

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**HASTANELERDE SÖZLEŞMELİ HEMŞİRELERİN İŞ  
GÜCÜ DEVRİNİN HİZMET KALİTESİNE ETKİSİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: **Fatma KAYA**

İSTANBUL, 2010

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**HASTANELERDE SÖZLEŞMELİ HEMŞİRELERİN İŞ  
GÜCÜ DEVRİNİN HİZMET KALİTESİNE ETKİSİ**  
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

**Fatma KAYA**

Öğrenci No:

070746268

Danışman:

Doç. Dr. Hüseyin İNCE

İSTANBUL, 2010

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans projesi olarak sunduğum **“Hastanelerde Sözleşmeli Hemşirelerin İş Gücü Devrinin Hizmet Kalitesine Etkisi”** başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.  
15/07/2010.

Aday: Fatma KAYA

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

.../.../.....

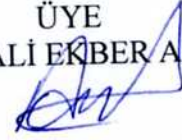
Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 070746268 numaralı *Fatma Kaya*'nın "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**HASTANELERDE SÖZLEŞMELİ HEMŞİRELERİN İŞ GÜCÜ DEVRİNİN HİZMET KALİTESİNE ETKİSİ**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 21.07.2010 tarih ve 2010/19 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (5.0) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 1 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN  
DOÇ.DR. HÜSEYİN İNCE



ÜYE  
PROF.DR. ALİ EKBER AKGÜN



ÜYE  
DOÇ.DR. SALİH ZEKİ İMAMOĞLU

# HASTANELERDE SÖZLEŞMELİ HEMŞİRELERİN İŞGÜCÜ DEVRİNİN HİZMET KALİTESİNE ETKİSİ

**Tezi Hazırlayan:** Fatma KAYA

## Özet

Hasta bakımının sağlanmasında şüphesiz ki en önemli kişiler hemşirelerdir. Ayrıca sağlık personeli arasında en büyük grubu hemşirelik personeli oluşturmaktadır. Dolayısıyla bakımda standardın yakalanmasında hemşirelik iş gücü önem arz etmektedir. Bu araştırmanın amacı, hastanelerde gün geçtikçe sayısı artan sözleşmeli personelin iş gücü devir hızını hesaplamak, Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeğini hastalara uygulamak suretiyle iş gücü devir hızlarına göre hastaneler arası karşılaştırma yaparak hizmet kalitesi ile işgücü devir hızı arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırma verilerinin analizi için istatistiksel paket programı kullanılmıştır. Faktör Analizi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Bağımsız Grup t Testi kullanılarak hipotezlerin desteklenip desteklenmediği analiz edilmiştir. Verilerin analizi sonucunda iş gücü devir hızı düşük ve yüksek olan kurumlarda hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet oranı birbirine yakın çıkarken, işgücü devri orta derecede olan kurumlarda hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet oranı diğerlerinden daha düşük çıkmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hizmet Kalitesi, İşgücü Devri, İşgücü Devir Hızı

# **EFFECT OF TURNOVER RATE OF CONTRACTUAL NURSES TO SERVICE QUALITY IN HOSPITALS**

**Thesis Prepared By: Fatma KAYA**

## **Summary**

Certainly, the most important persons in achieving health care are nurses. Furthermore, nursing personnel constitutes the largest group in health care personnel. Therefore, work force of nursing is important to be attained standard in health care. Aim of this study is that counting turnover rate of contractual personnel of which numbers increase gradually in hospitals, examining relations between service quality and turnover rates by applying Measure of Satisfaction from Nursing Service to patients and comparing with hospitals in respect of turnover rates. It was used statistical pocket programme to analyze data of study. It was analyzed whether it was supported hypotheses or not by using Factor Analyzing, One Way Variance Analyzing, Independent Group T Test. In the end of analyzing, it was established that rate of satisfaction from nursing service was close to each other in constitutions in which turnover rates were low and high levels, however rate of satisfaction from nursing service was lower level in constitutions in which turnover rates were mediocre.

**Keywords:** Service Quality, Labor, Labor Turnover, Turnover Rate

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

## ÖZET

## ABSTRACT

**TABLolar LİSTESİ..... vi**

**KISALTMALAR ..... viii**

**1. GİRİŞ ..... 1**

**2. HİZMET KALİTESİ KAVRAMI..... 3**

2.1. Hizmet Kalitesi..... 4

2.2. Hizmet Kalitesinin Boyutları ..... 5

2.3. Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi ..... 10

2.3.1. Hizmet Veren Açısından Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi..... 10

2.3.2. Tüketici Açısından Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi ..... 11

2.4. Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi ..... 12

2.5. Sağlık Hizmetleri ve Kalite..... 13

2.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri..... 14

2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü..... 16

2.6. Sağlık Sisteminde Bir Kalite Göstergesi: Hasta Memnuniyeti ..... 17

2.7. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Boyutları ..... 18

**3. İŞGÜCÜ DEVRİ KAVRAMI.....21**

3.1. İşgücü Devri..... 23

3.2. İş Gücü Devrinin Önemi..... 24

3.2.1. İşletmeler Açısından İşgücü Devrinin Önemi ..... 25

3.2.2. İşgören Açısından İşgücü Devrinin Önemi ..... 28

3.2.3. Ekonomik Açıdan İşgücü Devrinin Önemi ..... 29

3.2.4. İş Gücü Devrinin Sağlık Kuruluşları İçin Önemi ..... 30

3.3. İş Gücü Devri ve Hemşirelik..... 31

3.4. İş Gücü Devrinin Nedenleri ..... 33

3.4.1. İş İle İlgili Faktörler ..... 33

3.4.1.1 Ücret..... 33

3.4.1.2. Terfi İmkanları ve Kariyer ..... 35

3.4.1.3 Çalışma Ortamı ve İşyeri Güvenliği..... 36

3.4.1.4 Yönetim ve Liderlik Sistemi ..... 36

3.4.1.5. İş Tatmini .....	37
3.4.1.6 Çalışma Kuralları ve Sağlık İşletmelerinin Durumu .....	38
3.4.1.7. Hizmet İçi Eğitim .....	39
3.4.1.8. Diğer İş Fırsatları.....	40
3.4.2. Çalışanların Yapısı İle İlgili Faktörler .....	40
3.4.2.1. Yaş Faktörü .....	40
3.4.2.2. Eğitim Seviyesi.....	41
3.4.2.3. Kıdem Faktörü.....	41
3.4.2.4. Cinsiyet .....	42
3.4.2.5. Medeni Durum.....	42
3.5. İş Gücü Devrinin Sonuçları.....	43
3.6. İş Gücü Devrinin Hesaplanması.....	44
3.6.1. Ayrılmalar Yöntemi .....	45
3.6.2. Girişler Yöntemi .....	45
3.6.3. İşgücü Akışı Yöntemi.....	46
3.6.3.1. Birinci Durum.....	46
3.6.3.2. İkinci Durum .....	47
3.6.4. Net İşgücü Yöntemi .....	47
3.6.5. Kaçınılabılır Ayrılmalar Yöntemi.....	48
3.6.6. Personel Denge (Stabilite) İndeksi.....	48
3.6.7. Bowey Denge İndeksi .....	49
3.6.8. Yetenek Çıkış İndeksi .....	49
3.6.9. Cohort Analizi.....	49
<b>4. YÖNTEM.....</b>	<b>51</b>
4.1. Araştırmanın Amacı .....	51
4.2. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	51
4.3. Araştırmanın Hipotezleri .....	52
4.4. Araştırmanın Evreni .....	53
4.5. Araştırmanın Örneklemi .....	56
4.6. Veri Toplama Araçları .....	58
4.7. Verilerin Toplanması.....	58
<b>5. BULGULAR VE YORUMLAR .....</b>	<b>60</b>
5.1. Sosyodemografik Bulgular .....	60
5.2. Hasta Memnuniyeti İle İlgili Bulgular.....	65



5.2.1. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri .....	65
5.2.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi.....	67
5.2.3. Hemşirelik Hizmetlerinden Hasta Memnuniyeti ve İş Gücü Devir Hızı İlişkisi.....	73
5.2.4. Hemşirelik Hizmetlerinden Hasta Memnuniyetini Etkileyen Sosyodemografik Değişkenlerin Analizi .....	75
<b>6. SONUÇ .....</b>	<b>83</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>85</b>
<b>Ek-1: HASTA BİLGİ FORMU .....</b>	<b>95</b>
<b>Ek-2: HASTALARIN HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ.....</b>	<b>97</b>

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo No.</b>	<b>Sayfa</b>
Tablo. 1. Hizmet Kalitesinin Boyutları.....	6
Tablo. 2. Hizmet Kalitesi Boyutlarının Sağlık Hizmetlerine Uyarlanması .....	9
Tablo.3.Sözleşmeli Hemşire İşgücü Devir Hızı Oranları ve Hastanelerin Yatak Sayıları.....	55
Tablo. 4. Araştırma İçin Seçilen Hastaneler .....	56
Tablo. 5. Hastanelerin Evren İçindeki Ağırlıkları Ve Anket Uygulanacak Hasta Sayısı.....	57
Tablo. 6. Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Dağılımı .....	60
Tablo. 7. Araştırmaya Katılanların Yaşlarına Göre Dağılımları .....	60
Tablo. 8. Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları.....	61
Tablo. 9. Araştırmaya Katılanların Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımları....	61
Tablo.10.Araştırmaya Katılanların Öğrenim Durumuna Göre Dağılımları.....	62
Tablo.11.Araştırmaya Katılanların Mesleklerine Göre Dağılımları.....	62
Tablo. 12.Araştırmaya Katılanların Gelir Durumuna Göre Dağılımları.....	63
Tablo. 13.Araştırmaya Katılanların Mükerrer Yatış Durumuna Göre Dağılımları....	63
Tablo.14. Araştırmaya Katılanların Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımları..	64
Tablo.15. Araştırmaya Katılanların Refakatçi Bulundurma Durumuna Göre .....	64
Tablo.16. Araştırmaya Katılanların Refakatçi Kalış Durumuna Göre Dağılımları....	64
Tablo.17. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalama Ve Standart Sapmaları.....	65
Tablo.18. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Madde Puanlamaları.....	66
Tablo. 19. Kmo Ve Bartlett Testleri Tablosu.....	67
Tablo. 20. Toplam Varyans .....	68
Tablo. 21. Dönüşümlü Faktör Yükleri.....	69
Tablo. 22.Hemşirenin Tarzı Ve Nezaketi Boyutunda Yer Alan Değişkenler Ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	71
Tablo.23. Eğitim Ve Bilgilendirme Boyutunda Yer Alan Değişkenler Ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	72

Tablo.24.Hemşirenin Ulaşılabilirliği Boyutunda Yer Alan Değişkenler Ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	73
Tablo.25. Kurumlar Arası İşgücü Devir Hızı Derecelendirmeleri .....	73
Tablo.26. İşgücü Devrine Bağlı Olarak Farklılık Gösteren Kriterler .....	75
Tablo.27. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Cinsiyet Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Bağımsız Grup T Testi Analizi .....	76
Tablo. 28. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Yaş Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi.....	76
Tablo. 29. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Medeni Durum Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi .....	77
Tablo.30. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Sosyal Güvence Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Bağımsız Grup T Testi Analizi .....	78
Tablo. 31. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Öğrenim Durumu Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi .....	79
Tablo. 32. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Meslek Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi.....	80
Tablo.33. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Gelir Durumu Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi .....	81
Tablo.34. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Refakatçi Bulundurma Durumu Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Bağımsız Grup T Testi Analizi.....	82

## KISALTMALAR

**KPSS** : Kamu Personeli Seçme Sınavı

**A.B.D.** :Amerika Birleşik Devletleri

**KMO** : Kaiser-Meyer-Olkin

## 1. GİRİŞ

İşletmeler, belirli amaçları gerçekleştirmek için eylemlerini birleştirmiş insanlardan oluşur. Temel amacı insan sağlığına hizmet etmek olan sağlık işletmelerinde, amaca ulaşmak için kullanılan en önemli araç, yetişmiş, tecrübeli, yaptığı işin diğer insanların sağlığı ve hayatı ile doğrudan ilişkili olduğunun farkında olan işgücüdür. Sağlık hizmeti olarak en kapsamlı faaliyetlerin gerçekleştirildiği hastaneler, emek yoğun işletmelerdir. Bu nedenle, teknoloji ne kadar ilerlemiş olursa olsun, işgücü, hastanelerin en önemli girdi kaynaklarından birisidir.

Sağlık bakım sisteminde etkin bir bakım hizmeti, hemşirenin yetkisi çerçevesinde, sorumluluklarını üstlendiği ölçüde gerçekleşebilir. Hemşirenin görev alanı değişse de hasta/sağlıklı birey ve ailesine olan sorumlulukları her alanda vardır ve sürecektir.

Kalite bugün yaşantımızın tüm alanlarında ön plana çıkmış olup, her zaman, her yerde ve her konuda önu alınamaz bir talep haline gelmiştir. Hemşirelik hizmetlerinde kalitenin temel basamaklarından birini hasta memnuniyeti oluşturmaktadır. Hasta memnuniyeti, verilen hizmetin hastaların beklentilerini karşılama düzeyine ve hastanın verilen hizmeti algılamasına dayanır.

