100	

**Hipotez8:** Doktorların buldukları hastanedeki çalışma yılı ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, buldukları hastanedeki çalışma yıllarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, buldukları hastanedeki çalışma yıllarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Erzurum'daki doktorların buldukları hastanelerde toplam çalışma yılları ile iş gücü verimliliği arasındaki ilişki incelendiğinde verimlilik oranı en yüksek olan grubun 1 yıldan az çalışanlarda olduğu görülmektedir.(%88,5) En fazla doktor sayısı 182 kişiyle 1-5 yıl arası çalışanlardadır. Bulduğu hastanede 20 yıldan fazla çalışan doktor sayısı 5 kişiyle en az sayıdaki gruptur. Ki-kare testi sonucunda doktorların buldukları hastanede çalışma sürelerinin verimlilikleriyle ilişkili olduğu görülmektedir. Çünkü P değerleri,  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden küçüktür.(0,003)



**Tablo 4.16.** Hastanedeki Çalışma Yılına Göre Verimlilik Dağılımı

Hastanedeki Çalışma Yılı	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<1(n)	6	46	52	0,003
<1(%)	11,5	88,5	100	
1-5 yıl(n)	72	110	182	
1-5 yıl(%)	39,6	60,4	100	
6-10yıl(n)	6	12	18	
6-10yıl(%)	33,3	66,7	100	
11-20yıl(n)	4	15	19	
11-20yıl(%)	21,1	78,9	100	
>20(n)	2	3	5	
>20(%)	40	60	100	
<b>Toplam(n)</b>	90	186	276	
<b>Toplam(%)</b>	32,6	67,4	100	

**Hipotez9:** Doktorların haftalık ortalama çalışma saati ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, haftalık ortalama çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, haftalık ortalama çalışma saatine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Doktorların haftalık çalışma saatleri ile iş gücü verimliliği arasındaki ilişki incelendiğinde, en fazla 31-55saat arası çalışıldığı anlaşılmaktadır(145kişi) ve bunların 103'ü verimli görülmektedir. En az saat çalışanlar 17 kişiyle 30 ve altı saat çalışmaktadır. Verimlilik oranının en yüksek haftada 136 saat ve üzeri çalışanlarda olduğu dikkat çekmektedir.(%100) En verimsiz hisseden grup ise 30 saat altı çalışanlardır.(%41,2) Haftada 56-75 saat arası çalışan 49 doktorun 16'sı verimsiz hissederken, 33'ü verimli hissetmektedir. 76-95 saat arası çalışanların yarısı verimsiz, yarısı verimli hissetmektedir. Ki-kare testinin uygulanması ile çıkan P değeri (0,199),  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden büyük olduğu için, haftalık çalışma saatleri ile iş gücü verimliliği arasında bir ilişki olmadığını anlamaktayız.

**Tablo 4.17.** Haftalık Ortalama Çalışma Saatine Göre Verimlilik Dağılımı

Haftalık Ortalama Çalışma Saati	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<30(n)	7	10	17	0,199
<30(%)	41,2	58,8	100	
31-55 (n)	42	103	145	
31-55 (%)	29	71	100	
56-75(n)	16	33	49	
56-75(%)	32,7	67,3	100	
76-95(n)	17	17	34	
76-95(%)	50	50	100	
96-115(n)	7	14	21	
96-115(%)	33,3	66,7	100	
116-135(n)	1	7	8	
116-135(%)	12,5	87,5	100	
>136(n)	0	2	2	
>136(%)	0	100	100	
<b>Toplam(n)</b>	90	186	276	
<b>Toplam(%)</b>	32,6	67,4	100	

**Hipotez10:** Doktorların günlük ortalama hasta sayısı ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, günlük hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, günlük hasta sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Tablo 4.18.** Günlük Hasta Sayısına Göre Verimlilik Dağılımı

Günlük Hasta Sayısı	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>0-50 (n)</b>	52	123	175	0,284
<b>0-50(%)</b>	29,7	70,3	100	
<b>51-100(n)</b>	37	57	94	
<b>51-100(%)</b>	39,4	60,6	100	
<b>101-150(n)</b>	1	5	6	
<b>101-150(%)</b>	16,7	83,3	100	
<b>&gt;151(n)</b>	0	1	1	
<b>&gt;151(%)</b>	0	100	100	
<b>Toplam(n)</b>	90	186	276	
<b>Toplam(%)</b>	32,6	67,4	100	

Tablo 4.18’de görüldüğü üzere Erzurum’da devlet hastanelerinde görev yapan doktorların günlük olarak ilgilendikleri hasta sayısı 0-165 arası değişmektedir. En fazla doktor sayısı 0-50 hastayla ilgilenenler olarak görülmektedir.(175 kişi) Bunların 123’ü verimli hissetmektedir. Sonra yoğunluk, 94 doktorla “51-100” hastayla ilgilenenlerdedir. Bunların 57’si verimli iken, 37’si verimsiz hissetmektedir. Günlük 101-150 hastayla ilgilenen doktor sayısı 6 kişidir ve yalnızca 1’i verimsiz hissetmektedir.151 üstü hastayla ilgilenen 1 doktor vardır ve verimlidir. Yapılan ki-kare testiyle günlük hasta sayısı ile verimlilik arasında bir ilişki olmadığı anlaşılmaktadır.( $P=0,284>0,05$ )

**Hipotez11:** Doktorların verimliliğinin ekip çalışmasıyla artırılabilceğini düşünmesi ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, ekip çalışmasına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, ekip çalışmasına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Verimliliğinin ekip çalışmasıyla artırılabilceğine hiç katılmayanlar 2 kişidir ve bunların %50’si verimli iken diğer yarısı verimsizdir. Katılmayanlar 7 kişidir ve %57,1’i verimlidir. Kararsız kalanlar 5 kişidir ve %80’i verimlidir. Ekip çalışmasının verimlilik üzerindeki etkisine inananlar çoğunluktadır. Buna katılanlar 110 kişiyken,

tam katılanlar 152 kişidir. Verimli olanlar ise sırasıyla %66,4 ve %68,4'tür. Yapılan ki-kare testiyle ekip çalışması ile verimlilik arasında bir ilişki olmadığı anlaşılmaktadır.( $P=0,895>0,05$ )

**Tablo 4.19.** Ekip Çalışmasına Göre Verimliliğin Dağılımı

Verimliliğin ekip çalışmasıyla artırılabilirliğini düşünüyorum	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	1	1	2	0,895
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	50	50	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	3	4	7	
<b>Katılmıyor(%)</b>	42,9	57,1	100	
<b>Kararsız(n)</b>	1	4	5	
<b>Kararsız(%)</b>	20	80	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	37	73	110	
<b>Katılıyor(%)</b>	33,6	66,4	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	48	104	152	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	31,6	68,4	100	

**Hipotez12:** Doktorların, verimliliğin biçimsel ödüller ile artırılabilirliğini düşünmesi ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, biçimsel ödüllere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, biçimsel ödüllere göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Biçimsel ödüllerin (terfi, ücret döner sermaye v.s.) verimlilikleri üzerinde etkin bir faktör olduğunu düşünmeyen doktor sayısı 2'si hiç katılmayan; 6'sı katılmayan olmak üzere toplam 8'dir. Kararsız kalan grup 19 kişidir ve bunların %52,6'sı verimlidir. Biçimsel ödüllerin etkinliğine katılan 110 doktorun %69'u verimlidir. Tamamen katılan 152 doktorun ise %69,9'u verimlidir. Ki-kare testinin uygulanması ile çıkan P değeri (0,118),  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden büyük olduğu için, biçimsel ödüller ile iş gücü verimliliği arasında bir ilişki olmadığını anlamaktayız.

**Tablo 4.20.** Biçimsel Ödüllere Göre Verimliliğin Dağılımı

Verimliliğin artırılmasında biçimsel ödüller etkindir.	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	2	0	2	0,118
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	100	0	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	3	3	6	
<b>Katılmıyor(%)</b>	50	50	100	
<b>Kararsız(n)</b>	9	10	19	
<b>Kararsız(%)</b>	47,4	52,6	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	39	87	110	
<b>Katılıyor(%)</b>	31	69	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	37	86	152	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	30,1	69,9	100	

**Hipotez13:** Yöneticilerin tutum ve davranışları ile doktorların iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, yöneticilerin tutum ve davranışlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, yöneticilerin tutum ve davranışlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Tablo 4.21.** Yönetici Davranışlarına Göre Verimliliğin Dağılımı

Yöneticilerin tutum ve davranışları verimliliğini artırıcı niteliktedir.	Verimlilik		Toplam	Sig. (2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	7	6	13	0,409
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	53,8	46,2	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	3	8	11	
<b>Katılmıyor(%)</b>	27,3	72,7	100	
<b>Kararsız(n)</b>	5	14	19	
<b>Kararsız(%)</b>	26,3	73,7	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	37	68	105	
<b>Katılıyor(%)</b>	35,2	64,8	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	38	90	128	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	29,7	70,3	100	

Tablo 4.21'e göre, yöneticilerinin tutum ve davranışlarının verimliliklerini etkilediğini düşünenlerin sayısı 233'tür ki bunların 105'i katılırken; 128'i tam

katılmaktadır. Katılanların %64,8'i, tam katılanların %70,3'ü verimlidir. Yöneticilerin verimliliğe hiç etkisinin olmadığını düşünen 13 kişinin %46,2'si verimli iken yalnızca katılmadığını belirten 11 kişinin %72,7'si verimlidir. Kararsız kalan 19 doktorun %73,7'si verimlidir. Ki-kare testi sonucunda çıkan P değeri(0,409), homojenlik değerinden(0,05) büyük olduğu için yöneticilerin tutum ve davranışları ile iş gücü verimliliği arasında bir ilişki yoktur.

**Hipotez14:** Çalışılan malzeme ve teknolojik aletlerin yeterli olması ile doktorların iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, malzeme ve teknolojik aletlere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, malzeme ve teknolojik aletlere göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Doktorların çalıştıkları malzeme/teknolojik aletler ile iş gücü verimlilikleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Erzurum devlet hastanelerinde çalışan doktorların 133'ü malzeme ve teknolojik aletleri yeterli bulmaktadır. 77'si yetersiz bulurken; 73'ü kararsız kalmaktadır. Hiç katılmayanların %47,6'sı; katılmayanların %71,4'ü verimli hissetmektedir. Kararsız kalanların % 63'ü verimlidir. Malzeme ve teknolojik aletlerin yeterli olması verimlilik seviyesini etkilememektedir. Çünkü P değeri (0,116),  $\alpha$  (0,05) önem düzeyinden büyük çıkmıştır.

**Tablo 4.22.** Kullanılan Aletlere Göre Verimlilik Dağılımı

Çalıştığım malzeme/teknolojik aletler yeterlidir.	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
Hiç Katılmıyor(n)	11	10	21	0,176
Hiç Katılmıyor(%)	52,4	47,6	100	
Katılmıyor(n)	16	40	56	
Katılmıyor(%)	28,6	71,4	100	
Kararsız(n)	27	46	73	
Kararsız(%)	37	63	100	
Katılıyor(n)	31	72	110	
Katılıyor(%)	30,1	69,9	100	
Tam Katılıyor(n)	5	18	23	
Tam Katılıyor(%)	21,7	78,3	100	

**Hipotez15:** Doktorların katıldıkları eğitim, kongre ve seminerler ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, eğitim, kongre ve seminerlere göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, eğitim, kongre ve seminerlere göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Tablo 4.23.** Alınan Eğitime Göre Verimlilik Dağılımı

Alanıyla ilgili eğitim, kongre ve seminerler verimliliğini artırıyor.	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	9	4	13	0,009
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	69,2	30,8	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	8	6	14	
<b>Katılmıyor(%)</b>	57,1	42,9	100	
<b>Kararsız(n)</b>	9	25	34	
<b>Kararsız(%)</b>	26,5	73,5	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	37	95	132	
<b>Katılıyor(%)</b>	28	72	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	27	56	83	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	32,5	67,5	100	

Alanıyla ilgili eğitim kongre ve seminerlere katılmanın verimliliklerini artırmadığını düşünenlerin sayısı 27'dir. Hiç katılmayan 13 kişinin %30,8' i verimli iken katılmayan 14 kişinin %42,9' u verimlidir. Verimliliklerini artırdığını düşünen doktorlar 215 kişidir. Bunların 95'i katılırken; 56'sı tam katılmaktadır. Katılanların %72'si, tam katılanların %67,5'u verimlidir. Doktorların kendi alanlarını ilgilendiren eğitim, kongre ve seminerlere katılmasının verimliliklerini artırıp artırmadığının incelenmesi için yapılan ki-kare testine göre elde edilen P değeri 0,009'dur. ve  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden küçük olduğu için arada ilişki vardır.

**Hipotez16:** Doktorların aldıkları ücretin diğer sağlık kurumlarında aynı tür işe verilen daha yüksek olması ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, aldıkları ücrete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, aldıkları ücrete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Tablo 4.24.** Ücrete Göre Verimlilik Dağılımı

Ücretin diğer kurumlardan yüksek olması.	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	20	33	53	0,500
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	37,7	62,3	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	27	68	95	
<b>Katılmıyor(%)</b>	28,4	71,6	100	
<b>Kararsız(n)</b>	26	41	67	
<b>Kararsız(%)</b>	38,8	61,2	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	14	34	48	
<b>Katılıyor(%)</b>	29,2	70,8	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	3	10	13	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	23,1	76,9	100	

Tablo 4.24'e göre, Erzurum devlet hastanelerinde çalışan doktorların 148'i aldıkları ücretin diğer sağlık kurumlarında aynı tür işe verilen düzeyden yüksek olduğunu düşünmemektedir. 67'si ise bu konuda kararsızdır. Buna hiç katılmayan 53 kişinin %62,3'ü verimli iken; katılmayan 95 kişinin %71,6'sı verimlidir. Tam katıldığı ifade eden 13 doktorun % 76,9'u verimli görülmektedir. Katılan 48 kişinin %70,8'i verimli hissetmektedir. Alınan ücret ile iş gücü verimliliği arasındaki ilişkiyi ölçmek için yapılan ki-kare testinde P değeri (0,500),  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden büyük çıkmıştır. İlişki yoktur.

