

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Programı

SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞAN PERSONELİN
MOTİVASYONUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ
VE BİR UYGULAMA

Bahar Geyik

Yüksek Lisans Tezi



T.C. İSTANBUL BİLİM
ÜNİVERSİTESİ

İstanbul, 2016

SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞAN PERSONELİN
MOTİVASYONUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ
VE BİR UYGULAMA

Bahar Geyik

İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Çiğdem Dikmen

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2016

KABUL VE ONAY

Bahar Geyik tarafından hazırlanan “Sağlık Kurumlarında Çalışan Personelin Motivasyonunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ve Bir Uygulama” başlıklı bu çalışma, 16/03/2016 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Ayşe Can BAYSAL (Başkan)



Doç.Dr. A.Tuğrul SAVAŞ (Üye)



Yard. Doç. Dr. Çiğdem DİKMEN (Danışman)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.



Yard. Doç. Dr. İrem ANLI

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kâğıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi bildiririm:

- Tezimin / Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim / Raporum sadece İstanbul Bilim Üniversitesi'nden erişime açılabilir.
- Tezimin / Raporumun ...1.. yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin / raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

16/03/ 2016


Bahar Geyik

ÖZET

GEYİK, Bahar. Sağlık Kurumlarında Çalışan Personelin Motivasyonunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ve Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.

Günümüzde motivasyon tüm sektör çalışanlarında olduğu gibi sağlık kurumlarında çalışan personel için de oldukça önemlidir. Personelin motivasyonunun yüksek olması iş verimliliğinin yükselmesini sağlamakta, böylelikle verilen hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti artmaktadır. Sağlık kurumlarında çalışan personelin motivasyonunu etkileyen faktörlerin incelendiği bu çalışmada; İstanbul ili içerisinde hizmet vermekte olan bir vakfa ait iki hastanede çalışan 207 sağlık personeline anket uygulaması yapılmıştır. Ankete verileri SPSS 18.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Anketteki tüm sorulara ve ölçekteki önermelere verilen cevaplara ait frekans ve yüzde dağılımları hesaplanmış, bu dağılımlar tablolarla gösterilmiştir. Ayrıca ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerden de yararlanılmıştır. Hipotez testleri bölümünde yerine göre gerekli görülen ikiden fazla bağımsız grup ANOVA parametrik testleri ve iki bağımsız grup parametrik t testlerine yer verilmiştir. Araştırma sonunda sağlık kurumlarında çalışan personelin motivasyonunu cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim seviyesi ve gelir seviyesi faktörleri, yaşam kalitelerini ise, meslek, medeni durum, yaş ve gelir seviyesi faktörlerinin etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler

Sağlık Kurumları, Sağlık Personeli, Motivasyon, Yaşam Kalitesi.

ABSTRACT

GEYIK, Bahar. Investigation of Factors Affecting the Motivation of Personnel Worked in Health Facilities and an Application, Post Graduate Thesis, Istanbul, 2016.

In this day and time, motivation is considerably important for health facilities employee as well as all sector employees. If personnel motivation is high, it is provided high labor productivity and, thus quality of service provided and satisfaction of patient increase. When examined in this research, the factors that affect the motivation of personnel in medical institutions; it is conducted a survey to 207 health personnels in two private hospitals that belonging to a foundation in Istanbul. The survey's data is analyzed by SPSS 18.0 Statistics Packaged Software. It is calculated frequency and percentage distribution are related with given answers of all questions and scale propositions. It is displayed on tables. Also it is benefited from subsidiary statistics like average, standard deviation. Hypothesis tests are included ANOVA (analysis of variance) parametric tests and T tests. At the end of research; sex, marital status, age, level of education and income level are affected the motivation and occupation, marital status, age and income level are affected the quality of life for personnels are worked at health facilities.

Key Words

Health Facilities, Health Personnel's, Motivation, Quality Of Life.

ÖNSÖZ

Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Programımda, tez konusunu seçerken isteklerimi göz önünde bulundurup, çalışmam süresince her türlü yardım ve fedakârlığı sağlayan, bilgi, tecrübe ve güler yüzü ile çalışmama ışık tutan, ayrıca bana bu çalışmayı vererek kendimi geliştirmeye yönelik de birkaç adım ileride olmamı sağlayan, çalışmamın yöneticisi, tez danışmanım ve kıymetli hocam Yard. Doç. Dr. Çiğdem Dikmen'e sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca işim ve yüksek lisansımı bir arada yürütmem konusunda her türlü anlayışı göstererek programdan en verimli şekilde yararlanmamı sağlayan Özel Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi YYBÜ Sorumlu Hemşiresi Sayın Gülay Aslan'a, yüksek lisans yaptığım dönemde emeği geçen Hocalarım; Prof. Dr. Ayşe Can Baysal, Doç. Dr. Tuğrul Savaş'a ve Yard. Doç. Dr. Neşe Çapraz'a teşekkürlerimi sunarım.

Bahar Geyik

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO:

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
GİRİŞ	1
1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ	3
1.1. Sağlık Tanımı ve Önemi	3
1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı	6
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Önemi	7
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları	9
1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	9
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	15
1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	15
1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	17
1.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	18
1.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunulması	19
1.4.1. Kamu Kesimi Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri	19
1.4.2. Özel Kesim Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri	20
1.4.3. Sivil Toplum Kuruluşları Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri	21

2. MOTİVASYON	21
2.1. Motivasyon Tanımı Ve Önemi	22
2.2. Motivasyon Çeşitleri	24
2.2.1. İçsel Motivasyon	25
2.2.2. Dışsal Motivasyon	25
2.3. Motivasyon Teorileri	26
2.3.1. Kapsam Teorileri	26
2.3.1.1. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisi	27
2.3.1.2. Hijyen (çift etmen) teorisi	28
2.3.1.3. Başarı ihtiyacı teorisi	29
2.3.1.4. ERG (var olma, ilişki kurma ve gelişme kuramı) teorisi	29
2.3.2. Süreç Teorileri	29
2.3.2.1. Vroom'un Beklenti Teorisi	30
2.3.2.2. Davranış şartlandırma teorisi	32
2.3.2.3. Lawler ve porter'ın bekleyiş teorisi	32
2.3.2.4. Eşitlik teorisi	34
2.3.2.5. Amaç teorisi	34
2.4. Motivasyona Etki Eden Faktörler	35
2.4.1. İş Doyumu	35
2.4.2. Yaşam Kalitesi	39
3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	42
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	42
3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları	43
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	43
3.4. Veri Toplama Araçları	43
3.5. Veri Çözümleme Yöntemleri	44
3.6. Bulgular	48
3.6.1. Demografik Özellikler	48
3.6.2. Sağlık Çalışanlarının Motivasyon Tutumlarına İlişkin Bulgular	54

3.6.3.Sağlık alışanlarının Yaşam Kalitelerine İlişkin Bulgular	61
TARTIşMA	68
SONUÇ VE ÖNERİLER	71
KAYNAKÇA	79
EKLER	84



KISALTMALAR DİZİNİ

AMA	: Amerikan Tıp Birliği
ANOVA	: Varyans Analizi
ERG	: Var Olma, İlişki Kurma ve Gelişme Kuramı
M.Ö.	: Milattan Önce
MEVKA	: Mevlana Kalkınma Ajansı
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
UDHR	: İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
USFEPA	: Amerika Federal Çevre Koruma Ajansı
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar DİZİNİ

	SAYFA NO:
Tablo 1: Güvenirlilik Analizi Sonuçları	47
Tablo 2: Hotelling's T-Squared Testi	47
Tablo 3: Hastane Adına Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	48
Tablo 4: Çalışılan Birime Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	49
Tablo 5: Mesleğe Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	50
Tablo 6: Cinsiyete Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	51
Tablo 7: Medeni Duruma Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	51
Tablo 8: Yaşa Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	52
Tablo 9: Deneyime Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	52
Tablo 10: Çalıştıkları Hastanedeki Deneyime Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	53
Tablo 11: Eğitim Seviyesine Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	53
Tablo 12: Gelir Düzeyine Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları	54
Tablo 13: Ekonomik, Psiko-Sosyal ve Örgütsel-Yönetmel Araçlarla İlgili İfadelere İlişkin Dağılımları	55
Tablo 14: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Meslekleri Arasındaki İlişki	57
Tablo 15: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişki	57
Tablo 16: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki Analizi	58
Tablo 17: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Yaşları Arasındaki İlişki	58
Tablo 18: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Deneyimleri Arasındaki İlişki	59
Tablo 19: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Kurumdaki Deneyimleri Arasındaki İlişki Analizi	60
Tablo 20: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Mezun Oldukları Okul Arasındaki İlişki Analizi	60
Tablo 21: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Gelir Seviyeleri Arasındaki İlişki Analizi	61

Tablo 22: Yaşam Kalitesi İle İlgili İfadelere İlişkin Dağılımlar	62
Tablo 23: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Meslekleri Arasındaki İlişki Analizi	64
Tablo 24: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişki Analizi	64
Tablo 25: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki Analizi	65
Tablo 26: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Yaşları Arasındaki İlişki	65
Tablo 27: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Deneyimleri Arasındaki İlişki Analizi	66
Tablo 28: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Kurumdaki Deneyimleri Arasındaki İlişki Analizi	67
Tablo 29: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Eğitim Seviyeleri Arasındaki İlişki Analizi	67
Tablo 30: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Gelir Seviyeleri Arasındaki İlişki Analizi	68

ŞEKİLLER DİZİNİ

	SAYFA NO:
Şekil 1:Motivasyon Tanımı İçerisinde Yer Alan Bazı Kavramlar	23
Şekil 2:Maslow'un İhtiyaçlar Teorisi	27
Şekil 3: Herzberg Göre İş Ortamında Motive Edici Durum Koruyucu (Hijyenik) Etmenler	28
Şekil 4: Vroom'un Beklenti Teorisi	32
Şekil 5: Porter-Lawler Bekleyiş Teorisi	33



GİRİŞ

Kurumların faaliyetlerinde süreklilik sağlamaları ve varlıklarını devam ettirebilmeleri için çevrelerinde yaşanan değişimlere ayak uydurabilmeleri gerekmektedir. Hizmet ve mal talep edenlerin istek ve beklentileri ortaya çıkan değişimlerin ve farklı yaklaşımların etkisiyle değişime uğramaktadır. Kurumların iş yapma isteği yüksek çalışanlar ile bu beklentileri karşılamaya çalışmaları gerekmektedir.

İçinde bulunduğumuz yüzyılda işletmelerin faaliyetlerinde, verimli ve etkin olmak için en çok kullandıkları araç motivasyondur. İşletmelerin başarılı olmaları da, işletmedeki personelin görevlerindeki bilgi, beceri ve birikimlerine bağlıdır. Sağlık kurumları, birbirinden farklı çok sayıda sağlık personelini, toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini temin etmek hedefi ile bir araya getiren organizasyonlardır. Sağlık kurumlarının başarılı olmasında rol oynayan en önemli faktörlerden birisi de sağlık çalışanlarının motivasyonudur.

Kurumlar hedeflerini yakalayabilmek, tüketicilerine mal ya da hizmet sağlayabilmek amacıyla farklı araçlara gereksinim hissetmektedir. Bu araçlardan en önemlisi şüphesiz “insan”dır. Kurumlarda çok sayıda personel çalıştığı ve insan faktörünün de kurumların en önemli ve ana etmeni olduğu için "personel motivasyonu" kurum bakımından son derece önemli bir yere sahiptir. Motivasyon, çalışanların mevcut şartlarda kurum hedefleri doğrultusunda, işlerini daha iyi, daha hızlı yapmaları ve içlerinde istek uyanması için tanınan ek haklar ve ödümler olarak tanımlanabilmektedir.

İnsan yaşamında önemli yere sahip olan hastanelerin hedeflerine erişebilmeleri personelinin etkili ve verimli çalışmasına bağlıdır. Sağlık personelinin etkili ve verimli olmasını sağlayan araçlar ise motivasyon araçlarıdır. Önemli olan bu motivasyon araçlarını doğru şekilde değerlendirerek çalışanları motive etmektir. Motivasyon seviyesi fazla olan personeller mesleki başarılarının yanında, çalıştıkları örgütün hedeflerine erişmesinde de pozitif yönde katkı sağlamaktadır.

Yaşam kalitesi yüksek olan sağlık personelinin memnuniyeti, hastane ortamında tedavilerinde moral ve motivasyona gereksinimi olan hastalar üzerinde de pozitif etki yaratmaktadır. Sağlık gibi yaşamsal öneme sahip alanlarda faaliyet gösteren kurumların, personelinin yaşam kalitesi ve motivasyon seviyelerinin yüksek tutulması için farklı sektörlere kıyasla daha fazla gayret göstermeleri gerekmektedir.

Motivasyon düzeyi az olan sağlık personelinin hata yapma olasılığı daha fazladır. İnsan yaşamı gibi çok hassas konularda faaliyet gösteren sağlık kurumlarında çalışan personelin yaşam kalitesinin ve motivasyon düzeylerinin fazla olması bu anlamda son derece önemlidir.

Sağlık hizmetlerinde güler yüz, ilgi, hastayı mevcut sıkıntısı hususunda geri bildirimlerle rahatlatmak en az hastaya sunulacak kaliteli bir sağlık hizmeti kadar önem arz etmektedir. Sağlık personeli hasta ve hasta yakınlarının buna benzer isteklerini yerine getirmek ile görevlidir. Bu hizmetlerin gerektiği gibi sağlık personeli tarafından hasta ve hasta yakınlarına sunulabilmesi için çalışanın yeterli motivasyona sahip olması gerekmektedir. Mevcut sağlık hizmetlerindeki kalitenin artırılması ve sağlık personelinin daha verimli çalışabilmesi için çalışanların motivasyonunu etkileyen etmenler dikkate alınmalı ve buna göre düzenlemeli ve çalışanların motivasyon seviyeleri belirlenmelidir.

Bu bilgiler ışığında araştırmamızın amacı; sağlık alanında, kurumlarında görevli personelin görüşlerine göre motivasyonları ile yaşam kalitesi ve iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığının belirlenmesidir.

1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Canlılar dünyasının temel ihtiyaçları arasında sağlıklarını korumak ve varlıklarını devam ettirme vardır. Sağlıklarını koruma ve varlıklarını devam ettirmeye yönelik hareketlerin, canlıların dünya üzerindeki var oluşundan içinde bulunduğumuz zaman dilimine kadar devam ettiği aşikârdır. Başka canlılarda içgüdüsel olarak süregelen bu hareketler, insanlarda zamana paralel bir şekilde kendini göstermiş istenen ve bilinen davranışlara dönüşmekle kalmamış, sosyolojik bir davranış özelliği de kazanmıştır. Böylelikle sağlık hizmetleri sektörü yaratılmıştır. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin insanlığın başından itibaren var olduğu ifade edilebilmektedir.

1.1. SAĞLIK TANIMI VE ÖNEMİ

Birey, aile ve toplumların sağlıklarının korunması, iyileştirilmesi, hasta olanların tedavi edilmesi ve tedavi edilenlerin geri kalan hayatlarını sağlıklı olarak devam ettirebilmeleri sağlık hizmetleri ile mümkün olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı; sağlığı korumak, sağlık korunamadığında hastalığı erken fark etmek ve tedaviyi tam olarak uygulamaktır. Bu bölümde sağlığın tanımı, önemi, sağlık çalışanları ve davranışları, sağlık hizmetleri tanımı ve sağlık hizmetlerinin özellikleri incelenmiştir.

Sağlıklı olarak yaşamak ve sağlıklı bir ortam içinde yaşama hakkı insan haklarının başında gelmektedir. Bu temel hak, bugünkü durumundan farklı bir şekilde olsa da, insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir. Hammurabi kanunları, bu konuda bilinmekte olan en iyi örnekler arasındadır. M.Ö. (milattan önce) 2000 yıllarında yaşayan Babil Kralı Hammurabi, kendi adı ile anılmakta olan kanunlarda, hizmet hekimlerin görev, sorumluk ve alacağı ödülleri belirlemişlerdir¹.

¹ Kavuncubaşı, S., (2000), "*Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*", Siyasal Kitapevi, Ankara.

Sağlık tanımları doktorlar ve hastalar açısından çoğu zaman farklı anlaşılmaktadır. Kişiler açısından sağlık, genel olarak hastalık hallerinin olmaması olarak tanımlanmaktadır. Bazıları kendilerini çok rahatsız etmeyen bir takım yakınmalarını hastalık olarak değerlendirememektedirler. Oysaki hekimler açısından en basit yakınma veya normalden sapma durumları hastalık olarak kabul edilmektedir. Halkın eğitim seviyesi düşüşe geçtikçe ve halkla hekimler arasında bir takım kültür farkı artış gösterdikçe, bu gruplar arasında anlayış farklılıkları artmıştır. Günümüzün şartlarında sağlık kavramı daha geniş şekillerde ele alınmaktadır. Sağlık kavramı Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) anayasasına göre; yalnızca hastalık ve sakatlıkların bulunmayışları değil; bedensel, ruhsal ve sosyal açılardan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır².

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2. maddesi WHO ile paralel olarak sağlığı; "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır³.

Diğer bir tanıma göre; Halk Sağlığı; oluşacak olan hastalıklardan korunmanın, hayat sürelerini uzatmanın örgütlenerek toplum faaliyetleri yolları ile çevre sağlığı koşullarını geliştirmenin, bulaşıcı hastalıkların kontrollerini bireyleri kendi temizlik ve sağlık koşulları yönünden eğitmenin, hastalıkların erken teşhis ve tedavi amacıyla tıbbi organizasyon kurmaların, her bireyin sağlığının devamı amacıyla yeterli bir yaşama seviyesi sağlaması üzere sosyal mekanizmanın gelişme göstermesi ve bu imkânları her bireyin kullanabilmesinin ilmi sanatıdır⁴. Bir başka tanıma göre: sağlık; kişilerin fiziksel ve toplumsal çevreye yönelik olarak vücut ve kafasının düzenli bir şekilde çalışmasıdır⁵.

Sağlık, insan yaşamındaki diğer tüm alanlarda başarılı olabilmek için sahip olunması gereken bir ön şart olarak değerlendirilebilmektedir. İçinde bulunduğumuz yıllarda insanlar bilgi teknolojilerinde yaşanan gelişmelerle beraber erişilebilirliği çoğalan bilgi

² Tekin, F., (1987), "*Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı*", Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 5, 1.

³ Sağlık Bakanlığı, (1961), "*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*", Sayı: 224, Tarih: 12.01.1961, Resmi Gazete No: 10705.

⁴ Erkmen, T., (1973), "*Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik Kavramı Üzerine Deneme*", DPT Yayınları, Ankara.

⁵ Tokgöz, E., (1978). "*Sağlık Ekonomisi*", Toplum ve Hekim Dergisi, 5.

ve tecrübeler sayesinde, doğru tercihleri yaptıkları durumda iyi seviyede sağlığa sahip olacaklarını bilmektedirler. Bundan dolayı sağlık seviyesi üzerinde etkili olabilecek etkenlerin göreceli faydalarının tespit edilmesi, kişisel olarak oldukça büyük öneme sahiptir. Bununla beraber WHO tarafından sağlık tanımına, kişinin sosyal olarak tam bir iyilik halinde olması ifadesinin ilave edilmesi, sağlığın kişisel öneminin yanı sıra sosyal ve toplumsal öneminin de olduğunu hatırlatmıştır. Kişinin sağlıklı olması, hayatındaki görevlerini yerine getirebilmesi, hayattan zevk alabilmesi, üretken olabilmesi için önemli olduğu kadar sosyal ve ekonomik boyutta da önemli katkılar sağlayan bir durumdur. Sağlığın özellikle eğitim ve diğer insani beceri ve nitelikler için değerlendirilen beşeri sermayenin önemli bir faktörü olmasından dolayı taşıdığı önem, ekonomik gelişme ile yakından ilişkilidir⁶.

Sağlığın önemiyle ilgili olarak UDHR'de (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi); "Herkesin, kendisi ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı bulunmaktadır. Herkes işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi kontrolü haricindeki şartlardan meydana gelen geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir" biçiminde yer verilmiştir⁷.

T.C. Anayasasının 56. maddesinde sağlık hizmetleri ve çevrenin korunmasıyla ilgili olarak şu ifadeler yer almaktadır⁸:

- Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.
- Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirliliğini engellemek devletin ve vatandaşların görevidir.
- Devlet, herkesin yaşamını, beden ve ruh sağlığı içerisinde devam ettirmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi yükselterek, işbirliğini gerçekleştirmek için sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemektedir.

⁶ Başar, D., (2008), "Sağlık Düzeyinin Sosyo-Ekonomik Belirleyicileri: OECD Ülkeleri İçin Sağlık Üretim Fonksiyonuna Dayanan Bir Uygulama", Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

⁷ İHEB (İnsan Hakları Evrensel Beyannemesi), (1948), "Madde 25", Sayı: 217 A(III), Tarih: 27.05.1949, Resmi Gazete No: 7217.

⁸ T.C. Anayasası, (1982), "Madde 56", Kanun No: 2709, Tarih: 07.11.1982, Resmi Gazete No: 17844.

- Devlet, bu görevini kamu ve özel sektörlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından faydalanarak, onları denetleyerek yerine getirmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin yaygın bir biçimde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilmektedir. Bununla birlikte; sağlıklı bireylerin, sağlık durumlarının daha üst seviyeye taşınabilmesi için sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlanmalıdır. Sağlığın geliştirilmesi, fiziksel ve ruhsal sağlık durumu, hayat standartlarının kalitesi ve yaşam süresinin artırılmasını hedeflenmelidir⁹.

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi toplumu oluşturan bireylerin bedensel, ruhsal ve toplumsal refahlarını en üst düzeye yükseltmek, çevresel şartlardan kaynaklanan sağlık bozulmalarını önlemek, çalışanları kendi iş çevresinde bedensel ve ruhsal durumuna uygun yere yerleştirerek, orada muhafaza etmek, toplumsal sağlığın gerçekleştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır¹⁰.

Bireylerin ve toplumların sağlıklarını koruyabilmesi, hastalık durumlarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmemiş sakat kalan kişilerin bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlayarak, toplumların sağlık seviyelerini yükseltmek amacıyla yapılan çalışmalarının bütününe "*sağlık hizmetleri*" denir. Sağlık hizmetlerinin korunmasının; teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere üç boyutu vardır¹¹.