Hasta memnuniyetinin maksimum düzeyde sağlanmasında çalışan memnuniyetinin rolü büyüktür. İşinden farklı sebeplerden dolayı memnun olmayan çalışanın vermiş olduğu hizmette aksamalar yaşanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı' nın 2005 yılından itibaren istihdam politikasında sözleşmeli personel kullanılması yoluna gitmesiyle, hastanelerde sözleşmeli personel sayısı hızla artmaya başlamıştır. KPSS' ye girerek tercih sırasına göre hastanelere yerleştirilen personel, çoğu zaman beklentilerini karşılayan çalışma ortamı bulamamaktan ya da ailevi nedenlerden dolayı yer değiştirme eğilimine girmiştir. O yıllarda sözleşmeli personel, 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu' nun sağlamış olduğu tüm özlük haklarına sahip fakat yer değiştirme hakkına sahip değildi. Bu durum sözleşmeli personelin istifa ederek yeniden tercih yapmasına neden olmuştur. Sayıları giderek artan bu istifalar hastanelerdeki personel dengelerini alt üst etmiş ve

işgücünde büyük dengesizlik yaratmaya başlamıştır. Hastaneler büyük kaynak harcayarak kalifiye hale getirdikleri elemanlarını yitirmekte ve hasta bakımında hedefledikleri standartlara ulaşmada kan kaybetmeye başlamışlardır.

Hasta bakımının sağlanmasında şüphesiz ki en önemli kişiler hemşirelerdir. Ayrıca sağlık personeli arasında en büyük grubu hemşirelik personeli oluşturmaktadır. Dolayısıyla bakımda standardın yakalanmasında hemşirelik iş gücü önem arz etmektedir.

Bu tez çalışmasında öncelikle İstanbul ilindeki 10 kamu hastanesinde sözleşmeli hemşirelerin iş gücü devir hızları hesaplanmış, ardından bu hastanelerde hastalara Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği uygulanarak hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumları ortaya konmuş ve iş gücü devir hızı ile hemşirelik hizmet kalitesi arasında ilişki aranmıştır. Sağlık Bakanlığı' nın 2005 yılından itibaren sözleşmeli personel uygulamasına geçmesiyle sağlık çalışanları özellikle hemşireler kendilerine uygun olmayan çalışma şartları ya da kişisel faktörlerden dolayı görevlerinden istifa etmeye başlamışlardır. Bu durum karşısında hastaneler kıt kaynaklarını harcayarak kalifiye hale getirdikleri elemanlarını kaybetmeye başlamış ve bakım kalitesinde aksamalar yaşanmaya başlamıştır.

Bu çalışmada amaç, kamu hastanelerinde meydana gelen sözleşmeli hemşire işgücü devrinin verilen bakım hizmeti kalitesine etkisinin ortaya çıkarılmasıdır. Çalışma altı bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm çalışmanın genel hatları ve amacını içeren giriş bölümüdür. İkinci ve üçüncü bölümde hizmet kalitesi ve işgücü devri kavramları tüm boyutlarıyla incelenmiş ve sağlık sistemine yansımaları üzerinde durulmuştur. Dördüncü bölümde araştırmanın yöntemi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Beşinci bölümde 10 kamu hastanesinin sözleşmeli hemşire işgücü devir oranları hesaplanmış, yine bu hastanelerde hastalara Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği uygulanarak işgücü devir hızı ile verilen bakım hizmetinin aralarındaki ilişki istatistiksel yöntemlerle aranmış ve yorumlanmıştır. Ayrıca araştırmanın hipotezleri istatistiksel paket programıyla analiz edilmeye çalışılmıştır. Altıncı ve son bölümde ise sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

## 2. HİZMET KALİTESİ KAVRAMI

Tüm dünyada insanların refah seviyesinin artması, beklentilerinin değişmesi ve teknolojinin gelişmesi gibi sebeplerden dolayı son 30 yıl içerisinde imalat sektöründen hizmet sektörüne belirgin bir kayma yaşanmaktadır. Bu sektörün, ulusal ülke ekonomileri içerisindeki payı hızla büyümeye başlamıştır. Buna bağlı olarak hizmet işletmeleri sayısında büyük bir artış gözlenmiş ve bu durum, rekabet kavramını doğurmuştur. Zorlu rekabet ortamında ayakta kalmak isteyen işletme sahipleri, hizmetlerinde çeşitlilik, üretim ve kalite odaklı stratejiler geliştirmişlerdir. Hizmet sektöründe kaliteye olan ilginin 1980' li yıllardan itibaren gittikçe arttığı görülmektedir. Bu yüzdendir ki, son yıllarda kalite ile ilgili araştırma sayısında büyük patlama yaşanmaktadır.

Bir ürünün veya hizmetin kaliteli olarak alınabilmesi, tüketici haklarının temel amaçları arasında bulunmaktadır (Tenekecioğlu, 1992, s. 26).

Hem imalat sektörü hem de hizmet sektörü ekonomiye katkıları bakımından vazgeçilmez niteliktedir. Başlangıçta kalitenin yükseltilmesine yönelik çalışmalar somut ürünler sunan imalat sanayinde uygulama alanı bulmasına karşılık, hizmetler sektörünün büyüüp gelişmesi ve ekonomide dikkate değer bir yer tutması nedeniyle bu sektöre de uyarlanmıştır. Ancak, kalitenin iyileştirilmesi için her şeyden önce ölçülebilir olması gerekmektedir. Hizmetlerin kendine özgü bir takım özellikleri olması nedeniyle ölçümü de zorlaşmaktadır. Bu özellikleri; zaman, yer, biçim ve psikoloji bakımından fayda meydana getiren ekonomik faaliyetler olarak tanımlanabilir (Altan v.d, 2003, s. 4).

Hizmet sektörünün insan emeği içeren bir sektör olması, hizmetlerin heterojen olmalarına işaret etmektedir. Başka bir ifadeyle, hizmetlerin heterojen olma özelliği, hizmetlerin önemli bir kısmının üretiminde insan unsurunun, makine ve teçhizata nazaran daha yoğun olarak katılmasından kaynaklanmaktadır. Bunun sonucu olarak da, hizmetlerin üretiminde insan unsurunun bulunması, hataların kaçınılmazlığını gündeme getirmektedir. İki tür hizmet kalitesi vardır: birincisi;

düzenli işlemlerdeki kalite düzeyidir, ikincisi ise; problemlerin ve şikayetlerin ele alınması sırasında sunulan hizmet düzeyidir. Hizmet kalitesinin performansının yüksek olması bu iki alanda da güçlü olmayı gerektirmektedir. Bir diğer taraftan da, hizmet kullanıcılarının herhangi bir problemle karşılaşmadıklarında değil, problemlerine çözüm sunulmasındaki kaliteden daha çok memnun oldukları gerçeği göz önünde bulundurulmalıdır (Soyak, 2005, s. 4).

## **2.1. Hizmet Kalitesi**

Hizmetlerin fiziksel bir unsur olmaması, üretildiği yerde tüketilmesi, heterojen bir yapıya sahip olması, hizmet kalitesi ve içeriğinin sunan kişiye göre değişebilmesi üretim tüketiminin aynı anda yapılması gibi hizmetin özelliğine bağlı nedenlerden dolayı ortak bir tanım yapmak oldukça zordur (Saat, 1999, s.3).

En genel anlamda hizmet kalitesi, “müşterilerin beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesi”dir (Odabaşı, 2000, s. 93). “Verilen hizmet seviyesinin müşteri beklentileri ile ne kadar iyi eşleştiğinin ölçüsü” olarak da tanımlanabilir (Erkut, 1995, s.12). Başka bir ifadeyle, “süreçlerin yapısının, çıktılarının ve sonuçlarının, hizmetten yararlananların ihtiyaçlarını karşılama derecesidir” (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007). Tarım (2000)’a göre, hizmette kalitenin gereği olarak işletmenin müşteri beklentilerini gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Müşteri beklentileri gerçekleştirilir ise hizmet tatminkardır. Buna bağlı olarak hizmet işletmelerinde kalitenin gerekleri yerine getirilirse, işletmenin kar etmek için ayrıca çaba sarfetmesine gerek yoktur.

Konu ile ilgili Bircan ve Baycan (2004) şunları söylemişlerdir. “Hizmet kalitesinin en önemli unsuru tüketicidir. Tüketicinin beklentileri, algıladıkları hizmet kalitesini belirler. Beklentiler algılamalardan yüksek ise kalitenin düşüklüğünden, beklentiler karşılanmış ise yüksek kaliteden bahsedebiliriz.”

Kalite, tüketicilerin bilinçlenmesi ve daha iyiyi talep etmeleri, üreticilerin de işlerinde uzmanlaşmaya başlamaları ve rekabetin de artmasıyla her sektörde çok önemli bir unsur olarak sıkça karşımıza çıkmaktadır.



Artık kalite insanların satın alma eğilimlerini büyük ölçüde etkilemektedir. Bu etki sağlık hizmetlerinde daha önemli rol oynamaktadır.

Yapılan tanımların büyük kısmında hizmet kalitesi kriteri olarak müşteri algısı gösterilmiştir. Tabii ki müşteri beklentilerinin karşılanması çok önemlidir. Ancak hizmeti alanlar kadar verenlerin de gerçekleştirdikleri hizmetten memnun olmaları, çalışan güvenliği ve memnuniyeti çerçevesi içerisinde hizmetlerini gerçekleştirmeleri gerekir.

Hizmetin kalitesi, hizmetin nerede, nasıl ve ne zaman verildiğine, özellikle de hizmeti sunan kişilere bağlıdır. Hizmet sunanlar hizmetin kalite algısını etkileyecektir. Aynı hizmeti sunan farklı kişiler arasında kişisel değişiklik olabileceği gibi, aynı kişi farklı zamanlarda farklı kalitede hizmet verebilir.

Bu görüş değişik araştırmacılar (Avcı ve Sayılır, 2006) tarafından da desteklenmektedir. Hizmet kalitesini arttırmada ve müşteri memnuniyetini sağlamada işgörenlerin tutumu, davranışları ve müşteriyle etkileşimi diğer faaliyetlere göre daha büyük önem taşımaktadır. Çünkü, hizmet işletmelerinde kalite, hizmetin sunulduğu sırada müşteri ile hizmeti sunan işgören arasındaki iyi etkileşim ile sağlanmaktadır. Genel hizmet kalitesi boyutları arasında fiziksel değerler ile birlikte işgören tutum ve davranışlarına bağlı olan güvenilirlik ve empati gibi unsurlar da ön plandadır.

Bu faktörleri göz önüne alarak hizmet kalitesi, “insanların performanslarını hatasız olarak gerçekleştirmesi, tüketicilere, yerinde, zamanında, doğru şekilde ürün sunulmasına denilmektedir” (Bozkurt, 1995).

## **2.2. Hizmet Kalitesinin Boyutları**

Hizmet paketi, müşteri bütün üretim sürecinde işletme ile etkileşim içerisinde olduğundan, üretildiği sırada tüketilir. Müşteri ürün kalitesinde olduğu gibi üretim sonucunda ortaya çıkan çıktının kalitesi ile değil, bütün üretim süreci boyunca etkileşim içerisinde olduğu hizmet paketinin diğer öğelerinin kalitesi ile de ilgilenir. Örneğin, hastaneye başvuran bir hasta, aldığı hizmetin kalitesini sadece doktorun

kendisini muayene etmesi ve ilaç yazmasıyla değerlendirmez. Buna ek olarak tanı koymak için yapılan tetkikler sırasında verilen laboratuvar, radyoloji, gibi birimlerin hizmetleri, bu birimlerde çalışanların verdiği kan alma, ışınlama hizmetleri, çalışanların kendisine olan yaklaşımı, sonuçların zamanında ve doğru olarak bildirilmesi, kullanılan malzemeler gibi bir çok faktörü de göz önünde bulundurur. Hizmetin bu özelliği, hizmet kalitesinin boyutları kavramını ortaya çıkarmıştır. Bu boyutlar Tablo 1’ de gösterilmektedir.

Değişik akademisyen ve araştırmacılar, hizmet kalitesinin boyutları ile ilgili çeşitli yaklaşımlar geliştirmişlerdir. Bu çeşitliliğin sebebi hizmet kalitesini oluşturan boyutların çeşitli sektörlere göre değişmesidir.

**Tablo. 1.** Hizmet Kalitesinin Boyutları

YAZARLAR	ÖNERİLEN BOYUTLAR
<b>SASSER, OLSEN, WYCKOF (1978)</b>	a. Üretimde kullanılan materyallerin niteliği b. Hizmetin yaratıldığı fiziksel atmosfer, araç, gereç vb. teknik olanaklar, c. Personelin tutum ve davranışı
<b>LEHTINEN (1983)</b>	1. Üç boyutlu yaklaşım a. Fiziksel kalite b. Etkileşim kalitesi c. Şirket kalitesi 2. İki boyutlu yaklaşım a. Süreç kalitesi b. Çıktı kalitesi
<b>GRÖNROOS (1983)</b>	a. Teknik kalite b. İşlevsel kalite c. Firma imajı
<b>PARASURAMAN ZEITHAML VE BERRY (1985)</b>	a. Güvenilirlik b. Heveslilik c. Yetenek d. Ulaşılabilirlik e. Nezaket f. İletişim g. İnanılrlık h. Güvenlik i. Müşteriyi tanıma/anlama j. Hizmet ortamı
<b>NORMANN (1988)</b>	Hizmet paketinin özellikleri: a. Değişir (soft) özellikler b. Değişmez (hard) özellikler

**Kaynak:** UYGUÇ, N. (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım*, (1. Baskı). İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.

*Güvenilirlik;* hizmet gerçekleştirilmek üzere söz verilen zamana tam olarak uyulması, verilen hizmetin bir kerede ve doğru olarak verilmesi, sorun çözme odaklı olunması ve kayıtların doğru olarak tutulması yapılması gibi konuları kapsar. Kısacası hizmette tutarlılık olarak ifade edilebilir.