**Hipotez17:** Çalışanlar ile yönetim arasında etkin bir iletişimin olmasıyla iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, hastane çalışanları ile yönetimi arasındaki iletişime göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, hastane çalışanları ile yönetimi arasındaki iletişime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.



**Tablo 4.25.** Yönetimle Olan İletişime Göre Verimlilik Dağılımı

Çalışanlar ile yönetim arasında etkin iletişim vardır.	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	2	0	2	0,118
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	100	0	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	3	3	6	
<b>Katılmıyor(%)</b>	50	50	100	
<b>Kararsız(n)</b>	9	10	19	
<b>Kararsız(%)</b>	47,4	52,6	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	39	87	110	
<b>Katılıyor(%)</b>	31	69	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	37	86	152	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	30,1	69,9	100	

Tablo 4.25'e göre, hastanedeki çalışanlar ile yönetim arasında etkin bir iletişim olduğunu kabul eden doktor sayısı 262 kişiyle çoğunluğu oluşturmaktadır. Tamamen katılan 152 doktorun %69,9'u verimli görünürken; yalnızca katıldığını ifade eden 110 doktorun %69'u verimli görünmektedir. Hiç katılmayan 2 kişinin 2'si de verimsizken katılmayanların verimlilik oranları yarı yarıyadır. Ancak çalışanlar ile yönetim arasındaki iletişimin etkinliği doktorların iş gücü verimliliğini etkilememektedir. Çünkü P değeri(0,118) önem düzeyinden(0,50)den büyük çıkmıştır.

**Hipotez18:** Doktorların işleriyle alakalı denetim yapılmasını faydalı bulmaları ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, işleri ile denetim yapılmasına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, işleri ile denetim yapılmasına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Doktorların çoğunluğu(185 kişi) denetimi faydalı bulmaktadır. Denetimin faydalı olduğuna katılan 135 doktorun %67,4'ü verimli iken; tamamen katılan 33 doktorun 60,6'sı verimlidir. Denetimin faydasına hiç katılmayan 11 kişi bulunmaktadır ve bunların %55,5'i verimli hissetmekteyken; katılmayan 28 kişinin %75'i verimli hissetmektedir. Ki-kare testine göre doktorların denetimi faydalı bulmaları ile iş gücü verimlilikleri arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Çünkü,

doktorların kendilerini ne derecede verimli hissettikleri dikkate alınarak yapılan ki-kare analizindeki P değerleri,  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden büyüktür.

**Tablo 4.26.** İş Denetimine Göre Verimlilik Dağılımı

İşimle ilgili denetim yapılmasını faydalı buluyorum	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	5	6	11	0,662
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	45,5	55,5	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	7	21	28	
<b>Katılmıyor(%)</b>	25	75	100	
<b>Kararsız(n)</b>	21	48	69	
<b>Kararsız(%)</b>	30,4	69,6	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	44	91	135	
<b>Katılıyor(%)</b>	32,6	67,4	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	13	20	33	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	39,4	60,6	100	

**Hipotez19:** Doktorların iş arkadaşlarını verimli bulmaları ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimliliği, iş arkadaşlarının verimliliklerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimliliği, iş arkadaşlarının verimliliklerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

İş arkadaşlarını verimli bulduğuna tamamen katılan 49 doktorun %79,6'sı verimlidir. Katılan 127doktorun ise %70,1'i verimli görülmektedir.65 doktor kararsız kalmaktadır. İş arkadaşlarını hiç verimli bulmayan 11 doktorun %27,3'ü verimlidir. Katılmadığını belirten 24 doktor vardır ve bunların %66,7'si verimlidir. Doktorların iş gücü verimlilikleri, iş arkadaşlarını verimli bulmalarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Çünkü elde edilen P değeri(0,009)  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden küçüktür.

**Tablo 4.27.** İş Arkadaşlarının Verimliliğine Göre Verimlilik Dağılımı

İş arkadaşlarımı verimli buluyorum.	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	8	3	11	0,009
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	72,7	27,3	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	8	16	24	
<b>Katılmıyor(%)</b>	33,3	66,7	100	
<b>Kararsız(n)</b>	26	39	65	
<b>Kararsız(%)</b>	40	60	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	38	89	127	
<b>Katılıyor(%)</b>	29,9	70,1	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	10	39	49	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	20,4	79,6	100	

**Hipotez20:** Doktorların meslektaşları ile arasında güven, dayanışma ve iş birliği olmasıyla iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimliliği, meslektaşlarıyla arasındaki güven, dayanışma ve iş birliğine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimliliği, meslektaşlarıyla arasındaki güven, dayanışma ve iş birliğine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Tablo 4.28.** Meslektaşlara Duyulan Güvене Göre Verimlilik Dağılımı

Meslektaşlarımla aramızda güven dayanışma ve işbirliği vardır.	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	7	4	11	0,014
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	63,6	36,4	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	11	21	32	
<b>Katılmıyor(%)</b>	34,4	65,6	100	
<b>Kararsız(n)</b>	31	42	73	
<b>Kararsız(%)</b>	42,5	57,5	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	32	83	115	
<b>Katılıyor(%)</b>	27,8	72,2	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	9	36	45	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	20	80	100	

Meslektaşlarına güvenen, birbirleriyle dayanışma ve işbirliği halinde olmak iş gücü verimliliğini nasıl etkilemektedir? Bunun cevabını almak üzere yapılan ki kare

testine göre meslektaşlarına güvenen doktor sayısı 160 kişidir. Tam katılan 45 doktorun %80'i; katılan 115 kişinin % 72,2'si verimlidir. Meslektaşlarına hiç güven duymayan 11 doktorun %36,4'ü verimli görülmektedir. Bu fikre katılmayan 32 doktorun %65,6'sı verimli hissetmektedir kendini. 73 doktorun kararsız kaldığı ve bunların %57,5'inin verimli hissettiği de ortaya çıkmıştır. Doktorların iş gücü verimlilikleri, iş arkadaşlarıyla arasında güven, dayanışma ve iş birliği bulmalarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Çünkü elde edilen P değeri(0,014)  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden küçüktür

**Hipotez21:** Doktorların iş dışında yaşadıkları bir sorun ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimliliği, iş dışında yaşadıkları sorunlara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimliliği, iş dışında yaşadıkları sorunlara göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

İş dışında yaşadığı herhangi bir sorunun verimliliğini etkilemediğini düşünen doktorlar yalnızca 44 kişidir ve %75'i verimlidir. Etkilemediğine hiç katılmayan 62 doktorun %62,9'u; katılmayan 106 kişinin %69,8'i verimli görmektedir kendini. Kararsız kalan 64 doktorun %62,5'i verimlidir. Yapılan ki-kare testi sonucunda çıkan P değeri (0,608),  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden büyük olduğu için doktorların iş gücü verimlilikleri, iş dışında yaşadıkları sorunlar ile ilişkili değildir.

**Tablo 4.29.** İş Dışındaki Sorunlara Göre Verimlilik Dağılımı

İş dışında yaşadığım bir sorun hastanedeki verimliliğimi etkilemez.	Verimlilik		Toplam	Sig. (2sided)
	Verimsiz	Verimli		
Hiç Katılmıyor(n)	23	39	62	0,608
Hiç Katılmıyor(%)	37,1	62,9	100	
Katılmıyor(n)	32	74	106	
Katılmıyor(%)	30,2	69,8	100	
Kararsız(n)	24	40	64	
Kararsız(%)	37,5	62,5	100	
Katılıyor(n)	8	24	32	
Katılıyor(%)	25	75	100	
Tam Katılıyor(n)	3	9	12	
Tam Katılıyor(%)	25	75	100	

**Hipotez22:** Doktorların iş dışında fazla mesai yapmaları ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimliliği, yaptıkları fazla mesaiye göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimliliği, yaptıkları fazla mesaiye göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Fazla mesai yapan doktorlar 144 kişiyle çoğunluğu oluşturmaktadır. "Fazla mesai yapmam 9gerekmiyor" fikrine hiç katılmayanların sayısı 84 ve bunların %61,9'u verimli hissetmektedir. Bu fikre katılmadığını belirten 60 doktorun %75'i verimlidir. 34 doktor bu konuda kararsız kalmıştır ve bunların %58,8'i verimli görülmektedir.61 doktor fazla mesai yaptığına katılmamaktadır ve bunların %67,2'si verimlidir. Fazla mesai yapması gerektiğine hiç katılmayanlar(Tam katılıyor) 37 kişidir, %75,7'si verimlidir. Fazla mesai yapmak ile iş gücü verimliliği arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna, elde edilen P değerinin(0,285)  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden büyük olmasıyla ulaşmaktayız.

**Tablo 4.30.** Fazla Mesaiye Göre Verimlilik Dağılımı

Fazla mesai yapmam gerekmiyor.	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	32	52	84	0,285
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	38,1	61,9	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	15	45	60	
<b>Katılmıyor(%)</b>	25	75	100	
<b>Kararsız(n)</b>	14	20	34	
<b>Kararsız(%)</b>	41,2	58,8	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	20	41	61	
<b>Katılıyor(%)</b>	32,8	67,2	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	9	28	37	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	24,3	75,7	100	

**Hipotez23:** Doktorların nöbet sıklıkları ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimliliği, tuttukları nöbet sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimliliği, tuttukları nöbet sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

81 doktor, nöbetlerinin verimliliğini düşürecek sıklıkta olduğunu düşünmektedir, ancak yine de %63'ü verimli bulmaktadır kendini. 79 doktor da nöbetlerin verimliliğini düşürmediğine katılmamaktadır ve %65,8'i verimli bulmaktadır kendini. 42 doktor kararsız kalmıştır ve bunların da %64,3'ü verimlidir. Nöbetlerinin verimliliğini düşürmeyecek sıklıkta olduğuna katılan 56 doktorun %76,8'i; hiç katılmayan 17 doktorun %76,5'i verimlidir. P değeri  $0,421 > 0,05$  olduğu için H0 hipotezi reddedilemez. Yani doktorların verimlilikleri tuttukları nöbet sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**Tablo 4.31.** Nöbetlere Göre Verimlilik Dağılımı

Nöbetlerim verimliliğimi düşürmeyecek sıklıkta	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
Hiç Katılmıyor(n)	30	51	81	0,421
Hiç Katılmıyor(%)	37	63	100	
Katılmıyor(n)	27	52	79	
Katılmıyor(%)	34,2	65,8	100	
Kararsız(n)	15	27	42	
Kararsız(%)	35,7	64,3	100	
Katılıyor(n)	13	43	56	
Katılıyor(%)	23,2	76,8	100	
Tam Katılıyor(n)	4	13	17	
Tam Katılıyor(%)	23,5	76,5	100	

**Hipotez24:** Erzurum'un soğuk hava koşulları ile doktorların iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimliliği, Erzurum'un soğuk hava koşullarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimliliği, Erzurum'un soğuk hava koşullarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Erzurum'un soğuk hava koşullarının verimliliğini düşürdüğüne inanan 62 doktorun %53,2'si; 76 doktorun %67,1'i verimlidir. Bu konuda kararsız kalan 44 doktorun %65,9'u verimli hissetmektedir.67 doktor hava koşullarının verimliliklerini düşürmediğine katılmaktadır ve %80,6'sı verimlidir. Verimliliklerinin soğuk hava koşullarından etkilenmediğine tamamen katılan 27 doktorun %70,4'ü verimlidir. Yapılan ki-kare testi donucunda elde edilen P değeri (0,025)  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden küçük olduğu için H0 hipotezi reddedilir. Yani doktorların verimlilikleri Erzurum'un soğuk hava koşullarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Tablo 4.32.** Hava Koşullarına Göre Verimlilik Dağılımı

Erzurum'un soğuk hava koşulları verimliliğimi düşürmüyor.	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	29	33	62	0,025
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	46,8	53,2	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	25	51	76	
<b>Katılmıyor(%)</b>	32,9	67,1	100	
<b>Kararsız(n)</b>	15	29	44	
<b>Kararsız(%)</b>	34,1	65,9	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	13	54	67	
<b>Katılıyor(%)</b>	19,4	80,6	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	8	19	27	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	29,6	70,4	100	

**Hipotez25:** Hastaneye ulaşım imkanlarının rahat ve yeterli olması ile doktorların iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimliliği, hastaneye ulaşım imkanlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimliliği, hastaneye ulaşım imkanlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Hastaneye ulaşım imkanlarının rahat ve yeterli olduğuna inanan doktor sayısı 187 kişiyle çoğunluğu oluşturmaktadır. Bu konuya tam katıldığını belirten 54doktorun %72,2'si; katıldığını belirten 133 doktorun %69,9'u verimlidir. Ulaşım imkanlarının rahat ve yeterli olduğuna hiç katılmayan 16 doktorun %50'si; katılmayan 35 doktorun

%65,7'si verimlidir. Ki-kare testi sonucunda doktorların verimliliklerinin hastaneye ulaşım imkanlarının rahatlığına göre anlamlı bir farklılık göstermediği anlaşılmaktadır. Çünkü P değeri (0,403),  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden büyüktür.