Sağlık hizmetleri, meydana gelen hastalıklar teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, ortaya çıkacak olan hastalıkların önlenmesi ve toplumdaki kişilerin sağlık seviyesini geliştirilmesi ile ilgili bir takım faaliyetler bütünüdür. Sağlık hizmetleri, sağlık kurumları tarafından ortaya çıkarılmaktadır¹².

⁹ Kavuncubaşı, a.g.e.

¹⁰ WHO (Dünya Sağlık Örgütü), (1985), "*Report of the Conference of Experts*", Nairobi.

¹¹ Öztekin, Z., Eren, N., (1995), "*Sağlık Yönetimi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler*", Güneş Yayınevi, Ankara. ¹² Kavuncubaşı, a.g.e.

224 sayılı yasanın yine 2. maddesinde yer alan sağlık hizmetleri tanımı; "*insan sağlığına zarar verecek olan çeşitli unsurların yok edilmesi ve toplumun bu unsurların tesirlerinden korunması, meydana gelen hastalıkların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması amacıyla yapılan tıbbi faaliyetler* " biçiminde ifade edilmektedir¹².

Genel olarak sağlık hizmetleri, kişilerin sağlık durumlarını olumlu açıdan değiştirmek için sağlık profesyonellerinin eliyle sunulan tüm hizmetlerdir. Özetle bunlar, kişiye, çevreye ve topluma yönelik koruyucu, geliştirici, iyileştirici ve esenlendirici(rehabilite edici) hizmetleri kapsar¹³.

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Önemi

Sağlık hizmetleri insanların sağlıklarının korunması, teşhis, tedavi ve bakım amacıyla kişisel ve kurumsal bakımdan kamu ya da özel bireylerin vermiş oldukları bir takım hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımın nitelikleri şu şekilde özetlenebilir¹⁴.

- Sağlık hizmetlerinde meydana gelen faaliyetler "*kisilerin sağlığının korunması*" ve "*teşhis, tedavi, bakım*" olmak üzere, iki ana grup içerisinde toplanmaktadır. Sağlık hizmetleri bireysel olarak veya kurumsal olarak sunulmaktadır.
- Gelişmiş olan ülkelerde üst seviyelerde kurumsallaşma söz konusu olduğundan dolayı, sağlık hizmetlerinin örgütler tarafında sunulması daha yaygın durumdadır. Özellikle de sunulmakta olan son hizmetin bir ekip ile üretilmesi ve daha etkin bir şekilde sunulabilmesi kurumsal düşünmeyi ve uygulamayı zorunlu bir hale getirmektedir.

¹² Sağlık Bakanlığı, a.g.e.

¹³ Belek, İ., (1995), "*Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplandırılıyor*", Toplum ve Hekim, 4, 65, 14-25.

¹⁴ Odabaşı, Y., Oyman, M., (1998), "*Sağlık Hizmetleri Pazarlanması*", Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.

- Sağlık hizmetleri kamu ya da özel kişilere sunmuş oldukları hizmetlerdir. Değişim (mübadele) süreçlerinde kar amacı taşıması veya taşınamaması önemli olmamaktadır. Burada önemli olan, hizmet aracılığıyla gereksinimlerin doyuma ulaştırılmasıdır ki, bu da sağlık hizmetlerinin ana amaçları arasında yerini almaktadır. Bu yönü ile sağlık hizmetleri sektöründe, kar amacıyla kurulan ticari kuruluşlar olduğu kadar, kar amacı gütmeyen kuruluşlar da yerlerini almaktadır.

Sağlık hizmetlerinin temel amaçlarından birisi, insanların hasta olmamalarını sağlayarak, o kişileri hastalıklardan korunmasını sağlamaktır. Fakat her türlü çaba gösterilmesine karşın herkesin, her hastalıktan korunması mümkün olmamaktadır; bazı insanlar hastalanabilmektedirler. Hastalandıkları zaman, sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan "*hastaların tedavisi*" uygulamasına geçilmektedir. Günümüzdeki bilgilerimizle ve var olan tedavi yöntemleriyle her hasta tam olarak tedavi edilememektedir; bazıları ölüyor, bazıları ise sakat kalabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı ise sakatların başkalarına bağımlı olmadan kendi kendilerine yeter şekilde hayatlarını devam ettirmelerini sağlamak, bir başka deyişle onları rehabilite etmektir¹⁵.

Modern toplumlarda, pazara sürülen hizmet çeşidinin miktarı ve hizmet sektörünün büyüklüğü, bir ülkenin gelişmişlik derecesini ölçmekte kullanılan kriterlerden biridir¹⁶. Gerçekten de artık yaşam kalitesi denildiğinde sağlık, eğitim, sanat ve kültür, turizm gibi hizmetlerden ne ölçüde yararlandığı anlaşılmaktadır ve günümüzde gelişmiş ekonomiler birer hizmet ekonomisine dönüşmektedir¹⁷. Gelişmişliğin en iyi ölçütlerinden biri olan sağlık hizmetleri, sağlık talebi oluşmasını sağlamak, kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, kronik hasta ve sakat olanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmalardan oluşmaktadır¹⁸.

¹⁵ Öztekin ve Eren, a.g.e.

¹⁶ Karafakıoğlu, M., (1998), "*Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*", İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul.

¹⁷ Öztürk, S. A., (2003), "*Hizmet Pazarlaması*", Ekin Kitabevi, Eskişehir.

¹⁸ Sözen, C., (2003), "*Sağlık Yönetimi*", Palme Yayıncılık, Ankara.²⁰

Kavuncubaşı, a.g.e.

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, teşhis ve tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, araştırma, eğitim ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini içeren hizmetler olarak tanımlanmaktadır²⁰.

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları

Bir toplumda var olan sağlık göstergeleri, bilhassa insan mutluluğunun ana temelini oluşturan sağlıklı olma durumuna ışık tutan temel göstergelerdir. Bu tarafı ile kişilerin sağlıklarını muhafaza etmek ve toplumların sağlık statülerinin geliştirilmesini sağlamak ciddi bir devlet vazifesi olarak hükümetleri ilgilendirmesiyle beraber, kişilerin sağlık hizmetlerine yönelik isteklerinin gittikçe artması bütün dünyada sağlık piyasalarının gelişimine destek vermektedir¹⁹. Sağlık hizmetlerinin temel amaçlarını şu şekilde sıralamak mümkündür²⁰:

- Nitelikli hasta bakımı ve tedavi hizmetlerinin en düşük seviyede maliyetlerle üretilmesini gerçekleştirmek ve ihtiyacı olanlara sunmak.
- Makro seviyede istihdam politikasını, ekonomik ve sosyal kalkınmayı desteklemeye yönelik en modern tıbbi ve teknolojik bilgiler doğrultusunda eğitim ve araştırma yöntemlerinin uygulanması, hastalıkların önüne geçmek ve tedavi etmek için gerekli önlemlerin alınması.
- Ulusal gelire beraber hastalardan sağlanan geliri tasarruflu bir biçimde kullanarak daha fazla hastaya bakım sağlanması, tedavilerinin yapılması ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi.

1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin farklı bir takım nitelikleri bulunmaktadır. Öncelikli olarak sağlık hizmetinin arz ve talebi arasında eşitsizlikleri bulunmaktadır. Sağlık piyasalarında

¹⁹ Kurtulmuş, S., (1998), “Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi”, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.

²⁰ Erdem, Ş., (2007), “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.

tüketiciler satın almak isteyecekleri mal ve hizmetlerin miktarlarını ve kalitesini tayin edemezler. Bununla birlikte sağlık hizmetleri, diğer piyasalardaki mal ve hizmetlerin aksine standart değildir ve tüketiciler çoğunlukla satın aldıkları hizmetin nitelikleri hakkında sınırlı veya yanlış bilgiye sahip olmaktadır. Sağlık hizmetinin tüketimi tesadüfidir ve hastanın, hastalık riskine bağlı olarak yapacağı masraflar belirsizdir. Bu durum sağlık hizmeti talebinin belirsiz olmasına neden olmaktadır. İnsanlar hizmetin niteliği ve niceliği hakkında bilgi sahibi değildir ve pazarlık şansları bulunmaz. Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlamak güçtür ve bu hizmetler ikame edilemediği gibi aynı zamanda ertelenemezler. Aynı zamanda kâr amacı güden ve gütmeyen kurumlarca sağlanmaktadır ve sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile fiyatları arasında zayıf bir korelasyonun bulunduğu ifade edilebilir²¹.

Hizmetler sergilenemez, müşterilere iletilemez ve somut bir nesne gibi elle tutulamazlar. Bu yüzden hasta sağlık hizmetini satın almadan önce kalitesini tam olarak kestiremez. Hasta sağlık hizmetini satın almadan önce onun kalitesi hakkında bir fikir yürütebilmek adına bu soyut kavramı somut ipuçları ile belirlemeye çalışır. Bunun için değerlendirme yaparken sağlık kuruluşunun genel görünümü, kuruluşun sahip olduğu tıbbi aletler, orada karşılaştıkları kişiler, kadrosu çok büyük önem taşır. Sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında hizmetin tanımlanması oldukça önemlidir. Çünkü hizmet satın alınırken sonuç belirsizdir. Teşhis ve tedavi tamamlandıktan sonra bile hasta, verilen hizmeti tam anlamıyla kavrayamayabilir²².

Bunun için hasta yeterince bilgilendirilmeli, verilen hizmet ve bu hizmetin sonucu olan iyi hal durumunun devamlılığı için gerekenler hastaya iyice anlatılmalıdır. Sağlık hizmetleri için sahiplik söz konusu değildir. Sağlık hizmetleri müşterileri hastaneyi satın almazlar, belirli tıbbi ihtiyaçlarını karşılayan, belirli kapasiteleri satın alırlar²³. Yani hastanın satın aldığı hizmetten belirli bir süre faydalanması söz konusudur. Hizmet sunumu tamamlandıktan sonra hastanın kendi başına bu hizmetten yararlanmaya devam

²¹ Ak, B., (1990), *"Sağlık Hizmetlerinde Yönetim"*, Metinler Matbaası, İstanbul.

²² Öztürk, a.g.e.

²³ Urban, C. D., (1991)., *"Market-Driven Communication Strategy"*, Best of Health Care Marketing, 124131.

etmesi mümkün değildir. Hastanın yararlanmaya devam ettiği durum, verilen hizmetin sonucu elde ettiği tedavinin ona sağladığı iyi haldir.

Kolay kullanılabilirlik; hem sağlık hizmetlerinden yararlanan kişiler, hem de hizmet sununlar açılarından incelenebilir hizmetten yararlananlar (toplum) açılarından kolay kullanılabilirlik, "*bireylerinin gereksinim duymuş olduğu mekân ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve gereksinim duyacağı tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesi*" olarak tanımlanmaktadır. Hizmeti sunan kişiler açısından kolay kullanılabilirlik, "*hizmet sunan bireylerin (sağlık profesyonelleri), ihtiyaç duymuş oldukları ilaç, araç-gereç, hizmetler ve diğer sağlık profesyonellerine kolay ulaşabilmesi*" anlamları taşımaktadır. Hizmetlerin kolay kullanılabilirliğini sağlanması amacıyla kişisel Kullanımı kolaylaştırmak ve sağlık hizmetlerinde bütünlük, donanım olarak tüm gereksinimleri karşılaması gerekmektedir²⁴.

Sağlık hizmetlerinin en önemli niteliklerinden biri değişkenliktir. Değişkenlik, hizmet kalitesinin her zaman aynı seviyelerde sunulmaması ve hizmet kalitesinin standartlaştırılmaması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık kuruluşları aynı hizmet kalitesini sunsalar bile hizmeti alan kişilerin farklı düşüncülerinden dolayı sağlık hizmetleri kalitesinde standartlaşma çok zordur. Hizmetin kalitesi, onu sunan kişilere göre değişme gösterdiği gibi, aynı kişinin sunduğu hizmet kalitesi de bir değildir. Hizmetin oluşumunda asıl unsur insan olduğu için ve insan psikolojik bir çevre içerisinde yer aldığından dolayı ruh hali, verdiği hizmeti etkiler. Hizmet üretiminde insan emeğinin oranı arttıkça, kalite farkı da artar. Bir doktorun gün boyu yaptığı ameliyatların hepsinde aynı derecede başarılı olmasını beklemek mümkün değildir. Hizmetlerin kalitesi, teknik kalite ve algılanan kalite olmak üzere iki grupta ele alınabilir; teknik kalite hastanenin sahip olduğu donanımla ilgili iken, algılanan kalite subjektif bir kavramdır ve hastadan hastaya değişmektedir²⁵.

²⁴ Kavuncubaşı, a.g.e.

²⁵ Karafakıoğlu, a.g.e. ²⁸
Kavuncubaşı, a.g.e.

Sağlık hizmetlerinde oluşan kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlarına, hem de insanların beklentilerine uygun bir şekilde sunulması anlamları taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması amacıyla mesleki yeterlilik, kişisel kabul edebilirlik ve kalitenin uygun olması önem taşımaktadır²⁸.

Sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği dayanıksızlıktır. Dayanıksızlık; hizmetlerin depolanamaması, memnuniyetsizlik durumlarında iade edilememesi ve yeniden satılamaması anlamları taşımaktadır²⁶. Hizmetler üreticiden tüketiciye doğru aktarılmaktadır. Taşınmaları ve depolanmaları söz konusu olmamaktadır. Kullanılmadıkları takdirde yok olmaktadır. Hizmetleri depolayıp ihtiyacımız olduğu anlarda kullanma şansımız bulunmamaktadır. Üretildiği bir anda tüketilmesi gerekmektedir. Yeterli talep olmadığı bir dönemde üretilip, gereksinim anında pazara sunulması mümkün olmamaktadır. Bu sebeple, sağlık kuruluşlarının kapasitelerini, talebin en yüksek olduğu seviyeye göre belirlemek zorundadırlar²⁷.

Sağlık hizmetleri, sadece tedavi hizmetleri anlamları taşımamaktadır. Sağlık seviyesini geliştirmek amacıyla birey ve toplumların sağlık durumlarının sürekli bir şekilde takip edilmesi ve gerekli bir takım tedbirlerin alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, sağlık hizmetlerinin entegre olması ile başarılabilmektedir. Sağlık Hizmetlerinde Sürekliliği insanlara odaklanmış bakım, eş gümlenici birimler(aile hekimleri), ve eş güdümlenmiş hizmetlerle sağlanarak kaliteli bir hizmet sunumuna yardımcı olmaktadır²⁸.

Sağlık hizmetlerinde, tüketici konumunda olan kişilerin hizmet ve ürünler konularında bilgisiz olmaları önemli bir niteliktir. Sağlık konusu yalnızca uzun bir eğitim dönemi sonrasında uzmanlık kazanmış bireylerin bilebileceği karmaşıklıktadır. Bu durum, ileri teknolojinin getirmiş olduğu olanaklarla üretilen sağlık hizmetlerinin hizmete sunulması ile daha çok karmaşık bir yapı yaratılmamaktadır. Asıl problem, ürün ve hizmetin niteliklerini bilmek değil, hizmetin getirebileceği yararın bilinmemesidir. Böylelikle de,

²⁶ Öztürk, a.g.e.

²⁷ Karafakıoğlu, a.g.e.

²⁸ Kavuncubaşı, a.g.e.

satın almanın getirmiş olduğu riskin büyük olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin kullanımlarında uzman bilgisinden yararlanmayı gerektirmektedir. Doktor, hangi ilacın ve tahlilin yapılması gerektiğine ve ameliyatın zorunlu olup olmadığına karar verir. Tüketici açısından sağlık hizmetlerinde yapılabilecek seçim hatası istenmeyen kötü sonuçları beraberinde getirecektir. Oysaki aldığımız bir deterjandan hoşnut kalmaz isek, bir daha o markayı satın almayabiliriz²⁹.

Sağlık hizmetleri önce satılmaktadır, sonra eş zamanlı olarak üretim ve tüketim gerçekleşir. Bu durum sonucunda, pazarlama açısından hizmetlerde doğrudan satışı çoğu kez mümkün olan tek dağıtım kanalı haline getirmektedir ve bir hizmet birden fazla pazar ortamında satılamamaktadır³⁰.

Sağlık hizmetini daha önceden alıp denemek ve test etmek olanaksız bir biçimde olduğundan, hizmet veren-hizmet alan ilişkisi tamamen güven faktöre bağlıdır. Fakat tıp hizmetini sunmuş olan kişiler üzerindeki kontrol süreci hastanın memnun kalmasını sağlayacak davranış şeklini geliştirmektedir. Toplumun kültür ve eğitim düzeylerinin artması, sigorta şirketlerinin denetimi, rekabet gibi konular hakkında ahlaki sosyal standartların yanında hizmet sektöründeki tüketici doyumunu olumlu yönde etkileyen faktörlerdendir³¹.

Verimlilik, sağlık hizmetlerine ayrılmış olan kaynakların rasyonel kullanılması anlamları taşımaktadır Verimlilik aracılığı ile sağlık hizmetleri maliyetleri aşağı bir seviyeye çekilmekte, bireylerin hizmetten yararlanma olanakları arttırılmaktadır. Adil finansman, yeterli seviyede ücret politikası ve etkili yönetim sağlanarak kaynakları etkin bir şekilde kullanarak sağlık hizmetlerden daha fazla yararlanılmayı artırarak kaliteli hizmete yardımcı olmaktadır³².

²⁹ Odabaşı, Y., (2004), "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması", Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.

³⁰ Öztürk, a.g.e.

³¹ Odabaşı, a.g.e.

³² Kavuncubaşı, a.g.e. ³⁶

Odabaşı, a.g.e.

Salgın hastalık sonuçlarında, hasta veya hastaların tedavisi bütün toplumların yararlarına olmaktadır. Salgın hastalıklarda olduğu gibi diğer çevreye zararlı bir takım etkiler fiziksel dış etkenler grubuna girmektedir. Eğer salgın hastalık bireysel bir şekilde tedavi edilmezse toplumların riski artış göstermektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, kamu açısından yerine getirilirken, toplumda bulunan bireyin maliyetlere katılmakta, olumlu neticelerinden de yararlanmaktadır. Sağlık hizmetlerini şimdilik gerek duymayanlara da ileride hizmet sunabilmesi amacıyla, kapasite artırma çabalarına devam edilmesi gerekmektedir. Bazı durumlarda, zorlayıcı seçim ile sağlanan yarar, kişinin kendi seçiminden elde edebileceğinden daha fazla olduğu görülmektedir³⁶.

Sağlık kuruluşlarının kalite çalışmaları, sağlık hizmetlerin karakteristik nitelikleri amacıyla hizmet sektöründe yer alan diğer kurum ve kuruluşlara göre daha farklı yaklaşımlar içerisinde sürdürülmektedir. Bahsedilen hizmetlerin nitelikleri şöyle sıralanabilir³³:

- Sağlık işletmelerinde aşırı işbölümü ve uzmanlaşma, nitelikli personel artışı ile beraber işgücü maliyetlerindeki artışı da getirmektedir.
- Hastaneye gelen her hasta farklı tanı ve tedavi özellikleri göstermektedir. Belli bir zaman için hastaneye olan ya da olacak talep doğru tahmin edilememektedir.
- Her hastaya uygulanan sağlık hizmetinin bileşiklik göstermesi hizmetin tanımlanmasını imkânsızlaştırmakta, çıktıların standart olmasını engellemektedir.
- Hizmetin üretimi stoklanamamaktadır. Üretildiği anda tüketilmektedir.
- Hastaneler talep değişikliğine kısa dönemde uyum sağlayamamaktadır.

Amerikan Tıp Birliği (AMA) konseyi tarafından hazırlanmış olan bir raporda yüksek kaliteli sağlık bakımının niteliklerini aşağıdaki gibi sıralanmıştır³⁴:

³³ Benli, T., (2007), "*Hastane Süreçleri*", Rekmay Yayıncılık, Ankara.

³⁴ Özgen, H., (1995), "*Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme*", Toplum ve Hekim Dergisi, "Hastaneler" Özel Sayısı, Türk Tabipler Birliği Yayını, 10, 69-70.

- Sağlığın yükseltilmesi, çeşitli rahatsızlıklardan kaynaklanan sınırlılıkların önlenmesi ve erken teşhis ve tedavi üzerinde durulması,
- Bakımın tam zamanında verilmeye başlanması ve sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz bir şekilde uzatılmaması,
- Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapmasını ve katılımını sağlanmanın yollarının aranması,
- Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanılmasına dayanması,
- Bakımın kişinin kendisini hasta hissedebileceği strese karşı duyarlılıkta ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesi ile sunulması,
- İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistemi kaynaklarının etkili kullanılması,
- Bakımda sürekliliğin sağlanması ve hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi tutulması,
- Hastanın psikolojik bakımında, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve entelektüel performansında ve rahatında, hastanın ilgilileri ile tutarlı mümkün olan en kısa sürede optimal gelişme sağlanması gerekmektedir.

1.3. SAğLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır.

1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişileri hastalıklardan korumak ve sağlığın geliştirilmesi amacıyla verilen hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında kişilerin ve toplumların sağlıklarında tehlike oluşturabilecek sebeplere karşı daha önceden önlem alınmaktadır. Ekonomik yönden ele alındığında ise koruyucu tedbirlerin maliyetinin hastalığın meydana gelmesinden sonraki tedavi hizmetlerinin maliyetinden daha az olması ve bununla beraber kişisel

işgücü kaybının engellenmesi ile ekonomik kaybında engellenmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin bir hedefi olmaktadır³⁵.

Koruyucu sağlık hizmetleri bireye ve çevreye ilişkin olarak iki grupta toplanmaktadır³⁶.

- Çevreye ve Topluma Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Çevreye yönelik sağlık hizmetleri; pis sular, lağım suları ve besin kontrolü, çöplerin imha edilmesi, hava kirliliğinin engellenmesi, katı ve sıvı atıkların zararsız bir duruma getirilmesine benzer hizmetleri içeren hastalık durumu görülmezse bile mutlaka yapılması gerekli olan hizmetlerdir.

Buna göre çevreye yönelik sağlık hizmetleri insanların sağlıklarına tehdit oluşturan çevresel unsurların denetim altına alınması ya da tamamen yok edilmesi amacıyla çevre mühendisleri, kimyagerler, veterinerler gibi uzmanlar sayesinde gerçekleştirilen hizmetlerdir.

- Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Bağışıklık kazanma, hastalıkların erken teşhisi ve tedavisi, bireysel hijyen ve bakım, yeterli ve dengeli beslenme, ilaçla muhafaza, fazla doğurganlık denetimi, sağlık eğitimi, anne ve çocuk sağlığı gibi hizmetlerdir. Bireylere doğrudan sunulan sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan kurumlarda doktor, hemşire gibi sağlık personeli tarafından sağlanır³⁷.

Kişiyeye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, aşılama yapmak sureti ile bağışıklama kazandırma, doğru ve dengeli beslenmeyi gerçekleştirme, periyodik

³⁵ Ayhan, E., (2011), "Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında İnovasyonun Önemi Malatya'da Faaliyet Gösteren Hastanelerde Bir Uygulama", Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.

³⁶ Ayhan, a.g.e.

³⁷ Kızılçelik, S., (1996), "Türkiye'nin Sağlık Sistemi Bir Medikal Sosyoloji Denemesi", Saray Kitabevleri, İzmir.

muayene yaparak hastalığın erken dönemde tanısı, bireylere hijyen ve sağlık eğitiminin verilmesini içermektedir³⁸.

Sağlığı koruyucu tedbirler üç seviyede değerlendirilmektedir.

- Primer Koruma; Birey veya toplum seviyesinde sağlığın geliştirilmesi amacıyla, aşılama, dengeli ve yeterli beslenme, çevrenin güvenli duruma getirmek, bedensel ve duygusal bakımdan iyi olmak amacıyla gerekli olan tedbirlerin alınmasıdır³⁹.
- Sekonder Koruma; Sağlığın bozulma olasılığına karşın erken tanı ve tedavi tedbirlerinin birey ve toplum seviyesinde alınmasıdır⁴⁰.
- Tersiyer Koruma; Hastalık doğrultusunda meydana gelebilecek sakatlıkların ve kalıcı kusurların en düşük düzeylere düşürülmesi, hastanın motive edilmesi ve hayat kalitesinin yükseltilmesine yönelik tedbirlerin alınmasıdır ayrıca rehabilite hizmetlerinin kapsamında yer aldığı da ifade edilebilir⁴¹.

1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetlerine oranla bireysel istekler daha belirgindir. Bu tip hizmetlerde, hizmet sağlanan birey hizmetten direkt olarak faydalanmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin asıl niteliklerinden biri de serbest piyasa koşulları açısından cazipliğidir ve bu niteliği nedeniyle yalnızca kamu kuruluşlarında değil özel sektörde de sunulmaktadır⁴².

³⁸ Turan, N., (2004), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları”, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.

³⁹ Yerebakan, M., (2000), “Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26, İstanbul.

⁴⁰ Yerebakan, a.g.e.

⁴¹ Öztürk, M. B. ve Demirgüneş, K., (2005), “Kurumsal Yönetim Bakış Açısıyla Entelektüel Sermaye”, IV. Orta Anadolu İşletmecilik Kongresi, TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, 13-14 Mayıs, Ankara

⁴² Kurtulmuş, a.g.e.

⁴³ Ayhan, a.g.e.

Hastalığın oluşmasının ardından hastaların muayene ve tedavi edilmesini kapsayan hizmetler tedavi edici hizmetler veya tıbbi bakım hizmetleri (medical care services) şeklinde ifade edilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri üç gruba ayrılmaktadır. Bu gruplar birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleridir⁴³.

- Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Genel olarak hastaların ikinci ve üçüncü basamak grubundaki kuruluşlara doğru yönlendirilmeden daha önce başvurmuş oldukları sağlık kuruluşları sayesinde sunulan hizmetlerdir. Başka bir açıklama ile hastaların öncelikli müracaat ettiği, doktorun değerlendirdiği tedavi, sevk gibi hizmetlerle beraber acil tedavi hizmetleri, ilk yardım sağlık hizmetleri, sağlık kontrolü, ambulans hizmetleri, ayakta teşhis ve tedavi hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve takip hizmetleri benzer hizmetleri kapsamaktadır⁴⁴.
- İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Birinci basamak tedavi hizmetlerinden sevk neticesiyle gelen hastaların muayeneleri ve tedavileri için uzman doktorlardan meydana gelen ve yataklı tedavi hizmetlerinin sunulduğu kuruluşları kapsayan hizmetlerdir. Türkiye'deki tam teşekküllü devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri ikinci basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşlara örnek teşkil etmektedir.
- Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalığın ileri teknoloji ve özel tedaviye ihtiyaç duyması halinde sağlanan sağlık hizmetleridir. Bu tür büyük oranda uzmanlığa ihtiyaç duyulan tedavi hizmetlerinin verildiği yerlere ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri örnek olarak verilebilir⁴⁵.

⁴⁴ Turan, a.g.e.

⁴⁵ Turan, a.g.e.

1.3.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Doğuştan bulunan veya daha sonradan hastalık, kaza gibi nedenlerle oluşan kalıcı hasarlar veya sakatlıklar neticesi bedensel ve ruhsal yeteneklerini yitirmiş bireylerin bu durumlarının hayatlarını etkilemesini engellemek ya da etkiyi en az seviyeye indirmek amacıyla tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak iki biçimde gerçekleştirilen ve amacı bireyin ruhsal ve bedensel açıdan diğer insanlara olan bağımlılığını yok etmek ya da en aza indirmek sureti ile hayata uyum sağlamasını gerçekleştirmek olan sağlık hizmetleridir.

Bu hizmetler iki şekilde verilmektedir⁴⁶:

- Tıbbi Rehabilitasyon: Fiziksel kusurlar ve sakatlıkların giderilmesi, hayat kalitesinin artırılması amacıyla sunulan hizmetlerdir. Duruş bozukluklarının onarılması, ekstremite protezlerinin kullanılması, duyma ve görme gibi kusurların en düşük seviyelere düşürülmesine yönelik çalışmalar örnek olarak verilebilir.
- Sosyal Rehabilitasyon: Fiziksel sakatlık veya özürlü bulunan bireylerin, gündelik hayata etkin bir şekilde katılmalarının desteklenmesi, diğer insanlardan bağımsız olarak yaşayabilmesi için işe motive olma, yeni iş bulma ve eğitim çalışmalarını kapsar.

1.4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNULMASI

Türkiye’de sağlık hizmetlerini sunan kurumlar; kamuya ait hastaneler, özel sektöre ait hastaneler, üniversite hastaneleri, birtakım sivil toplum örgütlerinin bünyesindeki kurum ve kuruluşlar, bazı bakanlıkların bünyesinde olan kuruluşlar ve azınlıklara ait sağlık kuruluşlarıdır.

⁴⁶ Yerebakan, a.g.e.

1.4.1. Kamu Kesimi Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın görevi kamu adına koruyucu ve tedavi edici özellikle sağlık hizmetlerini sunmaktır. Sağlık Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığı yapısında kurulan hastaneler devlete doğrudan bağlı hastanelerdir. Sağlık hizmetlerini sunmakla görevli olan en önemli devlet kurum ve kuruluşları şunlardır⁴⁷:

- Sağlık Bakanlığı’na ait olan hastane, klinik, sağlık evleri ve sağlık ocakları,
- Üniversitelere ait olan hastane, revir ve klinikler
- Milli Savunma Bakanlığı’na ait olan hastane ve klinikler,

Sağlık Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, Üniversite Tıp Fakülteleri ve bazı bakanlıklar Türkiye’de sağlık hizmetlerinin %95’lik bölümünü karşılayan kamu kurumlarıdır. Başhekimler hizmetin sunulmasından sorumlu olan üst düzey yönetici konumundadırlar ayrıca mesleki uygulamalarıyla birlikte idari etkinlikleri de yürütmektedirler. İdari basamak tepeden tabana değin uzanan dikey bir otorite yapısındadır. Halen yürürlükte olan sağlığa ilişkin yasa ve yönetmeliklerin önemli bir bölümü yaklaşık elli yıl öncesine aittir. Kontrol mekanizmaları farklı kaynaklardan yönelen şikâyetlerin değerlendirilmesi ve denetimlerle sağlanmaktadır.

İstatistiksel veriler, kurumun karar biriminin isteği yönünde bilgiye dönüştürülmeden üst yönetime yansıtılmaktadır. Kırsal bölgelerde bulunan sağlık kuruluşunun kadrolaşma ya da donanım güncellemeleri merkezi karar biriminin tercihleri doğrultusunda gerçekleştirilmektedir. Personel hizmeti maksadıyla verilen eğitim programları genellikle statik yapısını muhafaza etmektedir. Yapılmış olan bilimsel çalışmalar sağlık kurumlarında çalışan personelde (iç müşteri) iş doyumsuzluğunun yaygın bir biçimde yaşandığını ortaya koymaktadır. Sağlık giderlerinde maliyet/etkililik çerçevesi kapsamlı bir şekilde incelenmemektedir⁴⁸.

⁴⁷ Soysal, M., Kenanoğlu, G. T., Emre, A., Hameşoğlu, S. (1993), “Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı”, Milli Produktivite Merkezi Yayınları:486, Ankara.

⁴⁸ Çoruh, M., (1997), “Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilebilir”, Modern Hastane Yönetimi, Yıl:1, Sayı:3.

1.4.2. Özel Kesim Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin tedavi edici yönü bulunan aşamasının farklı kısımları, finansmanı özel kişi veya kurumlar tarafından sağlanan kuruluşlar sayesinde gerçekleştirilir. Sağlık hizmetleri açıklaması çok geniştir bu nedenle bu kuruluşlar da kendi aralarında şu şekilde sınıflandırılabilir⁴⁹:

- Hastaneler
- Poliklinikler
- Laboratuvarlar
- Görüntüleme Merkezleri
- Muayenehaneler

1.4.3. Sivil Toplum Kuruluşları Tarafından Sunulan Sağlık Hizmetleri

Toplumun gittikçe bilinçlenmesiyle sağlık hizmetleri kamu ve özel sektörün dışında da gönüllü olarak çeşitli örgütlerde de sunulmaktadır. Bu örgütlere verilebilecek en iyi örnek Kızılay'dır. Sivil toplum kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetleri; vakıflar ve dernekler tarafından sağlanmaktadır.

Vakıfların Sunduğu Sağlık Hizmetleri: Vakıflar sivil toplum kuruluşlarının bilinen en eski şekilleridir. Sağlık hizmetleri sunumları birtakım vakıfların kuruluş sözleşmelerinde bulunmaktadır. Vakıflar genel olarak sağlık hizmetlerini hastane ve poliklinik kurmak suretiyle sağlarlar. Bezm-i Âlem Vakıf Gureba Hastanesi ve Balıklı Vakıf Hastanesi Türkiye'de bu vakıflara örnek teşkil etmektedir⁵⁰.

Derneklerin Sunduğu Sağlık Hizmetleri: Bir sivil toplum örgütü olan dernekler de sağlık hizmetleri sunumu yapabilirler. Kızılay Derneği Türkiye'de bu derneklere verilecek en iyi örnektir.

⁴⁹ Öztürk, a.g.e.

⁵⁰ Öztürk, a.g.e.

2. MOTİVASYON

Teknolojik gelişmeler, iletişim dünyasındaki başarılar ve özellikle insanların ekonomik düzeylerine bağlı olarak yaşam düzeyleri iyileşmiştir. Buna bağlı olarak daha önce onları motive eden sadece temel fizyolojik ihtiyaçlar iken, son yıllarda daha farklı ihtiyaç yapıları ortaya çıkmıştır. Bu nedenle, motivasyon son dönemlerde yönetim psikolojisinin en önemli konularından biri olmuştur.

2.1. MOTİVASYON TANIMI VE ÖNEMİ

Motivasyon; Türkçedeki karşılığıyla güdüleme, Latince "*motive*" sözcüğünden türemektedir. Motivasyon, kişiyi harekete geçiren ve davranışlarının yönünü belirleyen, onların, fikirleri, ümitleri, inançları, özetle istek, gereksinim ve tedirginlikleridir. Kişilerin hareketlerini teşvik eden ve kendilerinden ya da etraflarından kaynaklanan türlü güdü ve topluluğu olarak da ifade edilebilmektedir⁵¹.

Günümüzde hemen hemen tüm insanların, (hekimlerin, avukatların ve bilim insanlarının vb.) kendilerine özel bir motivasyon tanımı vardır. Örnek olarak; ruhbilimcilere göre motivasyon; insan davranışlarının gücü ve yönüyle ilişkili psikolojik bir kavram şeklinde tanımlanmış olup, fizikçilere göre motivasyon; bir organizmanın dokuları içinde enerji dönüşümü yapan uyarıcı, kuvvetlendirici ve sistemli davranış süreci olarak ifade edilmektedir. Türkçede ise güdülenme ve isteklendirme kavramıyla tanımlanmaktadır⁵². Robbins, çalışanların motivasyonu hakkında bireysel parametreleri, iş parametrelerini ve sistem parametrelerini dikkate alarak aşağıdaki öneri ve teknikleri ifade etmektedir⁵³⁵⁴:

- Bireysel değişiklikleri tanımak,

⁵¹ Öricü, E. ve Kanbur, A., (2008), "Örgütsel-Yönetimsel Motivasyon Faktörlerinin Çalışanların Performans ve Verimliliğine Etkilerini İncelemeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma: Hizmet ve Endüstri İşletmesi Örneği", *Yönetim ve Ekonomi*, Cilt: 15, Sayı: 1, Balıkesir.

⁵² Şahin, A., (2004), "Yönetim Kuramları ve Motivasyon İlişkisi", *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı: 11, Konya.

⁵³ Ergül, H.F. (2005), "Motivasyon ve Motivasyon Teknikleri", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:

⁵⁴ , Sayı: 14, Diyarbakır.

- İnsanlarla işleri eşleştirmek,
- Amaçları değerlendirmek,
- Amaçların erişilebilir olarak algılanmasını sağlamak,
- Ödülleri kişiselleştirmek,
- Ödüllerle performansı birbirine bağlamak,
- Sistemin adilliğini sorgulamak,
- Ücretleri göz önünde bulundurmak.

Motivasyon tanımı içerisinde yer alan bazı kavramlar ise şu şekilde sıralanabilmektedir⁵⁵.

- | | | |
|---------------|-----------|------------|
| • Arzu, | • Çıkar, | • Heves, |
| • İstek, | • Seçme, | • Teşvik, |
| • Amaç, | • Tercih, | • Başarı, |
| • Hedef, | • İrade, | • İhtiras, |
| • İhtiyaçlar, | • Hırs, | • Moral, |
| • Dürtü, | • Korku, | • İlgi, |
| • Güdü, | • Özlem, | • Niyet, |
| • Eğilim, | • İdrak, | • Emel, |
| • Davranış, | • Tutum, | • Tutku. |

Şekil 1: Motivasyon Tanımı İçerisinde Yer Alan Bazı Kavramlar

Kaynak: Ali Şahin, Yönetim Kuramları ve Motivasyon İlişkisi adlı makalesinden alınan verilerle derlenmiştir.

Motivasyon, bireyin faaliyetinin yönünü, kuvvetini ve öncelik sırasını belirleyen iç ya da dış bir uyarıcının tesiriyle harekete geçmesi ile alakalıdır. Bir başka deyişle, motivasyon bir kişinin kurum içindeki verimli davranışının nedenini açıklayan hem iç, hem de dış enerji güçleri toplamıdır⁵⁶.

⁵⁵ Şahin, a.g.e.

⁵⁶ Şahin, a.g.e.

Motivasyonun iki önemli niteliği bulunmaktadır. Bunlardan ilki motivasyonun bireye has bir durum olmasıdır. Herhangi bir bireyi motive eden bir faktör, bir başka bireyi motive etmeyebilmektedir. Yani motivasyon sağlayan faktörler bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir. Bir kimseyi çok fazla para kazanma beklentisi motive ederken, bir başka kimseyi ise terfi etmek beklentisi motive edebilmektedir. Motivasyonun ikinci niteliği ise, motivasyon sürecinin yalnızca insan davranış ve hareketlerinde gözlemlenebilir olmasıdır. Bireyin motive olup olmadığı davranışlarından anlaşılabilir. Bundan dolayı motive olmuş bireyin iç ruh halinin davranışlarına yansıdığı ifade edilebilmektedir⁵⁷.

Yöneticinin ana hedeflerinden biri, gereksinimleri sağlanmayan kişilerin yaşadığı dengesizlikleri tespit etmek ve yok etmektir. Aksi halde ise, kişinin yaşadığı bu dengesizlik, onun hal ve hareketlerine, iş verimine, ilişkilerine, moraline, negatif yönde tesir edecektir. Bir başka deyişle, kişide iş verimsizliği, performans azalımı, iş tatminsizliği gibi neticeler meydana gelebilecektir. Bundan dolayı yönetim, personelin sahip olduğu enerjiyi ve faaliyeti harekete geçirerek kurumun hedeflerinin başarılı bir biçimde gerçekleştirilmesini ve personelin işinde etkili ve verimli olmasını sağlamalıdır. Motivasyonun konusunu insan ve insan davranışları oluşturmaktadır. Bu nedenle motivasyon da hedef, insanı kazanmaktır. İnsanları kazanabilmek için ise, insanların beklentileri, hedefleri, istekleri ve gereksinimlerinin bilinmesi önemlidir. Bir başka deyişle, yöneticiler, birlikte çalıştıkları kişileri nelerin motive ettiğini kesin olarak belirleme gayreti içinde olmalıdırlar. Pek çok yönetici maddi ödüllerin personelin motivasyonunun bir parçası olduğuna inanmaktadır. Gerçekten insanlar yalnızca para kazanmak, zengin olmak için mi çalışırlar, genel olarak onların hayatında ücret her şey midir gibi soruların net cevapları bulunmamaktadır. Her şeyden önce bir kişiyi motive etmedeki en önemli etken, onların kim olduklarını anlamaktır. Eğer yönetici, bir kişinin isteklerini ve taleplerini bilmiyorsa, kişinin doğru çatıda (framework) motive olmasını sağlaması son derece güç olacaktır⁵⁸.

⁵⁷ Ünsar, A.S., İnan, A. ve Yürük, P., (2010), "Çalışma Hayatında Motivasyon ve Kişiyi Motive Eden Faktörler: Bir Alan Araştırması", *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 12, Sayı: 1, Edirne.

⁵⁸ Şahin, a.g.e.

2.2. MOTİVASYON ÇEŞİTLERİ

Motivasyon çeşitleri içsel motivasyon ve dışsal motivasyon olmak üzere iki alt başlık altında incelenmektedir:

2.2.1. İçsel Motivasyon

İçsel motivasyon kişilerin öğrenme ve yaratıcılığa karşı kendi yönelimlerini içermektedir. İçsel olarak motive olmuş davranışlar, kişiler tarafından saptanmış faaliyetlerin bir örneğidir. Bunlar kişilerin kendi içsel ilgilerini özgür bir şekilde incelediklerinde doğal ve kendiliğinden gelişen faaliyetlerdir. İçsel motivasyon kişilerin ilginç buldukları faaliyetlere serbest bir şekilde katılımlarını içermektedir. İçsel motivasyon yeniliği ve üst düzeyde motivasyonu sağlamaktadır. Kişilerin tercih yapmaları içsel motivasyonu yükseltirken başkaları tarafından zorlanmaları içsel motivasyonu düşürmektedir. Davranışa yönelik pozitif geribildirimler içsel motivasyonu yükseltirken, negatif geribildirimler içsel motivasyonu düşürmektedir⁵⁹.

2.2.2. Dışsal Motivasyon

Dışsal motivasyon içsel olarak fark edilmeyen fakat bir ürüne erişmek için başkaları ya da bir güç tarafından yönlendirme ile yapılan faaliyet için değerlendirilen terimdir. Örnek olarak, bir iş bulabilmek için ödevlerini yapan bir öğrenci ile ailesinin takdirini kazanmak için daha fazla çalışan öğrenci harici olarak motive olmuştur. Bu örneklerde olduğu gibi dış motivasyonda araçsallık ön plana çıkmaktadır. Çünkü öğrenci bir iş bulabilmek ve ailesinin takdirini kazanmak için ders çalışmayı bir araç olarak görmektedir. Bu durumlarda kişi işten zevk almak yerine yaptığı faaliyeti bir hedefe erişmek için gerekli görmektedir. Dışsal olarak motive edilmiş faaliyetler dışarıdan bir kuvvet sayesinde düzenlenmiştir ve çok az seviyede kişiseldir. Bu tarz faaliyetler dışsal

⁵⁹ Doğan, Ö., (2009), "*İngilizce Hazırlık Okuyan Öğrencilerin Motivasyon Düzeyleri*", (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Eskişehir.

bir isteğin sağlanması veya bir ödüle erişmeyi içermektedir. Bu nedenle kontrollü faaliyetlerdir⁶⁰.

2.3. MOTİVASYON TEORİLERİ

Çalışma yaşamında motivasyona ilişkin ilk araştırmalar sanayi devriminin hemen sonrasında meydana gelmiştir. Bunlar, paranın birincil motivasyon unsuru olduğunu varsayan ve iktisadi gereksinim yaklaşımları olarak benimsenen Taylor (1911), Gilbreth (1911) ve Gantt'ın (1919) araştırmalarından, insan ilişkileri teorilerine kadar oldukça çeşitlidir. Motivasyon hususundaki bu ilk yaklaşımlardan sonra gerçekleştirilen araştırmalarla, çok sayıda yeni teori oluşmuştur. Bu dönemde, insanları faaliyete geçiren bireysel hedef ve gereksinimleri olduğu varsayımlarına dayanan Maslow (1943), McClelland (1961), Herzberg (1966), Alderfer'in (1972) kapsam(içerik) teorileri ve bireyleri motive eden aktif parametreler arasında ilişkileri tanımlayan Hull (1951), Heider (1958), Vroom (1964), Adams (1965), Porter ve Lawler (1968), Locke (1968) ve Porter'ın (1975) süreç teorileri geliştirilmiştir. Bu çalışma ve araştırmalar, iş hayatının kompleks yapıya sahip toplumsal bir sistem olduğunu ve personeller üzerinde bir unsurun tesirini, başka unsurlardan ayırmanın olanaksız olduğunu göstermiştir⁶¹.

2.3.1. Kapsam Teorileri

Kapsam kuramları, insanların güdülerini ve bunların görece güçleri ile insanların bu güdülerini tatmin etmek için peşine düştüğü hedefleri tanımlamakla ilgilidir. Yani kapsam kuramları, gereksinimlerin doğasına ve insanları neyin güdülediğine önem vermektedir⁶². Bu kuramlar kişinin içinde bulunan ve onu davranışa yönlendiren faktörleri anlamaya ağırlık vermektedir.