*Heveslilik;* çalışanların hizmet verme konusunda hazır ve istekli olmasını açıklar. Satıcının müşteriye zamanında ve uygun karşılık verme derecesini belirler. Anında hizmet verme, müşteriye yardımcı olma ve zamanında geri dönme, bir belgeyi hemen postalama gibi faaliyetleri kapsar (Uyguç, 1998, s. 36-37).

*Yetenek;* hizmet verenlerin gerekli mesleki bilgi ve yeteneğe sahip olma derecesidir. Çalışanların müşteri ile olan ilişkilerindeki hata payının minimum düzeyde olmasını gerektirir. Çalışanların uzmanlığı, yetenekleri, eğitimi, yenilikleri takip etme ve araştırma yeteneği örnek olarak verilebilir.

*Ulaşılabilirlik;* müşterinin işletme ile ilişki kurma kolaylığını ve yaklaşılabirlik ölçüsünü içerir. Örneğin, hizmet verenlere telefonla kolayca ulaşılabilmesini, hatların meşgul olmamasını, hizmeti elde etmek için beklenmemesini, çalışma saatlerinin uygun olmasını, hizmet tesislerinin uygun yerlerde olmasını içerir. Ayrıca, amirlerin iç müşteri konumunda bulunan personelin öneri ve tekliflerine her zaman açık olmaları anlamında da anlaşılmalıdır (Ersöz, Pınarbaşı, Türker ve Yüzükırmızı, 2009).

*Nezakets;* Müşterilerle ilişkide bulunan çalışanların kibarlığını, saygısını, dostluğunu içerir. Çalışanların temiz ve düzenli görünüşü, güler yüzlü olması, müşterinin orada bulunmasından duydukları memnuniyeti ifade etmeleri, müşteriye ilgi gösterme dereceleri örnek olarak gösterilebilir.

*İletişim;* çalışanların müşteriye hizmet hakkında onların anlayabileceği şekilde ve düzeyde bilgi vermesidir. Bu boyut, müşterileri, anlayacakları bir dilden konuşarak bilgilendirmek ve onları dinlemek, hatta kullanılan dilin değişik müşterilere göre ayarlanması anlamına gelmektedir. Karmaşıklık ve içerik derecesini iyi eğitilmiş bir müşteriye karşı arttırmak veya yeni ve deneyimsiz bir müşteri için daha basit ifadeler kullanmak bu boyut kapsamında değerlendirilir. Hizmetin

içeriğini, maliyetini, karşılaşılabilecek problemleri ve problemler karşısında neler yapılabileceğini açıklamak, müşterinin sorularını eksiksiz bir şekilde cevaplamak gibi konuları kapsar (Gümüšođlu, v.d., 2007, s.38).

*İnanılrlık;* çalışanların hizmet verdikleri müşteriye samimi bir ilgi göstermesi ve müşteriye kendisine inandırmasıdır. Dürüslükle oluşturulan işletme imajı ve çalışanların kişisel özellikleri işletme itibarını ve inanılrlığını arttıran etkenlerdir.

*Güvenlik;* verilen hizmetin tehlike, risk ve şüpheden uzak olması anlamına gelir. Bu boyut ayrıca müşteri bilgilerinin gizliliğini de içerir. Müşterilerin fiziksel, parasal güvenliğinin ve mahremiyetinin korunmasını kapsar. Otobüs işletmelerinde tecrübeli ve yetenekli şoförlerin, finans hizmetlerinde güvenilir ve dürüst uzmanların çalıştırılması bu boyuta örnek gösterilebilir (Yılmaz, Filiz, ve Yaprak, 2007).

*Müşteriyi Tanıma/Anlama;* müşteriye özel ilgi gösterilmesi, ismi ile çağırılması, tanınması, müşteriye gururlandırıcı davranışlardır. Müşteriler, kendilerini yakından tanıyan çalışanlara daha fazla güvenmekte ve kalite algıları bu duruma göre değişmektedir.

*Somut Özellikler;* hizmetin verildiği ortamın fiziksel özelliklerini, personelin dış görünüşünü, kullanılan araç, gereç ve bunların teknolojik gelişmelere uygunluğunu ifade etmektedir. Hizmet ortamı boyutu ayrıca, hizmetin oluşturduğu ortamın psikolojik ve sosyal durumunu da açıklamaktadır. Çalışanların birbirleri ile olan ilişkilerinin niteliği ve düzeyi, birbirlerine gösterdikleri davranışın özellikleri ve bunun sonucunda oluşan örgütsel kimlik bu boyut çerçevesinde değerlendirilmektedir (Uyguç, 1998, s. 36-37).

Bu boyutların bilinmesi işletme yöneticilerine hizmetten yararlananların tatminsizliğinin nedenlerini öğrenme, ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda hizmetlerin yürütülmesi ile ilgili gerekli düzenlemeleri yapma olanağını verir. Böylece hizmette verimlilik artırılmış olur. Hizmet kalitesi boyutlarının sağlık hizmetlerine uyarlanması Tablo 2' deki gibi özetlenebilir.

**Tablo. 2.** Hizmet Kalitesi Boyutlarının Sağlık Hizmetlerine Uyarlanması

<b>Hizmet Kalite Boyutu</b>	<b>Sağlık Hizmetlerine Uyarlama</b>
<b>Güvenilirlik</b>	Poliklinik randevu saatlerine uyulması Hasta sorunlarına yönelik çözüm odaklı çalışma Doğru kayıt tutma ve faturalama
<b>Heveslilik</b>	Tüm sağlık çalışanlarının hastaya hizmet sunmaya hazır ve istekli olması Hasta sorularına bekletmeden cevap verilmesi Tetkik sonuçlarının vaad edilen zamanda hastaya bildirilmesi Hastalığa uygun doğru tedavinin saptanması ve zamanında başlanması Sağlık çalışanlarının hastayla ilgilenemeyecek kadar meşgul olmaması
<b>Yetenek</b>	Sağlık çalışanlarının yeterli bilgi ve teknik beceriye sahip olmaları Tetkik ve tanı belirlemede kullanılan teknolojik aletlerin kullanımında profesyonel olmaları
<b>Ulaşılabilirlik</b>	Sağlık kurumunun hastanın ulaşabileceği yerde olması Acil sağlık hizmeti veren 112 Acil çalışanlarına telefonla rahatlıkla ulaşılabilme Hastane içerisinde hizmet almak için beklememe
<b>Nezaket</b>	Sağlık çalışanlarının hastaya kibar, hoşgörülü, içten ve saygılı davranması Sağlık çalışanlarının dış görünüşlerinde temiz ve düzenli olmaları Hasta ile en iyi derede ilgilenebilme
<b>İletişim</b>	Hastaya terminolojik değil anlayabileceği şekilde bilgi verme Hasta sorularını eksiksiz şekilde cevaplayabilme
<b>İnanlırlık</b>	Sağlık hizmeti sunumunda hastaya dürüst davranma
<b>Güvenlik</b>	Hasta mahremiyetine özen gösterilmesi, bilgilerin gizli tutulması
<b>Müşteriyi Tanıma/Anlama</b>	Hastalara numaraları ile değil isimleriyle hitap edebilme
<b>Somut Özellikler</b>	Hastanenin fiziksel iç ortamının durumu Sağlık çalışanlarının dış görünüşü

**Kaynak:** UYGUÇ, N. (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım*, (1. Baskı). İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.

İdeal olan hizmet kalitesi boyutlarının tümünün gerçekleştirilmesi odaklı bir strateji izlenmesidir. Fakat sağlık hizmetlerine baktığımızda özel sağlık kuruluşlarının bu boyutları uygulamada daha etkin olduğu görülmektedir. Bu durumun en önemli sebeplerinden biri hasta kapasitesinin yoğunluğudur. Örneğin,

bir kamu hastanesinin sadece acil servisinin hasta kapasitesinin bir gecede ortalama 1000' in üzerine çıktığı görülmekteyken, özel hastanelerin aynı zaman dilimi içerisindeki hasta kapasitesi bu sayının kat kat altındadır. Özel hastanelerin Sosyal Güvenlik Kurumu hastalarına açılmasıyla bu sayıda artış gözlenmiştir fakat bu durum kamu hastanelerindeki yığılmanın önüne geçememiştir.

Burada yapılması gereken ise, koruyucu nitelikteki sağlık hizmetlerine kaynak ayırılarak işlerliğinin artırılması, sevk zinciri oluşturarak sadece ihtiyacı olan hastaların hastaneye yönlendirilmesidir.

### **2.3. Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi**

Hizmet ürünleri üretildiği anda tüketilir. Bundan dolayı tüketicinin ürünü tüketmeden önce denemesi mümkün değildir. Bu yüzden hizmet ürünlerinin kalitesinin müşteri tarafından değerlendirilmesi imalat ürünlerinden daha zordur. Hizmet ürünlerinde standart kaliteyi yakalamak zordur. Bu durumun nedeni işletmenin vermeyi düşündüğü hizmet ile müşteri algısında yer alan hizmet arasındaki uyumsuzluktur.

Bu söylemi (Varınlı, 1996) şöyle destekler. “Hizmetin kalitesi, hizmet sunumu sırasında meydana gelir. Müşterinin yoğun olduğu durumlarda, hizmet üretimi üzerindeki kontrol azalabilir. Bu durumlarda tüketicinin tepkisi sunulan hizmetin kalitesinde etkili olacaktır.”

Hizmet kalitesi hizmeti veren ve tüketici açısından olmak üzere iki açıdan değerlendirilebilir.

#### **2.3.1. Hizmet Veren Açısından Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi**

Hizmet veren açısından ele alındığında, hizmet kalitesi değerlendirilirken atılacak ilk adım müşterinin algılanması olmalıdır. Bu algılama müşteri yapısının, gereksinimlerinin ve beklentilerinin bilinmesi şeklindedir. Ancak şu unutulmamalıdır

ki, bütün bunlar sürekli değişiklik içindedir. İkinci adım, müşteri ihtiyaçlarının giderilmesi için yapılacak işlemlerin planlanması, hizmet stratejisinin belirlenmesidir. Aslında bu stratejiler, her müşteri için gösterilecek değişikliklerin belirlenmesidir. Belirlenen stratejilerin, müşteri beklentilerinin yerine getirilmesi için bir sisteme oturtulması işlemin üçüncü adımını oluşturur. Sistemler stratejileri hayata geçirirler. Hizmet açısından bakıldığında buradaki önemli nokta, sistemlerin müşteri eğilim, istek ve ihtiyaçlarına göre düzenlenmesidir. Tüm bunlar yapıldıktan sonra atılacak son adım, verilen hizmetin sürekliliğini sağlamaktır. Dikkat edilecek husus, müşteri beklenti ve algılarının değişken bir yapıya sahip olduğunun bilinciyle hareket etmektir. Bunun için müşterinin sürekli izlenmesi ve stratejilerin, sistemlerin ve becerilerin sürekli olarak güncellenmesi gerekir (Erkut, 1995, s.61-65).

### **2.3.2. Tüketici Açısından Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi**

Fiziksel varlıkların eksikliği veya olmayışı, kalitenin belirlenmesi konusunda tüketicileri diğer özelliklere göre değerlendirme yapmaya zorlar. Hizmetlerde ürünlerde olduğu gibi elle tutulur fiziksel özellikler bulunmadığından, tüketici kalite konusunda karar verebilmek için hizmetin sahip olduğu personel, araç-gereç gibi birkaç faktörü dikkate alarak değerlendirme yapabilir.

Hizmet kalitesi, sunulan hizmet ile tüketici beklentilerinin karşılaştırılması sonucu ortaya çıkar. Yapılan çalışmalar, hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde tüketici algılama ve beklentilerinin karşılaştırılması gerektiğini ortaya koymuştur. Kalite değerlendirilirken, hizmetin sunumu sırasındaki işlemler ve hizmetin sonucu beraber değerlendirilir. Hizmetin sunumu sırasında araç- gereç kullanılması, hizmetin teknik kalite boyutunu gösterir. Kalitenin teknik yönü, ürünün herhangi bir teknik boyutu gibi ölçülebilir. Hizmet işletmesi çalışanları görevlerini yaparken, müşterinin hizmeti değerlendirmesinde önemli bir rol üstlenirler. Diğer yandan, aynı ya da benzer hizmeti alan diğer tüketicilerin düşünceleri, yeni müşterinin hizmeti değerlendirmesine etki edecektir (Varınlı, 1996, s. 93-95).

## 2.4. Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi

Hizmet kalitesi üzerine yapılan araştırmaların çoğunda, hizmet adına yapılan çabaların hangi alanlarda olacağı ve kaliteli bir hizmetin ne şekilde verileceğine, kalite ölçümünden daha fazla önem verilmiştir. Kaliteyi ölçme, kaliteyi değerlendirme ve iyileştirme yönünde işletme yöneticileri için iyi bir anahtardır.

Hizmet kalitesinin ölçümü için, hizmetten yararlanan tüketicilerin düşünce ve şikayetlerini öğrenmek kullanılabilir yöntemlerden biridir. Ancak işletmelerin müşteri sorunlarını izleme ve hizmet kalitesi temin etmede şikayet verilerini kullanmaları, tüketici beklentilerini değerlendirmede yetersiz olacaktır. Örneğin, yapılan bir ameliyat sonrası hastanın içinde makas unutulması veya gerekenden fazla dozda ilaç kullanılması gibi hataların bıraktığı intibaa hiçbir şekilde giderilemez. Bu sebeple hizmet işletmelerinin kaliteyi izlemede önceden müdahale edilen bir yaklaşımı tercih etmeleri gerekir. Bununla birlikte hizmet kalitesini yakalamak isteyen işletmeler her durumda meydana gelecek hataların veya müşteri sorunlarının giderilmesi için şikayetleri çözmeye hazır, değişime ve gelişmeye açık, şikayetleri işletme için fırsat olarak değerlendiren bir anlayış içinde olmalıdırlar.