**Tablo 4.33.** Hastaneye Ulaşımına Göre Verimlilik Dağılımı

Hastaneye ulaşım imkanları rahat ve yeterlidir.	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	8	8	16	0,403
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	50	50	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	12	23	35	
<b>Katılmıyor(%)</b>	34,3	65,7	100	
<b>Kararsız(n)</b>	15	23	38	
<b>Kararsız(%)</b>	39,5	60,5	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	40	93	133	
<b>Katılıyor(%)</b>	30,1	69,9	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	15	39	54	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	27,8	72,2	100	

**Hipotez26:** Doktorların kendileriyle ilgili kararlara katılımı ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimliliği, kendileriyle ilgili kararlara katılımına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimliliği, kendileriyle ilgili kararlara katılımına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Tablo 4.34.** Kararlara Katılıma Göre Verimlilik Dağılımı

Doktorlar ile ilgili kararlar doktorların katılımıyla alınır.	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	17	20	37	0,288
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	45,9	54,1	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	12	31	43	
<b>Katılmıyor(%)</b>	27,9	72,1	100	
<b>Kararsız(n)</b>	9	22	31	
<b>Kararsız(%)</b>	29	71	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	28	50	78	
<b>Katılıyor(%)</b>	35,9	64,1	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	24	63	87	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	27,6	72,4	100	



Tablo 4.34'e göre, doktorlar ile ilgili bir alınırken doktorların fikirlerinin alındığına hiç katılmayan 37 kişi bulunmaktadır ve bunların %54,1'i verimlidir. Buna katılmayan 43 doktorun %72,1'i verimlidir. 31 doktor kararsız kalmıştır ve %71 oranında verimlilik mevcuttur. 165 kişi kararlarda doktorların katılımı olduğunu kabul etmektedir. 87 doktor bu fikre tamamen katılmaktadır ve bunların %72,4'ü verimlidir. 78 doktor yalnızca katılmaktadır ve %64,1'i verimli görülmektedir. P değeri  $0,288 > 0,05$  olduğu için  $H_0$  hipotezi reddedilemez. Yani doktorların verimlilikleri, alınan kararlara katılımlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**Hipotez27:** Hastanede sorunların zamanında çözülmesi ile iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimliliği, hastanedeki sorunların zamanında çözülmesine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimliliği, hastanedeki sorunların zamanında çözülmesine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Hastanedeki sorunların zamanında çözülmesinin verimliliğini artırdığına hiç katılmayan 7 doktor vardır ve bunların %42,9'u verimlidir. 11 doktor yalnızca katılmadığını belirtmiştir ve %63,6'sı verimlidir. 19 doktor kararsızdır ve %73,7 oranında verimlilikleri vardır. Sorunların zamanında çözülmesinin verimliliğini artırdığına katılan 124 doktorun %65,3'ü; tamamen katılan 115 doktorun %70,4'ü verimlidir. Ki-kare testi sonucunda çıkan P değeri (0,548), homojenlik değerinden (0,05) büyük olduğu için hastanede sorunların zamanında çözülmesi ile iş gücü verimliliği arasında bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.35.** Sorunların Zamanında Çözülmesine Göre Verimlilik Dağılımı

Hastanede sorunların zamanında çözülmesi verimliliğini artırır.	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	4	3	7	0,548
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	57,1	42,9	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	4	7	11	
<b>Katılmıyor(%)</b>	36,4	63,6	100	
<b>Kararsız(n)</b>	5	14	19	
<b>Kararsız(%)</b>	26,3	73,7	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	43	81	124	
<b>Katılıyor(%)</b>	34,7	65,3	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	34	81	115	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	29,6	70,4	100	

**Hipotez28:** Hastanenin mimari yapısı ile doktorların iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimliliği, hastanenin mimarisine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimliliği, hastanenin mimarisine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Hastanenin mimari yapısının verimliliğini artıracak şekilde olduğuna hiç katılmayan 39 doktorun %48,7'si; katılmayan 63 doktorun %63,5'i verimlidir. Kararsız kalan 79 doktorun %68,4'ü verimli görülmektedir.68 doktor, mimari yapının verimliliği artırdığı fikrine katılmaktadır ve bunların %75'i verimlidir.27 doktor bu fikre tam katılmaktadır ve 81,5 oranında verimlidir. Yapılan ki-kare testi donucunda elde edilen P değeri (0,028)  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden küçük olduğu için H0 hipotezi reddedilir. Yani doktorların verimlilikleri hastanenin mimarisine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Tablo 4.36.** Hastanenin Mimarisine Göre Verimlilik Dağılımı

Hastanenin mimarisi verimliliğini artırıcı niteliktedir.	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	20	19	39	0,028
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	51,3	48,7	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	23	40	63	
<b>Katılmıyor(%)</b>	36,5	63,5	100	
<b>Kararsız(n)</b>	25	54	79	
<b>Kararsız(%)</b>	31,6	68,4	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	17	51	68	
<b>Katılıyor(%)</b>	25	75	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	5	22	27	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	18,5	81,5	100	

**Hipotez29:** Hastanenin güvenliğinin sağlanması ile doktorların iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimliliği, hastanenin güvenliğine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimliliği, hastanenin güvenliğine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Doktorların çalıştıkları hastanenin güvenliğinin sağlandığına ilişkin görüşleri genelde olumsuz çıkmıştır. Buna göre, hiç katılmayan doktor sayısı 63'tür; katılmayan doktor sayısı 87'dir. Verimlilik oranları ise sırasıyla %53 ve %70,1'dir. Güvenliğin tam sağlandığına katılan 30 doktorun %93,3'ü; tamamen katılan 3 doktorun %66,7'si verimlidir. Yapılan ki-kare testi donucunda elde edilen P değeri (0,002),  $\alpha$  (0.05) önem düzeyinden küçük olduğu için H0 hipotezi reddedilir. Yani doktorların verimlilikleri hastanenin güvenliğine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Tablo 4.37.** Hastanenin Güvenliğine Göre Verimlilik Dağılımı

Hastanenin güvenliği tam sağlanıyor.	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	39	44	63	0,002
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	47	53	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	26	61	87	
<b>Katılmıyor(%)</b>	29,9	70,1	100	
<b>Kararsız(n)</b>	22	51	73	
<b>Kararsız(%)</b>	30,1	69,9	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	2	28	30	
<b>Katılıyor(%)</b>	6,7	93,3	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	1	2	3	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	33,3	66,7	100	

**Hipotez30:** Hastanenin sosyal imkanlarının yeterli olması ile doktorların iş gücü verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimliliği, hastanenin sosyal imkanlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimliliği, hastanenin sosyal imkanlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Tablo 4.38.** Hastanenin Sosyal imkanlarına Göre Verimlilik Dağılımı

Hastanenin sosyal imkanları yeterlidir.	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Hiç Katılmıyor(n)</b>	42	57	99	0,084
<b>Hiç Katılmıyor(%)</b>	42,4	57,6	100	
<b>Katılmıyor(n)</b>	26	70	96	
<b>Katılmıyor(%)</b>	27,1	72,9	100	
<b>Kararsız(n)</b>	15	36	51	
<b>Kararsız(%)</b>	29,4	70,6	100	
<b>Katılıyor(n)</b>	7	19	26	
<b>Katılıyor(%)</b>	26,9	73,1	100	
<b>Tam Katılıyor(n)</b>	0	4	4	
<b>Tam Katılıyor(%)</b>	0	100	100	

Tablo 4.38'e göre, buldukları hastanelerin sosyal imkanlarını yeterli bulan doktor sayısı azdır. Yeterli olduğuna hiç katılmayan 99 doktorun %57,6'sı; katılmayan

96 doktorun %72,9'u verimlidir. Kararsız kalan 51 kişinin %70,6'sı verimlidir. 26 doktor sosyal imkanların yeterli olduğuna katılmaktadır ve bunların %73,1'i verimlidir. 4 doktor ise imkanların yeterliliğine tam katılmaktadır ve %100 oranında verimlilik görülmektedir. Ki-kare testi sonucunda çıkan P değeri(0,084), önem düzeyinden (0,05) büyük olduğu için hastanenin sosyal imkanlarının yeterli olması ile iş gücü verimliliği arasında bir ilişki yoktur.

**Hipotez31:** Şehirdeki diğer devlet hastanelerine olan farkındalık ile doktorların verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, farkındalıklarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, farkındalıklarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Tablo 4.39.** Şehirdeki Devlet Hastanelerine Olan Farkındalığa Göre Verimlilik Dağılımı

Şehirdeki Diğer Devlet Hastaneleri	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Evet(n)</b>	54	132	186	0,068
<b>Evet(%)</b>	29	71	100	
<b>Hayır(n)</b>	36	54	90	
<b>Hayır(%)</b>	40	60	100	
<b>Toplam(n)</b>	90	186	276	
<b>Toplam(%)</b>	32,6	67,4	100	

Tablo 4.39'da Erzurum'daki doktorların kendi çalıştıkları hastane dışındaki devlet hastaneleri hakkında bilgisinin olup olmadığı, iş gücü verimlilikleriyle kıyaslanmıştır. Bilgisi olan doktorların %71'i verimli iken, olmayanların %60'ı verimli görülmektedir. Doktorların çoğunluğunun(186 kişi) kendi hastanesi dışındaki devlet hastaneleri hakkında bilgisi olduğu anlaşılmaktadır. Yapılan analiz sonucunda P değeri 0,068>0,050 olduğu için H0 reddedilemez. Yani Erzurum'daki diğer devlet hastanelerine olan farkındalığın doktorların verimliliklerine göre anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmektedir.

**Hipotez32:** Şehirdeki özel hastanelere olan farkındalık ile doktorların verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, farkındalıklarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, farkındalıklarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Tablo 4.40.** Şehirdeki Özel Hastanelere Olan Farkındalığa Göre Verimlilik Dağılımı

Şehirdeki Özel Hastaneler	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Evet(n)</b>	45	120	165	0,027
<b>Evet(%)</b>	27,3	72,7	100	
<b>Hayır(n)</b>	44	66	110	
<b>Hayır(%)</b>	40	60	100	
<b>Toplam(n)</b>	90	186	276	
<b>Toplam(%)</b>	32,6	67,4	100	

Tablo 4.40'ta Erzurum'da devlet hastanelerinde çalışan doktorların yine Erzurum'daki özel hastaneler hakkında bilgisinin olup olmadığı incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, bilgisi olanların 165 kişiyle çoğunluğu oluşturdukları görülmektedir. Bilgisi olanların %72,7'si verimlidir. Herhangi bir bilgisi olmayanlar 110 kişidir bunların %60'ı verimli hissetmektedir. P değeri  $0,027 < 0,050$  olduğu için H0 hipotezi reddedilir. Dolayısıyla Erzurum'daki özel hastaneler hakkında bilgi sahibi olmanın doktorların iş gücü verimliliklerine etkisi eşit değildir. Yani soruya evet cevabı verenler ile hayır diyenler arasında verimlilikleri açısından anlamlı bir farklılık vardır. Bu soruyu evet olarak işaretleyen doktorların verimliliklerinin daha yüksek olduğu sonucu çıkmaktadır.

**Hipotez33:** Diğer şehirlerdeki devlet hastanelerine olan farkındalık ile doktorların verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, farkındalıklarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, farkındalıklarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Tablo 4.41.** Diğer Şehirlerdeki Devlet Hastanelerine Olan Farkındalığa Göre Verimlilik Dağılımı

Diğer Şehirlerdeki Devlet Hastaneleri	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Evet(n)</b>	54	105	179	0,576
<b>Evet(%)</b>	34	66	100	
<b>Hayır(n)</b>	36	81	117	
<b>Hayır(%)</b>	30,8	69,2	100	
<b>Toplam(n)</b>	90	186	276	
<b>Toplam(%)</b>	32,6	67,4	100	

Tablo 4.41'e göre doktorların Erzurum dışındaki devlet hastanelerine olan farkındalığı ile iş gücü verimliliği arasındaki ilişki incelendiğinde evet diyen 179 kişinin %66'sı verimli; hayır diyen 117 kişinin %69,2'si verimlidir. P değeri  $0,576 > 0,05$  olduğu için  $H_0$  hipotezi reddedilemez. Yani doktorların verimlilikleri farkındalık durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**Hipotez34:** Diğer şehirlerdeki özel hastanelere olan farkındalık ile doktorların verimlilikleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

**H0:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, farkındalıklarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**H1:** Doktorların iş gücü verimlilikleri, farkındalıklarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Bu kısımda Erzurum'daki doktorların diğer şehirlerdeki özel hastaneler hakkında bilgi sahibi olup olmamasının, verimlilikleri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bilgisi olan 128 doktorun %67,2'si kendini verimli hissederken, bilgisi olmayan 148 doktorun %67,6'sı verimli hissetmektedir. P değeri  $0,946 > 0,05$  olduğu için  $H_0$  hipotezi reddedilemez. Yani doktorların verimlilikleri farkındalık durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**Tablo 4.42.** Diğer Şehirlerdeki Özel Hastanelere Olan Farkındalığa Göre Verimlilik Dağılımı

Diğer Şehirlerdeki Özel Hastaneler	Verimlilik		Toplam	Sig.(2sided)
	Verimsiz	Verimli		
<b>Evet(n)</b>	42	86	128	0,946
<b>Evet(%)</b>	32,8	67,2	100	
<b>Hayır(n)</b>	48	100	148	
<b>Hayır(%)</b>	32,4	67,6	100	
<b>Toplam(n)</b>	90	186	276	
<b>Toplam(%)</b>	32,6	67,4	100	

#### 4.4.6. Lojistik Regresyon Analizi

Regresyon analizi yerine lojistik regresyon analizi kullanılmasının üç temel nedeni vardır (Coşkun, Kartal ve Bircan, 2004):

1. Regresyon analizinde bağımlı değişken sürekli iken lojistik regresyon analizinde kesiklidir.
2. Lojistik regresyon analizinde bağımlı değişkenin alabileceği değerlerin gerçekleşme ihtimali tahmin edilir.
3. Lojistik regresyonun uygulanabilmesi için regresyon analizindeki gibi bağımsız değişkenlerin normal dağılım şartını gerçekleştirilmesi aranmaz.

##### 4.4.6.1. İki Değişkenli (Binary) Lojistik Regresyon Analizi

Bağımlı değişken iki kategoriden oluşuyorsa bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkiyi incelemek için “İki Değişkenli (Binary) Lojistik Regresyon Analizi” kullanmak uygundur. Bu analiz yöntemi “Tek ve Çoklu İki Değişkenli(Binary) Lojistik Regresyon Analizleri” olarak ikiye ayrılmaktadır.

Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi’nde bağımlı değişken olarak “verimli” ve “verimsiz” sınıflandırması yapılmıştır. Bağımlı değişken olan verimsiz kişiler 1, verimli kişiler ise 2 değeri ile kodlanmıştır. Sonrasında bu değerler, SPSS programında sırasıyla ,0 ve 1 olarak kodlanmıştır. Yapılan ki-kare testlerine göre bağımlı değişkenle ilişkili olduğu gözlemlenen 8 bağımsız değişken analize dahil edilmiştir. Bağımsız değişkenlerin hepsi ya ikili ya da çok kategorilidir. Bağımsız



değişkenlerin SPSS’te nasıl kodlandığı ve her şıkkın frekans dağılımı Tablo 4.43’te gösterilmiştir. Kategorik verilerde referans grubu ilk şık olarak alınmış ve SPSS programında ,indicator/first seçilmiştir.