⁶⁰ Doğan, a.g.e.

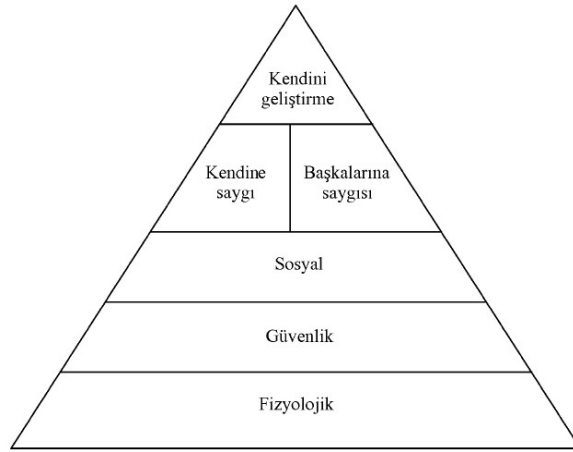
⁶¹ Tuna, M. ve Türk, M.S., (2006), "Kamu ve Özel Sektör Matbaa İşletmelerinde Çalışanların İçsel Motivasyon Düzeylerinin Karşılaştırılması", *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı: 16, Konya.

⁶² Mullins, L. J. (2002), "Management and Organisational Behaviour", PrenticeHall Sixth Edition, UK. s. 426

Kapsam teorileri başlığı altında İhtiyaçlar Hiyerarşisi teorisi, Hijyen (Çift Etmen) teorisi, Başarı İhtiyacı teorisi ve ERG (Var Olma, İlişki Kurma ve Gelişme Kuramı) teorisi incelenmiştir.

2.3.1.1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisi

Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisi, motivasyon teorilerinin temelini oluşturan, klinik gözlemler neticesinde 1954'de ortaya konmuştur. Maslow, araştırmalarını iki temel varsayım üzerinde gerçekleştirmiş ve ortaya çıkarmıştır. İlki, motivasyon bireysel bir olaydır. Bir kişiyi motive eden herhangi bir durum ya da olay başkasını motive etmeyebilmektedir. İkincisi ise, motivasyon yalnızca insanın davranışlarında gözlemlenebilmektedir. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisinin sıralaması ise; fizyolojik, güvenlik, sosyal, saygı duyulma ve kendini gerçekleştirme gereksinimi olarak ortaya konulmuştur. Maslow'a göre, personelin motive olması için yer aldığı ihtiyaç basamağının bilinmesi ve bu gereksinimin karşılanması için gerekli doyum araçlarının sağlanması gerekmektedir⁶³. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi aşağıdaki Şekil 2'de gösterilmektedir⁶⁴:



Şekil 2: Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi

Kaynak: Ay, Z. "Sanayi İşletmelerinde Motivasyon ve Ülkemizdeki Motivasyon Uygulamaları", (Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Konya, 2007.

⁶³ Alkış, H. ve Öztürk, Y., (2009), "Otel İşletmelerinde Motivasyon Faktörleri Üzerine Bir Araştırma", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 8, Sayı: 28, Diyarbakır.

⁶⁴ Ay, Z., (2007), "Sanayi İşletmelerinde Motivasyon ve Ülkemizdeki Motivasyon Uygulamaları", (Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Konya.

2.3.1.2. Hijyen (Çift Etmen) Teorisi

Hijyen (Çift Etmen) teorisini Herzberg, tatmin-tatminsizlik teorisi olarak ifade etmektedir. Bu teori personel, moral sorunlarının belirlenmesinin mümkün olacağını düşünmektedir. İş tatmin ve tatminsizliği, değişik iş faktörlerinden oluştuğu iddia edilmektedir. Personeli tatmin eden faktörler, işlerin içeriği ile ilgilidir. Özellikle başarı, tanınma, işin ilginçliği, sorumluluk alma, gelişme, ilerleme olurken, iş tatminsizliğini meydana getiren unsurlar ise, işin içeriği ile ilgili olmayıp daha çok dışsal ve örgütün yapısı ile ilgilidir. Bunlar; işletme politikası, yönetim anlayışı, kontrol, bireyler arası ilişkiler, çalışma şartları, ücret, statü ve güvenlidir. Hijyen unsurları iş tatminsizliğine neden olmakta, ancak bulunmaları halinde iş tatmini meydana getirmemekte, fakat iş tatminsizliğini önleyebilmektedir⁶⁵.

Motivatörler (Güdüleyici Etmenler)	Hijyen Faktörler (Koruyucu Etmenler)
<ul style="list-style-type: none">• Başarı• Tanınma• Terfi etme• İşin Kendisi• Sorumluluk• Gelişme	<ul style="list-style-type: none">• İşletme Politikası• Amirlerle İlişkiler• Denetim• Ücret• İş Güvenliği• Fiziksel Çalışma Koşulları
Varlığı bireyi güdüler, yokluğu doyum üzerinde etki yaratmaz.	Varlığı güdüleme üzerinde bir etki yaratmaz, yokluğu doyumsuzluk yaratır.

Şekil 3: Herzberg Göre İş Ortamında Motive Edici Durum Koruyucu (Hijyenik) Etmenler.

Kaynak: Alkış, H. ve Öztürk, Y., , "Otel İşletmelerinde Motivasyon Faktörleri Üzerine Bir Araştırma", Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 28, Diyarbakır, 2009.

⁶⁵ Alkış, H. ve Öztürk, Y., (2009), "Otel İşletmelerinde Motivasyon Faktörleri Üzerine Bir Araştırma", Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 28, Diyarbakır.

2.3.1.3. Başarı İhtiyacı Teorisi

Başarı İhtiyacı Teorisi; insan gereksinimleri sonradan öğrenmeyle kazanılabileceğini iddia eden David McClelland ve arkadaşları, başarı, güç ve başkasının kararlarını etkilemek için gereksinimlerin rolünü incelemişlerdir.

Teoriye göre bireyin başkaları ile toplumsal ilişkilerini yükseltmek için ilişki kurma, başkalarını etki altında tutmaya yönelik güç kazanma, başkalarının yetenek ve kabiliyetleri ile belirli bir başarı sağlama gibi türlü gereksinimlerini sağlamaya yönelik davranış göstermesidir.

Bu gereksinimler çok olmasına karşın en sık ortaya çıkan (ilişki kurma, güç kazanma ve başarı güdüsü) üçü üzerinde durulmaktadır⁶⁶.

2.3.1.4. ERG (Var Olma, İlişki Kurma ve Gelişme Kuramı) Teorisi

Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisine alternatif olarak; Var Olma, İlişki Kurma ve Gelişme Kuramı; meydana getirilmiştir.

Alderfer tarafından geliştirilen ve daha çok iş yaşamındaki gereksinimlerle ilgili açıklamalara sahip olan teori, iddia edilen üç gereksinimin baş harflerinden meydana gelmiştir. Bu ihtiyaçlar, var olma, ilişki kurma ve gelişmedir.

- **E** – Existence (Varoluş).
- **R** – Relatedness (İlişki Kurma).
- **G** – Growth(Gelişme).

⁶⁶ Alkış ve Öztürk, a.g.e.

Teoriye göre, insanların ana gereksinimleri tahmin edilip sağlanamaz ise, daha üst seviyede olan talep ve gereksinimlerin motive edici niteliği anlam ifade etmemektedir⁶⁷.

2.3.2. Süreç Teorileri

Kişilerin hangi amaçlar tarafından ve nasıl motive edildikleri ile ilgilidir. Başka bir deyişle belirli bir davranışı gösteren kişinin, bu davranışı tekrarlaması nasıl sağlanabilir, sorusu süreç teorilerinin cevaplamaya çalıştığı temel sorudur. Süreç teorilerine göre ihtiyaçlar kişiyi davranışa sevk eden faktörlerden sadece birisidir. İçsel faktöre ek olarak pek çok dışsal faktör de kişi davranışı ve motivasyonu üzerinde rol oynamaktadır.

Süreç teorileri başlığı altında;

1. Vroom'un Beklenti teorisi,
2. Davranış Şartlandırma teorisi,
3. Lawler ve Porter'in Bekleyiş teorisi,
4. Eşitlik teorisi,
5. Amaç teorisi, incelenmiştir.

2.3.2.1. Vroom'un Beklenti Teorisi

Victor Vroom tarafından ortaya atılan beklenti teorisi, motivasyon modeli olarak son derece yaygın benimsenmiş teorilerden bir tanesidir. Vroom kendisinden önce gerçekleştirilen motivasyon içerik teorilerinin tersine, gereksinimlerin varlığının tek başına yetmeyeceği, aynı zamanda insanların davranışta bulunması için, bu davranışların gereksinimleri karşılama hedefe erişeceği yönünde beklentilerinin olması gerektiğini iddia etmiştir. Vroom'a göre motivasyon üç ana faktörün meydana getirdiği bir neticedir. Bunlar⁶⁸:

- **Valens:** Bir bireyin belirli bir çaba harcayarak edinebileceği ödülü arzulama derecesini ifade etmektedir.
- **Beklenti:** Bireyin algıladığı bir ihtimali ifade etmektedir. Bu ihtimal belli bir çabanın belli bir ödülle ödüllendirileceği hakkındadır. Eğer birey çaba sarf

⁶⁷ Alkış ve Öztürk, a.g.e.

⁶⁸ Göçer, Y., (2010), "Örgüt İçi İletişimin Çalışan Motivasyonuna Etkisi", (Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul. ⁷¹ Göçer, a.g.e.

etmekle belli bir ödülü edinebileceğine inanıyorsa, daha fazla çaba gösterecektir. Bundan dolayı bekleyişi 0 ile +1 arasında farklılaşan bir değer ile ifade etmek mümkündür.

- **Araçsallık:** Birey belli bir çaba ile belli bir seviyede performans sergileyebilmektedir. Bu performans da belli bir biçimde ödüllendirilebilmektedir. Bu ödüllendirmede birinci kademe sonuç olarak bireyin maaşı yükseltilebilmektedir. Aslında birinci kademe sonuçlar, ikinci kademe sonuç olarak nitelendirilebilecek amaçları gerçekleştirilmede araçtır. Araçsallık birinci kademe sonuçların ikinci kademe sonuçlara eriştireceği hususunda bireyin sahip olduğu sübjektif ihtimali ifade etmektedir. Araçsallık çeşitli kademeler arasındaki ilişkiye, bekleyiş ise gayret ile birinci kademe arasındaki ilişkiye işaret etmektedir. Aşağıdaki şekilde Vroom'un Beklenti Teorisi gösterilmektedir⁶⁹:

Bu teoriye göre bireyin çabası sonucunda bir ödül alacağı beklentisi içerisinde olması ve bu ödüle verdiği bağlılık derecesi şöyle formüle edilebilir⁷⁰:

$$\text{MOTIVASYON} = \text{Daha fazla gayretin ödüllendirileceği beklentisi} \times \text{Bireyin ödüle verdiği değer}$$

İnsanlar alternatiflerin çekiciliğini değerlendirirken 3 temel noktayı göz önünde bulundururlar:

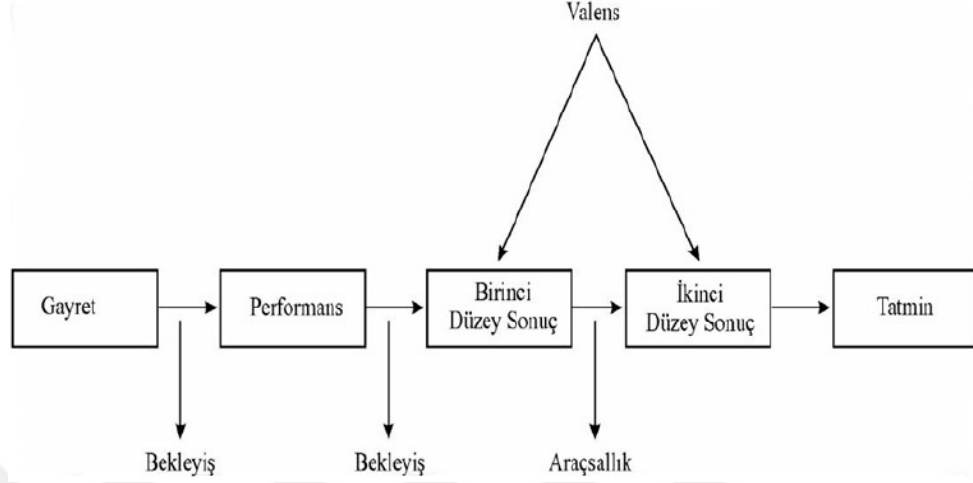
1-Eğer bu seçeneği seçersem performansım ne olacak ? (expectance perception = beklenti algısı) .

2-Eğer belirli bir düzeyde performans gösterirsem ne elde edeceğim?(instrumentality perception =araçsallık algısı) .

⁶⁹ Erdem , A. (1993) "Süreç Kuramlarının Eğitim Yönetimine Katkıları " ,(Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi. Sınıf Öğretmenliği Bölümü.. D. E. Ü. Doktora Tezi), Pamukkale.

⁷⁰ Erdem ,a.g.e

3-Bu sonuçların her birine ne kadar değer veriyorum? (valence perception =değer algısı).



Şekil 4: Vroom'un Beklenti Teorisi

Kaynak: Göçer, Y. "Örgüt İçi İletişimin Çalışan Motivasyonuna Etkisi", (Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2010.

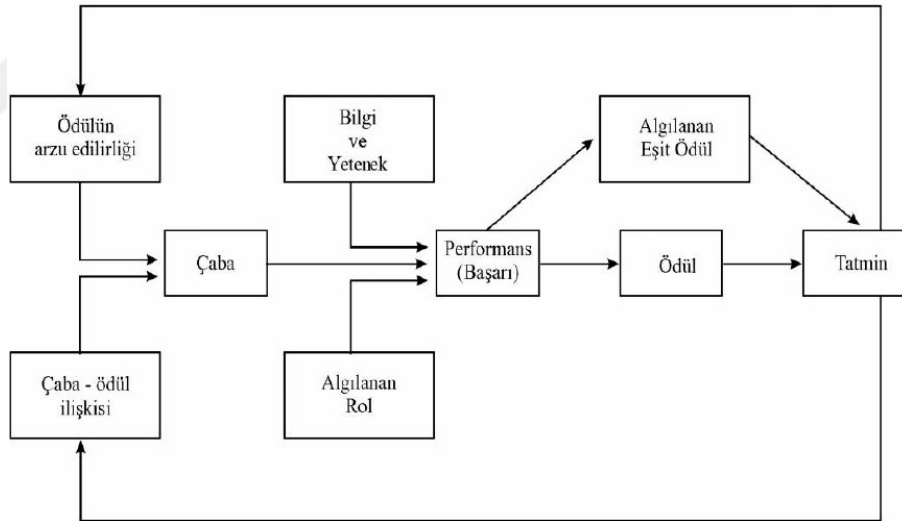
2.3.2.2. Davranış Şartlandırma Teorisi

Disiplinler arası bir iş alanı olan yönetimin, psikolojiden almış olduğu en önemli kavramlardan biri de şartlandırma kavramıdır. Motivasyon teorisi olarak değerlendirilen şartlandırma türü sonuçsal şartlandırma (edimsel şartlandırma, operant şartlandırma) türüdür. Bu türün temeli, davranışların, karşılaştığı sonuçlar tarafından şartlandırıldığı varsayımdır. Bu şartlandırma kavramı B. F. Skinner tarafından meydana getirilmiştir. Bunun organizasyonlara uygulanması ile de "*Örgütsel Davranış Değiştirme*" adıyla nitelendirilen yeni bir alan meydana gelmiştir⁷¹.

⁷¹ Tuğcu, F., (2009), "Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Motivasyon Arasındaki İlişki: Bir Anket Uygulaması", (Niğde Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Niğde.

2.3.2.3. Lawler ve Porter'ın Bekleyiş Teorisi

Lawler ve Porter'ın Bekleyiş Teorisi genelde Vroom'un Beklenti kuramı üzerine kurulmuş olmakla beraber teoride aynı zamanda; çaba, bilgi, beceri ve algıların rol değişikliklerine göre performans ödüllendirmesinin söz konusu olabileceği iddia edilmiştir. Teoriye ilave edilen başka bir kavramda "*algılanan rol*" olgusudur. Her işletme üyesi başarılı olabilmek için işletmenin kendisine yüklediği role dair uygun bir rol anlayışına sahip olmalıdır. Porter-Lawler modelinin ilk üç basamağı Vroom'un beklenti modelinin aynısıdır. Fakat Porter-Lawler modeli çabanın direkt olarak başarıya erişemeyeceğine işaret etmektedir. Çabanın başarıya götürebilmesi için bilgi, beceri ve rol algılamalarıyla desteklenmesi gerekmektedir. Modelde çok önemli bir başka nokta başarıdan sonra ne olacağıdır. Modelde başarıdan sonra erişilen ödüller ve bu ödüllerin algılanma şekli, tatmini belirlemektedir. Aşağıdaki şekilde Porter-Lawler Bekleyiş Teorisi gösterilmiştir⁷²:



Şekil 5: Porter-Lawler Bekleyiş Teorisi

Kaynak: Göçer, Y. "Örgüt İçi İletişimin Çalışan Motivasyonuna Etkisi", (Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2010.

⁷² Göçer, a.g.e.

2.3.2.4. Eşitlik Teorisi

Eşitlik teorisine göre çalışan personeller, kendilerine karşılaştırma temeli olarak, genellikle yüksek seviyede ödüllendirilmekte olan bireyler tercih etmektedirler. Adams'a göre personeller, karşılaştırma yaparken kendi değerlerini, yüksek seviyede bir yere yerleştirme gayreti içerisinde olacaklardır. Farklı bir ifadeyle, kendi görev ve çalışmasını, daha yüksek bir görevle bir tutan kimseler, kendilerinden çok daha fazla iyi muamele gören yüksek seviyedeki bireylerden daha az kabiliyetli olmadıklarını göstermek istemektedirler. Bu nedenle Adams'a göre bireyler, karşılaştırmaya temel aldıkları bireylerin ödülleri ile kendi ödülleri arasındaki farkın çok önemli olduğunu düşünmeye başladıkları zaman, böyle bir eşitsizliği algılamayanlara göre, çalışmalarında ve işlerinde daha büyük bir mobilite göstermektedirler. Bu teorinin temeli kişinin kendi kurumunda farklı bir kişiyle ya da kendi durumunda olan farklı bir organizasyonda görev alan bireyin durumu ile kendisini kıyaslaması ve çalışma ortamı ile ilgili algıladığı eşitlik ya da eşitsizlikle ilgilidir. Eğer birey iş bağlantılarında aynı muameleye tabi olduğu fikrinde ise motivasyon pozitif doğrultuda olacaktır.

2.3.2.5. Amaç Teorisi

Amaç teorisi, Edwin Locke tarafından geliştirilmiş olup bu teoriye göre, bireylerin tespit ettiği amaçlar onların motivasyon derecelerini de belirleyecektir. Bu teori amaç odaklıdır ve davranışlar amaçlara göre belirlenmektedir. Locke'a göre, belli amaçlara sahip olmak performansı yükseltmekte, kendileri için yüksek seviyede amaçlar belirleyen insanlar daha fazla oranda gayret etmekte ve işlerini daha iyi yapmaktadırlar. Dolayısıyla, daha yüksek seviyede amaçlar belirleyen bireyler onlara göre daha düşük amaçlar belirleyen bireylere göre yüksek performans gösterecektir. Bireylerin belirledikleri hedefler onların başarı derecelerini direkt olarak etkileyecektir. Amaçlar, kişilerin kendileri tarafından belirlenebildikleri gibi organizasyon veya yönetim tarafından da belirlenebilmektedir. Hem kişi hem de örgüt tarafından belirlenen amaçlar "*belirginlik, güçlülük ve kabul edilebilirlik*" niteliklere sahip olmalıdır. Çeşitli yönetim uygulamaları ve özellikle amaçlara göre yönetim uygulaması, örgütlerde amaç belirleme işinin önemine dikkat çekmiş ve bunun nasıl olması gerektiği hususunda bir takım öneriler getirmiştir. Bu öneriler Amaç Teorisi açısından geçerliliğini koruyabilir.

Yönetici açısından önemli olan, yönetimin öngördüğü amaçlar ile kişinin belirleyeceği amaçlar arasındaki uygunluktur. Bu ise amaç belirlemede astların da katkısını gerektirmektedir⁷³.

2.4. MOTİVASYONA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Motivasyona etki eden pek çok faktör olmakla birlikte, bu bölümde iş doyumunu ve yaşam kalitesi kavramlarına değinilecektir.

2.4.1. İş Doyumu

İş doyumunu, bireyin işle ilgili değerlerinin işte karşılandığını algılaması ve bu değerlerin kişinin gereksinimleri ile uyumlu olması olarak ifade edilmekte, farklı bir deyişle; çalışanın işini veya çalışma yaşamını değerlendirmesi neticesi duyduğu haz veya eriştiği duygusal doyum olarak tanımlanmaktadır⁷⁴.

İş doyumunu, genellikle iş ortamını meydana getiren durumlara karşı personelin göstermiş olduğu pozitif veya negatif duygular ya da tepkiler olarak ifade edilebilmektedir⁷⁵.

İş doyumunu, insanın farklı davranışları gibi, duygusal, bilgisel ve davranışsal niteliklerinin karışımıdır. Locke, iş doyumunu, bir kişinin işini veya işle ilgili hayatını, memnuniyet verici ya da olumlu bir duygu ile neticelenen bir durum biçiminde ifade etmektedir⁷⁶.

İş doyumunu, iş görenlerin işlerinin farklı yönlerine karşı yürütmüş oldukları tutumların birikimidir. Böylelikle iş görenin işiyle ilgili genel tutumu pozitifse iş doyumunu, negatifse iş doyumsuzluğu meydana gelmektedir⁷⁷.

⁷³ Göçer, a.g.e.

⁷⁴ İzgar, H., (2001), *Okul Yöneticilerinde Tükenmişlik*, Nobel Yayınları, Ankara.

⁷⁵ Özgüven, İ. E., (2003), *Endüstri Psikolojisi*, Pegem Yayınları, Ankara.

⁷⁶ Çetinkanat, C., (2001), *Örgütlerde Güdülenme ve İş Doyumu*, Anı Yayıncılık, Ankara.