Hizmet kalitesinin ölçümü için bir çok araştırmacı tarafından çeşitli yöntemler geliştirilmiştir.

Bunlardan en önemlisi Servqual Analizi' dir. Bu analizde, müşterinin hizmet işletmesinden beklentileri ve aldığı hizmet sonucunda algıladığı kalitenin karşılaştırılması söz konusudur. Bir anket analizidir. Yapılan değerlendirme sonucunda, kullanılan bir hizmetin, kullanıcıya göre performans düzeyi (örneğin iyi – kötü) ölçülür.

Servqual anketinde temel olarak beş boyutla ilgili olarak 22 ifade yer almaktadır. Her ifadenin beklenen ve algılanan hizmet olmak üzere iki soruluş biçimi vardır. Bu nedenle gerçekte ölçüm 44 cümle üzerinden yapılmaktadır (Saat, 1999, s. 4).



1992 yılında, Servqual modeline alternatif olarak Servperf modeli ya da ölçeği geliştirilmiştir. Bu ölçekte Servqual ölçeğinde yer alan boyutlar temel alınmakla birlikte, Servqual ölçeğinde olduğu gibi beklentiler ile algılamalar ya da performans arasındaki farka bakılmamakta, sadece performansa bakılmaktadır. Ayrıca her iki model de kıyaslanmış ve Servperf modelinin daha etkili ve iyi sonuçlar veren bir model olduğu sonucuna varılmıştır.

Servqual modelinde müşteri memnuniyeti olgusu ihmal edilmektedir. Servperf modelinde, müşteri memnuniyeti ve hizmet kalitesi kavramları farklı birer kavram olarak ele alınmaktadır. Servqual modelinde öne sürülen, yeniden satın alma davranışının hizmet kalitesinden etkilendiği davranışına karşı çıkılarak, yeniden satın alma davranışının hizmet kalitesinden daha çok müşteri memnuniyetinden etkilendiği savunulmaktadır (Bülbül ve Demirer, 2008).

## **2.5. Sağlık Hizmetleri ve Kalite**

Toplumun refah düzeyini ve bireyin mutluluğunu arttırmayı amaçlayan hizmetlerin başında sağlık hizmetleri gelmektedir. Sağlık hizmetleri hem araç hem de amaç olma özelliği taşıdığı için çok boyutlu ve karmaşık bir yapı gösterir. Sağlık hizmetleri; temiz içme suyu, iyi beslenme, erken tanıdan başlayarak en ileri tıp teknolojisini gerektiren tedavi hizmetlerine, endüstri hijyenine kadar uzanan oldukça geniş ve yaygın alanları kapsayan bir yelpaze görünümündedir.

Sağlık hizmetlerinin kapsamı; “bireyin sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyetleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için, yapılan tıbbi ve teknolojik faaliyetlerden oluşur” (Yeğinboy, 1993, s. 18).

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü’nce “bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sistemi, sağlık tanımı kapsamındaki gereksinimleri içeren, karmaşık ve birbiri ile etkileşim halindeki öğeler bütünü olarak ifade edilebilir. Toplumdaki bireylerin hastalanmadan önceki sağlık durumlarını korumayı amaçlayan koruyucu sağlık hizmetleri, toplum sağlığı hizmetleri ve birinci, ikinci ve

üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sıralanabilen bu öğelerin amacı, toplumdaki bireylerin sağlıklı yaşamlarını sürdürebilmelerini sağlamak, hastalık durumlarında ise en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunarak eski sağlıklarına kavuşmalarını sağlamaktır (Özalp, Şahin ve Ünlüoğlu, 2000).

### **2.5.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi ve işlevsel bağımlılık çok yüksektir; bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir. Sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden daha çok mesleki hedeflere önem vermektedir.

Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır; bu durum, eşgüdümleme, denetim ve çatışma sorunlarına yol açmaktadır.

Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir. Gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir. Yapılan işler, hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösterilemez (Shortell ve Kaluzny 1983).

Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür. Sağlık kurumlarının bu özelliklerinin bir kısmının diğer hizmet işletmelerinde de bulunduğu görülebilir; fakat bu özelliklerin derecesi diğer hizmet işletmelerine oranla sağlık işletmelerinde daha yüksektir. Sağlık sisteminde hizmet sürecine baktığımızda; “hizmetin üretildiği yer hastaneler, girdisi insan (hasta), dönüşüm sürecinde insanı işleyen insan (doktor), çıktısı insan (sağlıklı kişi) olan sistemlerdir” (Kavuncubaşı, 2000, s. 5-37).

Sağlık hizmetinin otelcilik, bankacılık gibi diğer hizmet sektörlerine göre daha karmaşık ve uzmanlık gerektiren bir alan olması itibarıyla hizmetin kalitesini veya işletmenin verimliliğini ölçmek de zor olacaktır.

Örneğin acil serviste günde 80 hasta bakan bir doktorla, günde 2 hasta ameliyat eden doktorun verimliliğini sadece hasta sayısının çokluğuna, hizmet çıktısına bakarak değerlendirmek doğru değildir. Bu nedenle hasta memnuniyeti gibi algısal ölçümlerin de değerlendirilme gerekliliği vardır.

Yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikler Amerikan Tıp Birliği Konseyi tarafından rapor edilmiştir. Bu rapor aşağıdaki maddeleri içermektedir;

- Hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve entelektüel performansında ve rahatında hastanın ilgileriyle tutarlı mümkün olan en kısa sürede optimal gelişme sağlanması,
- Zamanında sunulmuş olması başka ifadeyle bakımın zamanında verilmeye başlaması, sürekli olması, uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz yere uzatılmaması,
- Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli bir şekilde işbirliği yapmasının ve katılımının sağlanmasının yollarının aranması,
- Tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların kullanımına dayanması,
- Hastalığın meydana getireceği stres ve endişeye karşı duyarlılıkla ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulması,
- İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması,
- Bakımda sürekliliğin sağlanması ve aynı mesleğe mensup bireylerin de değerlendirebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olması (Özgen, 2005).

Kaliteye, verimliliğe ve memnuniyete ilişkin hizmet sunumunun, hizmet sürecinin de değerlendirilmesi gereklidir. Hastalar sadece hizmetin sonucunu değil, verilmiş şeklini de değerlendirmektedir. Yararlanılan hizmet bir bütündür. Bu anlamda hastalara bütüncül hizmet verilmesi gerekir. Sağlık sektörünün ürününün insan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve yükseltilmesi olduğu düşünüldüğünde hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesini yükselten tüm girişimlerin hizmet faaliyetlerine uygulanma gerekliliği vardır.

### 2.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü

Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması, yapılacak hataların veya kalitede oluşabilecek bir birimlik düşüşün bile telafi edilemeyecek, hatta ölüm gibi çok ağır sonuçlara neden olabilmesi nedeniyle sağlık işletmeleri, dolayısıyla hastaneler sıfır hata ile hizmet sunmak zorunda olan işletmelerdir. Bu durum sağlık hizmetlerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz hale getirmektedir. Sağlık işletmelerinin karmaşık yapısı nedeniyle, sağlık konusunda kalite, açıklanması çok güç olan bir kavramdır.

Sağlık hizmetlerinin yedi özelliği kaliteyi belirler. Bu özellikler şunlardır;

- *Etkenlik*; sağlık durumunu yükseltebilecek en iyi bakımı sağlayabilme becerisi,
- *Etkililik*; sağlık durumunda sağlanabilir iyileştirmeyi gerçekleştirebilme derecesi,
- *Verimlilik*; sağlıkta ulaşılabilir ilerlemeleri azaltmaksızın bakımın maliyetini düşürme yeteneği,
- *Optimallik*; maliyet ve yararlar arasında en iyi dengenin sağlanması,
- *Kabul edilebilirlik*; hasta – hekim ilişkileri, kolay hizmet kullanabilme, bakım maliyeti vb. açılardan hastanın tercihlerine ve isteklerine uygunluk,
- *Meşruluk*; toplumsal tercihlerine uygunluk,
- *Eşitlik*; hizmet sunumunda ve kullanımında adaletin sağlanması (Şahin, 2003).

## 2.6. Sağlık Sisteminde Bir Kalite Göstergesi: Hasta Memnuniyeti

Hasta, her türlü sebeple sağlık hizmetini talep eden, bir nevi müşteri konumunda olan kişidir. Memnuniyet; “yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler, bireysel ve toplumsal değerleri içeren karmaşık bir kavramdır” (Carlhill, 1992).

Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, “farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde de tanımlanabilmektedir. Hasta memnuniyeti, hemşirelik bakımının değerlendirilmesi ve kalitenin belirlenmesinde geri bildirim sağlama açısından bakım kalitesinin en önemli göstergesidir (Algier, Abbasoğlu, Hakverdioğlu, Ökdem ve Göçer, 2005).

Sağlık hizmetlerinde hasta bireyin pasif rolden aktif role geçişi 1960' ların sonlarında başlamıştır. Bu yıllarda ortaya çıkan teknolojik gelişmeler, sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Toplumlar eğitim düzeyinin artması ile daha bilgili ve verilen hizmeti eleştiren tüketiciler ortaya çıkmaya başlamıştır. Günümüzde artık hastalar giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanımlarını anlamak istemektedirler. Bundan dolayı verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesi yalnızca sağlık ekibinin tanımladığı ve belirlediği boyutta görülmemekte, buna hastaların kararları da büyük ölçüde etki etmektedir.

Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir. Son on yıldır ise özellikle Amerika ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin bir sonuç ölçütü olarak önemli bir yere sahiptir. Hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmalar ülkemizde de çeşitli sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik olarak giderek artmaktadır (Walker, Brooksby, McNerny and Taylor, 1998).

Sağlık sistemi içerisinde hastanın verilen bakımdan memnuniyetini ölçmek, bize hizmette aksayan öğeleri saptama ve iyileştirmeye gitme olanağı verir. Ayrıca yapılan hasta memnuniyeti araştırmalarında hemşirelik bakımı ile ilgili hasta görüşüne yer verilmesi önerilmektedir.

Özbaşaran (2001), “hastanede yatarak tedavi görmekte olan hastalara daha fazla yardımcı olmak ve hasta bakımının kalitesini yükseltmek amacıyla hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyetlerinin bilinmesi” nin önemini vurgulamıştır.

Herhangi bir hizmeti en iyi o hizmeti alanlar değerlendireceği için hemşirelik bakım memnuniyeti hastaların değerlendirmesi uygun olacaktır. Bu değerlendirmeyi yapabilmek ve hastaların memnuniyet düzeyini etkin bir şekilde ölçebilmek için kullanılacak ölçekler güvenilir, geçerli ve yeni gruplara uygulanabilme özelliğine sahip olmalıdır. Çünkü hasta memnuniyetinin düzenli olarak geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarıyla değerlendirilmesi, hastalar tarafından algılanan kalite düzeyini izleme ve sonuçlar doğrultusunda hemşirelik uygulamalarında hasta beklentilerine yönelik gerekli düzenlemelerin yapılmasına olanak sağlayarak hemşirelik hizmetlerinin kalitesini yükseltmede etkili olacaktır (Grogan, Conner, Norman, Willits. and Porter, 2000). Hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin artması ile mesleğin statüsü de yükselecektir (Yılmaz, 2001).

## **2.7. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Boyutları**

Birey/aile ve topluma yönelik çok yönlü sorumluluğu ve rolü olan hemşirelik mesleğinin uygulamaları, insanı doğumundan ölümüne kadar geçen süre içinde, sağlık ve hastalıktaki konumu ile anlamaya temellenmiştir (Velioğlu, 1999, s. 53-77). Sağlık bakım sisteminde etkin bir bakım hizmeti, hemşirenin yetkisi çerçevesinde sorumluluklarını üstlendiği ölçüde gerçekleşebilir. Hemşirenin görev alanı değişse de sağlıklı/hasta birey ve ailesine olan sorumlulukları her alanda vardır ve sürecektir. Bu nedenle sunulan bakım hizmetinin kusursuz ulaştırılacağı ilk hedef; birçok üstünlükleri ile çok değerli bir canlı olan insandır; yani birey, ailesi ve toplumdur. Hemşire kusursuz, kaliteli bir hizmeti edindiği bilimsel bilgi ve becerilerini davranışlarına yansıtarak sağlayabilir (Velioğlu ve Babadağ, 1995).

Kalite bugün yaşantımızın bütün alanlarında ön plana çıkmış olup, her zaman, her yerde ve her konuda n alınamaz bir talep haline gelmiştir. Hemşirelik hizmetlerinde kalitenin temel basamaklarından birini hasta memnuniyeti oluşturmaktadır (Yılmaz, 2001, s. 69-74). Hasta memnuniyeti, verilen hizmetin hastaların beklentilerini karşılama düzeyine ve hastanın verilen hizmeti algılamasına dayanır. Hasta memnuniyetinin temelini büyük lde hasta-hemşire birlikteliği oluşturur (Köşgeroğlu, Acat ve Karatepe, 2005). Bunun nedeni 24 saat kesintisiz hizmet veren hemşirelerin diğer sağlık personeline göre daha çok hastanın yanında olan, bireyin sağlığını sürdürme ve rehabilitasyonunda önemli sorumlulukları bulunan sağlık ekibi yeleri olmasıdır (Biro1, 2004, s. 51-92).

Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetinin incelendiği bir çalışmada, memnuniyet boyutları aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır (Yürümezoğlu, 2007).

*Hemşirenin Tarzı/Nezaketi;* hemşirenin bakım verirken ortaya koyduğu profesyonel tarzını açıklar. Tüm bakım sürecinde hastanın mahremiyetine ve kişiliğine saygı göstermek bu boyutta yer alır.