Kategorik değişkenlerin kodlanması şu şekilde gösterilmiştir:

**Tablo 4.43. Kategorik Değişkenlerin Kodlanması**

		Frekans	Parametre Kodu			
			(1)	(2)	(3)	(4)
Bu hastanede kaç yıldır çalışıyorsunuz?	1yıldan az	52	1,000	0,000	0,000	0,000
	1-5yıl	182	0,000	1,000	0,000	0,000
	6-10yıl	17	0,000	0,000	1,000	0,000
	11-20yıl	19	0,000	0,000	0,000	1,000
	20yıldan fazla	5	0,000	0,000	0,000	0,000
Alanımla ilgili eğitim, kongre ve seminerler verimliliğimi artırıyor.	Hiç					
	Katılmıyor	13	1,000	0,000	0,000	0,000
	Katılmıyor	14	0,000	1,000	0,000	0,000
	Kararsız	34	0,000	0,000	1,000	0,000
	Katılıyor	131	0,000	0,000	0,000	1,000
Tam Katılıyor	83	0,000	0,000	0,000	0,000	
İş arkadaşlarımı verimli buluyorum.	Hiç					
	Katılmıyor	11	1,000	0,000	0,000	0,000
	Katılmıyor	24	0,000	1,000	0,000	0,000
	Kararsız	65	0,000	0,000	1,000	0,000
	Katılıyor	126	0,000	0,000	0,000	1,000
Tam Katılıyor	49	0,000	0,000	0,000	0,000	
Meslektaşlarımla aramızda güven, dayanışma ve işbirliği vardır.	Hiç					
	Katılmıyor	11	1,000	0,000	0,000	0,000
	Katılmıyor	32	0,000	1,000	0,000	0,000
	Kararsız	73	0,000	0,000	1,000	0,000
	Katılıyor	114	0,000	0,000	0,000	1,000
Tam Katılıyor	45	0,000	0,000	0,000	0,000	
Erzurum’un soğuk hava koşulları verimliliğimi düşürmüyor.	Hiç					
	Katılmıyor	62	1,000	0,000	0,000	0,000
	Katılmıyor	75	0,000	1,000	0,000	0,000
	Kararsız	44	0,000	0,000	1,000	0,000
	Katılıyor	67	0,000	0,000	0,000	1,000
Tam Katılıyor	27	0,000	0,000	0,000	0,000	
Hastanenin mimarisi verimliliğimi artırıcı niteliktedir.	Hiç					
	Katılmıyor	39	1,000	0,000	0,000	0,000
	Katılmıyor	63	0,000	1,000	0,000	0,000
	Kararsız	79	0,000	0,000	1,000	0,000
	Katılıyor	67	0,000	0,000	0,000	1,000
Tam Katılıyor	27	0,000	0,000	0,000	0,000	
Hastanenin güvenliği tam sağlanıyor.	Hiç					
	Katılmıyor	83	1,000	0,000	0,000	0,000
	Katılmıyor	86	0,000	1,000	0,000	0,000
	Kararsız	73	0,000	0,000	1,000	0,000
	Katılıyor	30	0,000	0,000	0,000	1,000
Tam Katılıyor	3	0,000	0,000	0,000	0,000	
Şehrimizdeki özel hastaneler hakkında bir bilginiz var mı?	Evet	165	1,000			
	Hayır	110	0,000			

#### 4.4.6.1.1. Lojistik Regresyon Modelinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Doğrusal regresyonda  $R^2$  değerine, ordinal lojistik regresyonda McFaden  $R^2$  değerine bakılırken; binary lojistik regresyon modelinde Cox-Snell ve Nagelkerke  $R^2$  değerleri modelin uygunluğu hakkında bilgi vermektedir. Modelin uygunluğu için bu değerlerin 0,20 ile 0,40 arasında olması gerekmektedir. Ayrıca Nagelkerke  $R^2$  değerinin 330 çıkması, bağımlı değişkenin %33'ünün bu modelle tahmin edilebildiğini göstermektedir.

**Tablo 4.44.** Model Uygunluk Katsayıları

Adım	-2 Log likelihood	Cox & Snell $R^2$	Nagelkerke $R^2$
1	272,116	,236	,330

Kategori kodlama aşamasından sonra yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları şu şekildedir:

**Tablo 4.45.** Lojistik Regresyon

	Katsayı	S.h.	Wald	s.d.	P	Exp(B)	95%Exp(B)	
							Alt	Üst
Çalışmayılı			15,369	4	,004			
Çalışmayılı(1)	2,720	1,231	4,881	1	,027	15,176	1,359	169,441
çalışmayılı(2)	,676	1,134	,356	1	,551	1,967	,213	18,152
çalışmayılı(3)	,999	1,250	,638	1	,424	2,715	,234	31,474
çalışmayılı(4)	1,413	1,298	1,186	1	,276	4,108	,323	52,265
S5			5,589	4	,232			
S5(1)	-,967	,783	1,527	1	,217	,380	,082	1,763
S5(2)	-,935	,720	1,685	1	,194	,393	,096	1,611
S(3)	,434	,544	,635	1	,425	1,543	,531	4,481
S5(4)	,252	,385	,428	1	,513	1,287	,605	2,736
S9			2,233	4	,693			
S9(1)	-1,035	,984	1,106	1	,293	,355	,052	2,444
S9(2)	-,606	,747	,658	1	,417	,545	,126	2,359

**Tablo 4.45** (Devamı)

S9(3)	-,750	,601	1,560	1	,212	,472	,145	1,533
S9(4)	-,673	,538	1,565	1	,211	,510	,178	1,465
S10			5,486	4	,241			
S10(1)	-1,099	1,041	1,116	1	,291	,333	,043	2,560
S10(2)	-,351	,682	,264	1	,607	,704	,185	2,683
S10(3)	-1,203	,600	4,015	1	,045	,300	,093	,974
S10(4)	-,589	,564	1,089	1	,297	,555	,184	1,677
S14			5,702	4	,223			
S14(1)	-,662	,610	1,176	1	,278	,516	,156	1,707
S14(2)	-,313	,584	,288	1	,592	,731	,233	2,296
S14(3)	-,401	,660	,368	1	,544	,670	,184	2,443
S14(4)	,454	,627	,524	1	,469	1,574	,461	5,374
S18			2,685	4	,612			
S18(1)	-1,154	,731	2,495	1	,114	,315	,075	1,320
S18(2)	-,591	,669	,780	1	,377	,554	,149	2,056
S18(3)	-,643	,666	,933	1	,334	,525	,142	1,939
S18(4)	-,488	,677	,519	1	,471	,614	,163	2,314
S19			6,676	4	,154			
S19(1)	-,726	1,467	,245	1	,621	,484	,027	8,582
S19(2)	-,132	1,481	,008	1	,929	,876	,048	15,975
S19(3)	,321	1,476	,047	1	,828	,726	,040	13,089
S19(4)	1,365	1,656	,680	1	,410	3,916	,153	100,532
S22(1)	-,699	,327	4,587	1	,032	2,013	1,061	3,817
Sabit	1,638	1,919	,728	1	,393	5,146		

Yapılan tekli lojistik regresyon analizinin sonuçlarına göre;

- 3 adet değişkenin (hastanedeki çalışma yılı ( $p=0.004$ ), şehirdeki özel hastaneler hakkında bilgi( $p=0.032$ ) ve meslektaşlarla aradaki güven, dayanışma ve işbirliği( $p=0.045$ )) anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır.
- Bağımlı değişkenlerin katsayıları ve standart hataları çok büyük çıkmamıştır ve p değerleri 1'e yakın değildir. Bu yüzden bağımsız değişkenlerin, kukla değişkenleriyle arasında bağlantı sorununun olmadığını anlamaktayız.

- 1-5 yıl arasında çalışan bir doktorun verimli olma ihtimalinin olabirlik oranı  $(\text{Exp}(B) - 1) * 100$  (www.oup.com) (2)

formülüne göre  $(15,176-1)*100=1417,6$  şeklinde çıkmaktadır. Buna göre 1-5 yıl arası çalışan bir doktorun 1 yıldan az çalışan doktora göre verimli olma ihtimalinin olabirlik olasılığı %14 daha fazladır.

- Meslektaşlarla arada güven, dayanışma iş birliği olduğuna hiç katılmayan bir doktorun, katılan bir doktora göre verimli olma ihtimalinin olabirlik olasılığı  $((0,30-1)*100=-70)$  %70 daha azdır.
- Şehirdeki özel hastaneler hakkında bilgi sahibi olan bir doktorun olmayan doktora göre verimli olma ihtimalinin olabirlik olasılığı 2 numaralı formüle göre,  $(2,013-1)*100=101,3$  çıkmıştır. Buna göre evet diyen bir doktorun, hayır diyen bir doktora göre verimli olma ihtimalinin olabirlik olasılığı %101,3 daha fazladır.

Tablo 4.45'te, tekli lojistik regresyon analizine dâhil edilen ve edilmeyenler ile ilgili işlem özeti verilmiştir. Başlangıçta, toplam 276 (% 100) kayıt bulunmaktayken, eksik veri olmasından ötürü 1 tanesi (%0,4) işleme tabi tutulmamıştır. Dolayısıyla bütün işlemler 275 kayıt (% 99,6) üzerinden yapılmıştır.

**Tablo 4.46.** İşlem durumu

Durum	N	Yüzde
Analize dahil edilenler	275	99,6
Analize dahil edilmeyenler	1	,4
Toplam	276	100

#### 4.4.6.1.2. Modelin Anlamlılığının Test Edilmesi

Modelin anlamlılığının belirlenmesi için Model Katsayıları için Omnibus Testi'nden yararlanılır. Aşağıdaki tabloda analiz doğrudan enter yöntemi ile yapıldığı için Adım, Blok ve Model Ki-kare değerleri aynı çıkmıştır. Eğer Adımsal (Stepwise) yöntem kullanılsaydı bu durum her adım için değişebilecekti.(Burmaoğlu,Oktay ve Özen, 2009) Analiz sonucunda önem derecelerinin 0,05'ten küçük çıkması modelin anlamlı olduğunu göstermektedir.(P=0,000)

## Model Katsayıları için Omnibus Testi

**Tablo 4.47.** Omnibus Testi

		<b>Ki-kare</b>	<b>Df</b>	<b>P</b>
<b>Adım1</b>	<b>Adım</b>	74,153	29	,000
	<b>Blok</b>	74,153	29	,000
	<b>Model</b>	74,153	29	,000

**4.4.7. Korelasyon Analizi**

Modeldeki bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişken olan iş gücü verimliliği ile ilişkisinin ki-kare testi ve İkili Değişken Regresyon Analizi yöntemleriyle incelenmesinin yanında, bağımlı değişkenlerin temsil ettiği sosyo-psikolojik, kurumsal, idari ve fiziksel faktörlerin birer grup olarak iş gücü verimliliğiyle arasındaki ilişki incelenmek istenmiştir. Bunun için doktorlara yöneltilen demografik ve diğer hastanelere olan farkındalık soruları haricinde, aslında birer faktörü temsil eden soruların ait olduğu faktör gruplarının iş gücü verimliliğiyle arasındaki ilişki için korelasyona başvurulmuştur.

Korelasyon katsayısı ( $r$ ) şu şekilde yorumlanmaktadır:

$r < 0.2$  ise çok zayıf ilişki ya da korelasyon yok

0.2-0.4 arasında ise zayıf korelasyon

0.4-0.6 arasında ise orta şiddette korelasyon

0.6-0.8 arasında ise yüksek korelasyon

0.8 > ise çok yüksek korelasyon

Elde edilen sonuçlar da sunulmuştur. Buna göre kurumsal faktörler ile iş gücü verimliliği arasındaki korelasyon katsayısı 0,039, anlamlılık düzeyi ise 0,522 bulunmuştur. Korelasyon katsayısı sıfıra yakın olduğu için ilişki pozitif yönlü ve zayıf çıkmıştır. Sig (2tailed)= 0,522 düzeyi ilişkinin istatistiksel açıdan anlamsız olduğunu göstermektedir.

İdari faktörler ile iş gücü verimliliği arasındaki korelasyon katsayısı 0,135, anlamlılık düzeyi ise 0,025 bulunmuştur. Buna göre idari faktörler ile iş gücü verimlilik düzeyi arasında bir ilişki yoktur. İstatistiksel açıdan ilişki anlamlıdır.

Fiziksel faktörler ile iş gücü verimliliği arasındaki korelasyon katsayısı 0,265 anlamlılık düzeyi ise 0,000 bulunmuştur Buna göre fiziksel faktörler ile iş gücü verimlilik düzeyi arasında pozitif ve zayıf bir ilişki çıkmıştır ve istatistiksel açıdan ilişki anlamlıdır

Sosyo-psikolojik faktörler ile iş gücü verimliliği arasındaki korelasyon katsayısı 0,211, anlamlılık düzeyi ise 0,000 bulunmuştur Buna göre sosyo-psikolojik faktörler ile iş gücü verimlilik düzeyi arasında pozitif ve zayıf bir ilişki çıkmıştır ve istatistiksel açıdan ilişki anlamlıdır

Gruplar için korelasyon matrisi şu şekildedir:

**Tablo 4.48.** Korelasyon Matrisi

		<b>İş Gücü Verimliliği</b>	<b>Kurumsal Faktörler</b>	<b>İdari Faktörler</b>	<b>Fiziksel Faktörler</b>	<b>Sosyo-psikolojik Faktörler</b>
<b>İş Gücü Verimliliği</b>	<b>r sig.</b>	1				
<b>Kurumsal Faktörler</b>	<b>r sig</b>	,039 ,522	1			
<b>İdari Faktörler</b>	<b>r sig</b>	,135 ,025	,238 ,000	1		
<b>Fiziksel Faktörler</b>	<b>r sig</b>	,265 ,000	,192 ,001	,403 ,000	1	
<b>Sosyopsikolojik Faktörler</b>	<b>R Sig</b>	,211 ,000	,221 ,000	,433 ,000	,430 ,000	1

#### 4.4.8. KMO (Kaiser Mayer Olkin)Bartlets Testi

Bu test, değişkenler arasındaki korelasyonun yeterliliğini ölçmektedir. KMO testinin 0,50'den büyük; elde edilen P değerinin ise 0,05'ten küçük çıkması beklenmektedir. Tablo 4.49'da görüldüğü üzere KMO Bartlett's testi 0,5' ten büyük olduğu için verilerin faktör analizine uygun olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca P değeri(0,000), 0,05'ten küçük çıktığı için verilerin normal dağıldığı sonucu çıkmaktadır.