⁷⁷ Tellioglu, A., (2004), "İstanbul İli Beyoğlu İlçesi'nde Çalışan İlköğretim Okulu Öğretmenlerin İş Doyum Düzeyleri", Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi.

Çetinkanat'a (2001) göre, iş doyumunda üç önemli etken bulunmaktadır.

İlki; iş durumuna gösterilen duygusal bir tepki olarak iş doyumunu görülmemesinde anlaşılmaktadır.

İkincisi; çalışan kendisine çok iyi davranıldığını, adaletli bir ücret sistemi olduğunu düşünüyorsa işlerine karşı pozitif bir tutum geliştirebilmektedir.

Üçüncüsü ise, iş doyumunu, kendisi ile ilgili bazı özellikler sergilemektedir⁷⁸.

İş doyumunu, çalışan ve organizasyon bakımından son derece önemli bir kavram olmaktadır. Bunun sebebi ise, çalışanın doyumunun çok kısa sürede doğrudan üretimi etkilemesinden kaynaklanmaktadır. Doyum yeterli seviyede olmadığına, çalışan işinde doyumuna erişemediğinde, doyumsuzluğu oranında hayal kırıklığına uğramaktadır. Hayal kırıklığına uğrayan çalışan işe karşı isteksizlik, örgüte karşı soğukluk, devamsızlık, işini tam yapmama gibi üretimi etkileyen psikolojik reaksiyonlar sergileyecektir⁷⁹.

İş doyumunu, örgütsel davranış araştırmacılarının ilgi merkezidir. İş doyumunu üzerindeki ilginin öncelikli esas sebebi, işe yönelik pozitif ve negatif eğilimlerin örgütsel davranış üzerinde güçlü bir etkiye sahip olmasıdır. Bir başka ifadeyle, kişinin iş yaşamı boyunca gördükleri, yaşadıkları, sağladıkları, sevinç ve üzüntüleri olacak bu tür bilgi ve duygu birikimleri neticesi de işlerine ya da örgütlerine karşı tutumları geliştirecektir. İş doyumunu bu tutumun genel yapısıdır. Bireyin işine karşı tutumu pozitif ve negatif olabileceğinden ötürü, personeli elde tutmanın ana unsurlarından birisi de iş doyumunu olmaktadır⁸⁰.

İş doyumunun önemini belirtmek gerekirse üç başlık altında aşağıdaki gibi toplanabilmektedir⁸¹:

1. Birey Bakımından: İş doyumunun yüksekliğinin çalışan mutluluğuna katkıda bulunacağı, düşmesinin ise bireyin işine yabancılaşmasına, buna

⁷⁸ Çetinkanat, a.g.e.

⁷⁹ Poyrazoğlu, N., (1992), "Hastane Çalışanlarında İş Doyumunun Verimlilik İlişkisi", Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi.

⁸⁰ Erdoğan, İ., (1996), *İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış*, Avcıol Basım Yayın, İstanbul.

⁸¹ Sertçe, S., (2002), "Kamu Kuruluşlarında Yöneticilerin İş Doyumunu Üzerine Bir Araştırma (İzmir Emniyet Teşkilatı Örneği)", Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.

bağlı olarak da ilgisizlik ve uyumsuzluğun meydana geleceği düşünülmektedir.

2. Organizasyon Bakımından: Çalışanlarının beklentilerini karşılayabilen örgütlerin personel bulmakta zorlanmadıkları, personelinin devamlılık sağladığı, iş doyumunu sağlayamayan ve beklentileri karşılayamayan örgütlerin ise personel bulmakta zorlanmaları, mevcut çalışanlarda devamsızlıkların çoğalması ve buna bağlı olarak verimliliğin azalması, iş doyumunun örgüt bakımından ne derece önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

3. Yönetici Bakımından: Yöneticilerin başarısı; personelin örgüt hedefleri doğrultusunda verimli çalışmasına bağlıdır. Üstleri tarafından özellikle, başka kişilerin yanında takdir edilmek, çalışanın işe karşı şevkini, amirlerine karşı saygısını yükseltmektedir.

Bir kurumun öncelikli amacı başarıya ulaşmak olduğuna göre insan kaynakları yönetiminin bu amaca ulaşmak üzere çalışanların yönetiminin yanı sıra onların işe alınması, eğitimi, motivasyonu, iş tatmini, sosyal faaliyetlere katkısı konularında etkin olması kaçınılmazdır. Küreselleşme sürecinde enformasyon ve bilgi teknolojilerinden daha çok yararlanılarak gelişmiş ülkeler düzeyinde bir personel sistemi ve örgüt yapısına sahip olabilme artık çok önemli bir gereklilik durumundadır⁸².

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlık sektörü giderek artan bir hızda büyümektedir. Genel nüfusun yanı sıra, sağlık mesleğine yönelik fakülte/üniversite sayıları ile beraber mezun sayıları da artmaktadır. Nicelik kadar nitelik, hem hizmet alanlar, hem de verenler tarafından önemsenmektedir. Eczane ve hastanelerin verdiği hizmet kalitesi ölçümlerinde her yeni gün yeni kriterler önem kazanmaktadır. Günümüzde, sağlık hizmeti verenlerin yaşam memnuniyeti, buldukları örgüt içinde yaşadıkları ile doğrudan etkileşmektedir. İşgörenin bireysel, toplumsal ve yönetsel

⁸² Tümgan, C., (2007), "Kamu Örgütlerinde Motivasyon ve İş Tatmini", Yüksek Lisans Projesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi.

davranışlarını bir bütün içerisinde konu alan disiplinlerden biri de örgütsel davranış bilimidir.

Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarında genel olarak iş doyumunu etkileyen faktörler; meslek, çalışılan birim, meslek seçimi, mesleğin uygunluk durumu, mesleğe bağlılık durumu, mesleğinde kendini geliştirmek için yapılan faaliyetler, yönetim görevi, ek görevler, çalıştığı kurumun kişisel bilgi, beceri ve yetenekleri geliştirici olanaklar sağlama durumu, çalışma nedeni, iş yerinde sorun yaşama durumu, gelir düzeyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır⁸³.

Çimen ve Şahin'in (2000) yapmış olduğu bir çalışmada ise; iş doyum düzeyi genç yaştaki çalışanlarda, hemşirelerde, pratisyen olarak görev yapan hekimlerde düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Hizmet süresi az olan genç yaştaki çalışanların iş doyum düzeyinin yükseltilmesi için bu grubun çalışma koşulları içinde desteklenmesi ve çalışmalarında yol gösterilmesi yararlı olacağı düşünülmektedir. Hemşirelerin iş doyumlarının artırılmasında branşlaşmanın önemli olduğu düşünülmüştür. Bunun için hemşirelere staj süresi içinde çalışma alanları belirlenerek buna yönelik eğitim almaları sağlanmalı ve aldıkları eğitim doğrultusunda görev verilmelidir. İş yüküne dayalı ölçümler yapılarak iş yükünün çok olduğu cerrahi ve yoğun bakım bölümlerinde görev yapanların çalışma sürelerinin diğer servislerde görev yapanlara göre (örneğin günde 6 saat) daha az olması iş doyum düzeyini yükseltecek bir faktör olarak değerlendirilmelidir⁸⁴.

İş doyum; çalışma koşulları ve ortamı, çalışma ilişkileri, bireysel ve toplumsal beklentilerle şekillenen bir süreçtir. Çalışma ortamı, iş doyumunu etkileyen etmenlerden biridir. Hastanelerde çalışma ortamının sağlık ekibi ve hasta yararına tedavi edici ortam özelliği taşıması gerekmektedir. Çalışma ortamı iş doyumunu, iş doyum düzeyi de çalışma ortamını etkiler. Bu karşılıklı bağlantı ve denge içinde, iş doyumunu yüksek çalışanlar, hasta için önemli olan tedavi edici ortamı yaratabilirler. Tedavi edici ortam,

⁸³ Derin, N., (2007), "Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler", Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.

⁸⁴ Çimen, M. ve Şahin, İ., (2000), "Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyinin Belirlenmesi", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 5, Sayı: 4.

hastaneye kabul edilen bireylerin en kısa zamanda sosyal yaşamlarına yeniden dönebilecek bir duruma gelmelerine yardım eden; onların özgüvenlerini, benlik değerlerini, diğerleriyle ilişkilerini geliştiren, yeteneklerini artıran ideal ve dinamik ortamdır. Tedavi ortamı hastaların kısa sürede kendilerini toplumsal yaşama hazır hissederek taburcu olmalarını kolaylaştırır. Sağlık çalışanlarının tedavi ortamını nasıl algıladığını değerlendirmek; görevlilerin var olan çalışma ortamlarına bakışını, kişisel olarak çalışma ortamları hakkındaki tercihlerini ve dâhil oldukları çalışma ortamları hakkındaki görüşlerini anlamayı sağlar. Elde edilecek bulgular neticesinde çalışma ortamları, çalışanların performansını ve yürütülen hizmetlerin kalitesini ve mükemmelliğini olumlu bir şekilde destekleyecek duruma getirilebilir. Çünkü olumlu çalışma ortamları; çalışanların kurumda tutulmasında, iş doyumunun sağlanmasında ve hastalardan elde edilen sonuçlar üzerinde ciddi etkilere sahiptir⁸⁵.

2.4.2. Yaşam Kalitesi

Toplumsal şiddet, yoksulluk ve göç, ulusal ve uluslararası düzeyde, toplumların yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyen olgulardır. Yapılan çalışmalar, bu olguların birbirlerini de etkilediği veya birbirinin sebebi ya da sonucu olabildiğini gösterir. Bir toplumun yaşam kalitesini artırmak için herhangi birinde yapılacak bir düzenleme ya da gelişim diğerlerini olumlu açıdan etkileyecektir. Mevcut durumun profilini çıkarmak ve bu profildeki sorunların giderilmesi için belli başlı eylemler belirlemek de bu tür bir etkinin ilk adımını oluşturmaktadır⁸⁶.

Yaşam kalitesi, bir kişinin görünürdeki fiziksel ve zihinsel zindelik durumudur. Birçok etmen yaşam kalitesine katkıda bulunabilir. Bunlar arasında yaşamın "iyi" olması, kişinin mutluluğu ve başkalarına bağımlı olmadan işlerini yaparak yaşamın keyfini çıkarması sayılabilir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalıklar ve hastalıkların tedavisiyle etkilenebilen durumlarla ilgilidir. Örneğin, hastalığa bağlı ağrı ve bunun

⁸⁵ Saygılı, M. ve Çelik, Y., (2011), "Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları ile İş Doyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 14, Sayı: 1.

⁸⁶ MEVKA (Mevlana Kalkınma Ajansı), (2012), *Yaşam Kalitesi Temelinde Toplumsal Şiddet, Göç ve Yoksulluğun İncelenmesi*, Konya.

işlevlere getirdiği kısıtlamalar, günlük etkinliklerde başkalarının yardımını gerektirir ve hastanın yaşam kalitesini azaltır. "Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?" gibi basit bir soru, yaşam kalitesini, resmi olmasa da bir ölçme yoludur. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde sağlık hizmeti görevlileri genellikle yaşam kalitesini anketler kullanarak ölçerler. Bu anketler, hastadaki fiziksel ve zihinsel belirtiler, ağrı ve günlük yaşam etkinlikleri gibi birkaç konuyla ilgili sorular içerir. Bu tür anketler, doktorların bir hastalığın ya da tedavi uygulamalarının kişinin yaşamını nasıl etkilediğini daha iyi anlamalarını sağlar⁸⁷.

Yaşam kalitesi kavramı son yıllarda hem uygulamalı hem de deneysel çalışmaların önemli bir çıktısı olarak kabul edilmektedir. Melson'a (1980) göre yaşam kalitesi kavramı geleceğe ilişkin umut, yeterli gıda, giyecek, barınma koşulları, gelir düzeyi, işle ilgili beklentilerin karşılanması, anne ve çocuk sağlığı, aile refahı ve toplumsal refahı içermektedir. Rice ve Tucker (1986) ise; yaşam kalitesini, yaşam yönetimi sisteminin bir çıktısı ve insanların yaşam biçimlerinden duydukları tatminin ölçümüne ilişkin bir standart olarak tanımlamaktadırlar. Amerika Federal Çevre Koruma Ajansı (USFEPa) da yaşam kalitesi kavramını "insanların içinde yaşadıkları çevrenin niteliklerinin iyileştirilmesi; bireyler ve grupların refah içinde olma durumu" olarak açıklamaktadır. Bu tanım hem nitelik hem de niceliği vurgulamaktadır⁸⁸.

Yaşam kalitesi sağlık kavramını içermektedir ancak bu kavramla sınırlı değildir. İnsan yaşamındaki önemli alanlar, sağlıklı ve hasta gruplarında yapılan araştırmalar sonucunda çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. Flanagan yaşam kalitesini 15 yön içeren 5 ana dalda sınıflandırmaktadır⁸⁹:

1. Fiziksel ve maddesel iyilik

- Maddesel iyilik hali ve finansal güvenlik
- Sağlık ve kişisel güvenlik

2. Diğer insanlarla ilişkiler

⁸⁷ Güler, D., (2006), "Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon", Uzmanlık Tezi (Prospektif Çalışma), Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. ⁹⁰ MEVKA, a.g.e.

⁸⁸ Bearfield, S., (2003), "Quality of Working Life: Comparing the Perceptions of Professionals and Clerical Salesand Service Workers", *Acirrt-Working Paper*, No: 86, 1-22.

⁸⁹ Güler, a.g.e.

- Eş ile ilişkiler
 - Çocuk sahibi olma ve büyütme
 - Ana-baba, torun veya diğer akrabalarla ilişkiler
 - Arkadaşlarla ilişkiler
3. Sosyal, toplumsal ilişkiler
- Diğerlerine yardım ve destek
 - Yerel ve idari işlere katılım
4. Kişisel gelişme ve görevleri yerine getirme
- Entelektüel gelişim
 - Anlama ve planlama
 - Mesleki rolü sürdürme
 - Yaratıcılık ve kendini ifade etme
5. Eğlence, dinlenme
- Başkalarıyla sosyal ilişkiler
 - Pasif ve gözlemsel eğlence, dinlenme eylemleri
 - Aktif eğlenceye katılım

Dünya üzerinde insanlar birbirine bağlı ve etkileşim halinde küresel ekosistemin birer parçaları halinde yaşarlar. Artık günümüzde birinin yaptıkları, diğer insanların yaşam kalitesini doğrudan etkiler. Böylece bir toplum ve bir aile içinde bulunan bireyin yaşam sorumluluğu çok boyutlu bir görev haline gelir. Toplumdaki ve ailedeki çoklu değerler, ihtiyaç düzeyleri yaşam kalitesinin de algılanmasını, yaşam kalitesi konularına verilen önemin düzeyini etkiler⁹⁰.

3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırma, betimsel yöntem modeli kullanılarak uygulanmıştır. Ayrıca geçmiş zamana veya şu anda var olan bir durumu mevcut haliyle betimlemeyi hedeflemiştir. Araştırmaya konu olan olay, kendi koşulları içerisinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılmaktadır. Olayı farklılaştırma ve etkileme çabası gösterilmemektedir. Önemli olan

⁹⁰ MEVKA, a.g.e.

bilmek istenen şeyi gözleyip belirleyebilmektir. Betimsel veriler genellikle anket, karşılıklı görüşme ya da gözlem yoluyla toplanmakta olup, bu araştırmada veriler anket yolu ile toplanmıştır. Hazırlanan anket ile katılımcıların mevcut niteliklerinde her hangi bir manipülasyon yapılmaksızın veri toplanarak, mevcut durum hakkında katılımcıların görüşleri alınmaya çalışılmıştır.

Araştırmada veri toplama yöntemi kullanılmıştır. "Anket, belirli bir hedef ve plana göre düzenlenmiş soru listesidir. Ankette çok ya da az soru bulunabilmektedir. Bunlar çoğunlukla geniş kitlelere uygulanmakta ve sonuçlar üzerinde istatistiksel değerlendirmeler yapılmaktadır". Uygulanmasının kolay olması, geniş kitlelerden çok bilgi toplamaya uygunluğu nedeniyle ve maliyeti düşük olduğu için bu teknik seçilmiştir. Ayrıca, konu sınırlandırmanın kapalı uçlu soru ve cevap seçenekleriyle oldukça mümkün olması, cevaplanma kolaylığı sağlaması, değerlendirmesinin kolay oluşu, gizlilik ve güvenilirliğinin yüksek olması gibi nedenlerden dolayı tercih edilmiştir⁹¹.

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu çalışmanın genel amacı, İstanbul il merkezinde faaliyet gösteren bir vakfa ait iki hastanede çalışan personelin motivasyonlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Bu araştırma ile özellikle sağlık alanında çalışan motivasyonuna ilgi ve dikkat çekileceği beklenmektedir. Araştırma önemli ve gereklidir, çünkü :

Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi, sundukları hizmetin bakım kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Motivasyon düzeyi düşük olan sağlık çalışanlarının hata yapma ihtimalleri daha yüksektir. İnsan hayatı gibi çok hassas konularda faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarında çalışanların iş yaşam kalitesinin ve motivasyon düzeylerinin yüksek olması bu anlamda önem arz etmektedir.

⁹¹ Karasar, N., (2009), *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Ankara: Nobel Yayıncılık.

3.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE VARSAYIMLARI

- Bu araştırma, 2015 yılında, İstanbul ilinde faaliyet gösteren bir vakfa ait iki hastanenin çalışan sağlık personeli ile sınırlıdır.
- Araştırma bulgularının sonuçları örnekleme sınırlıdır.
- Verileri değerlendirme ölçeği, araştırmacının belirleyeceği ölçek ile sınırlıdır.
- Anketleri cevaplayan hastanede görevli sağlık çalışanın sorulara doğru cevapladıkları varsayılmıştır.
- Veri toplamada kullandığımız anket çalışması amacımıza uygun ve yeterlidir.
- Araştırmanın örnekleme evreni temsil edebilecek yeterliliktedir.
- Araştırmada kullanılan istatistiksel çözümleme yöntemleri, verilere ve araştırmanın amaçlarına uygundur.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini 2015 yılı, İstanbul İl Merkezinde hizmet vermekte olan bir vakfa ait iki hastane oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden, izinde ve raporlu olmayan tesadüfi seçilmiş toplam 207 hastane personeli oluşturmuştur.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri Toplama Aracı olarak; örneklem grubuna ait sosyo-demografik veri elde edilmesine yönelik bir demografik bilgiler bölümü, ekonomik, psiko-sosyal ve örgütsel-yönetimsel araçlarla ilgili bilgiler bölümü ve sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi ile ilgili bilgiler bölümü kullanılarak anketle toplanan veriler değerlendirilmiştir. Hastane personeli hakkında kişisel bilgi edinmek için 10 sorudan oluşan bilgi formu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Anketin Ekonomik, psiko-sosyal ve örgütsel-yönetmel araçlarla ilgili bilgi almaya yönelik ikinci bölümünde “kesinlikle katılmıyorum” dan “tamamen katılıyorum” a göre puanlanmış 10 maddelik 5’li likert tipi ölçek kullanılmıştır.

Yaşam kalitesi ile ilgili bilgilerin yer aldığı anketin üçüncü bölümünde de 15 maddelik “hiç hoşnut değil” den “çok hoşnut” a kadar puanlanmış 5’li likert tipi ölçek bulunmaktadır. Böylece deneklerin ifadeye hangi derecede katıldıkları belirlenmektedir. İlgili sorulara verilen cevapların tanımlayıcı istatistiği olarak ortalama ve standart sapma değerinden yararlanılmıştır.

3.5. VERİ ÇÖZÜMLEME YÖNTEMLERİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 18.0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı t-testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkiyi Pearson korelasyon, etki ise regresyon analizi ile test edilmiştir. Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir;

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

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Ortalamaların karşılaştırılmasına ilişkin hipotez testlerinin tamamında hipotezler şu şekilde kurulmaktadır⁹²:

H₀: Ortalamalar incelenen değişkenin grupları arasında farklı değildir.

H₁: Ortalamalar incelenen değişkenin grupları arasında farklıdır.

Testin karar aşamasında p değeri 0,05 anlamlılık değerinden küçük ise H₀ hipotezi reddedilir ve ortalamaların incelenen değişkenin grupları arasında farklı olduğu şeklinde yorum yapılır, aksi takdirde yani p değeri 0,05 anlamlılık değerinden büyük ise H₀ hipotezi reddedilemez ve ortalamaların incelenen değişkenin grupları arasında farklı olmadığı şeklinde yorum yapılır.

Araştırmada öngörülen hipotezlere ise aşağıda yer verilmiştir:

- **H₁**: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri mesleklerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H₂**: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H₃**: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H₄**: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H₅**: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H₆**: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri kurumlarındaki deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

⁹² Kalaycı, Ş., (2010), *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Ankara: Asil Yayınları.

- **H₇**: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri mezun olunan okula göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H₈**: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri gelir seviyesine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H₉**: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri mesleklerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H₁₀**: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H₁₁**: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H₁₂**: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H₁₃**: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H₁₄**: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri kurumlarındaki deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H₁₅**: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri mezun olunan okula göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H₁₆**: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri gelir seviyesine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Ankette değerlendirilen ölçeğin, elde edilen veriler ile geçerliği ve iç tutarlılığı analiz edilmiştir. Ölçeğin verilen cevaplar doğrultusunda güvenilir sonuçlar verip vermeyeceği bilinmelidir. Bunun için de güvenilirlik analizi yapılarak C.A. (Cronbach's Alfa) değeri hesaplanmıştır.

Güvenirlik analizi verilerin rastlantısallığını ölçmek amacıyla yapılmaktadır. Eğer, ankete verilen cevaplar rastgele dağılım gösteriyorsa anket sonuçlarının güvenilir olduğuna karar verilmektedir. Güvenirlik analizi seçilen örneğin güvenilirliğini,

rastlantılığını ve tutarlılığını test etmekte kullanılmaktadır. Sonucun güvenilir olup olmadığına Cronbach's Alpha (α) değerine göre karar verilmektedir⁹³.

α değeri,	$0,00 \leq \alpha < 0,40$	ise;	Güvenilir değil
	$0,40 \leq \alpha < 0,60$	ise;	Düşük güvenilirlikte
	$0,60 \leq \alpha < 0,80$	ise;	Oldukça güvenilir
	$0,80 \leq \alpha \leq 1,00$	ise;	Yüksek güvenilirdir.