Hastaya sevgi gösterme derecesi genellikle hemşirelerin nezaketli toleransı, sabrı, şefkati, saygısı ve düşünceli olması ile gösterilebilir. Hemşirenin hasta ile ilgilenmesi, nazik iltifatlarda bulunması, hasta tarafından sevgi ifadesi olarak yorumlanır ve gerçekten sevildiği duygusunu verir (Biro1, 2004, s. 36-37).

*Hemşirenin Teknik Kalitesi;* bireylerin sağlık problemlerinin çözümü için hemşirenin teknik becerilerinin ve bilimsel uygulamalarının da kaliteli olması gerekir. Hastanın iyi fiziksel bakımı ve tedavisi için hemşire doğru becerileri uygulamalıdır.

*Kişilerarası İletişim ve İşbirliği;* bu boyut hemşirenin, hastalar, hekimler, meslektaşları ve diğer ekip yeleri ile doğru ve etkili iletişim ve işbirliği becerisinin olması gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca hastaların tedavileri, bakımları, yapılan işlemler ve beklenen sonuçlar hakkında hemşire tarafından eğitim ve bilgi verilmesini de kapsamaktadır.

*Hemşirenin Ulaşılabilirliği;* hasta ya da ailesinin ihtiyaç duyduğu zaman kolaylıkla ve zamanında hemşireye ulaşabilmesi gerekmektedir. Hasta her ihtiyacı olduğunda hemşireye hemen ulaşabileceğini hissetmelidir. Ayrıca hemşire tedavi ve bakımları zamanında uygulamalıdır.

*Bakımın Sürekliliği/Özel Gereksinimlerin Dikkate Alınması;* bu boyut, hastaların özel ve bireysel ihtiyaçlarının olduğunun hemşire tarafından farkına varılmasını vurgulamaktadır. Hemşire hastanın hastanede yattığı sürece bakımının koordinasyonundan ve sürekliliğinin sağlanmasından sorumludur.

*Eğitim/ Bilgilendirme;* hemşirenin, hastaların testleri, tedavileri, hastalığı, sağlık durumu ve ilaçları hakkında tutarlı bilgi ve eğitim vermesini içerir. Hasta, bakımı konusunda bilgilendirilmeli ve soru sormasına fırsat verilmelidir.

Hasta memnuniyeti hastanedeki tüm alanları kapsayacak şekilde yapılabildiği gibi özellikle bir hizmet grubunun performansını değerlendirmek ya da bu grubun hizmetinin hastalar tarafından nasıl algılandığını öğrenmek için de yapılabilir. Ülkemizde yapılan hasta memnuniyeti çalışmalarının yalnızca %8.2'si hemşirelik alanında yapılmıştır. Geriye kalan büyük kısım ise işletme kökenli çalışmalardır.

Hasta memnuniyeti ölçümü hemşirelik bağlamında sağlık bakımının değerlendirmesidir. Bununla ilgili olarak hemşirelik bakımının kalitesinin değerlendirilmesinde hasta görüşleri de kullanılmaktadır. Hemşirelik personelinin sağlık personeli arasında en büyük grubu oluşturması nedeniyle, hemşirelik bakımı ile ilgili hasta memnuniyetinin önemi daha fazla artmaktadır. Hemşireler, hastalar ve diğer sağlık personeli arasında iletişimi sağlamakta, hastanın savunucusu olarak hareket etmekte, hastalara fiziksel ve emosyonel bakım vermekte, hasta ve ailesine duygusal destek sağlamaktadır (Velioğlu, 1999, s. 53-77).



### 3. İŞGÜCÜ DEVRİ KAVRAMI

İlk bölümde işletmeler arasında rekabet ortamının artık çetin bir hal aldığı ve işletmelerin bu çetin rekabet ortamında ayakta kalabilmek için kaliteyi artırma yoluna gittiklerinden bahsedilmişti. Giderek ağırlık kazanan hizmet işletmeleri de faaliyetlerinde kaliteye odaklanmışlardır. İster imalat sektörü, ister hizmet sektörü olsun, üretim girdileri olarak bahsedilen sermaye, hammadde, emek, teknoloji gibi faktörlerin artık etkin ve verimli bir biçimde kullanılmaları gerekmektedir. Burada bahsi geçen emekten kasıt, yetenekli insan gücüdür. Bu yüzden son yıllarda insan kaynakları yönetimi büyük önem kazanmıştır. İşgücü devri kavramı günümüzde insan kaynakları yönetimi için önemli ve üzerinde durulması gereken bir sorundur.

Günümüzde işletmeler, ciddi rekabet baskıları ile karşı karşıyadır. Küreselleşme ve uluslar arası ticaretten kaynaklanan rekabet riskleri işletmeleri daha etkin ve verimli olmaya zorlamaktadır. Bu nedenle işletmeler bir rekabet avantajı olarak teknolojik yenilik kapasitesini, sermaye yetkinliğini ve yeni piyasa olanakları yanında çalışanların entelektüel birikimlerinden de yararlanmaya yönelmektedir (Akgeyik, 1998, s. 74).

Örgütler amaçlarını gerçekleştirmek üzere bir araya gelen insanlardan oluşmaktadırlar. Bu nedenle örgütlerin varlığı onu oluşturan, iş görenlere bağlıdır. İş gören, bir örgütün hangi kademesinde ve neresinde olursa olsun, örgütün amaçlarını gerçekleştirmek için çalışan ve bunun karşılığında da kendi ihtiyaçlarının bir kesimini örgütten sağlayan kişilere denilmektedir.

İş görenler örgüte aşağıdaki faydaları sağlar (Özer, 2007);

- Belirli bir zaman dilimi içinde verilen emek,
- Önceki işlerinden edindikleri bilgi, birikim ve deneyimler,
- Yaratıcılık, sorun çözme, analitik yaklaşım gibi yetkinlikler,
- Dürüstlük, sadakat gibi kişilik özellikleri,
- Önceki iş çevresi/ yakınları gibi nüfuz edebilecekleri çevre ve ilişkileri.

Örgütün işgörenlere sağladığı faydalar ise aşağıdaki gibidir;

- Ücret, prim, sosyal kolaylıklar gibi maddi getiriler,
- Tanınma, sayılma ve ait olma,
- Eğitim ve ilerleme olanakları,
- İyi çalışma koşulları,
- Yeteneklerini kullanabilme,
- Başarı gösterebilme.

Örgütlerin en önemli girdilerinden biri de işgörenlerdir. İşgörenler, örgütte istihdam edilen ve örgütsel hedefler yönünde bilgi ve becerilerini kullanan kişilerden oluşmaktadır. Gerek işgören maliyetlerinin büyüklüğü, gerekse işgören maliyetlerinin örgütsel etkililik açısından oynadığı rollerin önemi, yöneticileri işgören doyumunu konusunda daha duyarlı hale getirmiştir. İş doyumunu işgörenlerin örgütsel amaçlar doğrultusundaki katkılarını arttıran en önemli faktörlerden biridir.

Ayrıca, “çalışanların iş doyumunu ile, gerçekleştirilen hizmetin kalitesi ve etkililiği arasında pozitif bir ilişki olduğu” söylenebilir (Tengilimoğlu ve Yiğit, 2004).

Hastaların sunulan hizmet kalitesinden tatmin düzeyleri ile çalışan işgörenlerin işten tatmin olma düzeyleri arasında ilişkinin olduğu, hem hastaların hem de çalışan işgörenlerin birbirleriyle olan etkileşim sürecinde her iki kesimin duygu ve düşünceleri ile bunlara bağlı olarak gösterecekleri tutum ve davranışlar önemli rol oynar. Yapılan bir çalışmada iş tatmini ve işgören devir oranı, işgören devir oranının da sunulan hizmet kalitesi ile ilişkisini bulunmuştur (Ardıç ve Baş, 2001).

Örgütlerde, hizmetin tüm aşamalarında insan gücünü kullanmak bir zorunluluktur. Örgüt, ne denli gelişmiş bir teknolojiye sahip olursa olsun, onu kullanacak ve üretime koyacak iş görenlere ihtiyaç duyar. İş görenlerin mesleki bilgi ve becerileri, hizmetin kalitesinde önemli rol oynar. Bu nedenle hedefi daha kaliteli hizmet olan örgütler, daha nitelikli iş gören çalıştıran, eğitimlerine daha fazla önem veren ve kaynak ayıran örgütlerdir (Özer, 2007).

### 3.1. İşgücü Devri

İşgücü devri Türkçe kaynaklarda “personel devri”, “insan gücü değişimi” “iş değiştirme hızı” ya da “işçi devri” gibi tanımlar olarak kullanılırken, İngilizce kaynaklarda ise bu tanım “Labor Turnover” ya da “Turnover of Labor” olarak yer almaktadır.

İşgücü devri oldukça kapsamlı bir konu olup, tüm yönlerini içine alan bir tanım yapmak oldukça güçtür. Genel anlamda işgücü devri, “belirli bir dönemde bir işletmenin personel kadrosuna işgörenlerin giriş ve çıkış hareketi” olarak tanımlanabilir.

İşgören dönüşümü olarak da adlandırılan işgören devri, “belirli bir dönemde işten ayrılanların toplam sayısı” olarak da ifade edilebilir (Şimşek, Akgemci ve Çelik, 2008, s.65).

Bir işletmede çalışanların işe alındıktan sonra kendi isteğiyle ayrılması veya işletme tarafından işten uzaklaştırılması” şeklinde de tanımlanabilir (Eren, 1993, s. 176).

Yukarıda yapılan tanımlardan da yola çıkılarak işgücü devri ile ilgili daha geniş bir tanımlama yapılabilir. Bir dönemde işletmeye alınan çalışanların belirli süre sonra, işletme içi ve/veya işletme dışı etkenler ya da diğer herhangi bir nedenle, kendi isteği ile ayrılması veya işletme yönetimince işine son verilmesi sonucunda yerlerine yeni işgörenlerin alınması ile oluşan işgücü hareketi sürecidir (Şimşek, Akgemci ve Çelik, 2008, s.66).

İşgücü devri çok geniş kapsamlı, iş tatminsizliği, düşük motivasyon, işgücünün mesleki ünvanı, teknolojik etkenler, ücretlendirme, denetim gibi konuları içine alan bir sorundur.

İşgücünün sektör ve meslekler arasında yer değiştirmesinin verimliliği artırıcı etkilerinin yanında olumsuz etkileri de bulunmaktadır. İşgücü bir işten diğerine geçerken belli bir süre işsiz kalmaktadır. Bu durum ekonomik ve sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir. İşletmelerin yüksek işgücü devri sonucu maliyetlerinin artması verimliliğin düşmesi ülke ekonomisine de olumsuz etkiler yapması üzerinde de durulması gerekmektedir (Şimşek, Akgemci ve Çelik, 2001,s.92).

İşletmeler açısından işgücü devri, sektörel açıdan farklı özellikler gösteren ve geniş kapsamlı olarak incelenmesi gereken bir konudur. İşgücü devrine yol açan konuların işgörenin seçiminden işten ayrılıncaya kadar geçen dönemde ayrıntılı bir şekilde ortaya konulması kapsamlı bir yaklaşımı gerektirmektedir. İşgücü devrinin oluşmasına birincil etken işten ayrılmalar, ikincil etken ise, ayrılanların yerlerini yeni işgörenlerle doldurmak amacıyla yapılan işe yeni alınmalar oluşturmaktadır. İşletmelerde işgücü hareketi sürecinde, ayrılmalar mevcut işgören sayısını azaltırken yeni alımlar işletmedeki çalışanların sayısının artmasına neden olmaktadır.

İşletmede işgören devir hızı faaliyetleri aksatacak düzeye geldiği zaman sorunun çözümü için önce işgören devrinin nedenlerini inceleyip ortaya koymak gerekir. Ancak işgören devrinin nedenleri her zaman her işletmede aynı nedenlerle sınırlı değildir. Ayrıca sorunun kapsamına etkisi bakımından aynı önemde de olmayabilir. Bir işletmede işgören devrinin kritik düzeye ulaşmasında ücret düzeyinin düşük oluşu etkin bir faktör iken, diğer bir işletmede, terfi işleminin adil olmayan bir biçimde işleyişi başta gelen nedeni oluşturabilir (Eroğlu, 2000, s.211-215).

### **3.2. İş Gücü Devrinin Önemi**

İşgücü devri yalnızca işletme yönetimiyle ilgili bir kavram değil, aksine çok yönlü etkileri olan bir kavramdır. İşgücü devrinin arzu edilen seviyelerde olması veya bu seviyenin üzerinde gerçekleşmesi halinde, genel olarak ülke ekonomisi, işverenler ve işgücü açısından birtakım olumlu ya da olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilecektir.

Ekonomik ve sosyal yapı değişimlerine bağlı olarak işgücü devrinin ortaya çıkması kaçınılmaz bir durumdur. Burada önemli olan, devir oranlarını arzu edilen seviyelere çekebilmek ve işgücü devrinin yaratabileceği olumsuz sonuçları minimum düzeylere indirmektir.

Çoğunlukla insanlar yetenek ve becerilerine en uygun işi, ilk girdikleri işte bulamayabilirler. Buna çeşitli başka faktörler de eklenince, işgörenler kendilerine en uygun olduğuna inandıkları işleri buluncaya kadar işlerini veya işyerlerini değiştirirler. İşverenler de aynı şekilde kendi işletmelerinin amaçları açısından en uygun elemanları buluncaya kadar veya başka etkenler nedeniyle işgörenlerini değiştirirler. Bu şekilde; bir yanda işgörenin en uygun işi bulma arzusu, diğer yanda işverenin en uygun elemanı bulma amacı gerçekleştirildiğinde, azami verim elde edilmiş olacaktır. Bunu gerçekleştirmek için belli bir düzeyde işgören devri gerekli olmaktadır. İşgören devrinin önemini daha ayrıntılı bir şekilde inceleyebilmek için konuya üç açıdan eğilmekte yarar vardır (Açıklın, 1994, s.100).