**Tablo 4.49.** KMO Bartlets Testi

Kaiser -Meyer -Olkin Measure of Sampling Adequacy		,726
Bartlett's Test of Sphericity	.Ki-Kare	177,716
	df	10
	Sig.	,000

**4.4.9. Communalities (Soruların Güçlülük Değerleri)**

Bu tablo, her bir faktörün toplam faktörün ne kadarını etkilediğini göstermektedir aynı zamanda araştırmadaki soru maddelerinin kalitesini ve güçlülük değerlerini ölçmek için communalities hesaplaması yapılmaktadır. Bunun için kıstas, extraction sonuçların 0,4'ten büyük olmasıdır.

**Tablo 4.50.** Soruların Güçlülük Değerleri

	<b>Initial</b>	<b>Extraction</b>
Verimliliğin ekip çalışmasıyla artırılabilirliğini düşünüyorum.	1,000	,607
Verimliliğin artırılmasında biçimsel ödüller (terfi, ücret, döner sermaye) etkindir.	1,000	,764
Yöneticilerin tutum ve davranışları verimliliğimi artırıcı niteliktedir.	1,000	,515
Çalıştığım malzeme/teknolojik aletler yeterlidir.	1,000	,555
Alanımla ilgili eğitim, kongre ve seminerler verimliliğimi artırıyor.	1,000	,710
Aldığım ücret, diğer sağlık kurumlarında aynı tür işe verilen ücretten yüksektir.	1,000	,565
Kurumumuzda çalışanlar ile yönetim arasında etkin bir iletişim vardır.	1,000	,673
İşimle ilgili denetim yapılmasını faydalı buluyorum.	1,000	,537
İş arkadaşlarımı verimli buluyorum.	1,000	,736
Meslektaşlarımla aramızda güven, dayanışma ve işbirliği vardır.	1,000	,738
İş dışında yaşadığım bir sorun hastanedeki verimliliğimi etkilemez.	1,000	,610
Fazla mesai yapmam gerekmiyor.	1,000	,580
Nöbetlerim verimliliğimi düşürmeyecek sıklıkta oluyor.	1,000	,556
Erzurum'un soğuk hava koşulları verimliliğimi düşürmüyor.	1,000	,612
Hastaneye ulaşım imkânları rahat ve yeterlidir.	1,000	,679
Doktorlar ile ilgili kararlar doktorların katılımıyla alınır.	1,000	,570
Hastanede sorunların zamanında çözülmesi verimliliğimi artırır.	1,000	,630
Hastanenin mimarisi verimliliğimi artırıcı niteliktedir.	1,000	,516
Hastanenin güvenliği tam sağlanıyor.	1,000	,682
Hastanenin sosyal imkânları (kantin, yemekhane, spor vs.) yeterlidir.	1,000	,738

Tablo 4.50'de güçlülük oranlarının bütün sorularda 0,4'ten büyük çıktığı görülmektedir. Dolayısıyla bütün soruların her birinin toplam faktörü açıklama derecesi güçlüdür.



## SONUÇ

Erzurum devlet hastanelerinde çalışan doktorlar üzerine yapılan bu araştırma, doktorların iş gücü verimliliğini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacını taşımaktadır.

Yapılan değerlendirmeler sonucunda, kurulan modelin uygun olduğu görülmüş ve bu konuyla ilgili Erzurum devlet hastanelerinde çalışan bir doktorun, belirlenen kriterlere göre kendini verimli veya verimsiz hissettiğinin kestirilebilir olduğu anlaşılmıştır.

Demografik özelliklerine ilişkin verilerin (cinsiyet, mezun olunan fakülte, branş, medeni durum, yaş, evli ise çocuk sayısı, toplam hekimlik süresi, hastanedeki çalışma yılı, haftalık çalışma sayısı, günlük hasta sayısı) frekans dağılımı ve yüzdeleri incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun erkek, evli, daha çok dahili bölümlerde çalışan, 30-35 yaş arasında, çocuksuz, toplam hekimlik süresi 1-10 yıl arasında, buldukları hastanelerde 1-5 yıl arasında çalışan doktorlardan oluştuğu görülmektedir.

Doktorların iş gücü verimliliği yapılan ki-kare testi sonucunda “ buldukları hastanedeki çalışma yılı, alanlarıyla ilgili eğitimlerin alınması, iş arkadaşlarının verimli olması, meslektaşlarıyla aralarındaki güven ve dayanışma, Erzurum’un soğuk hava koşulları, hastanenin mimari yapısı, hastanenin güvenliği, şehirdeki özel hastaneler hakkında bilgi sahibi olma” konularıyla ilişkili çıkmıştır. Buldukları hastanede 1 yıldan az çalışan doktorların verimlilik oranı %88,5 çıkmıştır. Alanlarıyla ilgili eğitim, seminer ve kongrelerin verimliliğini artırdığına katılan doktorların %72’si verimlidir. İş arkadaşlarını verimli bulan doktorların %79,6’sı kendini verimli hissetmektedir. İş arkadaşlarıyla arasında güven, dayanışma ve iş birliği olan doktorların %80’i verimlidir. Erzurum’un soğuk hava koşulları doktorların verimliliğini düşürmeyen bir etken olarak görülmektedir. Çünkü hava koşullarının verimliliğini düşürmediğini düşünen doktorların %80,6’sı verimlidir. Doktorların buldukları hastanelerin mimarisini, verimliliklerini artırıcı nitelikte bulması %81,5 düzeyinde bir verimlilik sağlamaktadır. Hastanenin güvenliğinin tam olduğuna inanan doktorların verimliliklerinin %93 oranında olduğu görülmektedir. Erzurum’daki özel hastaneler hakkında bilgisi olan doktorların olmayanlara göre daha verimli olduğu anlaşılmaktadır.(%72,7) Bu bilgilere göre doktorların iş gücü verimliliğini artıran en önemli etkenin hastanenin güvenliğinin

tam olarak sağlanması ve sonrasında hastanedeki çalışma yılının az olması olarak belirleyebilmekteyiz.

Ki-kare testi sonucunda anlamlı çıkan değişkenlerin ikili(binary) lojistik regresyon modeliyle test edilmesiyle, 3 adet değişkenin (hastanedeki çalışma yılı ( $p=0.004$ ), şehirdeki özel hastaneler hakkında bilgi( $p=0.032$ ) ve meslektaşlarla aradaki güven, dayanışma ve işbirliği( $p=0.045$ )) anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır.

Soruların temsil ettikleri faktörlere (kurumsal, idari, fiziksel ve sosyo-psikolojik) göre gruplandırılarak iş gücü verimliliği ile ilişkisi korelasyon yöntemiyle incelendiğinde en çok fiziksel faktörlerin, en az kurumsal faktörlerin etkili olduğu görülmektedir.



## KAYNAKÇA

- Abacı, K. (2015) “Kamu Sektöründe Çalışanların Motivasyonlarının Verimlilik Üzerindeki Etkilerine Yönelik Bir Saha Çalışması” [Bildiri], *5.Ulusal Verimlilik Kongresi*, Ankara.
- Akal, Z. (2005). *İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi: Çok Yönlü Performans Göstergeleri*. Ankara: Mpm Yayını.
- Aksoy, F. (2008). *Psikolojik Şiddet'in (Mobbing) Sağlık Çalışanlarına Etkisi*. (Doktora Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Alameddine, M.A., Bauer, J.M.B., Richter, M.B., Sousa-Poza, A.B. (2016). “Trends in job satisfaction among German nurses from 1990 to 2012” [1990'dan 2012'ye Alman Hemşireleri Arasındaki İş Tatmini Trendleri], *Journal of Health Services Research and Policy*, 21(2),101-108. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84964066422&partnerID=40&md5=56c5973ecf264e0327ad565992fd691e>
- Almabhashi, T.A C D., Aljunid, S.M.B.E., Ismail, A.A. (2016). “Importance and performance of quality improvement at the institutes of health profession education in Yemen”. [Yemen'de Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Kalite Geliştirme Performansı ve Önemi] *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 16 (3), 52-58. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84966430734&partnerID=40&md5=bad80ef01c46f232dd8e2676050edf3e>
- Altok, T. (2009). *Çalışanların Motivasyonunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Hizmet ve İmalat İşletmelerinde Karşılaştırmalı Bir Araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Annagür, B. (2010). “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 161-173.

- Asiedu, M., Sarfo, J.O. ve Adjei, D. (2014). “Organisational Commitment And Citizenship Behaviour: Tools To Improve Employee Performance; An Internal Marketing Approach” [Çalışan Performansını artıran araçlar: Örgütsel Bağlılık ve Vatandaşlık Davranışı; İçsel bir Pazarlama Yaklaşımı] *European Scientific Journal*, 10(4),288-305.
- Aydın, G. (Ekim 2015). “Klasik ve Neoklasik Öğretilerde Verimlilik” [Bildiri], *5.Ulusal Verimlilik Kongresi*, Ankara.
- Aydın, S. (2008). “Sağlıkta performans: Ne için, nereye kadar?” ss.1. [https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslartrasi\\_acilimler\\_2011/upsem/4.pdf](https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslartrasi_acilimler_2011/upsem/4.pdf) 09.06.2016
- Balaban, Ş. (ty). *İş Doyumu ve Performans (Verimlilik) İlişkisi* www.ikpaylasim.com
- Balay, R. (2014). *Yönetici ve Öğretmenlerde Örgütsel Bağlılık* [Elektronik Sürüm]. Ankara: Pegem Akademi
- Barutçugil, İ. (2004). *Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: Kariyer Yayıncılık.
- Başaran, İ.E. (1998). *Yönetimde İnsan İlişkileri-Yönetimsel Davranış*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Bawa, M.İ. ve Mubeen, P.M. (2016). “Relationship Between Quality Of Work Life (QWL) And Employee Productivity (EP) Among Executive Staff In Srilankan State Universities” [Srilanka Üniversitesinin’deki Yönetici Personel Arasında İş Yaşamı Kalitesi ve İşgücü Verimliliği] *Conference Paper*. [www.academia.edu/.../Relationship\\_Between\\_Quality\\_Of\\_...](http://www.academia.edu/.../Relationship_Between_Quality_Of_...) 13.06.2016
- Beech, B. Leather, P. (2006) “Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models” [Sağlık sektöründe işyeri şiddeti: personel eğitimi ve eğitim değerlendirme modellerinin birleşiminin bir incelemesi]. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 32-34. [www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd42/beeceh.pdf](http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd42/beeceh.pdf)
- Belanger, J. (2000). *The Influence of Employee Involvement on Productivity: A Review of Research* [Çalışan Katılımının Verimlilik Üzerine Etkisi: Araştırmanın Bir İncelemesi] [bibvir1.uqac.ca/archivage/000183551.pdf](http://bibvir1.uqac.ca/archivage/000183551.pdf), 11.05.2016

- Bhandari, P.A , Bagga, R.B , Nandan, D.C. (2010). “Levels of job satisfaction among healthcare providers in cghs dispensaries” [Sağlık Cghs Dispanserinde Çalışanlar Arasındaki İş Tatmini Seviyeleri]. *Journal of Health Management*, 12(4), 403-422. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-78650388050 &partnerID=40&md5=75f87d9b30ecd4088428646026a9203b>
- Biesma, R.G.A., Pavlova, M.A., van Merode, G.G.A , Groot, W.A.B. (2007). “Using conjoint analysis to estimate employers preferences for key competencies of master level Dutch graduates entering the public health field” [ Birleşik Analizi Kullanarak Halk Sağlığı Alanına Giren Master Seviyedeki Hollandalı Mezunların Temel Yetkinlikleri İçin Tercihlerini Tahmin Etmek] *Economics of Education Review*, 26(3), pp. 375-386. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-34248174786&partnerID=40&md5=823dcfbff89a465af6e88b1d9770d63f>
- Binary Logistic Regression. (t.y.)  
[www.oup.com/us/static/companion.websites/.../Chapter2.ppt](http://www.oup.com/us/static/companion.websites/.../Chapter2.ppt)
- Bloor, K.A., Maynard, A.B., (2001). “Workforce productivity and incentive structures in the UK National Health Service”. [UK Ulusal Sağlık Servisi’nde İş Gücü Verimliliği ve Teşvik Edici Yapılar]. *Journal of Health Services Research and Policy*, 6(2), 105-113. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0035043501&partnerID=40&md5=1063cc4a4edb87a09a2c1a6b6da8c940>
- Bocutoğlu, E. (2012). “İktisat Teorisinde Emegın Öyküsü: Değerin Kaynağı Olan Emekten Marjinal Faydanın Türevi Olan Emeye Yolculuk”. *Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 1(1), 28-51.
- Borluk, S. (2014) “İş Yaşamı Kalitesi ve Verimlilik İlişkisi-1”. *Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi*, 312, 16-21.
- Brown, S., Gray, D., McHardy, J. ve Taylor, K. (2015). “Employee Trust and Workplace Performance” [Çalışan Güveni ve İşyeri Performansı], *Journal of Economic Behavior & Organization*, 116, 361-378.
- Bunderson, J.S. (2001). “How work ideologies shape the psychological contracts of professional employees: Doctors' responses to perceived breach”, [İş İdeolojileri

Profesyonel Çalışanların Psikolojik Sözleşmelerini Nasıl Şekillendirir: Doktorların Algılanan İhlale Yanıtları] *Journal of Organizational Behavior*, 22 (7), 717-741, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0035620976&partnerID=40&md5=f8e18794c7307fd1cefb31097380771e>

Burmaoğlu, S., Oktay, E. ve Özen, Ü. (2009) “Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Beşeri Kalkınma Endeksi Verilerini Kullanarak Diskriminant Analizi ve Lojistik Regresyon Analizinin Sınıflandırma Performanslarının Karşılaştırılması” [www.kho.edu.tr/akademik/enstitu/savben\\_dergi/82/Makale2.pdf](http://www.kho.edu.tr/akademik/enstitu/savben_dergi/82/Makale2.pdf) 25.02.2017

Cihagirolu, N., Şahin, B. (2010).”Organizasyonlarda Önemli Bir Fenomen: Psikolojik Sözleşme”. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(11), 1-16.