Araştırmanın güvenilirliği ile ilgili hipotezler şöyledir:

H_0 : Cronbach's Alpha katsayısı güvenilir değildir.

H_a : α katsayısı güvenilirdir.

Tablo 1: Güvenirlik Analizi Sonuçları

Ölçek	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Sağlık Çalışanlarında Motivasyon Ölçeği	0,861	30

Tablo 1'de Cronbach's alpha değerinin 0,861 olması, ankette kullanılan motivasyon düzeyi tutum ölçeğinin oldukça yüksek güvenilir kategorisinde olduğunu göstermektedir. Buna göre ölçekteki önermelere verilen cevapların tutarlı olduğu ve bu verilerin kullanılabilir olduğu belirlenmiştir.

Cronbach's Alpha katsayısının geçerliliği ise; Hotelling's T^2 testi ile anlaşılabilir. Tablo 2'de Hotelling's T^2 testi sonucu gösterilmektedir:

Tablo 2: Hotelling's T-Squared Testi

Hotelling's T-Squared	F	df1	df2	Olasılık Değeri
794,661	22,967	29	145	0

Tablo 2'ye göre olasılık değeri 0,05'ten küçük olduğu için H_0 hipotezi reddedilir ve α katsayısının güvenilir olduğu anlaşılır.

⁹³ Kalaycı, a.g.e.

3.6. BULGULAR

Araştırmada tanımlayıcı model Toplanan verilerin değerlendirilmesi ve analiz edilmesinde SPSS 18.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Anketteki tüm sorulara ve ölçekteki önermelere verilen cevaplara ait frekans ve yüzde dağılımları hesaplanmış, bu dağılımlar tablolarla gösterilmiştir. Ayrıca ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerden de yararlanılmıştır. Hipotez testleri bölümünde yerine göre gerekli görölen ikiden fazla bağımsız grup ANOVA parametrik testleri ve iki bağımsız grup parametrik t testlerine yer verilmiştir.

3.6.1. Demografik Özellikler

Aşağıdaki tabloda örneklem grubundaki katılımcıların çalıştığı hastane şubesine göre frekans dağılımları gösterilmektedir:

Tablo 3: Hastane Adına Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişken	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Hastane Adı	A Hastanesi	103	49,8
	B Hastanesi	104	50,2
	TOPLAM	207	100

Tablo 3'e göre ankete katılan kişilerin hangi hastanede çalıştıkları incelendiğinde; %49,8'inin Vakıf A'da %50,2'si ise Vakıf B'de çalışmaktadır.

Tablo 4'de örneklem grubundaki katılımcıların hastanede çalıştıkları birime göre frekans dağılımları gösterilmektedir:

Tablo 4: Çalışılan Birime Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişken	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Çalışılan Birim	Acil Servis	16	7,7
	Ameliyathane	6	2,9
	Bebek Bakım Odası	4	1,9
	Biyokimya	5	2,4
	Böbrek Nakli	5	2,4
	Bronkoskopi Ünitesi	1	,5
	BT	2	1,0
	Cildiye	1	,5
	Çocuk Cerrahisi	1	,5
	Çocuk Polikliniği	8	3,9
	Çocuk ve Ergen Psikiyatri	1	,5
	Dahiliye	7	3,4
	Eczane	3	1,4
	Endoskopi	4	1,9
		Enfeksiyon	1
Genel Cerrahi		4	1,9
Göğüs Hastalıkları		2	1,0
Göz		1	,5
Kadın Doğum Servisi		12	5,8
Kalp Damar Cerrahisi		3	1,4
Kan Alma		1	,5
Kardiyoloji		2	1,0
KBB		3	1,4
KVC		2	1,0
Mikrobiyoloji		3	1,4
Nefroloji		2	1,0
Onkoloji		1	,5
Organ Nakli		5	2,4
Patoloji		2	1,0
Pediatri		1	,5
Radyoloji		12	5,8
Teknik Servis		1	,5
Üroloji		2	1,0
Yenidoğan Ünitesi		2	1,0
Yoğun Bakım Ünitesi		11	5,3
Toplam		207	100,0

Tablo 4'e göre ankete katılan kişilerin hastanede çalıştıkları birimleri incelendiğinde; %7,7'lik bir bölümünün acil serviste, ve diğerlerinin sırasıyla; kadın doğum servisi (%5,8), radyoloji (%5,8), yoğun bakım ünitesi (%5,3), çocuk polikliniği (%3,9), dahiliye (%3,4), ameliyathane (%2,9), biyokimya (%2,4), böbrek nakli (%2,4), organ nakli (%2,4), bebek bakım odası (%1,9), endoskopi (%1,9), genel cerrahi (%1,9), eczane (%1,4), kalp damar cerrahisi (%1,4), KBB (%1,4), mikrobiyoloji (%1,4), BT (%1,0), göğüs hastalıkları (%1,0), kardiyoloji (%1,0), KVC (%1,0), nefroloji (%1,0), patoloji (%1,0), üroloji (%1,0), yenidoğan ünitesi (%1,0), bronkoskopi ünitesi (%0,5), cildiye (%0,5), çocuk cerrahisi (%0,5), çocuk ve ergen psikiyatri (%0,5), enfeksiyon (%0,5), göz (%0,5), kan alma (%0,5), onkoloji (%0,5), pediatri (%0,5) ve teknik servis (%0,5) birimlerinde çalışmaktadır.

Tablo 5'de örneklem grubundaki katılımcıların mesleklerine göre frekans dağılımları gösterilmektedir:

Tablo 5: Mesleğe Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişken	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Meslek	Doktor	33	15,9
	Sağlık İdarecisi	4	1,9
	Hemşire	77	37,2
	Ebe	12	5,8
	Sağlık Memuru	10	4,8
	Teknisyen	36	17,4
	Diğer Sağlık Personeli	34	16,4
	Total	206	99,5

Tablo 5'e göre ankete katılan kişilerin meslekleri incelendiğinde; %37,2'lik büyük bir bölümünün hemşire, %17,4'lük bölümünün teknisyen, %15,9'luk bölümünün doktor, %5,8'lik bölümünün ebe, %4,8'lik bölümünün sağlık memuru, %1,9'luk bölümünün sağlık idarecisi ve %16,4'lük bölümünün ise diğer sağlık personelinden meydana geldiği görülmektedir.

Tablo 6'da örneklem grubundaki katılımcıların cinsiyetine göre frekans dağılımları gösterilmektedir:

Tablo 6: Cinsiyete Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişken	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	127	61,4
	Erkek	80	38,6
	Total	207	100,0

Tablo 6'ya göre ankete katılan kişilerin cinsiyetleri incelendiğinde; katılımcıların %61,4'lük bölümünün kadın, %38,6'lık bölümünün ise erkek olduğu görülmektedir.

Tablo 7'de örneklem grubundaki katılımcıların medeni durumuna göre frekans dağılımları gösterilmektedir:

Tablo 7: Medeni Duruma Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişken	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Medeni Durum	Evli	83	40,1
	Bekâr	121	58,5
	Dul	1	,5
	Total	205	99,0

Tablo 7'ye göre ankete katılan kişilerin medeni durumları incelendiğinde; %58,5'lik büyük bir bölümünün bekâr, %40,1'lik bir bölümünün evli ve %0,5'lik küçük bir bölümünün ise dul olduğu görülmektedir.

Tablo 8'de örneklem grubundaki katılımcıların yaşlarına göre frekans dağılımları gösterilmektedir:

Tablo 8: Yaşa Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişken	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Yaş	18-24 yaş aralığı	67	32,4
	25-34 yaş aralığı	75	36,2
	35-44 yaş aralığı	51	24,6
	45-49 yaş aralığı	8	3,9
	50 yaş ve üstü	4	1,9
	Total	205	99,0

Tablo 8'e göre ankete katılan kişilerin yaşları incelendiğinde; %36,2'lik bölümün 25-34 yaş aralığında olduğu, %32,4'lük bölümün 18-24 yaş aralığında olduğu, %24,6'lık bölümün 35-44 yaş aralığında olduğu, %3,9'luk bölümün 45-49 yaş aralığında olduğu ve %1,9'luk bölümün ise 50 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 9'da örneklem grubundaki katılımcıların deneyimlerine göre frekans dağılımları gösterilmektedir:

Tablo 9: Deneyime Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişken	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Deneyim	0-5 yıl aralığı	103	49,8
	6-10 yıl aralığı	58	28,0
	11-15 yıl aralığı	27	13,0
	16-20 yıl aralığı	9	4,3
	21-25 yıl aralığı	5	2,4
	26 yıl ve üzeri	3	1,4
	Total	205	99,0

Tablo 9'a göre ankete katılan kişilerin deneyimleri incelendiğinde; %49,8'lik büyük bir bölümünün 0-5 yıl arası çalıştığı, %28,0'lık bölümün 6-10 yıldır çalıştığı, %13,0'lık bölümün 11-15 yıldır çalıştığı, %4,3'lük bölümün 16-20 yıldır çalıştığı, %2,4'lük bölümün 21-25 yıldır çalıştığı ve %1,4'lük bölümün 26 yıldan fazla süredir çalıştığı görülmektedir.

Tablo 10'da örneklem grubundaki katılımcıların çalıştıkları hastanedeki deneyimlerine göre frekans dağılımları gösterilmektedir:

Tablo 10: Çalıştıkları Hastanedeki Deneyime Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişken	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Kurumdaki Deneyim	0-5 yıl aralığı	136	65,7
	6-10 yıl aralığı	49	23,7
	11-15 yıl aralığı	11	5,3
	16-20 yıl aralığı	9	4,3
	Total	205	99,0

Tablo 10'a göre ankete katılan kişilerin çalıştıkları hastanedeki deneyimleri incelendiğinde; %65,7'lik büyük bir bölümünün 0-5 yıl arası çalıştığı, %23,7'lik bölümün 6-10 yıldır çalıştığı, %5,3'lük bölümün 11-15 yıldır çalıştığı ve %4,3'lük bölümün 16-20 yıldır çalıştığı görülmektedir.

Tablo 11'de örneklem grubundaki katılımcıların eğitim seviyelerine göre frekans dağılımları gösterilmektedir:

Tablo 11: Eğitim Seviyesine Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişken	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Eğitim Seviyesi	Orta öğrenim	8	3,9
	Lise ve dengi	50	24,2
	Yüksek okul-Fakülte	115	55,6
	Yüksek Lisans	6	2,9
	Doktora	28	13,5
	Total	207	100,0

Tablo 11'e göre ankete katılan kişilerin eğitim seviyeleri incelendiğinde; yarısından fazlasının (%55,6) yüksekokul-fakülte mezunu, %24,2'lik bölümün lise ve dengi okullardan mezun, %13,5'lik bölümün doktora mezunu, %3,9'luk bölümün orta öğrenim mezunu ve %2,9'luk bölümün ise yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 12'de örneklem grubundaki katılımcıların gelir düzeylerine göre frekans dağılımları gösterilmektedir:

Tablo 12: Gelir Düzeyine Göre Frekans ve Yüzde Dağılımları

Değişken	Gruplar	Frekans (f)	Yüzde (%)
Gelir Düzeyi	1000 TL ve altı	26	12,6
	1000-2000 TL arası	52	25,1
	2000-3000 TL arası	90	43,5
	3000-4000 TL arası	6	2,9
	4000 TL ve üzeri	33	15,9
	Total	207	100,0

Tablo 12'ye göre ankete katılan kişilerin gelir düzeyleri incelendiğinde; %43,5'lik büyük bir bölümünün 2000-3000 TL arası, %25,1'inin 1000-2000 TL arası, %15,9'luk bölümün 4000 TL ve üzeri, %12,6'lık bölümün 1000 TL ve altı ve %2,9'luk küçük bir bölümün 3000-4000 TL arası gelir düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

3.6.2. Sağlık Çalışanlarının Motivasyon Tutumlarına İlişkin Bulgular

Örnekleme grubunda yer alan sağlık çalışanlarının ekonomik, psiko-sosyal ve örgütsel-yönetimsel araçlarla ilgili motivasyon tutumlarına ilişkin aşağıdaki ifadelerle katılım düzeyleri incelenmiş ve bunların puan ortalamaları, standart sapması ve frekans dağılımları ilişkin Tablo 13'te verilmiştir:

Tablo 13: Ekonomik, Psiko-Sosyal ve Örgütsel-Yönetmel Araçlarla İlgili İfadelere İlişkin Dağılımlar

Araçlar	İfadeler	Ortalama	Std. Sapma	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
				f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ekonomik Araçlar	B1	3,78	1,09	15	7,2	5	2,4	45	21,7	87	42,0	55	26,6
	B2	3,75	0,99	10	4,8	4	1,9	61	29,5	85	41,1	47	22,7
	B3	3,75	0,91	6	2,9	5	2,4	65	31,4	88	42,5	42	20,3
	B4	3,53	1,02	8	3,9	24	11,6	60	29,0	81	39,1	34	16,4
	B5	4,25	0,94	9	4,3	4	1,9	6	2,9	95	45,9	92	44,4
Sosyal Psikolojik Araçlar	B6	4,18	0,88	10	4,8	1	,5	2	1,0	122	58,9	72	34,8
	B7	4,21	0,88	8	3,9	3	1,4	5	2,4	113	54,6	78	37,7
	B8	4,14	0,91	8	3,9	2	1,0	18	8,7	104	50,2	75	36,2
	B9	4,03	0,92	7	3,4	2	1,0	35	16,9	96	46,4	66	31,9
	B10	4,19	0,94	8	3,9	4	1,9	14	6,8	95	45,9	85	41,1
Yönetimsel ve Araçlar	B11	4,13	0,83	7	3,4	4	1,9	5	2,4	129	62,3	61	29,5
	B12	3,93	0,89	6	2,9	4	1,9	40	19,3	104	50,2	52	25,1
	B13	4,05	0,93	8	3,9	5	2,4	22	10,6	106	51,2	66	31,9
	B14	4,09	0,90	8	3,9	3	1,4	18	8,7	110	53,1	67	32,4
	B15	4,28	0,93	9	4,3	3	1,4	6	2,9	93	44,9	96	46,4

Tablo 13'de verilen sağlık çalışanlarının motivasyonuna ilişkin tutum sorularının dağılımı, ortalaması ve standart sapması verilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının ifadelerle katılma derecesine ilişkin sonuç vermektedir. Ortalaması 0-1,67 arasında puan alan sorulara katılmıyorum 1,67-3,32 arasında olanlar kararsız, 3,33-5,00 arasında puan alan sorulara ise katılıyorum şeklinde cevap verildiğini söylene bilinir. Buna göre sağlık çalışanlarının motivasyonuna ilişkin aşağıdaki ifadelerle katılıyorum şeklinde cevap verdikleri görülmektedir:

B: Ekonomik, Psiko-Sosyal ve Örgütsel-Yönetmel Araçlarla İlgili Bilgiler**Ekonomik Araçlarla İlgili;**

- **B1:** İşyerinde yeterli ve adil bir ücret dağılımı olmalıdır.

- **B2:** Primli ücret uygulaması çalışma isteğini ve azmini artırır.
- **B3:** Çalışanların kâra katılımı aidiyet hissini artırır.
- **B4:** Ödüllendirme kişilere yönelik olarak yapılmalıdır. Böylece kişiler arası yarışma durumu ortaya çıkacak, çalışma temposu artacaktır.
- **B5:** Giyecek, yiyecek, yakacak, konut, ulaşım olanakları gibi cazip imkânlar olmalıdır.

Psiko-Sosyal Araçlarla İlgili;

- **B6:** İşyerindeki prestij ve diğer insanlardan saygı çalışanlar için önemlidir.
- **B7:** Çalışanlara dostça davranılmalı, empatik tutum sergilenmelidir.
- **B8:** İşinde başarılı olanlara yükselme olanakları açık olmalıdır.
- **B9:** Çalışanlar ödül aldıkları başarılı davranışı tekrarlama eğilimindedir.
- **B10:** Astlar üstleriyle her konuda kolayca konuşabilmelidirler.

Örgütsel ve Yönetmel Araçlarla İlgili;

- **B11:** Tüm çalışanların (yöneten ve yönetilen), ortak amaçlar için çalışması sağlanmalıdır.
- **B12:** İşgörenlerin güvencesi için, sendikalaşmaları sağlanmalıdır.
- **B13:** Hemen hemen her iş daha çekici ve özendirici hale getirilebilir.
- **B14:** Kararlar, konuyla ilgili kişilerin katılımı alınmalıdır.
- **B15:** Çalışanlar için yeterli çalışma ortamına ve donanımına sahip olmak önemlidir.

Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri incelendiğinde çalışanların motivasyon puan ortalamasının $\bar{X} = 60,29 \pm 13,96$ arasında değer aldığı görülmüştür. Buna göre katılımcıların motivasyon düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

Tablo 14'te ankete katılanların motivasyon düzeylerinin mesleklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılarak elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 14: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Meslekleri Arasındaki İlişki Analizi

Meslek	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Test İstatistiği (F)	p
Doktor	33	3,9413	0,9477	0,1650	1,3620	0,0948
Sağlık İdarecisi	4	3,9219	0,3798	0,1899		
Hemşire	77	4,1317	0,8512	0,0970		
Ebe	12	4,2950	0,6521	0,1894		
Sağlık Memuru	10	3,7375	1,0163	0,3214		
Teknisyen	36	4,1033	0,7497	0,1252		
Diğer Sağlık Personeli	34	3,7859	1,2191	0,2095		
Toplam	206	4,0253	0,9272	0,0647		

Tablo 14'te " H_1 : Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri mesleklerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0948>0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri çalıştıkları sektöre göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 15'da ankete katılanların motivasyon düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar bağımsız T Testi analiziyle elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 15: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişki Analizi

Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	p
Kadın	127	4,0786	0,8721	0,0775	0,0435
Erkek	80	3,9250	1,0078	0,1128	

Tablo 15'de " H_2 : Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0435<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri cinsiyete göre

anlamli bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, kadın personelin erkek personele göre daha yüksek bir motivasyona sahip olduğu gör÷lmektedir.

Tablo 16'da ankete katılanların motivasyon düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılaşp farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılarak elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 16: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki Analizi

Medeni Durum	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Test İstatistiği (F)	p
Evli	83	3,9604	0,9807	0,1077	1,0794	0,0396
Bekâr	121	4,0485	0,8978	0,0818		
Dul	1	5,0000	0,0000	0,0000		
Toplam	205	4,0174	0,9332	0,0652		

Tablo 16'da "H₃: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda (p=0,0396<0,05); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri medeni durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, bekâr personelin evli personele göre daha yüksek bir motivasyona sahip olduğu gör÷lmektedir.

Tablo 17'de ankete katılanların motivasyon düzeylerinin yaşa göre farklılaşp farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılarak elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 17: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Yaşları Arasındaki İlişki Analizi

Yaş	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Test İstatistiği (F)	p
18-24 yaş aralığı	67	4,1936	0,8632	0,1056	2,0625	0,0273
25-34 yaş aralığı	75	3,9246	0,9137	0,1056		
35-44 yaş aralığı	51	3,9139	0,9805	0,1374		
45-49 yaş aralığı	8	3,9127	0,5061	0,1789		
50 yaş ve üstü	4	3,3833	1,7258	0,8629		
Toplam	205	4,0167	0,9326	0,0652		

Tablo 17'de "H₄: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0273<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, 18-24 yaş aralığındaki personelin diğer personele göre daha yüksek bir motivasyona sahip olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça motivasyonun azaldığı görülmektedir.

Tablo 18'de ankete katılanların motivasyon düzeylerinin deneyimlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılarak elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 18: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Deneyimleri Arasındaki İlişki Analizi

Deneyim	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Test İstatistiği (F)	p
0-5 yıl aralığı	103	4,0230	0,9914	0,0979	1,3048	0,0576
6-10 yıl aralığı	58	3,9368	0,8154	0,1071		
11-15 yıl aralığı	27	4,1531	0,6353	0,1223		
16-20 yıl aralığı	9	4,0815	1,2232	0,4077		
21-25 yıl aralığı	5	4,2267	0,6797	0,3040		
26 yıl ve üzeri	3	3,1778	1,9282	1,1132		
Toplam	205	4,0108	0,9303	0,0650		

Tablo 18'de "H₅: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0576>0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 19'da ankete katılanların motivasyon düzeylerinin hastanedeki deneyimlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılarak elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 19: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Kurumdaki Deneyimleri Arasındaki İlişki Analizi

Kurumdaki Deneyim	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Test İstatistiği (F)	p
0-5 yıl aralığı	136	4,0494	0,9326	0,0801	0,9942	0,0547
6-10 yıl aralığı	49	3,8884	0,7972	0,1139		
11-15 yıl aralığı	11	4,1152	1,1429	0,3446		
16-20 yıl aralığı	9	4,0667	1,2752	0,4251		
Toplam	205	4,0151	0,9322	0,0652		

Tablo 19'da "H₆: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri kurumlarındaki deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0547>0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri kurumdaki deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 20'de ankete katılanların motivasyon düzeylerinin mezun oldukları okula göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılarak elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 20: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Mezun Oldukları Okul Arasındaki İlişki Analizi

Mezunun Olunan Okul	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Test İstatistiği (F)	p
Orta öğrenim	8	3,7429	1,0613	0,3763	1,4529	0,0275
Lise ve dengi	50	3,9148	1,1091	0,1570		
Yüksek okul-Fakülte	115	4,1066	0,8138	0,0760		
Yüksek Lisans	6	4,2889	0,6705	0,2737		
Doktora	28	4,2990	0,9782	0,1849		
Toplam	207	4,0191	0,9303	0,0647		

Tablo 20'de "H₇: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri mezun olunan okula göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0275<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri

mezun oldukları okula göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, doktora mezunlarının diğerlerine göre daha yüksek bir motivasyona sahip olduğu görülmektedir. Eğitim seviyesi azaldıkça motivasyonda azalmaktadır.

Tablo 21'de ankete katılanların motivasyon düzeylerinin gelir seviyesine göre farklılaşım farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılarak elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 21: Sağlık Çalışanlarının Motivasyonları ile Gelir Seviyeleri Arasındaki İlişki Analizi

Gelir Seviyesi	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Test İstatistiği (F)	p
1000 TL ve altı	26	3,8040	1,3306	0,2616	1,3912	0,0299
1000-2000 TL arası	52	4,0517	0,8151	0,1132		
2000-3000 TL arası	90	4,0974	0,8478	0,0895		
3000-4000 TL arası	6	4,2000	0,5943	0,2426		
4000 TL ve üzeri	33	3,9374	0,9508	0,1655		
Toplam	207	4,0191	0,9303	0,0647		

Tablo 21'de "H₈: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri gelir seviyesine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0299<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri gelir seviyesine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, 3000-4000 TL arası gelir seviyesine sahip personelin diğerlerine göre daha yüksek bir motivasyona sahip olduğu görülmektedir. Gelir seviyesi düştükçe, motivasyonda düşmektedir.