### **3.2.1. İşletmeler Açısından İşgücü Devrinin Önemi**

Günümüzde tüm işletmeler iş gücü devri hızı düzeylerini en düşük seviyede tutmaya çalışmaktadırlar. Ancak maalesef işletmeler, maluliyet, emeklilik, ölüm ya da zorunlu ayrılıklar gibi nedenlerin önüne geçemediklerinden, bu çabalarında başarılı olamamaktadırlar.

İş gücü devrini işletme yönetimi açısından incelendiğimizde iki farklı tablo karşımıza çıkmaktadır. Birincisi düşük orandaki iş gücü devrinin işletme açısından elde ettiği yararlardır. İşten ayrılmaların çok az olduğu, buna bağlı olarak işgücü devir oranının düşük olduğu durumlarda yeni bilgi ve becerilere sahip genç çalışanların işe alınması ve başarılı çalışanların üst görevlere yükseltilmesi fırsatları azalacaktır. Yıllar boyunca sürekli olarak düşük kalan bir işgücü devir oranı çalışanların performansı üzerinde olumsuz etki yapacaktır. Çoğu çalışanın kariyer beklentileri gerçekleşmeyecek, yeni ve yaratıcı fikirler ortaya konulamayacak, değişimin uyarıcı etkisi hissedilemeyecektir.

Belirli bir oranda işgücü devir hızının olması, her şeyden önce işgücü maliyetlerini düşürecektir. Yüksek maliyetli kıdemli çalışanların yerine genç ve dinamik bir kadroyu daha düşük maliyetlerle kurma olasılığı bulunmaktadır. Burada, zayıf performanslı çalışanların yerine daha yüksek performansla çalışacak kişilerin işe alınması da söz konusu olacaktır. Yenilikçiliğin ve yaratıcılığın desteklenmesi, daha fazla farklılıklara değer verilmesi, çalışanların yaş, cinsiyet, kültürel ve etnik köken vb. dağılımlarının yenilenmesi işgücü devir hızının belirli bir düzeyde olması ile daha da kolaylaşacaktır (Barutçugil, 2004).

İş gücü devrinde işletme açısından karşımıza çıkan ikinci tablo ise devirden kaynaklanan olumsuzluklardır. Bu olumsuzlukların en etkilişi kuşkusuz işletmeye yüklenen maliyetlerdir. Bu maliyetler şöyle sıralanmıştır;

- İşletmede ilk kez çalışacak olan işgörenleri seçme ve işe yerleştirme sırasında yapılan maliyetler,
- İşe alındığı ilk etapta işgörenin işletmeye katkısından daha çok ödenen ücretler,
- Eğitim masrafları,
- Yeni işgörenlerin işyerlerine ve makinelere yabancılığı nedeniyle iş kazalarının artması.

Yüksek işgücü devri maliyetleri yükseltirken verimin düşmesine neden olmaktadır.

Verimin düşmesine sebep olan etkenler ise şunlardır;

- İşten ayrılmalar sonucunda işletmede kalan işgörenler arasında başlayan söylentiler ve endişe,
- İşten ayrılan işgörenin yerine yenisinin girmesine kadar geçen zaman içinde üretim kaybı ve gecikmesi,

- İşe yeni giren işgörenlerin teknik bilgilerden yoksun, makinelere yabancı olması nedeniyle yeteri kadar etkin kullanılamaması sonucunda makinelerin yıpranması ve üretim kaybı oluşması (Baysal, 1984).

İşgücü devri iş güvenliğini ve iş kazalarını da etkilemektedir. İşgörenin sık sık işini ve işyerini değiştirmesi iş kazalarına sebep olmaktadır. Çünkü işe yeni girmiş bir işgören iş başındaki eğitimle işleri öğrenmektedir. Tecrübesiz olduğu için makinelerin bakımı, korunması, çalıştırılması konularında yetersiz ve bilgisizdir.

İşten ayrılanların yerine giren yeni işgörenler ise alışana kadar eldeki siparişlerin zamanında teslimini sağlamak için diğer işgörenlerin fazla mesai yapması gerekebilir, bu da zamlı ücret ödenmesine neden olur.

İş gücü devri kurumlar için maliyet artışı dışında da bir takım sıkıntılar doğuracaktır. Yapılan araştırmalarda işgücü devri sonucunda işyerlerinin verimliliklerinde ciddi oranda azalma söz konusu olduğu görülmüştür. Ayrıca yetişmiş elemanını kaybeden işletme, kurum kültürünü oluşturmakta zorlanacak, kurulmuş sistemlerini işletemeyecek ve böylece de işletmedeki sürekliliğini sağlayamayacaktır. Aynı zamanda yeni işe girenlerin adaptasyon sürecinde eski elemanların sahip oldukları bilgi birikimini paylaşmak zorunda olmaları ve dolayısıyla iş akışında daha fazla efor sarf etmeleri gerekecektir ki bu da onların motivasyonlarında azalmalara sebep olacaktır. İşten ayrılmayı düşünen personelin işine geç gelmesi, devamsızlıklar yapması, iş yavaşlatması, yanında çalışan ekibi olumsuz söylemleriyle etkilemesi gibi daha da arttırılabilecek örnekler olabildiği gibi yeni personelin işi bilmemesinden kaynaklanan hatalar, sık yaşanan cihaz arızaları nedeniyle aksayan işler, müşterilere yansıyan acemilikler de işletmeleri sıkıntıya sokacaktır (Tütüncü ve Demir, 2002, s.76).

### 3.2.2. İşgören Açısından İşgücü Devrinin Önemi

İşgücü devrinin işgörenler açısından önemi ele alındığında, konuyu hem işgörenlere olan yararları, hem de işgörenin kayıpları açısından incelemek gerekmektedir. Bu nedenle işgören işletmeden kendi isteği ile işten ayrılma ve işveren tarafından işten çıkarılma olmak üzere iki şekilde ayrılmış olacaktır (Sabuncuoğlu, 1984, s. 255).

İşgörenin kendi isteği ile ayrılmasının temelinde yatan ana nedenler, kişisel, çevresel ya da iş ortamından kaynaklanmaktadır. Kişisel nedenler, daha iyi fırsatları değerlendirme, çevresel nedenleri ise sosyal unsurlar olarak belirirken, iş ortamından kaynaklanan nedenler ise iş, işletme ve diğer çalışanlarla olan ilişkilerden kaynaklanmaktadır. İşgören, kendi isteğiyle işten ayrılmayı düşündüğü zaman belirli yararlar sağlama beklentisi içerisinde olmaktadır. Bu beklentileri aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür:

- Daha yüksek ücretle bir iş imkanı,
- Daha uygun çalışma koşulları,
- Terfi etmek,
- Daha büyük bir işletme olması,
- Kendi özelliklerine uygun bir iş olması,

İşgörenin işletme yönetimi tarafından işten çıkarılması söz konusu olduğunda, işgörenin performansından memnun olmama, işletmenin iş kapasitesinin düşmesi, sezonun sona ermesi ya da işletmede insan kaynaklarında indirime gidilmesi gibi nedenler sayılabilir. Bu durumda işgörenin bazı kayıpları olacaktır. Söz konusu kayıplar da aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

- Belirli bir gelir kaybına neden olması,
- İşten çıkarılma ve işsizliğin moral bozukluğuna neden olması,
- Kıdem artışında duraklama olması,
- Sosyal güvenlik imkanlarından yararlanamaması ve yeni iş buluncaya kadar



- sigorta primleri yatırılmaması,
- Yeni bir iş bulunduğunda uyum sorunun yaşanması,
  - İlerleme imkanının belirli bir süre kaybedilmesi (Türker, 1998, s.37).

İşgücü devrine iş gören açısından bakıldığında, isteğe bağlı ayrılmaların dışındaki tüm süreçlerde iş gören için çoğunlukla ekonomik, sosyal ve psikolojik açıdan sorunların yaşandığı görülmektedir.

Kendilerine uygun işleri bulamayan işgücü, çalıştıkları işletmelerde düşük verimle çalışacak, gösterdikleri bu düşük verim karşısında da düşük ücretler almak zorunda kalacaklardır. Bu durum bu insanları iş aramaya sevk edecektir. Bu kişiler, kendilerine en uygun işi buluncaya kadar iş değiştirmeye devam edeceklerdir. İş değiştirme sırasında, boşta kaldığı sürelerde bir gelir kaybı ile karşılaşmak kaçınılmaz olacaktır. İş piyasasının iyi çalışmaması durumunda, boşta kalınan sürelerin uzaması söz konusu olacağı için gelir kaybının baskısı daha da hissedilecektir. İşgücü devri, işgücünü, özellikle iş sıkıntısı çekilen ve işsizliğin yaygın olduğu ekonomilerde, ücret alamama, sosyal güvencelerden yararlanamama gibi nedenlerden dolayı oldukça büyük bir gelir kaybına uğratacaktır. Ayrıca kişinin herhangi bir işte çalışmaması, iş bir statü göstergesi olduğundan, prestij kaybı yaşamasına sebep olacaktır. Bu durum kişinin kendisine olan güvenini yitirmesine de sebep olacaktır. Son olarak da kişi, işsiz kalma durumu uzun süre devam ettiği takdirde, çalışmayla ilgili vasıflarını, bilgilerini, yeteneklerini kaybetmeye başlayacak, iş disiplininin uzaklaşacaktır (Taştan, 2006).

### **3.2.3. Ekonomik Açıdan İşgücü Devrinin Önemi**

Ekonomik olayları diğer sosyal olaylardan ayırabilme olanağı bulunmamaktadır. Dolayısıyla, işten ayrılma personelin hem ekonomik, hem de toplumsal gelişmesini sağlayacak bir işleyiş biçimi olarak ele alınabilir. Nitekim işten ayrılma, çalışma yaşamında fırsat eşitliğinin sağlanmasına da yardımcı olabilmektedir.

İşletmelerdeki işgücü devri ülke ekonomisi olarak ele alındığında istihdam, işgücü hareketliliği, işsizlik ve endüstriyel huzursuzluklar gibi sorunları beraberinde getirecektir. Daha önce çalıştıkları kurumlardan çeşitli sebeplerle çıkarılmış, istifa etmiş ya da henüz işe başlamamış kişiler, işsizler topluluğunu oluşturur. Bu kişiler çalışmak üzere iş bulamazlarsa ülkede işsizler mevcudu artacaktır. Bu durumun doğuracağı ekonomik ve sosyal sorunlar özellikle gelişmekte olan ülkeler için önem taşımaktadır (Saruhan, 1986).

### **3.2.4. İş Gücü Devrinin Sağlık Kuruluşları İçin Önemi**

Personel devri, günümüzde kamu kaynaklı sağlık kuruluşlarını oldukça zorlayan bir sorundur. Devirden kaynaklanan personel yetersizliği ve yeni personelin yerine başlayan kişilerin göreve adapte olana dek geçen sürede verilen hizmette aksamalar meydana gelmektedir. İnsan hayatı gibi kutsal bir değeri kendisine konu alan sağlık hizmeti, asla aksama ve hata kabul etmemektedir.

Bu görüş, (Akgün ve Kaya, 1992) tarafından "hastanelerde hasta bakım kalitesini, fiziksel aletler ve ekipmanla birlikte hastanenin her düzeyindeki personel belirlemektedir. Personel için yapılan harcamalar, tüm hastane giderlerinin üçte ikisini oluşturmaktadır. Hastaneler için bu kadar önemli olan personelin örgütte tutulması, çalışmalarının sağlanması, yönetimin başta gelen görevlerinden biridir. Başarılı yönetimi başarısız yönetimden ayıran ölçütlerden birisi de yetişmiş, nitelikli, dinamik personeli örgüte almak ve başarılı bir personel politikası uygulayarak bu personelin örgütte kalmasını sağlamaktır. Sağlık yöneticileri, personel devri kararını etkileyen kişisel, örgütsel ve çevresel faktörlerle uğraşarak, en yararlı şekilde örgütlerini hazırlamak için etkili stratejik planlar geliştirmelidirler" şeklinde desteklenmektedir.

Erigüç' e (1998) göre;

İşgücü devri, gerek personel, gerekse örgüt için masraflı olabilir, çünkü hasta bakımının kalitesi ve sürekliliğini tehlikeye atabilir. Nedenleri karmaşık, fakat birbiri ile ilgili olabilir. İş doyumsuzluğu ve çalışma koşulları ile ilgili faktörler en önemli

nedenler arasında gösterilebilir. İş doyumsuzluğu hastane örgütüne ilişkin iş ortamındaki baskılar, personelin mesleki uygulamalarının tanımlanması ve kontroldeki yetersizlikler, mesleki ilerleme için fırsat yokluğu, kararlara katılma, yönetsel destek yoksunluğu ve yetersiz ücretler personel devrine katkıda bulunan temel faktörler olarak görülmektedir. Sağlık kurumlarında hastaların ihtiyaç duyduğu hizmetin yoğunluğu, tıp teknolojisi ve tedavi yöntemlerindeki bilimsel ilerlemeler sonucunda, personelin çalışma ortamının daha stresli hale geldiği ileri sürülebilir. Çalışma ortamındaki baskıların karşılığını alamaması, sağlık personelinin bir kurumdan diğerine ya da mesleğini başka alanlarına kaydırabilmektedir.