Contarini, P.I.A , Gilmour, A.B , González, J.C , Rebok, F.D , Cristina, V.E. (2011). “Demotivating factors in a sample of public hospital physicians from the city of buenos Aires” [Boynes Ayres’in Devlet Hastanelerindeki Doktorlar Örneğinden Motivasyon Düşüren Faktörler]. *Prensa Medica Argentina*, 98 (10), 664-678, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84870607531&partnerID=40&md5=e12cf6b908ab49579cb06a154996527b>

Cortese, C.G.A. B. (2007). “Job satisfaction of Italian nurses: An exploratory study”. [İtalyan Hemşirelerinin İş Tatmini: Bir Araştırma Çalışması], *Journal of Nursing Management*, 15 (3), 303-312, [https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-33947227867&partnerID=40&md5=2fbf6194de691a6c5f282df\\_2ebd5a05b](https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-33947227867&partnerID=40&md5=2fbf6194de691a6c5f282df_2ebd5a05b)

Coşkun, S., Coşkun, A., Kartal, M. ve Bircan, H. (2004) “Lojistik Regresyon Analizinin İncelenmesi ve Diş Hekimlerinde Bir Uygulaması” *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 7(1), 42-50.

Cutler, P. (1993). “Trends in the structure, productivity, effectiveness and unit costs of the Hospital and Community Health Services workforce in England: 1979-1991”. [İngiltere’de Hastane ve Halk Sağlığı Servislerinin Birim Maliyetleri ve Yapı, Verimlilik ve Etkililik Trendleri: 1979-1991] *Health economics*, 2 (1), 65-75, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0027573461&partnerID=40&md5=2201c21b29390754fe70f8e943d0e064>

- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2014).” İşyerlerinde Psikolojik Taciz (Mobbing) Bilgilendirme Rehberi”. [https://www.csgeb.gov.tr/media/2053/mobbing\\_2014.pdf](https://www.csgeb.gov.tr/media/2053/mobbing_2014.pdf) 26.09.2016
- Çebi, S.(2016). “Mesleki Risklerin Analizi ve Önlenmesi için Web Tabanlı Karar Destek Sistemi Geliştirilmesi”[Bildiri], 8. *Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Konferansı*, İstanbul.
- Çetinkaya, F. ve Özkara, B. (2015). “Hizmet İşletmelerinde Psikolojik Sözleşme İhlalleri ve Örgütsel Sinizm İlişkisi: Kapadokya Bölgesi 4 ve 5 Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Araştırma”. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(3), 72-91.
- Çoban, S. (2007). “Yıldırma Sorununun Çözümüne Yönelik Bir Yaklaşım: İçsel Pazarlama”, *Verimlilik Dergisi* (2007/2), MPM Yayınları, Ankara 2007.
- Day, J.W.A., Holladay, C.L.A., Johnson, S.K.B., Barron, L.G.C. (2014). “Organizational Rewards: Considering Employee Need İn Allocation” [Örgütsel Ödüller: Çalışan İhtiyacı Tahsisini Göz Önünde Bulundurularak], *Personnel Review*, 43 (1), 74-95, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84896264328&partnerID=40&md5=383ae7be6b7a6e6c2aeba7f9826b53d6>
- Dil, M. (2005). *İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerlemenin İş Doyumu Üzerindeki Etkisi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Doğan, M. Tatlı, H.(2010) “İşgücü Verimliliğini Etkileyen Faktörler: Bingöl Devlet Hastanesinde Hemşireler Üzerine Bir Uygulama” *Verimlilik Dergisi*. 4, 7-23.
- Ekici, T ve Özçelik, Z. (2011). “Hekimlerin Çalışma Süresi, Nöbet Fazla Çalışma Ücreti Dinlenme ve İzin Hakları”. *Türk Tabipleri Birliği*. [www.ttb.org.tr/index.php/brosur.html](http://www.ttb.org.tr/index.php/brosur.html)
- Emek–Değer Teorisine Bir Bakış (Smith- Ricardo- Marx). (t. y.). [homoludensetacademicus.blogspot.com.tr](http://homoludensetacademicus.blogspot.com.tr)
- Eren, E. (2007). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*. İstanbul: Beta Yayınları. 535

- Erkan, A.(2011). “Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması”, *Maliye Dergisi*, 160, 424. [dergiler.sgb.gov.tr/calismalar/maliye\\_dergisi/yayinlar/md/160/021.pdf](http://dergiler.sgb.gov.tr/calismalar/maliye_dergisi/yayinlar/md/160/021.pdf)
- Eroğlu, F. (2000). *Davranış Bilimleri*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Estryn-Behar, M.A, Braudo, M.-H.B, Fry, C.C, Guetarni, K.A., (2011). “Comparative survey of professional burnout among psychiatrists and other specialists in French Public Hospitals (SESMAT enquiry)” [Fransız Devlet Hastanelerinde Psikiyatristler ve Diğer Uzmanların Mesleki Tükenmişliklerinin Karşılaştırmalı Araştırması]. *Information Psychiatrique*, 87(2), 95-117. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-79955058263&partnerID=40&md5=e07d74732fc7aa943cf07a42c3ee0dcd>
- “Etkinlik mi verimlilik mi?”, Capital, (2013). <http://www.capital.com.tr/kose-yazisi/etkinlik-mi-verimlilik-mi-haberdetay-9288>
- Fernandes, C., Bouthillette, F., Raboud, J., Bullock, L., Moore, C., Christenson, J., Grafstein, E., Rae, S., Ouellet, L., Gillrie, C., Way, M. (1999). “Violence in the emergency department: a survey of health care workers” [Acil Bölümünde Şiddet: Sağlık Çalışanlarının Bir İncelemesi], *CMAJ*, 161(10),1245-1248.
- Frenk, J.A D, Knaul, F.M.B, Vázquez-Segovia, L.A.C, Nigenda, G.C., (1999). “Trends in medical employment: Persistent imbalances in urban Mexico” [Sağlık İstihdamında Trendler: Meksika’ daki Sürekli Dengesizlik]. *American Journal of Public Health*, 89 (7),1054-1058, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0033360863&partnerID=40&md5=473d838962024d64ee52a5470a313494>
- Gaisina, L.M.A, Bakhtizin, R.N.A, Mikhaylovskaya, I.M.A, Khairullina, N.G.B, Belonozhko, M.L.b (2015). “Sociological evaluation of effectiveness of labor workers' behavior”, [İşçi Davranışlarının Etkinliğinin Sosyolojik Değerlendirmesi] *Biosciences Biotechnology Research Asia*, 12 (3), pp. 3091-3100. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84958779120&partnerID=40&md5=c1f6793096cdfc603717919846f381c1>



- Gaisina, L.M.A., Mikhailovskaya, I.M.B., Khairullina, N.G.B., Pilipenko, L.M.C., Shakirova, E.V.D. (2015). "Features Of The Formation Of The Corporate Identity Of The Staff", [ Personelin Kurumsal Kimliğinin Oluşumunun Özellikleri], *Biosciences Biotechnology Research Asia*, 12(3), pp. 2543-2555, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84958758466&partnerID=40&md5=e838536af7ba4d141084d11c0f905068>
- Gemalmaz, A. (2009). *Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Temizlik Personelinin Kurumda Çalıştıkları Süre Boyunca İş Kazası Geçirme Durumları ve Son Kaza-Yaralanmaya Ait Özelliklerin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Genç, N. (2004). *Yönetim ve Organizasyon: Çağdaş Sistemler ve Yaklaşımlar*. Ankara: Seçkin Yayınları, 234.
- Gökmen, H. ve Güleç, S. (2010). Tıbbi Malpraktis Riskinin Yönetiminde Bir Araç Olarak Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları". *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(12), 9-16.
- Griffith, J. R. (1985). Labor Productivity İn Hospitals. [Hastanelerde İş Gücü Verimliliği] *Health Matrix*, 3(4), 9-14. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0022300748&partnerID=40&md5=d0750a78525174e3833ecc870492ad24>
- Gümüş, U.T., Yılmaz, B. ve Taşçı, A.G. (Aralık 2013). "İşletmelerde Verimlilik Ölçüm ve Artırma Teknikleri, Örnek İşletmelerde Kullanılabilirliklerinin Değerlendirilmesi" [Bildiri], 4. *Ulusal Verimlilik Kongresi*, Ankara.
- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. (2011). [www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm)
- Ho, J., C.A., Lee, M.-B.B, Chen, R.-Y.A, Chen, C.-J.A C, Chang, W.P.A D , Yeh, C.-Y.A, Lyu, S.-Y.A., (2013). Work-related fatigue among medical personnel in Taiwan[Tayvan'da Sağlık Personeli Arasındaki İş Yorgunluğu] *Journal of the Formosan Medical Association*, 112 (10), 608-615, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84885321794&partnerID=40&md5=93288afd2715951cc5af66ea0e249cd6>

Hospital Personnel Diseases (t.y.). <https://www.cdc.gov/niosh/docs/.../2008-136.p>.

Huang, C.C., You. C.S. (2011). “The Three Components Of Organizational Commitment On İn-Role Behaviors And Organizational Citizenship Behaviors” [Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Davranış Rolü Üzerinde Örgütsel Bağlılığın Üç Bileşeni] *African Journal of Business Management*, 5(28),11335-11344.

International Labour Organization.(2003). ILO Fact Sheet Workplace violence in the health services. [www.ilo.org/wcmsp5/groups/.../wcms\\_161953.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/.../wcms_161953.pdf)

ILO, WHO, ICN, PSI(2003). “Workplace Violence In The Health Sector, Case Study Bulgaria”, [Sağlık Sektöründe İş Yeri Şiddeti, Bulgaristan’ da Vaka Çalışması] [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/en/WVcountrystudybulgaria.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVcountrystudybulgaria.pdf).

Ittner, C.D., Larcker, D.K. ve Meyer, M.W. (2003). “Subjectivity and the Weighting of Performance Measures: Evidence from a Balanced Scorecard” [Nesnellik ve Performans Ölçümlerinin Ağırlıklandırılması: Dengeli bir Puanlamadan İspat] *The Accounting Review*, 78(3),725-758.

İmirlioğlu, İ.(2012). “Verimlilik Terimleri”, [anahtar.sanayi.gov.tr/tr/news/verimlilik-terimleri/130](http://anahtar.sanayi.gov.tr/tr/news/verimlilik-terimleri/130)

İnan, M. (2015). *Milliyet Gazetesi* 2.6.2015 [www.milliyet.com.tr](http://www.milliyet.com.tr) > Gündem > Haber

İnsani Gelişme Endeksi (t.y.) <http://hdr.undp.org/en/cmposite/HDI>

İnsani Gelişme Endeksi (t.y.) [hdr.undp.org](http://hdr.undp.org)

İSGİP Projesi (2011) ELMERİ İmalat Sanayisinde İş Sağlığı ve Güvenliğini İzleme. [www.nurdogan.net/diger\\_dosyalar/ELMERI\\_Yontemi\\_2.pdf](http://www.nurdogan.net/diger_dosyalar/ELMERI_Yontemi_2.pdf) 01.05.2016

İş Doyumu ve Performans (Verimlilik) İlişkisi (2010). <http://www.ikpaylasim.com/is-doyumu-ve-performansverimlilik-iliskisi/>

Jensen, G.A.A., Morrisey, M.A.B., (1986). “Medical staff specialty mix and hospital production” [Sağlık Elemanı Uzmanlığı Karışımı ve Hastane Üretimi], *Journal of Health Economics*, 5 (3), 253-276, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0022544022&partnerID=40&md5=d86556a40c39aef89787791e3b3e1ebe>