3.6.3. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitelerine İlişkin Bulgular

Örneklem grubunda yer alan sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerine ilişkin aşağıdaki ifadeler katılım düzeyleri incelenmiş ve bunların puan ortalamaları, standart sapması ve frekans dağılımları ilişkin Tablo 22'de verilmiştir:

Tablo 22: Yaşam Kalitesi İle İlgili İfadelere İlişkin Dağılımlar

İfadeler	Ortalama	Std. Sapma	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
			f	%	f	%	F	%	f	%	f	%
C1	3,72	0,72	3	1,4	6	2,9	54	26,1	126	60,9	18	8,7
C2	3,83	0,72	2	1,0	9	4,3	33	15,9	137	66,2	23	11,1
C3	3,72	0,76	2	1,0	13	6,3	45	21,7	128	61,8	19	9,2
C4	3,50	0,85	7	3,4	16	7,7	62	30,0	111	53,6	11	5,3
C5	3,90	0,76	1	,5	3	1,4	55	26,6	104	50,2	43	20,8
C6	3,02	0,93	14	6,8	31	15,0	104	50,2	41	19,8	11	5,3
C7	3,57	0,75	1	,5	11	5,3	82	39,6	93	44,9	19	9,2
C8	3,11	0,90	9	4,3	35	16,9	97	46,9	54	26,1	11	5,3
C9	3,03	0,94	15	7,2	33	15,9	99	47,8	49	23,7	10	4,8
C10	3,51	0,85	8	3,9	5	2,4	77	37,2	89	43,0	16	7,7
C11	3,97	0,67	3	1,4	3	1,4	22	10,6	145	70,0	31	15,0
C12	4,02	0,67	3	1,4	1	,5	23	11,1	139	67,1	38	18,4
C13	3,92	0,70	3	1,4	2	1,0	35	16,9	136	65,7	31	15,0
C14	3,19	1,04	22	10,6	14	6,8	89	43,0	66	31,9	16	7,7
C15	3,52	1,09	17	8,2	14	6,8	52	25,1	92	44,4	32	15,5

Tablo 22'de verilen sağlık çalışanlarının yaşam kalitesine ilişkin tutum sorularının dağılımı, ortalaması ve standart sapması verilmiştir. Ortalamalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının ifadelerle katılma derecesine ilişkin sonuç vermektedir. Ortalaması 0-1,67 arasında puan alan sorulara katılmıyorum 1,67-3,32 arasında olanlar kararsız, 3,33-5,00 arasında puan alan sorulara ise katılıyorum şeklinde cevap verildiğini söylenebilir. Buna göre sağlık çalışanlarının yaşam kalitesine ilişkin aşağıdaki ifadelerle katılıyorum şeklinde cevap verdikleri görülmektedir:

C: Yaşam Kalitesiyle İlgili Bilgiler

- **C1:** Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?
- **C2:** Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?
- **C3:** Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?
- **C4:** Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?
- **C5:** Bedensel görünüşünüzü kabullenir inisiniz?

- **C7:** Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşıyorsunuz?
- **C10:** Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?
- **C11:** İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?
- **C12:** Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?
- **C13:** Aileniz dışındaki kişilerle ilişkinizden ne kadar hoşnutsunuz?
- **C15:** Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

Diğer 4 ifade için kararsız kaldıkları ancak genel ortalama göz önünde bulundurulduğunda sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi ile ilgili olan ifadelere katılıyorum şeklinde yanıtladıkları ifade edilebilmektedir.

- **C6:** İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?
- **C8:** Boş zamanlarınızı değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatlarınız olur?
- **C9:** Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?
- **C14:** Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi düzeyleri incelendiğinde çalışanların yaşam kalitesi puan ortalamasının $\bar{X} = 53,53 \pm 12,35$ arasında değer aldığı görülmüştür. Buna göre katılımcıların yaşam kalitesi seviyelerinin de orta düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

Tablo 23'te ankete katılanların yaşam kalitesinin mesleklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılarak elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 23: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Meslekleri Arasındaki İlişki Analizi

Meslek	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Test İstatistiği (F)	p
Doktor	33	3,7190	0,5971	0,1040	1,4677	0,0309
Sağlık İdarecisi	4	3,5667	0,7580	0,3790		
Hemşire	76	3,5145	0,8425	0,0966		
Ebe	12	3,3576	0,8430	0,2451		
Sağlık Memuru	10	3,4956	0,8198	0,2605		
Teknisyen	35	3,5894	0,7150	0,1202		
Diğer Sağlık Personeli	34	3,6196	0,9601	0,1657		
Toplam	204	3,5694	0,8193	0,0574		

Tablo 23'de " H_0 : Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri mesleklerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0309<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri mesleklerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, doktorların diğer meslek grubundaki personele göre daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 24'te ankete katılanların yaşam kalitesinin cinsiyete göre farklılaşp farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar bağımsız T Testi analiziyle elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 24: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Cinsiyetleri Arasındaki İlişki Analizi

Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	p
Kadın	126	3,5247	0,8447	0,0754	0,0540
Erkek	79	3,6401	0,7824	0,0879	

Tablo 24'de " H_{10} : Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0540>0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 25'te ankete katılanların yaşam kalitesinin medeni durumlarına göre farklılaşp farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılarak elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 25: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Medeni Durumları Arasındaki İlişki Analizi

Medeni Durum	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Test İstatistiği (F)	p
Evli	82	3,6571	0,7412	0,0818	4,9884	0,0255
Bekâr	120	3,5128	0,8568	0,0783		
Dul	1	2,6429	0	0		
Toplam	203	3,5676	0,8249	0,0579		

Tablo 25'te "H₁₁: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda (p=0,0255<0,05); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, evli personelin bekar personele göre daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 26'da ankete katılanların yaşam kalitesinin yaşa göre farklılaşp farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılarak elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 26: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Yaşları Arasındaki İlişki Analizi

Yaş	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Test İstatistiği (F)	p
18-24 yaş aralığı	66	3,4475	0,9589	0,1181	1,9506	0,0250
25-34 yaş aralığı	75	3,6666	0,6874	0,0796		
35-44 yaş aralığı	50	3,5080	0,7655	0,1079		
45-49 yaş aralığı	8	3,8202	0,7187	0,2559		
50 yaş ve üstü	4	3,8420	0,8273	0,4137		
Toplam	203	3,5650	0,8213	0,0577		

Tablo 26'da "H₁₂: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0250<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, 50 yaş ve üstü personelin diğer personele göre daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı görülmektedir.

Tablo 27'de ankete katılanların yaşam kalitesinin deneyimlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılarak elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 27: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Deneyimleri Arasındaki İlişki Analizi

Deneyim	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Test İstatistiği (F)	p
0-5 yıl aralığı	102	3,4885	0,8917	0,0885	1,7975	0,0691
6-10 yıl aralığı	58	3,6726	0,6821	0,0899		
11-15 yıl aralığı	27	3,6696	0,6302	0,1215		
16-20 yıl aralığı	9	3,3556	0,8564	0,2886		
21-25 yıl aralığı	5	3,7333	0,8765	0,3920		
26 yıl ve üzeri	3	4,1222	0,8672	0,5068		
Toplam	203	3,5735	0,8174	0,0574		

Tablo 27'de "H₁₃: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0691>0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 28'de ankete katılanların yaşam kalitesinin hastanedeki deneyimlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılarak elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 28: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Kurumdaki Deneyimleri Arasındaki İlişki Analizi

Kurumdaki Deneyim	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Test İstatistiği (F)	P
0-5 yıl aralığı	135	3,5270	0,8580	0,0740	1,3907	0,892
6-10 yıl aralığı	49	3,6902	0,6141	0,0881		
11-15 yıl aralığı	11	3,6115	0,8670	0,2620		
16-20 yıl aralığı	9	3,5929	1,0577	0,3573		
Toplam	203	3,5732	0,8221	0,0577		

Tablo 28'de " H_{14} : Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri kurumlarındaki deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0892>0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri kurumlarındaki deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 29'da ankete katılanların yaşam kalitesinin mezun oldukları okula göre farklılaşp farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılarak elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 29: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Eğitim Seviyeleri Arasındaki İlişki Analizi

Eğitim Seviyesi	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Test İstatistiği (F)	P
Orta öğrenim	8	3,2746	0,8844	0,5456	2,0108	0,0629
Lise ve dengi	47	3,4493	0,8083	0,3600		
Yüksek okul-Fakülte	107	3,3364	0,7830	0,3090		
Yüksek Lisans	6	3,5166	0,7041	0,4914		
Doktora	26	3,4856	0,5508	0,3333		
Toplam	192	3,3885	0,7743	0,2962		

Tablo 29'da " H_{15} : Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri mezun olunan okula göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0629>0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri eğitim seviyelerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 30'da ankete katılanların yaşam kalitesinin gelir seviyesine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelenmiştir. Buna ilişkin sonuçlar Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) yapılarak elde edilmiştir. İlgili sonuçlara ilişkin aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Tablo 30: Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kaliteleri ile Gelir Seviyeleri Arasındaki İlişki Analizi

Gelir Seviyesi	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Test İstatistiği (F)	p
1000 TL ve altı	26	3,4775	1,0141	0,2010	1,7669	0,0323
1000-2000 TL arası	51	3,5526	0,7991	0,1116		
2000-3000 TL arası	89	3,5268	0,8238	0,0872		
3000-4000 TL arası	6	3,9111	0,8449	0,3449		
4000 TL ve üzeri	33	4,1190	0,5971	0,1040		
Toplam	205	3,5695	0,8228	0,0575		

Tablo 30'da " H_{16} : Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri gelir seviyesine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0323<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri gelir seviyelerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi düzeyi puan ortalamalarına bakıldığında orta düzeyle yaşam kalitesi düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Tabloya göre, 4000 TL ve üzeri gelir seviyesine sahip personelin diğer personele göre daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir. Gelir seviyesi düştükçe yaşam kalitesinin de düştüğü görülmektedir.

TARTIŞMA

Sağlık alanında iş yaşam kalitesi ve motivasyon üzerinde yapılmış bir çok araştırma mevcuttur. Bu denli fazla sayıda çalışma yapılmasının nedenleri arasında sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastaların bakımı, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma, sağlık hizmetindeki yetersizlikler, hizmetin ve personelin dengesiz dağılımı, adil dağıtılmayan döner sermaye ödemeleri

sayılabilir. Bu faktörler çalışanlarda düş kırıklığı ve gerginlik oluşturmakta ve iş yaşam kalitesi ve motivasyon olumsuz yönde etkilenmektedir⁹⁴.

Öztürk'ün Zonguldak ilinde 478 hemşire üzerinde yaptığı iş yaşam kalitesi araştırmasında, hemşirelerin yeterince sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemedikleri, orta düzeyde işlerinden doyum sağladıkları ve ortamın altında iş yaşam kalitesine sahip oldukları ortaya konulmuştur. Ayrıca hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını nitelendiren psiko-sosyal alanları ve iş yaşam kalitelerinin iş doyum düzeylerini istatistiksel açıdan anlamlı olarak etkilediği sonuçlarına ulaşılmıştır⁹⁵.

Bearfield'in Avustralya'da sağlık alanında yaptığı çalışmada, % 20'si doktor ve hemşireden oluşan 1032 profesyonele iş yaşam kalitesi düzeylerinin nasıl geliştirilebileceği sorulmuştur. Profesyoneller sırasıyla, daha iyi ücret, daha uygun çalışma saatleri, daha iyi yönetim, daha iyi tanınma olduğunu belirtmiştir⁹⁶.

Amerika'da yedi ayrı hastanede 276 kişi üzerinde yapılan çalışmada iş yaşam kalitesi değişkenleri olan; örgütsel bağlılık, yetki verme, iş tatmini, kararlara katılım ve çalışan devir hızı faktörleri ile insan ilişkileri modeli arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, insan ilişkileri modeli ile iş tatmini, örgütsel bağlılık, yetki verme ve kararlara katılım faktörleri arasında istatistiksel olarak güçlü bir ilişki olduğu buna karşılık insan ilişkileri modeli ile personel devri arasında negatif bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir⁹⁷.

Yüksel'in "Çalışma yaşamı kalitesinin tipik ve atipik istihdam açısından incelenmesi" isimli çalışmasında, Kırıkkale ilinde bir devlet hastanesinde çalışan 71 hemşire ile

⁹⁴ Aba, G., (2009), "*İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama*", Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.

⁹⁵ Öztürk, D. A., (2010), "*Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İş Yaşam Kalitesinin İş Doyum Düzeyine Etkileri Üzerine Bir Araştırma*", Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

⁹⁶ Bearfield, S., (2003), "Quality of Working Life: Comparing the Perceptions of Professionals and Clerical Sales and Service Workers", *Acirrt-Working Paper*, No: 86, 1-22.

⁹⁷ Gifford, B., Raymond D. Z., Goodman, E. A., ve Hill, K. S., (2002), "The Relationship Between Hospital Unit Culture and Nurses' Quality of Work Life", *Journal of Healthcare Management*, Vol: 47, No: 1, 13-26.

araştırma yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, vardiyalı ve vardiyasız çalışan hemşireleri ayırt eden iş yaşam kalitesi değişkenleri olarak; iş ortamında bireysel gelişimin teşvik edilmesi, sahip olunan bilgi ve becerinin yapılan iş için yeterli ve uygun olması, stres ve iş yükünün makul sayılabilecek düzeyde olması tespit edilmiştir⁹⁸.

Özdemir tarafından sağlık sektöründe motivasyon alanında İstanbul ilinde, bir üniversite hastanesinde 520 hemşire üzerinde yapılan araştırmada, hemşirelerin motivasyon araçlarına ilişkin motivasyon düzeyleri orta düzeyde, yönetici işgören ilişkilerine yönelik motivasyon düzeyleri yüksek, genel motivasyon düzeyleri ise orta düzeyde bulunmuştur. Hemşireler motivasyon araçlarından fiziksel koşulları % 28.7, başarının ödüllendirilmesi % 29.8, maaş% 46.0 ve sosyal uğraşları % 34.4 oranlarında yetersiz bulmuşlardır. Hemşirelerin yönetici işgören ilişkilerinde; en yüksek motivasyon puanı yönetici hemşireye güvenmede, en düşük motivasyon puanı ise yöneticinin iş hayatı dışındaki sorunlarla ilgilenmesinde bulunmuştur⁹⁹.

Manongi ve arkadaşlarının Tanzanya'da çalışan sağlık personelinin motivasyonlarının artırılması konulu araştırmalarında, bu işletmelerin etkililiğinin artırılması için sağlık çalışanlarının motive olmaları ve bilgi/becerilerini kullanabilmeleri gerektiği belirtilmiştir. Yapılan araştırma sonucunda, ekonomik araçların önemli olmasına rağmen sağlık çalışanlarının motivasyonu açısından yeterli olmadığı, destekleyici denetim, performans değerlendirme, kariyer gelişimi ve şeffaf yönetim ilkelerinin de sağlık sisteminin gelişimi için öncelikli olması gerektiği tespit edilmiştir¹⁰⁰.

Bizim araştırmamızda; İstanbul'da bir vakfa ait A ve B hastanelerinde çalışan 207 personele iş yaşam kalitesi ve motivasyon üzerine anket çalışması yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre: Çalışan motivasyonu için; yeterli ve adil ücret, kara katılım, kişilere yönelik ödüllendirme, empatik tutum, yükselme olanakları, yeterli çalışma

⁹⁸ Yüksel, İ., (2004), "Çalışma Yaşamı Kalitesinin Tipik ve Atipik İstihdam Açısından İncelenmesi", *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, Cilt: 5, Sayı: 1, 47-58.

⁹⁹ Özdemir, E., (2004), "*Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri*", Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

¹⁰⁰ Manongi, R. N., Marchant, T. C. ve Bygbjerg, I. C., (2006), "Improving Motivation Among Primary Health Care Workers in Tanzania: A Health Worker Perspective", *Human Resources for Health*, Cilt: 6, Sayı: 4, 1-7.

ortamı ve donanımı gibi faktörler önemli görülmüştür. Yaşam kalitesi için; sağlık, dikkat toplama, fiziksel çevre, bedensel görünüş, bilgi ve haberlere ulaşım, kişilerle ilişki, kendileri, cinsel yaşamları gibi faktörler önem arz etmiştir.

Manongi ve arkadaşlarının yaptığı araştırma sonucunda kariyer gelişimi, destekleyici denetim ve ayrıca Bearfield'in çalışmasında daha iyi ücret ve çalışma saatleri sonuçları bizim araştırmamızla benzerlik göstermektedir.

Özdemir'in çalışmasındaki 'yöneticinin iş hayatı dışındaki sorunlarla ilgilenmesi' sonucu bizim araştırmamızla farklılık göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan araştırmada sağlık kurumunda çalışan personelin motivasyonunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler incelenmiş olup, araştırmaya katılan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri belirlenmeye çalışılmıştır.

Araştırmada motivasyon düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi ile ilgili ifadeler için güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Güvenirlilik analizi sonucunda Cronbach's Alpha değeri 0,861 çıkmıştır. Ankette kullanılan motivasyon ve yaşam kalitesi düzeyi ölçeğinin oldukça yüksek güvenilir kategorisinde olduğunu göstermektedir. Buna göre ölçekteki ifadeler verilen cevapların tutarlı olduğu ve bu verilerin kullanılabilir olduğu belirlenmiştir.

Cronbach's Alpha katsayısının geçerliliği ise; Hotelling's T^2 testi ile belirlenmiş olup, olasılık değeri 0,05'ten küçük olduğu için H_0 hipotezi reddedilmiş ve α katsayısının güvenilir olduğu anlaşılmıştır.

Sağlık çalışanlarının anketteki sorulara verilen cevaplara ilişkin frekans ve yüzde dağılımları tablolarla gösterilmiş ve yorumlanmıştır. Bu cevapların analiz edilmesi ve

yapılan hipotez testleri sonucunda elde edilen bulguların yorumlanması ile araştırmanın sonuçlarına ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık personellerine ilişkin sonuçlar şu şekildedir:

- Sağlık personelinin çalıştığı birimler incelendiğinde %7,7'lik bir bölümünün acil serviste, ve diğerlerinin sırasıyla; kadın doğum servisi (%5,8), radyoloji (%5,8), yoğun bakım ünitesi (%5,3), çocuk polikliniği (%3,9), dahiliye (%3,4), ameliyathane (%2,9), biyokimya (%2,4), böbrek nakli (%2,4), organ nakli (%2,4), bebek bakım odası (%1,9), endoskopi (%1,9), genel cerrahi (%1,9), eczane (%1,4), kalp damar cerrahisi (%1,4), KBB (%1,4), mikrobiyoloji (%1,4), BT (%1,0), göğüs hastalıkları (%1,0), kardiyoloji (%1,0), KVC (%1,0), nefroloji (%1,0), patoloji (%1,0), üroloji (%1,0), yenidoğan ünitesi (%1,0), bronkoskopi ünitesi (%0,5), cildiye (%0,5), çocuk cerrahisi (%0,5), çocuk ve ergen psikiyatri (%0,5), enfeksiyon (%0,5), göz (%0,5), kan alma (%0,5), onkoloji (%0,5), pediatri (%0,5) ve teknik servis (%0,5) birimlerinde çalıştığı belirlenmiştir.
- Ankete katılan kişilerin meslekleri incelendiğinde; %37,2'lik büyük bir bölümünün hemşire, %17,4'lük bölümünün teknisyen, %15,9'lük bölümünün doktor, %5,8'lik bölümünün ebe, %4,8'lik bölümünün sağlık memuru, %1,9'lük bölümünün sağlık idarecisi ve %16,4'lük bölümünün ise diğer sağlık personelinde meydana geldiği tespit edilmiştir.
- Ankete katılan kişilerin cinsiyetleri incelendiğinde; katılımcıların %61,4'lük bölümünün kadın, %38,6'lık bölümünün ise erkek olduğu görülmüştür.
- Ankete katılan kişilerin medeni durumları incelendiğinde; %58,5'lik büyük bir bölümünün bekâr, %40,1'lik bir bölümünün evli ve %0,5'lik küçük bir bölümünün ise dul olduğu belirlenmiştir.
- Ankete katılan kişilerin yaşları incelendiğinde; %36,2'lik bölümün 25-34 yaş aralığında olduğu, %32,4'lük bölümün 18-24 yaş aralığında olduğu, %24,6'lık bölümün 35-44 yaş aralığında olduğu, %3,9'lük bölümün 45-49 yaş aralığında olduğu ve %1,9'lük bölümün ise 50 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.
- Ankete katılan kişilerin deneyimleri incelendiğinde; %49,8'lik büyük bir bölümünün 0-5 yıl arası çalıştığı, %28,0'lık bölümün 6-10 yıldır çalıştığı,

%13,0'lık bölümün 11-15 yıldır çalıştığı, %4,3'lük bölümün 16-20 yıldır çalıştığı, %2,4'lük bölümün 21-25 yıldır çalıştığı ve %1,4'lük bölümün 26 yıldan fazla süredir çalıştığı belirlenmiştir.

- Ankete katılan kişilerin çalıştıkları hastanedeki deneyimleri incelendiğinde; %65,7'lik büyük bir bölümünün 0-5 yıl arası çalıştığı, %23,7'lik bölümün 6-10 yıldır çalıştığı, %5,3'lük bölümün 11-15 yıldır çalıştığı ve %4,3'lük bölümün 1620 yıldır çalıştığı belirlenmiştir.
- Ankete katılan kişilerin eğitim seviyeleri incelendiğinde; yarısından fazlasının (%55,6) yüksekokul-fakülte mezunu, %24,2'lik bölümün lise ve dengi okullardan mezun, %13,5'lik bölümün doktora mezunu, %3,9'luk bölümün orta öğrenim mezunu ve %2,9'luk bölümün ise yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.
- Ankete katılan kişilerin gelir düzeyleri incelendiğinde; %43,5'lik büyük bir bölümünün 2000-3000 TL arası, %25,1'inin 1000-2000 TL arası, %15,9'luk bölümün 4000 TL ve üzeri, %12,6'lık bölümün 1000 TL ve altı ve %2,9'luk küçük bir bölümün 3000-4000 TL arası gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.