### **3.3. İş Gücü Devri ve Hemşirelik**

Günümüzde hemşireler toplumumuzun tüm bireylerine, bildikleri ve eğitildikleri ölçüde yeterli hizmet verememektedirler. Bunun nedeni “hemşirelerin sayıca yetersiz olmalarıdır” (Velioğlu, 1994, s.77).

Sağlık işletmelerinde, hemşirelerin işten ayrılma oranlarının yüksek olmasının, hasta bakımı niteliğini, sürekliliğini ve maliyetini etkileyerek genel olarak kurumun verimliliğini ve etkinliğini azalttığı belirtilmektedir. Hemşire sayısının azlığı, bir yandan yeni eleman teminine yönelik çabaları, diğer yandan halen hastanelerde çalışanların bu kurumlarda tutulmalarına yönelik çabaları gerektirmektedir (Abaan ve Duygulu, 2004).

Hemşirelerin iş doyumları ile ilgili bir çok çalışma yapılmasına karşın hastanedeki çalışma yaşantılarına ilişkin algılamaları göz ardı edilmiştir. Hastanelerdeki hemşire eksikliği, hemşirelerin mesleği ve hastanelerde çalışmayı bırakmalarına ve hastanelerde daha fazla bakım gerektiren kompleks akut hastaların artmasına bağlanmaktadır. Hemşirelerin işten ayrılmalarının nedenleri olarak iş stresi, otonomi olmaması, iş doyumsuzluğu ve sağlık bakım ortamının yetersiz olması gösterilmektedir (Argon, Özgür ve Vatan, 2000). İşten ayrılma, sağlık yöneticilerinin önemle üzerinde durmaları gereken bir konudur. Ülkemiz gibi kaynakları sınırlı olan toplumlar için bu olumsuz sonuçların bedeli daha yüksektir. Türkiye’de hemşirelerin %90’ının 40 yaşından önce mesleklerini bıraktıkları, %46.6’sının da evlenme ile görevden çekildikleri bildirilmiştir.

Ülkemizde bir üniversite hastanesinde yapılan araştırmada, hemşirelerin yıllık ayrılma oranının %2.8 ve %11.6 arasında değiştiği ve bu ayrılmaların %39.5'inin istifa şeklinde olduğu saptanmıştır (Kocaman ve Tarım, 1992). Hemşirelerin işten ayrılma durumlarını saptamaya yönelik bir üniversite hastanesinde yapılan bir başka araştırmada, yıllık ayrılma hızının %0.8 ve %22.5 arasında değiştiği belirlenmiştir (Pasinlioğlu ve Sarı, 1993). Özel bir hastanede yapılan bir çalışmada ise hemşirelik personelinin devir hızı %16 olarak saptanmıştır (Tekin ve Baykal, 2004). İşten ayrılmanın göstergesi olarak tanımlanan işten ayrılma niyeti, yapılan iki araştırmada %63.2 ve %47.7 olarak saptanmıştır (Özcan ve Özgür, 1990).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sağlık bakım hizmetlerinde büyük değişimler olmakla birlikte, ülkenin kayıtlı hemşire açığı hem işgücü hem halk sağlığı sorunu olmaktadır. Hemşireler hastaların gereksinimlerini ve organizasyon taleplerini karşılamada, uygun olmayan durumlarda çalıştıklarını söylemektedir. Özellikle yoğun bakım hastanelerinde çalışan her üç kayıtlı hemşireden biri görevinde tatmin olmadığını bildirmekte ve araştırmacılar sağlık bakım işgücünün emeklilik dışındaki nedenlerle beş kayıtlı hemşireden birini kaybetme riski taşıdığını bildirmektedir.

Birleşik Devletler Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı raporu 2011 yılına kadar mesleği terk eden hemşire sayısının, mesleğe giren yeni hemşire sayısından fazla olacağını bildirmektedir. Kayıtlı hemşirelerin devir hızı oranı diğer mesleki ve teknik meslek grupları için en yüksek oranlar arasında bulunmaktadır. Cari yıllık kayıtlı hemşire devir hızı oranları % 18- 26 arasındadır (Hart, 2005).

İsveç'te bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık mensuplarının (kayıtlı hemşireler, hekimler, yardımcı hemşireler ve klinik hemşireler) çoğunluğunun iş memnuniyeti yüksek olmasına rağmen neredeyse yarısının işinden ayrılmayı düşündüğü saptanmıştır (Bjorvell and Brodin, 1990).

İşten ayrılmalar, devamsızlık ve performans düşmeleri sağlık işletmeleri açısından büyük ekonomik kayıplara neden olmaktadır. ABD'de işten ayrılma harcamalarının, kayıtlı hemşirelerin toplam maaşlarının %11'inin üzerinde olduğu

rapor edilmiştir. Sağlık bakım hizmetlerinde görevli kayıtlı her bir hemşire için oryantasyon harcamaları 15 bin ile 20 bin dolar arasındadır. Ayrılanların örgütsel harcamaları etkilemesine ek olarak hastaların çıktılarını da etkilediği görülmektedir. Yine ABD`de yapılan başka bir çalışmada, işten ayrılan her bir hemşirenin hastaneye 1280 ile 50.000 dolar arasında bir mali kayba neden olduğu gösterilmiştir (Abaan ve Duygulu, 2004, s.13). Ülkemizde hemşirelerin, işten ayrılma maliyetinin ne olduğu konusunda yapılmış çalışma bulunmamaktadır.

Ülkemizde işten ayrılmalar önemli bir sorun değilmiş gibi görünse de hastanelerde ayrılış bekleyen ve muvafakat isteyen hemşirelerin sayılarının gittikçe arttığı gözlenmektedir. Yapılan araştırmalarda yöneticilerin, çalışanlarını işte tutmaya yönelik yeni stratejiler geliştirmeleri gerektiği üzerinde durulmuştur (Abaan ve Duygulu, 2004, s:3).

### **3.4. İş Gücü Devrinin Nedenleri**

İşgücü devrinin nedenlerinin saptanmasına yönelik çok sayıda araştırma yapılmıştır. İşgücü devri çok fazla nedenden kaynaklanabilir. Bunları, iş ile ilgili faktörler ve çalışanların yapısı ile ilgili faktörler olarak iki ana grupta inceleyebiliriz.

#### **3.4.1. İş İle İlgili Faktörler**

İşgücünün çalışmakta olduğu sektörü, kurumu, yapısı ve niteliklerinden kaynaklanan nedenlerdir. Bu nedenler şöyle sıralanmıştır;

##### **3.4.1.1 Ücret**

Ücret, işgören motivasyonunun sağlanmasında en önemli unsurlardan biridir. Dolayısıyla işgücü devrinin pozitif veya negatif yönde ivme kazanmasından da önemli derecede sorumludur. Ücret “hizmet ediminin ve bir işin karşılığı olarak işveren tarafından işçiye sağlanan para ve aynı ödemelerden meydana gelen gelir” olarak tanımlanmaktadır (Altan, 2007, s. 65). İşverenin iş sözleşmesinden doğan borcudur.

Ücret çok yönlü bir kavramdır. Ekonomik ve toplumsal yaşamın hemen hemen bütün yönlerini etkilemektedir. Çalışan insanların yaşam düzeyini belirleyen, endüstrinin gelişmesine etki eden ve ulusal gelirin çeşitli kesimler arasındaki dağılım biçimini gösteren bir ölçüttür.

İnsanların çalışmak istemelerinin önemli bir nedeni emekleri karşılığında alacakları ücret ve diğer ödemelerdir. Ücret, bireylerin hem kendilerinin hem de ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamakta bir araçtır. Ücret bireylerin fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada yardımcı olduğu gibi aynı zamanda onların tanınma, statü kazanma gibi sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasında da yararlı olmaktadır (Yüksel, 1997, s.212-214).

Ücret ve maaş, işletmede üretimi ve üretimin verimliliğini arttıran önemli bir araç olduğu gibi, personeli işletmeye en fazla bağlayan bir ekonomik özendirme (teşvik) aracıdır. Personelin işletmeye girişinin ve orada sürekli olarak çalışmasının nedeni de bir bakıma kendisine yapılan ödemedir.

Maaş ve benzeri finansal faydaların işgücünü motive etmede önemli bir yeri vardır. İşletmeler, ücret seviyelerini dikkate alarak, ödeme sistemlerini geliştirerek, genel bütçeyi değerlendirerek ve sigorta primlerini hesaba katarak bir ücret anlayışı geliştirmelidirler (Mucuk, 1993, s.285).

Ücretin anlamı ve önemi bireyden bireye farklılık gösterebilir. Bir birey için ücret satın alma gücü anlamına gelirken bir başkası tarafından güdülerini tatmin aracı olarak görülebilir. Ayrıca bireyin ücret hakkındaki düşünceleri zamanla da değişebilir. İşe yeni başlayan bir genç için ücret satın alma gücü anlamında iken zamanla işinde tecrübe kazandıkça örgüt içindeki yerini belirleme açısından geribildirim teşkil eder.

Maaş ödemelerinin yanı sıra bireylere finansal bazı faydalarda sağlanmalıdır. Bunlar direkt olarak bireyleri motive etmeyebilir ancak diğer bazı yollarla motive edilmeye hazır olmalarını sağlar. Örneğin bir sağlık işletmesinde personelinin, sağlık hizmetlerini kendi kurumundan ücretsiz veya düşük bir ücret karşılığında alması, mali

yardımlar, ücretli izinler, hastalık yardımları, sağlık sigortası sistemleri ve emeklilik sistemi gibi (Fındıkçı, 2002, s.399). Burada önemli olan ücretin tatmin ve güdülemeyi sağlayıp sağlayamadığı konusunda evet veya hayır şeklide kesin bir cevap ortaya koymaktan çok, mümkün olduğunca adil ve objektif bir ücret sistemi ortaya koyabilmektir.

#### **3.4.1.2. Terfi İmkanları ve Kariyer**

İşgören motivasyonunun diğer bir önemli unsuru terfi imkanları ve kariyerdir. Birçok kişi örgüte girdikten sonra, hatta bazen girmeden önce kısa zamanda yükselme ve gelişme olanaklarını araştırır. İşgörenler örgüt içi ve dışı eğitim olanaklarından yararlanarak ve kişisel deneyim ve birikimlerine de dayanarak daha yüksek basamaklara tırmanma yarışına girerler. Yeteneklerinin gelişmesinden ve gelişen yeteneklerinden işletmenin yararlanmasını görmekten mutlu olurlar (Kuşluvan, 1999).

Çalışan için, toplumda bir statüye sahip olma, saygı görme ve takdir edilme gereksinimi, terfi, yeni bir unvan veya maaş artışı ile sağlanmalıdır. Parasal ödülleri beraberinde getirmesine rağmen terfi paraya dayalı olmayan, statüyle ilgili bir konudur. Kişilere yükselme olanaklarının tanınması onları motive eder (Genç, 2004, s. 236 ).

Gelirinin artması ve terfi etme kişi için önemli bir tatmin unsurudur. Amirlerinin bu iki şekilde takdirleri kendisini amirine ve müessesesine daha çok bağlar, daha da yükselebileceğini hissettikçe bu amacını gerçekleştirebilmek için elinden geleni yapar (Garih, 2000, s. 107).

Diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de çalışanlar, belirli bir süre çalıştıktan sonra terfi etmek isterler. İşgücü, işleri iyice öğrenip uzmanlık kazandıktan sonra yaptıkları işi basit bulmaya ve buldukları mevki ve sorumluluklarını yetersiz görmeye başlayacaktır.

Bu nedenle daha yüksek yetki ve sorumluluklarla çalışmayı isteyeceklerdir. İlerleme ve terfi yollarının kapalı olması, işgücünün çalışma isteğini azaltıcı bir faktördür. Terfi ve kariyer yollarının açık olması ise işgücünü motive edici ve kuruma bağlayıcı bir etki yapacaktır.

#### **3.4.1.3. Çalışma Ortamı ve İşyeri Güvenliği**

Çalışma ortamının çalışanların motivasyonunda önemli rol oynadığı düşünülür. Çalışanların liderlik, ekip çalışması gibi yollarla motive edilmesi için, işyeri ortamı tatmin edici olmalıdır. Uygun olmayan bir çalışma ortamı, bireyin zihninin bununla meşgul olmasına, dolayısıyla işine yönelememesine sebep olur. Mümkün olduğunca güvenli, düzenli, sağlıklı bir çalışma ortamı yaratılmaya çalışılmalıdır. Aynı zamanda kurumlar, sağlık ve güvenlikle ilgili yasal düzenlemeleri de bilmeli ve konuyla ilgili sorumluluklarını da yerine getirmelidir.

Kurum, kanunen personelin yaralanma veya hastalıklara maruz kalmadan çalışabileceği bir çalışma ortamı sağlamakla yükümlüdür. Çalışılan ortamın sağlık ve güvenlik açısından yeterli olmasının yanında, personel için huzurlu ve rahat çalışabilecekleri fiziksel bir ortam oluşturulmasının da önemi vardır. Dağınık, karmaşık, aşırı gürültülü, yetersiz aydınlatılan bir iş ortamının çalışan bireylerin, dikkatlerini işlerine veremeyecekleri ve verimlerinin düşeceği açıktır. Uygun bir çalışma ortamı yaratılmalıdır (Maitland, 1997, s. 51-54).