- Kahya, E. ve Karaböcek, K. (2004) “Bir Atölyede Oranlarla İş Gücü Verimlilik(WPMR) Modelinin Tasarımı ve Uygulanması”, s.3. [docplayer.biz.tr/8633-Bir-atolyede-oranlarla-iscucu-verimlilik-wpmr-modelinin-tasari](http://docplayer.biz.tr/8633-Bir-atolyede-oranlarla-iscucu-verimlilik-wpmr-modelinin-tasari)
- Kaighobadi, S., Esteghlal, A., Mohebbi, S.(2014). “The Relationship between Quality of Work Life and Performance of the Managers of SMEs of Shiraz Industrial Town: Case study in Iran” [Shiraz Endüstri Kentinde SMEs’nin Yöneticilerinin İş Yaşamı Kalitesi ve Performansı Arasındaki İlişkisi: İran’da bir Vaka Çalışması], *European Journal of Business and Management*, 6(23), 220-227
- Karahan, H. (22 Aralık 2015) “Çalışkanlığımız ve Gelişmişliğimiz”. *Yeni Şafak Gazetesi*, 7.
- Karamık, S.ve Şeker, U. (2015). “İşletmelerde İş Güvenliğinin Verimlilik Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi” [Elektronik Sürüm]. *Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*.
- Keskin Benli, Y. (2012). “Veri Zarflama Analizi (VZA) ve Malmquist Toplam Faktör Verimliliği (TFV): Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama”, *Ege Akademik Bakış*, 12(3), 369-382.
- Klasik Rant Kuramları, David Ricardo Toprak Rantı Kuramı. (t.y.).  
[www.ekodialog.com/kent-ekonomileri/klasik-rant-kuramlari-ricardo.html](http://www.ekodialog.com/kent-ekonomileri/klasik-rant-kuramlari-ricardo.html)
- Koçak, Ö. F. (2013) *Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması*.  
<http://www.saglikaktuel.com/haber/hukuki-yardim-ve-beyaz-kod-uygulamasi-genelgesi-31266.htm> 13.07.2016
- Koffi-Tessio, A.V., Oniankitan, O., Mijiyawa, M. (2010). “Lived And Perceived Of Their Profession By Togolese Doctors” [Tocalı Doktorların Yaşanmış ve Algılanmış Meslekleri] *Tunisie Medicale*, 88 (9), 660-665, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-77958061179&partnerID=40&md5=a5617fe0ccb62da6383a628db1659b35>
- Korkmaz, S. (2008) *Hastanelerde Doktor, Hemşire ve Ebelerin Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Bir Uygulama* (Yüksek Lisans Tezi). Mersin: Çağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Kurt, T. (2005). “Herzberg’in Çift Faktörlü Güdüleme Kuramının Öğretmenlerin Motivasyonu Açısından Çözümlemesi”. *GÜ, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25(1), 290-291
- Kutlar, A. ve Salamov, F. (2013) “Azerbaycan Kamu Hastanelerinin Etkinliği Değişiminin İncelenmesi: Malmquist Endeksi Uygulaması”, *Sakarya İktisat Dergisi*, sakaryaiktisat.com/wp-content/uploads/2016/sayi17/17.6.pdf. 11.06.2016
- Küçüköğlü, M. (Ekim 2015). “İş Tatmini ile Çalışan Verimliliği İlişkisinde Örgütsel Güven ve Etik Değerlerin Rolü: Hizmet Sektöründe Bir Araştırma” [Bildiri], *5.Ulusal Verimlilik Kongresi*, Ankara.
- Lau, B. C. (2009). *Violence in the Emergency Department: an ethnographic study* (Doktora Tezi). Australia: University of Adelaide
- Li, J. (2014). “The Influence Of State Policy And Proximity To Medical Services On Health Outcomes”, [Devlet Politikasının Etkisi ve Sağlık Çıktılarındaki Tıbbi Hizmetlere Yakınlığı], *Journal of Urban Economics*, 80, 97-109, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84890937481&partnerID=40&md5=71849739eb98c116634d3823fff6183f>
- Lionetto, R., Mazzotta, G. (2000). “Guidelines: Some reflections about one of the cultural instruments of the switch of the National Health System” [Kılavuz İlkeler: Ulusal Sağlık Sistemi Anahtarının Kültürel Araçlarından Biriyle İlgili Bazı Düşünceler], *Italian Heart Journal Supplement*, 1(5), 617-631. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0033764138&partnerID=40&md5=08259fbef89e370ad44d6d39d892c7d9>
- Lukens, M.F.A, Fragneto, R.Y.A.B. (2013). “Improving Communication in the Labor Suite” [Çalışma Paketi'nde İletişimin Geliştirilmesi] *Anesthesiology Clinics*, 31 (3), 545-558, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84887207758&partnerID=40&md5=3918d386ba59d95595089ece0bec2f98>
- Maniou, M. (2011). “Intersectorial Relations Of Personnel İn The Hospital [Hastanedeki Personelin Sektörler Arası İlişkileri], *Health Science Journal*, 5

(3), 204-215, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-79960348597&partnerID=40&md5=9b73b6ed3b36736ae2ca20eb1841bbf9>

Martineau, T.A., Gong, Y.B., Tang, S.A., (2004). “Changing medical doctor productivity and its affecting factors in rural China” [Çin Kırsalında Değişen Tıp Doktoru Verimliliği ve Etkileyen Faktörleri], *International Journal of Health Planning and Management*, 19 (2), 101-111. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-3142766213&partnerID=40&md5=47a6ea5058e9d2c6df6d9346664b3bc0>

Manetje, O. M. (2005). *The Impact Of Organisational Culture On Organisational Commitment* (Yüksek Lisans Tezi). Güney Afrika: University of South Africa

Mayhew, C. Chappel, D. (2003). “Workplace Violence in the Health Sector – A Case Study in Australia”. [Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti- Avustralya’da Bir Vaka Çalışması]. *The Journal of Occupational Health and Safety*, 19(6), 5-45.

Maynard, A. (1994). “Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the U.K. National Health Service”, [Sağlık Hizmetinde Rekabet Verimliliği Yükseltebilir mi? UK Ulusal Sağlık Servisi’nin Reformlarından Dersler], *Social Science and Medicine*, 39 (10),1433-1445, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0027970099&partnerID=40&md5=38916af22c49ac54518f167354469b9a>

McDonald, J., Potyk, D., Fischer, D., Parmenter, B., Lillis, T., Tompkins, L., Bowen, A., Grant, D., Lamp, A. Belenky, G. (2013). “Napping On The Night Shift: A Study Of Sleep, Performance, And Learning İn Physicians-İn-Training”, [Gece Nöbetlerinde Kestirmek: Eğitimdeki Doktoların Uyku, Performans ve Öğrenmelerinin Araştırması] *Journal of Graduate Medical Education*, 5(4), 634–638. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3886464/#s7title>

McPake, B.A , Maeda, A.B., Araújo, E.C.b , Lemiere, C.b , Maghraby, A.E.c , Cometto, G.d (2013). Why Do Health Labour Market Forces Matter?, [Sağlık Emek Piyasasının Güçleri Neden Önemlidir?], *Bulletin of the World Health Organization*, 91 (11), 841-846, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84886999337&partnerID=40&md5=15534a3f6cf754ebaab0c8f734b53f0c>

“Measuring employee productivity-topic overview”, Public Health England(2015)  
pp.10.www.gov.uk

Measuring Productivity-OECD Manuel(16 July 2001): “Measurement of Aggregate and Industry-level Productivity Growth” [Toplam ve Endüstri Seviyesindeki Verimlilik Gelişiminin Ölçümü]. *OECD Publications*, 156. [9 Şubat 2016, www.oecd.org]

Milenkovic, M.J.A, Milenkovic, D.B., Dobrota, M.A. (2012). “Communication Via The Web And SMS Services İn The Healthcare System İn The Republic Of Serbia” [Sırbistan Cumhuriyeti'ndeki Sağlık Sistemi Web Üzerinden İletişim ve SMS Hizmetleri]. *Actual Problems of Economics*, 138 (12), 364-369. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84871583602&partnerID=40&md5=aa9f6c4dda32a7ea5c58440925c8eb78>

Milli Prodüktivite Merkezi(2012). <http://www.dso.org.tr>

Milli Prodüktivite Merkezi. (t.y.). [www.tekstil.uludag.edu.tr](http://www.tekstil.uludag.edu.tr)

Mobbing En Çok Hastanelerde Yaşandı. (2013). <http://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-mobbing-en-cok-hastanelerde-yasandi-11-681-55518.html>

Nicholson, S.A., Propper, C.B., (2011). “Medical Workforce”, [Tıbbi İş Gücü] *Handbook of Health Economics*, 2, 873-925, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-83255188028&partnerID=40&md5=bfa526ae253319b953edd0d919f5f870>

Nigenda, G.A, Muñoz, J.A.B., (2015). “Projections Of Specialist Physicians İn Mexico: A Key Element İn Planning Human Resources For Health”, [Meksika'daki Uzman Doktorların Gösterimi: Sağlık İçin İnsan Kaynakları Planlamada Anahtar Bir Element], *Human Resources for Health*, 13 (79), <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84959188822&partnerID=40&md5=373a59bc1af921f13346cab61b367503>

North, N.A., Hughes, F.B. (2012). A Systems Perspective On Nursing Productivity [Hemşire Verimliliğinde Bir Sistem Perspektifi] *Journal of Health, Organisation and Management*, 26 (2), 192-214. <https://www.scopus.com/inward/record>.

uri?eid=2-s2.0-84861303046&partnerID=40&md5=6ddb87de43ea606564a7a308e4149fb9

Nöbet Ertesi Dinlenme Hakkı ve Nöbet Ücretleri (2011).

<http://www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/drer.pdf>

Nzuve, S., Bakari, H. (2012). “The Relationship Between Empowerment and Performance in the City of Council of Nairobi” [Nairobi Şehir Meclisinde Performans ve Güçlendirme Arasındaki İlişki] *Problems of Management in the 21, Century*, 5, 83-98.

Odabaşı, M. (1997). *Verimlilik Diye Diye*. Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları,

Oktay, E., Naralan, A., Özçomak, S. (2008). “Konutlardaki Doğal Gaz Sisteminin Tercih Edilmesinde Etkili Olan Faktörlerin Araştırılması: Erzurum Örneği”. [e-dergi.atauni.edu.tr/ataunisobil/article/download/1020000507/1020000500](http://e-dergi.atauni.edu.tr/ataunisobil/article/download/1020000507/1020000500)

Otegbeye, M.A. B., Scriber, R. A. C., Ducoin, D. A. D., Glasofer, A.A. (2015). “Designing A Data-Driven Decision Support Tool For Nurse Scheduling In The Emergency Department: A Case Study Of A Southern New Jersey Emergency Department” [Acil Departmanında Hemşire Çizelgesi İçin Veriye Dayalı Bir Karar Destek Aracı Düzenlemek: Güney New Jersey Acil Departmanı İçin Bir Vaka Çalışması]. *Journal of Emergency Nursing*, 41(1), 30-35. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84922041948&partnerID=40&md5=f9fb31f421b5b63cd00a2ce56256b68a>

Örücü, E. Kanbur, A. (2008) “Örgütsel-Yönetmelik Motivasyon Faktörlerinin Çalışanların Performans ve Verimliliğine Etkilerini İncelemeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma: Hizmet ve Endüstri İşletmesi Örneği” *Yönetim ve Ekonomi* 15/1, 88. [http://www2.bayar.edu.tr/yonetimekonomi/dergi/pdf/C15S12008/85\\_97.pdf](http://www2.bayar.edu.tr/yonetimekonomi/dergi/pdf/C15S12008/85_97.pdf)

Özdemir, S. Muradova, T. (2008). “Örgütlerde Motivasyon ve Verimlilik İlişkisi”, *Journal of Qafqaz University*, 24, 146-153.

Özkan, Ö. ve Emiroğlu Oya.(2006). “Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik Hizmetler”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3). [www.saglikcalisanisagligi.org](http://www.saglikcalisanisagligi.org)

- Özsever, Ç. ,Gençoğlu, T. ve Erginel, N.(2009). “İşgücü Verimlilik Takibi İçin Sistem Tasarımı ve Karar Destek Modelinin Geliştirilmesi”. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 18, 45-58.
- Öztürk, N. (2010). Klasik ve Neoklasik İktisatta Gelir Bölüşümü. [calismatoplum.org/sayi24/ozturk.pdf](http://calismatoplum.org/sayi24/ozturk.pdf) ss.73
- Parlar S. (2008). “Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı”. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 7(6), 547-554.
- Platis, C., Reklitis, P. ve Zimeras, S. (2015) “Relation between job satisfaction and job performance in healthcare services” [Sağlık Hizmetlerinde İş Performansı ve İş Tatmini Arasındaki İlişki] *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 175, 484 – 487
- Poduval, J. (2015). “Optimizing Medicine Residency Training Programs”, [Tıp İhtisas Eğitim Programı Optimizasyonu] *Optimizing Medicine Residency Training Programs*,1-300. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84944616186&partnerID=40&md5=113049f001f92d151d62d2fbf45bd1c8>
- Pranjik, N. ,Bilic, L. , Beganlic, A. ve Mustajbegovic, J. (2006) “Mobbing, Stress, and Work Ability Index among Physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey Study”, [Bosna Hersek’teki doktorlardaki Mobbing, Stres ve İş Kabiliyeti Endeksi: Anket Çalışması], *Croatian Medical Journal*, 47(5),750-758
- Public Health England, (2015). *Efficiency vs Effectiveness*. [www.gov.uk](http://www.gov.uk) 15.02.2016
- Pulde, M.F. (1999). “Physician-Centered Management Guidelines”, [Doktor Merkezli Yönetim Rehberi], *Physician Executive*, 25 (1), 40-44, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0032602856&partnerID=40&md5=c3736b18b71a7073aad4adc846300953>
- Pulular, G. (2009). *Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında İşletmecilik Açısından Risk Yönetim Modelinin Oluşturulması: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.



- Rankins, R. Hendey, G. W. (Haziran 1999). "Effect of a Security System on Violent Incidents and Hidden Weapons in the Emergency" *Department Annals of Emergency Medicine*, 33(6), 678-679 [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10339683](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10339683)
- Resmi Gazete (2011). Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik". <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm> 10.05.2016
- Resmi Gazete (2011) *İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesine İlişkin Başbakanlık Genelgesi*. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/03/20110319.htm> 22.09.2016
- Resmi Gazete (2011) *Türk Borçlar Kanunu*. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110204-1.htm> 22.09.2016
- Resmi Gazete (2013) *Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/03/20150311.pdf>
- Ricardo, D. (1971). *Principles of Political Economy and Taxation*, Ed. R.M. Hartwell, GB, Penguin Books. 93-94
- Risi, G.F., Bloom, M.E., Hoe, N. P., Arminio, T., Carlson, P., Powers, T., Feldmann, H., Wilson, D. (2010). "Preparing a Community Hospital to Manage Work-related Exposures to Infectious Agents in BioSafety Level 3 and 4 Laboratories", [Biogüvenlik 3 ve 4. Seviye Laboratuvarlarında Bulaşıcı Etkenlere Maruz Kalmayı İdare Etmek için Bir Hastane Komitesi Hazırlamak]. *Emerging Infectious Diseases*, 16(3), 373-378.
- Robbins, S. (2003). *Organizational Behavior*. New Jersey: Pearson International Education. (Original work published 1993)
- Robinson, S.L., Rousseu, D.M. (1994). "Violating the Psychological Contract: Not the Exception But the Norm", [Psikolojik Sözleşmenin İhlali: İstisna Değil Norm] *Journal of Organizational Behavior*, 15, 246-248
- Rosta, J.A, Aasland, O.G.A.B. (2014). "Weekly Working Hours For Norwegian Hospital Doctors Since 1994 With Special Attention To Postgraduate Training, Work-Home Balance and the European Working Time Directive: A Panel Study", [Norveç Hastane Doktorlarının Lisansüstü Eğitim, İş-Ev Dengesi ve Avrupa Çalışma Saatleri Yönergesi' ne Dikkat Edilerek 1994 ten Beri Haftalık

Çalışma Saatleri: Bir Panel Çalışması] *BMJOpen*, 4(10), 1-10. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84908029372&partnerID=40&md5=507a44819ef964da315b47d2dbae2348>

Safety and Health Committee Training (t.y.) <https://www.osha.gov>

Sağlık Bakanlığı (2012). *Çalışan Güvenliği Genelgesi*. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15642/calisan-guvenligi-genelgesi.html> 13.07.2012

Sağlık Bakanlığı Verimlilik ve Kalite Daire Başkanlığı (2013). *Verimlilik Karnesi Gösterge Kartları*. [www.tkhk.gov.tr/DB/19/747\\_DB\\_19\\_verimlilik-karnesi-gosterge-kartlari](http://www.tkhk.gov.tr/DB/19/747_DB_19_verimlilik-karnesi-gosterge-kartlari) 17.05.2016

Sağlık Bakanlığı (2016). *Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*. <http://www.saglik.gov.tr/TR,10518/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeliği-son-degisiklerle-beraber.html> 12.05.2017

Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı (2016). Nöbet Ücretleri. <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/01f683b121524b298e7889ee6b6595df.pdf> 12.05.2016

Salavati, A., Maghsoudi, K. ve Hasani, K. (2013). "Relationship Between Quality of Work Life and Productivity of Manpower", [İş Yaşamı Kalitesi ve İşgücü Verimliliği Arasındaki İlişki]. *Management and Administrative Sciences Review*, 2(3), 244-245

Selik, M.(1988). *100 Soruda İktisadi Doktrinler Tarihi*. İstanbul: Gerçek Yayınevi.