Örnekleme grubunda yer alan sağlık çalışanlarının ekonomik, psiko-sosyal ve örgütsel-yönetimsel araçlarla ilgili motivasyon tutumlarına ilişkin ifadelerle katılım düzeyleri incelenmiş ve bunların puan ortalamaları, standart sapması ve frekans dağılımları ilişkin sonuçlar şu şekildedir:

- Ortalamalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının ifadelerle katılma derecesine ilişkin sonuç vermektedir. Ortalaması 0-1,67 arasında puan alan sorulara katılmıyorum 1,67-3,32 arasında olanlar kararsız, 3,33-5,00 arasında puan alan sorulara ise katılıyorum şeklinde cevap verildiğini söylenebilir. Buna göre sağlık çalışanlarının motivasyonuna ilişkin ifadelerle katılıyorum şeklinde cevap verdikleri belirlenmiştir.
- Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri incelendiğinde çalışanların

—

motivasyon puan ortalamasının $X = 60,29 \pm 13,96$ arasında değer aldığı görülmüştür. Buna göre katılımcıların motivasyon düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri ile ilgili hipotezlere ilişkin analizler incelendiğinde şu sonuçlar elde edilmiştir:

- "H₁: Sağlık alışanlarının motivasyon düzeyleri mesleklerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0948>0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri çalıştıkları sektöre göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- "H₂: Sağlık alışanlarının motivasyon düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0435<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, kadın personelin erkek personele göre daha yüksek bir motivasyona sahip olduğu görülmektedir.
- "H₃: Sağlık alışanlarının motivasyon düzeyleri medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0396<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri medeni durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, bekâr personelin evli personele göre daha yüksek bir motivasyona sahip olduğu görülmektedir.
- "H₄: Sağlık alışanlarının motivasyon düzeyleri yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0273<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, 18-24 yaş aralığındaki personelin diğer personele göre daha yüksek bir motivasyona sahip olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça motivasyonun azaldığı görülmektedir.
- "H₅: Sağlık alışanlarının motivasyon düzeyleri deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0576>0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

- "H₆: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri kurumlarındaki deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0547>0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri kurumdaki deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- "H₇: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri mezun olunan okula göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0275<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri mezun oldukları okula göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, doktora mezunlarının diğerlerine göre daha yüksek bir motivasyona sahip olduğu görülmektedir. Eğitim seviyesi azaldıkça motivasyonda azalmaktadır.
- "H₈: Sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri gelir seviyesine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0299<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin motivasyon düzeyleri gelir seviyesine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, 3000-4000 TL arası gelir seviyesine sahip personelin diğerlerine göre daha yüksek bir motivasyona sahip olduğu görülmektedir. Gelir seviyesi düştükçe, motivasyonda düşmektedir.

Örneklem grubunda yer alan sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerine ilişkin ifadelerle katılım düzeyleri incelenmiş ve bunların puan ortalamaları, standart sapması ve frekans dağılımları ilişkin sonuçlar şu şekildedir:

- Ortalamalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının ifadelerle katılma derecesine ilişkin sonuç vermektedir. Ortalaması 0-1,67 arasında puan alan sorulara katılmıyorum 1,67-3,32 arasında olanlar kararsız, 3,33-5,00 arasında puan alan sorulara ise katılıyorum şeklinde cevap verildiğini söylenebilir. Buna göre sağlık çalışanlarının yaşam kalitesine ilişkin ifadelerden 11 tanesine katılıyorum şeklinde cevap verdikleri görülmektedir. Sadece 4 tanesinde ise kararsız kaldıkları ancak genel ortalama göz önünde bulundurulduğunda sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi ile ilgili olan ifadelerle katılıyorum şeklinde yanıtladıkları ifade edilebilmektedir.

- Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi düzeyleri incelendiğinde çalışanların yaşam kalitesi puan ortalamasının $X = \bar{53,53} \pm 12,35$ arasında değer aldığı görülmüştür. Buna göre katılımcıların yaşam kalitesi seviyelerinin de orta düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşam kaliteleri ile ilgili hipotezlere ilişkin analizler incelendiğinde şu sonuçlar elde edilmiştir:

- "H₉: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri mesleklerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0309<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri mesleklerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, doktorların diğer meslek grubundaki personele göre daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir.
- "H₁₀: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0540>0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- "H₁₁: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0255<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, evli personelin bekar personele göre daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir.
- "H₁₂: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0250<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri yaşlarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Tabloya göre, 50 yaş ve üstü personelin diğer personele göre daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı görülmektedir.

- "H₁₃: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri deneyime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0691>0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- "H₁₄: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri kurumlarındaki deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0892>0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri kurumlarındaki deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- "H₁₅: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri mezun olunan okula göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0629>0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri eğitim seviyelerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- "H₁₆: Sağlık çalışanlarının yaşam kalite seviyeleri gelir seviyesine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir" hipotezine ilişkin analiz sonucunda ($p=0,0323<0,05$); örneklem grubunda yer alan sağlık personelinin yaşam kalitesi seviyeleri gelir seviyelerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi düzeyi puan ortalamalarına bakıldığında orta düzeyle yaşam kalitesi düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Tabloya göre, 4000 TL ve üzeri gelir seviyesine sahip personelin diğer personele göre daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir. Gelir seviyesi düştükçe yaşam kalitesinin de düştüğü görülmektedir.

Tüm bu analizler sonucunda araştırmaya katılan 207 sağlık çalışanının çeşitli özelliklerine göre motivasyon düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının motivasyonlarını cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim seviyesi ve gelir seviyesi faktörleri, yaşam kalitelerini ise, meslek, medeni durum, yaş ve gelir seviyesi faktörleri etkilemektedir.

Sağlık çalışanlarının da diğer çalışanlar gibi iş yaşam kalitelerini etkileyen ve motivasyon düzeylerini yüksek tutan bir takım faktörler mevcuttur. Bu faktörlerin tespiti amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının motivasyonlarını

etkileyen en önemli unsurlar; ekonomik, psiko-sosyal ve örgütsel-yönetimsel araçlardır. Bu araçlar bakımından özgür olmayan ve kendini rahat hissetmeyen personelin motivasyonu olumsuz yönde etkilenmektedir. Maaş, döner sermaye ve diğer haklar konusunda yapılacak olan iyileştirmeler sağlık çalışanlarının motivasyonlarını olumlu yönde etkileyecek ve daha verimli çalışmalarına katkı sağlayacaktır. Sağlık çalışanları için yaşam kalitesinin artırılması hususunda diğer bir önemli faktörde çalışma ortamının kalitesinin yükseltilmesidir.

Yaşam kalitesi ve motivasyon birbirinden ayrı düşünülmemesi gereken iki kavramdır. Birisinde yapılan olumlu bir gelişme bir diğerini de pozitif yönde etkilemektedir. Sıfır hata beklediğimiz, özveri ile çalışan, hizmet sunduğu kişilerin yaşam kalitelerini kendi yaşam kalitelerinden daha üstün tutma gayreti içerisinde olan sağlık çalışanlarının problemlerini ve beklentilerini dikkate almak gerekmektedir. Beklentilerine cevap verilen, ekonomik refah içerisinde yaşayan, çalışma ortamı dünya standartlarına ulaşmış, idareci ve amirleri tarafından sevgi ve saygı gören personelin yaşam kalitesinin artmaması için herhangi bir sebep yoktur. Bu durum onların daha motive olmuş bir şekilde çalışmalarına ve daha iyi hizmet vermelerine katkı sağlayacaktır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, sağlık kurumlarında çalışan personel motivasyonlarının artırılmasına yönelik olarak; başarılarını paylaşma, eğitim olanaklarını geliştirme, maddi ve maddi olmayan ödüllendirmeler yapma şeklindeki motivasyon araçları aktif olarak kullanılmalıdır. Sağlık kurumlarında çalışan personele sosyal imkanlarının artırılması yönünde düzenlemeler yapılmalıdır. Personelin birbirleriyle uyum içinde olmaları, karşılıklı iyi ilişkiler geliştirmeleri için kurumsal bazda sosyal ortamlar (sinema, tiyatro, gezi, piknik, moral yemekleri gibi) oluşturulmalıdır. Başarılı personele kurs, seminer, sempozyum gibi bilimsel faaliyetlere daha fazla katılma imkanı verilmeli, uzmanlaşmak istedikleri alanlarda ileri düzey eğitim almalarına imkan sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Aba, G., (2009), "*İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama*", Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Ak, B., (1990), "*Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*", Metinler Matbaası, İstanbul.
- Alkış, H. ve Öztürk, Y., (2009), "Otel İşletmelerinde Motivasyon Faktörleri Üzerine Bir Araştırma", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 8, Sayı: 28, Diyarbakır.
- Ay, Z., (2007), "Sanayi İşletmelerinde Motivasyon ve Ülkemizdeki Motivasyon Uygulamaları", (Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Konya.
- Ayhan, E., (2011), "Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında İnovasyonun Önemi Malatya'da Faaliyet Gösteren Hastanelerde Bir Uygulama", Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Başar, D., (2008), "*Sağlık Düzeyinin Sosyo-Ekonomik Belirleyicileri: OECD Ülkeleri İçin Sağlık Üretim Fonksiyonuna Dayanan Bir Uygulama*", Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Bearfield, S., (2003), "Quality of Working Life: Comparing the Perceptions of Professionals and Clerical Sales and Service Workers", *Acirrt-Working Paper*, No: 86, 1-22.
- Belek, İ., (1995), "*Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplandırılıyor*", *Toplum ve Hekim*, 4, 65, 14-25.
- Benli, T., (2007), "*Hastane Süreçleri*", Rekmay Yayıncılık, Ankara.
- Çetinkanat, C., (2001), *Örgütlerde Güdülenme ve İş Doyumu*, Anı Yayıncılık, Ankara.
- Çimen, M. ve Şahin, İ., (2000), "Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyinin Belirlenmesi", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 5, Sayı: 4.
- Çoruh, M., (1997), "*Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilebilir*", *Modern Hastane Yönetimi*, Yıl:1, Sayı:3.
- Derin, N., (2007), "Devlet Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler", Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.

- Doğan, Ö., (2009), "*İngilizce Hazırlık Okuyan Öğrencilerin Motivasyon Düzeyleri*", (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Eskişehir.
- Erdem, A. (1993) "Süreç Kuramlarının Eğitim Yönetimine Katkıları " ,(Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi. Sınıf Öğretmenliği Bölümü.. D. E. Ü. Doktora Tezi), Pamukkale.
- Erdem, Ş., (2007), "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama", Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Erdoğan, İ., (1996), *İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış*, Avcıol Basım Yayın, İstanbul.
- Ergül, H.F. (2005), "Motivasyon ve Motivasyon Teknikleri", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 4, Sayı: 14, Diyarbakır.
- Erkmen, T., (1973), "*Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik Kavramı Üzerine Deneme*", DPT Yayınları, Ankara.
- Gifford, B., Raymond D. Z., Goodman, E. A., ve Hill, K. S., (2002), "The Relationship Between Hospital Unit Culture and Nurses' Quality of Work Life", *Journal of Healthcare Management*, Vol: 47, No: 1, 13–26.
- Göçer, Y., (2010), "Örgüt İçi İletişimin Çalışan Motivasyonuna Etkisi", (Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.
- Güler, D., (2006), "Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon", Uzmanlık Tezi (Prospektif Çalışma), Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği.
- Izgar, H., (2001), *Okul Yöneticilerinde Tükenmişlik*, Nobel Yayınları, Ankara.
- İHEB (İnsan Hakları Evrensel Beyannemesi), (1948), "*Madde 25*", Sayı: 217 A(III), Tarih: 27.05.1949, Resmi Gazete No: 7217.
- Kalaycı, Ş., (2010), *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Ankara: Asil Yayınları.
- Karafakıoğlu, M., (1998), "*Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*", İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul.
- Karasar, N., (2009), *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Ankara: Nobel Yayıncılık.

- Kavuncubaşı, S., (2000), "*Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*", Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Keskin, F. , (2008) ‘Çalışanların Performanslarını Arttırmada Bir Araç Olarak Motivasyon ve Motivasyon Teknikleri’, (Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi), Ankara.
- Kızılçelik, S., (1996), "*Türkiye'nin Sağlık Sistemi Bir Medikal Sosyoloji Denemesi*", Saray Kitabevleri, İzmir.
- Kurtulmuş, S., (1998), "*Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*", Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Manongi, R. N., Marchant, T. C. ve Bygbjerg, I. C., (2006), "Improving Motivation Among Primary Health Care Workers in Tanzania: A Health Worker Perspective", *Human Resources for Health*, Cilt: 6, Sayı: 4, 1–7.
- MEVKA (Mevlana Kalkınma Ajansı), (2012), *Y66aşam Kalitesi Temelinde Toplumsal Şiddet, Göç ve Yoksulluğun İncelenmesi*, Konya.
- Mullins, L. J. (2002), "*Management and Organisational Behaviour*", PrenticeHall Sixth Edition, UK. s. 426
- Odabaşı, Y. ve Oyman, M., (1998), "*Sağlık Hizmetleri Pazarlanması*", Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Odabaşı, Y., (2004), "*Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*", Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Örücü, E. ve Kanbur, A., (2008), "Örgütsel-Yönetimsel Motivasyon Faktörlerinin Çalışanların Performans ve Verimliliğine Etkilerini İncelemeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma: Hizmet ve Endüstri İşletmesi Örneği", *Yönetim ve Ekonomi*, Cilt: 15, Sayı: 1, Balıkesir.
- Özdemir, E. (2004), "*Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri*", Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Özgen, H., (1995), "*Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme*", Toplum ve Hekim Dergisi, "Hastaneler" Özel Sayısı, Türk Tabipler Birliği Yayını, 10, 69-70.
- Özgülven, İ. E., (2003), *Endüstri Psikolojisi*, Pegem Yayınları, Ankara.
- Öztek, Z., (1986), "*Temel Sağlık Hizmetleri*", Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yayını, 86/33, Kısa dizi No:1, Ankara.

- Öztek, Z., Eren, N., (1995), "*Sağlık Yönetimi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler*", Güneş Yayınevi, Ankara.
- Öztürk, D. A., (2010), "*Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İş Yaşam Kalitesinin İş Doyum Düzeyine Etkileri Üzerine Bir Araştırma*", Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Öztürk, M. B. ve Demirgüneş, K., (2005), "*Kurumsal Yönetim Bakış Açısıyla Entelektüel Sermaye*", IV. Orta Anadolu İşletmecilik Kongresi, TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, 13-14 Mayıs, Ankara
- Öztürk, S. A., (2003), "*Hizmet Pazarlaması*", Ekin Kitabevi, Eskişehir.
- Poyrazoğlu, N., (1992), "*Hastane Çalışanlarında İş Doyumunun Verimlilik İlişkisi*", Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi. Sağlık Bakanlığı, (1961), "*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*", Sayı: 224, Tarih: 12.01.1961, Resmi Gazete No: 10705.
- Saygılı, M. ve Çelik, Y., (2011), "*Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları ile İş Doyum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 14, Sayı: 1.
- Sertçe, S., (2002), "*Kamu Kuruluşlarında Yöneticilerin İş Doyumu Üzerine Bir Araştırma (İzmir Emniyet Teşkilatı Örneği)*", Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Soysal, M., Kenanoğlu, G. T., Emre, A., Hameşoğlu, S. (1993), "*Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı*", Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları:486, Ankara.
- Sözen, C., (2003), "*Sağlık Yönetimi*", Palme Yayıncılık, Ankara.
- Şahin, A., (2004), "*Yönetim Kuramları ve Motivasyon İlişkisi*", *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı: 11, Konya.
- T.C. Anayasası, (1982), "*Madde 56*", Kanun No: 2709, Tarih: 07.11.1982, Resmi Gazete No: 17844.
- Tekin, F., (1987), "*Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı*", Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 5, 1.
- Tellioglu, A., (2004), "*İstanbul İli Beyoğlu İlçesi'nde Çalışan İlköğretim Okulu Öğretmenlerin İş Doyum Düzeyleri*", Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi.
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life

- Assessment (WHOQOL): Development And General Psychometric Properties.
Social Science And Medicine. 46. 12, 1569-1585.
- Tokgöz, E., (1978). "*Sağlık Ekonomisi*", Toplum ve Hekim Dergisi, 5.
- Tuçcu, F., (2009), "Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Motivasyon Arasındaki İlişki: Bir Anket Uygulaması", (Niğde Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Niğde.
- Tuna, M. ve Türk, M.S., (2006), "Kamu ve Özel Sektör Matbaa İşletmelerinde Çalışanların İçsel Motivasyon Düzeylerinin Karşılaştırılması", *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı: 16, Konya.
- Turan, N., (2004), "*Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları*", Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Tümgan, C., (2007), "Kamu Örgütlerinde Motivasyon ve İş Tatmini", Yüksek Lisans Projesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi.
- Urban, C. D., (1991)., "*Market-Driven Communication Strategy*", Best of Health Care Marketing, 124-131.
- Ünsar, A.S., İnan, A. ve Yürük, P., (2010), "Çalışma Hayatında Motivasyon ve Kişiyi Motive Eden Faktörler: Bir Alan Araştırması", *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 12, Sayı: 1, Edirne.
- WHO (Dünya Sağlık Örgütü), (1985), "*Report of the Conference of Experts*", Nairobi.
- Yerebakan, M., (2000), "*Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*", İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26, İstanbul.
- Yüksel, İ., (2004), "Çalışma Yaşamı Kalitesinin Tipik ve Atipik İstihdam Açısından İncelenmesi", *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, Cilt: 5, Sayı: 1, 47-58.

EKLER

Ek 1: Sağlık Kurumlarında Çalışan Personelin Motivasyonunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine” İlişkin Anket Formu.

Değerli Meslektaşlarım;

Bu çalışmanın amacı, sağlık sektöründe çalışanların motivasyonlarını etkileyen faktörleri tespit etmektir. Ayrıca iş yaşam kalitesi ve motivasyonun çalışan personel üzerindeki etkisi incelenmeye çalışılmıştır.

Çalışma sonucunda elde edilen veriler, ortalamalar ve yüzdeler sadece bu yüksek lisans tezinde kullanılacak ve herhangi bir kimseye veya kuruma verilmeyecektir. Anket formlarında bu yüzden kimlik bilgilerinize yer verilmemiştir. İlgi ve katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

*Saygılarımla.
Bahar Geyik
Yüksek Lisans Tez Öğrencisi*

A. DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Çalıştığınız Hastanenin Adı:

2. Çalışılan Klinik:

3. Mesleğiniz:

- 1 Doktor (Uzman Doktor – Pratisyen Doktor)
- 2 Diş Hekimi
- 3 Eczacı
- 4 Sağlık İdarecisi
- 5 Hemşire
- 6 Ebe
- 7 Sağlık Memuru
- 8 Teknisyen
- 9 Diğer Sağlık Personeli (.....)

4. Cinsiyetiniz:

1 Kadın

2 Erkek

5. Medeni Durumunuz:

1 Evli

2 Bekar

3 Dul

6. Yaşınız:

1 18 – 24

2 25 - 34

3 35 – 44

4 45 - 49

5 50 +

7. Sağlık sektöründe ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

1 0 – 5 yıl

2 6 –10 yıl

3 11 –15 yıl

4 16 – 20 yıl

5 21 – 25 yıl

6 26 + yıl

8. Bu hastanede ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

1 0 – 5 yıl

2 6 –10 yıl

3 11 –15 yıl

4 16 – 20 yıl

5 21 – 25 yıl

6 26 + yıl

9. Mezun Olduğunuz Okul:

1 Orta Okul

2 Lise ve Dengi Okul

3 Yüksek Okul - Fakülte

4 Yüksek Lisans

5 Doktora

10. Aylık ne kadar ücret alıyorsunuz:

1 1000 TL ve altı

2 1000 - 2000 TL TL

3 2000 – 3000

4 3000 – 4000 TL

5 4000 TL ve üstü

B. EKONOMİK, PSİKO-SOSYAL VE ÖRGÜTSEL YÖNETSEL ARAÇLARLA İLGİLİ BİLGİLER

	EKONOMİK ARAÇLARLA İLGİLİ	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1.	İşyerinde yeterli ve adil bir ücret dağılımı olmalıdır.					
2.	Primli ücret uygulaması çalışma isteğini ve azmini artırır.					
3.	Çalışanların kâra katılımı aidiyet hissini artırır.					
4.	Ödüllendirme kişilere yönelik olarak yapılmalıdır. Böylece kişiler arası yarışma durumu ortaya çıkacak, çalışma temposu artacaktır.					
5.	Giyecek, yiyecek, yakacak, konut, ulaşım olanakları gibi cazip imkânlar olmalıdır.					
	PSİKO-SOSYAL ARAÇLARLA İLGİLİ	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
6.	İşyerindeki prestij ve diğer insanlardan saygı çalışanlar için önemlidir.					
7.	Çalışanlara dostça davranılmalı, empatik tutum sergilenmelidir.					
8.	İşinde başarılı olanlara yükselme olanakları açık olmalıdır.					
9.	Çalışanlar ödül aldıkları başarılı davranışı tekrarlama eğilimindedir.					
10.	Astlar üstleriyle her konuda kolayca konuşabilmelidirler.					
	ÖRGÜTSEL VE YÖNETSEL ARAÇLAR İLE İLGİLİ	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
11.	Tüm çalışanların (yöneten ve yönetilen), ortak amaçlar için çalışması sağlanmalıdır.					
12.	İşgörenlerin güvencesi için, sendikalaşmaları sağlanmalıdır.					
13.	Hemen hemen her iş daha çekici ve özendirici hale getirilebilir.					
14.	Kararlar, konuyla ilgili kişilerin katılımı alınmalıdır.					
15.	Çalışanlar için yeterli çalışma ortamına ve donanımına sahip olmak önemlidir.					

C. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ BİLGİLER

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
	YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ					
1.	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
2.	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?					
3.	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?					
4.	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?					
5.	Bedensel görünüşünüzü kabullenir inisiniz?					
6.	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?					
7.	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşıyorsunuz?					
8.	Boş zamanlarınızı değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatlarınız olur?					
9.	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?					
10.	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
11.	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?					
12.	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
13.	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
14.	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
15.	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?					