Srivastava,S., Kanpur, R. (2014). "A Study On Quality Of Work Life: Key Elements & It's Implications", [İş Yaşamı Kalitesi Üzerine Bir Çalışma: Anahtar Unsurları ve Anlamları]. *Journal of Business and Management*, 16(3), 54-59.

Suraratdecha, C.A. C., Okunade, A.A.B. (2006). "Measuring Operational Efficiency In A Health Care System: A Case Study From Thailand", [Bir Sağlık Bakım Sisteminde Operasyonel Verimliliği Ölçmek: Tayland'dan Bir Vaka Çalışması] *Health Policy*, 77 (1), 2-23, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-3646093472&partnerID=40&md5=34568860c60dcb126754de7b42b18df0>

- Stirk, F., Massoud, R.M. (2014). "Improving Health Worker Productivity And Performance In The Context Of Universal Health Coverage: The Roles Of Standards", [Sağlık Çalışanlarının Verimliliğini ve Performansını Bütünsel Sağlık Kapsamı Çerçevesinde İyileştirme: Standartların Rollerini] *Quality Improvement, And Regulation*, [http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG7\\_Productivityandperformance.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG7_Productivityandperformance.pdf) 11.07.2016
- Şahin, İ. (1999). "Sağlık Kurumlarında Göreceli Verimlilik Ölçümü: Sağlık Bakanlığı Hastanelerin İllere Göre Karşılaştırmalı Verimlilik Analizi". *Amme İdaresi Dergisi*, 32(2), 123-145.
- Tengilimoğlu. D. , Akbolat, M. ve Işık, O.(2009). "Sağlık İşletmelerinde Performans Yönetimi", [docplayer.biz.tr/10781299-Bolum-viii-saglik-isletmelerinde-malzeme-yonetimi-prof-10.06.2016](http://docplayer.biz.tr/10781299-Bolum-viii-saglik-isletmelerinde-malzeme-yonetimi-prof-10.06.2016)
- Trust (t.y.) <https://www.merriam-webster.com/dictionary/trust>
- Topçu, M. ve Cabbar, Y.(Ekim 2015). "Çalışanların Beklenti ve Yükümlülüklerinin İşgücü Verimliliğine Etkilerinin Psikolojik Sözleşme Kuramı Bağlamında Değerlendirilmesi: Ankara Sanayi Odası Üyeleri Örneğinde Bir Araştırma" [Bildiri], *5.Ulusal Verimlilik Kongresi*, Ankara.
- Turan, Z. , Nakiboğlu, A. ve Çetinkaya, N. (2015). "İktisat Öğretileri ve Marshall". *Turkish Studies*, 10(10), 887-938. [www.turkishstudies.net/DergiPdfDetay.aspx?ID=8179]
- Türk Tabipleri Birliği (Mayıs 2012) *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi* 12.07.2016 <https://www.ttb.org.tr/dergi/index.php/msg/article/viewFile/91/75>
- Türkiye Büyük Millet Meclis (Ocak 2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu (Rapor No:454)14.05.2016 [https://www.tbmm.gov.tr/arastirma\\_komisyonlari/saglik\\_calisanlari/docs/ss454.pdf](https://www.tbmm.gov.tr/arastirma_komisyonlari/saglik_calisanlari/docs/ss454.pdf)
- Uçak, A. (2009). *Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi).Afyon: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Uygur, A. (2007). “Örgütsel Bağlılık İle İşgören Performansı İlişkisini İncelemeye Yönelik Bir Alan Araştırması Ticaret ve Turizm”, *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 8(1), 71-85.
- Ünlü, İ. (2015). *Verimlilik Kavramı*, [www.diyaliz.net/diger/ismailsunu/verim.pdf](http://www.diyaliz.net/diger/ismailsunu/verim.pdf) 01.07.2016
- Wahab, S., Shahibi, M.S., Amrin, A.N.A., Ali, N.N. (2014). “User's acceptance of HIS system: Role of involvement, organizational support and training”, [Kullanıcılarının HIS Sistemi’ni Kabullemesi: Bağlılığın, Örgütsel Destek ve Eğitimin Rolü], *Advanced Science Letters*, 20 (1), 264-267. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84887857010&partnerID=40&md5=85f18ee80dcc59260c616c63f30fd766>
- Weizblit, N.B., Noble, J.C., Baerlocher, M.O.A.D. (2009). “The Feminisation Of Canadian Medicine And Its Impact Upon Doctor Productivity”, [Kanada Tıbbının Feminizasyonu ve Doktor Verimliliği Üzerine Etkisi], *Medical Education*, 43 (5), 442-448, <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-64749090218&partnerID=40&md5=ae6eee408c380a130ec6d95d05e528c2>
- What is labor productivity? (t.y.) <http://www.businessdictionary.com/definition/labor-productivity.html>
- Wick, D. (2010). “Balance Subjectivity & Objectivity – Required Strategic Disciplines”, *Strategic Discipline Blog*. [forum.objectivismonline.com/index.php?/...objectivity-in](http://forum.objectivismonline.com/index.php?/...objectivity-in). 20.06.2016
- Wiskow, C. (2003). “Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector”, *Joint Programme of ILO, WHO, ICN, PSI*. pp 8. [www.who.int/violence.../WV\\_ComparisonGuidelines.pdf](http://www.who.int/violence.../WV_ComparisonGuidelines.pdf)
- Workplace Trust and Employee Productivity: How the Two Go Hand in Hand. (t.y.) <http://golmn.com/workplace-trust-and-employee-productivity-how-the-two-go-hand-in-hand/>
- Yıldırım, D. ve Yıldırım, A. (2010). Sağlık Alanında Çalışan Akademisyenlerin Karşılaştıkları Psikolojik Şiddet Davranışları ve Bu Davranışların Etkileri. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 30(2), 559-570.

- Yiğitbaş, Ç. ve Deveci, E.S. (2011). “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mobbing”. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11(42), 23-28  
<http://www.ttb.org.tr/dergi/index.php/msg/article/view/88/73>
- Yumuşak, S. (2008). “İşgören Verimliliğini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması”. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(3), 241-251.
- Yükçü, S. ve Atağan, G. (2009). “Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik Kavramlarının Yarattığı Karışıklık”. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(4), 1-13  
<http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423871221.pdf>
- Zaim, H. (2011). “Performansa Dayalı Ücret Uygulamasının Doktor Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri”. *Dergipark*, 0(53), 359-374.  
<http://dergipark.gov.tr/iusskd/issue/898/10084>
- Zeytinoglu, E. (1986). *Ekonomik Doktrinler*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim ve Yardım Vakfı Yayınları.

**EKLER****EK 1. Anket****T.C.****ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ****SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ****İKTİSAT TEORİSİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI****Saygıdeğer Hekimler,**

Bu çalışmanın amacı, Erzurum’da çalışan hekimlerin kişisel özellikleri ve çalışma şartlarının verimliliklerine olan etkisini ölçmektir. Bütün hekimleri ilgilendiren böylesine önemli bir konuda aşağıdaki soruları sabır ve içtenlikle cevaplayacağınızı umar, sağlayacağımız katkılar için teşekkür ederiz.

Y.L.Öğr. Ahsen Bayraktar

<b>1</b>	Cinsiyetiniz?	① Bay      ② Bayan
<b>2</b>	Mezun olduğunuz tıp fakültesi?	① Devlet üniversitesi      ② Özel üniversite
<b>3</b>	Branşınız, uzmanlığınız?	① Pratisyen    ② Dâhili      ③ Cerrahi      ④ Temel B.
<b>4</b>	Medeni durumunuz?	① Evli      ② Bekâr
<b>5</b>	Kaç yaşındasınız?	.....
<b>6</b>	Evli iseniz kaç çocuğunuz var?	.....
<b>7</b>	Kaç yıllık hekimsiniz?	.....
<b>8</b>	Bu hastanede kaç yıldır çalışıyorsunuz?	.....
<b>9</b>	Haftalık ortalama kaç saat çalışıyorsunuz?	.....
<b>10</b>	Günlük ortalama kaç hastayla ilgileniyorsunuz?	.....

Aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.		Hiç Katılmıyor	Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor	Tam Katılıyor
11	Verimliliğin ekip çalışmasıyla artırılabilirliğini düşünüyorum.	①	②	③	④	⑤
12	Verimliliğin artırılmasında biçimsel ödüller (terfi, ücret, döner sermaye) etkindir.	①	②	③	④	⑤
13	Yöneticilerin tutum ve davranışları verimliliğimi artırıcı niteliktedir.	①	②	③	④	⑤
14	Çalıştığım malzeme/teknolojik aletler yeterlidir.	①	②	③	④	⑤
15	Alanımla ilgili eğitim, kongre ve seminerler verimliliğimi artırıyor.	①	②	③	④	⑤
16	Aldığım ücret, diğer sağlık kurumlarında aynı tür işe verilen ücretten yüksektir.	①	②	③	④	⑤
17	Kurumumuzda çalışanlar ile yönetim arasında etkin bir iletişim vardır.	①	②	③	④	⑤
18	İşimle ilgili denetim yapılmasını faydalı buluyorum.	①	②	③	④	⑤
19	İş arkadaşlarımı verimli buluyorum.	①	②	③	④	⑤
20	Meslektaşlarımla aramızda güven, dayanışma ve işbirliği vardır.	①	②	③	④	⑤
21	İş dışında yaşadığım bir sorun hastanedeki verimliliğimi etkilemez.	①	②	③	④	⑤
22	Fazla mesai yapmam gerekmiyor.	①	②	③	④	⑤

<b>Aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi belirtiniz.</b>		<b>Hiç Katılmıyor</b>	<b>Katılmıyor</b>	<b>Kararsız</b>	<b>Katılıyor</b>	<b>Tam Katılıyor</b>
<b>23</b>	Nöbetlerim verimliliğimi düşürmeyecek sıklıkta oluyor.	①	②	③	④	⑤
<b>24</b>	Erzurum'un soğuk hava koşulları verimliliğimi düşürmüyor.	①	②	③	④	⑤
<b>25</b>	Hastaneye ulaşım imkânları rahat ve yeterlidir.	①	②	③	④	⑤
<b>26</b>	Doktorlar ile ilgili kararlar doktorların katılımıyla alınır.	①	②	③	④	⑤
<b>27</b>	Hastanede sorunların zamanında çözülmesi verimliliğimi artırır.	①	②	③	④	⑤
<b>28</b>	Hastanenin mimarisi verimliliğimi artırıcı niteliktedir.	①	②	③	④	⑤
<b>29</b>	Hastanenin güvenliği tam sağlanıyor.	①	②	③	④	⑤
<b>30</b>	Hastanenin sosyal imkânları (kantin, yemekhane, spor vs.) yeterlidir.	①	②	③	④	⑤
<b>31</b>	Şehrimizdeki diğer devlet hastaneleri hakkında bir bilginiz var mı?	① Evet		② Hayır		
<b>32</b>	Şehrimizdeki özel hastaneler hakkında bir bilginiz var mı?	① Evet		② Hayır		
<b>33</b>	Diğer şehirlerdeki devlet hastaneleri hakkında bir bilginiz var mı?	① Evet		② Hayır		
<b>34</b>	Diğer şehirlerdeki özel hastaneler hakkında bir bilginiz var mı?	① Evet		② Hayır		
<b>35</b>	<b>Kendinizi bu hastanede ne derece verimli hissediyorsunuz?</b>	① Verimsiz ② Verimli				
<b>Not:</b> Ankete eklemek istediğiniz düşünceleriniz varsa lütfen burada belirtiniz.						

**Anket Bitti... Teşekkür Ederiz...**



**ÖZGEÇMİŞ**

<b>Kişisel Bilgiler</b>	
Adı Soyadı	Ahsen BAYRAKTAR
Doğum Yeri ve Tarihi	Erzurum 09.02.1988
<b>Eğitim Durumu</b>	
Lisans Öğrenimi	Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme (İngilizce)
Y.Lisans Öğrenimi	Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Teorisi
Bildiği Yabancı Diller	İngilizce
Bilimsel Faaliyetler	
<b>İş deneyimi</b>	
Stajlar	ABİGEM
Projeler	
Çalıştığı Kurumlar	Sudea Proje Danışmanlık Şirketi
<b>İletişim</b>	
E-Posta Adresi	<a href="mailto:baahsen@yahoo.com">baahsen@yahoo.com</a>
<b>Tarih</b>	13.05.2017