#### **3.4.1.4. Yönetim ve Liderlik Sistemi**

Sağlık hizmetlerinde astların arzu ve ihtiyaçlarına, departmanın devamlılığına önem veren, departmanın başarısı için gerekli olanı bilen ve uygulayan amir konumundaki yöneticidir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda amir yönetici aynı zamanda lider olmakla da görevlidir. Astların yeteneklerini ekibin gelişimi ile birleştirmek, departmanın çalışma yönünü belirlemek, kendi ve çalışanlarının gelişimi için fırsatları değerlendirmek, kültürel normları desteklemek, motivasyonunu sağlamak için amirin liderlik becerilerine de sahip olmasını gerektirir (Kavuncubaşı, 2000, s.30).



Literatürde, hemşirelik mesleğinde liderlik gereksiniminin sadece yönetici hemşirelerde olması gereken bir özellik olmadığından bahsedilmektedir. Liderlik, hemşirelik uygulamaları açısından incelendiğinde; aslında her hemşirenin hastasına liderlik yaptığı ortaya çıkmaktadır. Hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimleri için bakım planı hazırlaması, problemleri için amaç, amaca ulaşmak için yöntem geliştirmesi, çalışmalarını diğer hemşirelerle paylaşarak gruplar (takımlar) oluşturması liderlik özelliklerini yansıtmaktadır. Bu noktada hemşirelerin yukarıda bahsi geçen işleri yaparken motive edici, bazı durumlarda göreve ya da bazı durumlarda bireye yönelik liderlik davranışı gösterdikleri görülmektedir (Vural, 1997, s.17-18).

#### **3.4.1.5. İş Tatmini**

Her işgörenin, çalışma hayatı boyunca yaşadıklarından, elde ettiği sevinç ve üzüntülerden dolayı işine, işletmesine ve iş çevresine ait deneyimleri ve gözlemleri vardır. İşte tüm bu bilgi ve duygu birikiminin sonucu, işgörenlerin işlerine ve işletmelerine karşı tutumları oluşur. İş tatmini, “işten elde edilen maddi çıkarlar ve işgörenin beraber çalışmaktan zevk aldığı iş arkadaşları ile bir eser meydana getirmesinin sağladığı mutluluk” olarak tanımlanabilir. Kişinin işine karşı tutumu olumlu veya olumsuz olacağına göre, iş tatmini, kişinin iş deneyimlerinin ve işini değerlendirmesi sonucunda duyduğu olumlu duygular ya da memnuniyetidir.

İş tatmini, çalışanların fiziksel ve zihinsel sağlıkları yanında, bireysel fizyolojik ve ruhsal durumlarının bir belirtisidir. Ayrıca, iş tatmini, işten elde edilen maddi çıkar ile işçinin beraberce çalışmaktan zevk aldığı iş arkadaşları ve eser meydana getirmenin sağladığı bir mutluluktur (Şimşek, Akgemci ve Çelik, 2008, s.202).

İş tatmini kavramı örgütün ve bireyin sağlığıyla yakından ilgili bir konudur. Bu yüzden 1930’lu yıllardan itibaren, insan ilişkileri akımının gelişmesiyle birlikte, çok çeşitli örgütsel faktörlerle arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu bağlamda, iş tatminiyle örgütsel sorunlar arasındaki bağlar incelenmiş ve kimi yazarlar bu ilişkinin altını çizmiştir (Bingöl, 1990, s. 201).

### 3.4.1.6. Çalışma Kuralları ve Sağlık İşletmelerinin Durumu

Kabul edilen ve yasaklanan davranışlar hakkında daima üstü kapalı bir anlayış olmakla birlikte, çalışma kurallarının bazı yönleri açıkça ortaya konulur. Bir kurumda çalışma kurallarının açıkça ortaya konulması, bireyin ne yapıp ne yapmaması gerektiğine ait çok özel tanımlamalardan, daha genel olarak hangi davranışın tercih edildiği veya hangi davranışa izin verildiği fakat istenilmediği gibi tanımlamalardır.

Kontrol (denetim) süreci içinde “kural konulması” genel olarak bir yönetim hakkı ve yetkisi olarak kabul edilir. Hatta sendikalaşmanın olduğu ortamlarda bile “işçi”, açıkça serbest bir kişi değildir. Toplu sözleşme anlaşmaları, çoğunlukla “iş kuralları” ile ilgili maddeler içerir. Çalışma kuralları, bireyin ücretli çalışma saatleri sırasındaki davranışının önüne geçerek, işe geliş ve ayrılış zamanları, mola ve yemek süresi ve bazen iş dışı davranışları da içine alır. İş kuralları, yöneltme süreciyle ilişkilidir çünkü dengeli bir kurumsal çevreye katkıda bulunurlar (Sapançalı, 1993, s.55).

İş kuralları bir kurumda aşağıdaki işlevlere hizmet ederler;

- Bireylerin davranışının hedefe yönelik olmasını sağlayacak genel bir düzen ve disiplin yaratmak,
- Davranışın sınırlanması ve yöneltmesiyle kurumda birliğin sağlanması,
- Diğer personelin davranışlarının düzenli ve öngörülebilir olması konusunda personele teminat vermek,
- Yöneticilerin rutin olmayan problemlerle ilgilenebilmeleri için davranışı rutin hale getirmek,
- Müşterilere zarar, rahatsızlık ve tedirginlik verilmesinin önlenmesi,
- Kurumu bütünüyle ilgilendiren yasal çerçeve ile uyumun sağlanmasına yardımcı olmak.

Kurum, hem çalışanlarının hem de müşterilerinin sağlık, temizlik ve emniyetlerinin sağlanması ve korunması için açıkça sorumludur. Ek olarak, müşterileri rahatsız etme veya uzaklaştırma potansiyeli olan davranışları önlemeyi amaçlar. Sağlık hizmet kurumları, hastalar ve yakınlarıyla stresli bir ortamda ilgilendikleri için bu konuda özel yükümlülükler taşımaktadırlar.

Kurumda davranış kurallarının kaynakları çeşitlidir. Kurum, kendisinden daha geniş olan toplumun bazı değerlerini kabul veya reddettiğini ortaya koyabilir. Kendi felsefi duruşunu ve politikasını beyan edebilir. Kuruma giren personelin, kurumun felsefesini (politikasını), en azından çalışma saatleri içerisinde kabul etmesi beklenir (Doğan, 2003, s.33).

Bireyler, yüksek düzeyde kuralcı kurumlara girmeyi, kendileri de benzer bir görüşü benimsedikleri için tercih ederler. Kurumu destekleyen sponsor bir kuruluşun değerleri, bu desteği alan sağlık kurumunun çalışma kurallarında yansıma bulur. Bir kurumda kabul edilebilir bir davranış bir başka kurumda kabul edilmeyebilir. Başka bir kurumun üyesi olan bir mesleki kuruluşun üyeleri, kuruluşun değerlerini ve açıkça belirtilen ahlaki kurallarını, kurumun değerleri arasına getirir.

Ruhsatlı (lisanslı) bazı sağlık bakımı hizmeti uygulayıcılarının bazı faaliyetlerini yasaklayıcı yasalar ve düzenleyici talimatlar (yönetmelikler), çalışma kurallarının diğer kaynaklarıdır. Kuralların düzenlenmesinin açık etkisi, göreceli olarak öngörülebilir dengeli davranış ile, bir kurumun üyesi olarak gösterilen tutum ve kurum dışı davranışın ayrılmasıdır (Başaran, 1991, s.35).

#### **3.4.1.7. Hizmet İçi Eğitim**

İşgücü devrini belirleyen önemli unsurlardan bir tanesi de, işletmelerde çalışanların yaptıkları işlerle ilgili olarak, onların performanslarını geliştirici yönde verilen eğitimin seviyesidir. Özellikle kalifiye elemanlar bakımından, onların performanslarını geliştirici yönde eğitimlerin verilip verilmemesi, bu elemanların işi bırakıp bırakmama kararı üzerinde etkili olmaktadır.

Eğitim, insanların başarılı bir şekilde geliştirilmesinde önemli bir rol oynar. Çalışanların çoğu eğitilmeyi sever. Eğitimi iş yerinin rutini içinde bir mola vermek, yeni bir şeyler öğrenmek için fırsat yakalamak ve iyi yaptıkları işler için bir çeşit ödül almak gibi değerlendirirler. Eğitim ayrıca çalışanlara işlerinin uzmanı olmaları için gereken beceri, bilgi ve tecrübeyi kazandırır.

Değişiklik ve gelişmeleri yakalamalarını ve zamanı gelince transfer ya da terfi etmeleri için hazır ve yeterli olduklarından emin olmalarını sağlar. Yöneticiler, işgücünü eğitmek için; ihtiyaçları belirlemeli, bir yöntem seçmeli, bir program yapmalı ve sonuç olarak programı değerlendirmelidirler (Şencan ve Erdoğan, 2001, s.1-2).

#### **3.4.1.8. Diğer İş Fırsatları**

Cazip iş imkanları ile işgücü devri oranları arasında pozitif bir ilişki vardır. İş imkanları arttıkça işgücü devri oranları yükselecek, tersi durumlarda ise işgücü devri düşecektir. İşgücü devrini yakından etkileyen bir unsur olarak daha iyi iş fırsatları imkanı, ekonominin durumuyla yakından alakalıdır. Genişleme dönemlerinde cazip iş fırsatları artarken, gerileme ya da durgunluk dönemlerinde bu imkan daralacak ve gönüllü işgücü devri oranları düşecektir (Garip, 2000, s. 150).

#### **3.4.2. Çalışanların Yapısı İle İlgili Faktörler**

##### **3.4.2.1. Yaş Faktörü**

Yapılan araştırmalar yaş ile işten ayrılma düşüncesinin zıt yönlü olduğunu yaş ilerledikçe kişilerin işten ayrılma eğilimlerinin azaldığını göstermiştir. Bu yüzden genç işgörenler arasında işgücü devri daha yüksektir. Genç yaşlarda işlerden beklentilerin gerçekleşmemesi kişiyi hemen beklentilerini gerçekleştirecek işleri aramaya yöneltirken, ileri yaşlarda beklentilerinin gerçekleşmemesi halinde işten ayrılma düşüncesinin tasarımdan ileri gidememesi söz konusudur.

Gençlerde, gönüllü işten ayrılma oranlarının yüksek olması normaldir. Çünkü genç insanların bütün işler hakkında önceden detaylı ve iyi bir bilgi sahibi olamayışı, onları kendilerine teklif edilen işleri kabul etmek mecburiyetinde bırakmaktadır. Ancak genç işgücü, işi ve işyerini tanıdıktan sonra yeni arayışlara girecektirler. Bununla beraber genç işgücünün, kendilerini geliştirme arzularının yüksek oluşu, yer ve bölge değiştirme konusunda daha cesur oluşları, yeni arayışlar içerisinde olmaları duygusu ile birleşince, mevcut işlerini kolayca terk edebilmektedirler (Koçer, 2001, s. 35).

#### **3.4.2.2. Eğitim Seviyesi**

Eğitilmiş işgücünde kendini geliştirme arzusu, daha düşük eğitime sahip işgücüne oranla daha yüksek seviyededir. Çalışanların kendilerini yenilemesi ya da geliştirmesi, çoğunlukla yer ve bölge değiştirmeyi beraberinde getirir. Bu anlamda eğitilmiş işgücünde yer ve bölge değiştirme arzusunun daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Bunun yanında eğitilmiş işgücü, diğerlerine oranla daha yüksek ücret veya cazip şartlarda iş bulma şansına sahiptir. Bu noktada eğitim seviyesi ile gönüllü olarak işten ayrılma arasında pozitif bir ilişkinin olduğu söylenebilir (Şencan ve Erdoğan, 2001, s. 6).

#### **3.4.2.3. Kıdem Faktörü**

İşgücünün aynı işletmede uzun süre çalışmış olması, işletmeye bağlılık duymasını sağlayacak önemli bir unsurdur. Geçmişte yapılan araştırmalara bakıldığında işten ayrılmaların istihdamı izleyen ilk beş ay içinde oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum işgücü seçimi konusundaki yetersizlikten olduğu kadar, işgücünün işe uyum sağlayamaması ile de ilgilidir. A.B.D.'de yapılan bir araştırmada işten ayrılanların %30'nun 1 yıldan daha az, diğer %30'unun 1 - 4 yıl, geriye kalanın ise 4 yıl ve daha fazla, aynı işletmede çalıştıkları tespit edilmiştir. Yapılan araştırmaların tamamında belirtildiği gibi, çalışanların işyerindeki kıdemi ile işgücü devri arasında negatif bir ilişki vardır.

Çalışma hayatının ilk yıllarında, gönüllü işten ayrılma oranları oldukça yüksektir. Aynı işverene bağlı olarak çalışılan süreler uzadıkça, ücretin ve/veya diğer faktörlerin etkisi ile gönüllü işten ayrılma oranlarında düşme olacaktır (Efil, 2002, s.40).

#### **3.4.2.4. Cinsiyet**

Cinsiyetin işgücü devri üzerindeki etkilerini incelerken şüphesiz medeni hali ve yaşı da dikkate almak gerekmektedir. Zira erkek ve kadın işgörenlerin işten çıkma eğilimlerinde medeni hale ve çocuk sahibi olmalarına göre farklılıklar görülmektedir. İşgücü devir oranlarının yüksek ya da düşük gerçekleşmesi, çalışanların cinsiyet yapısı ile yakından ilgilidir. Yapılan araştırmaların tamamında, üzerinde fikir birliği ile sağlanan konuların başında kadınlarda işgücü devir oranlarının yüksek olması gelmektedir. Bu durum farklı nedenlere bağlanmaktadır. Bunlardan birincisi, kadınların ailede geçimi sağlamada ikinci derece öneme sahip olmalarıdır. Ailenin geçimi esas olarak babanın görevleri arasında yer almaktadır. Aile içi hizmetlerin yerine getirilmesinden kadınların sorumlu tutulması ve diğer ev işleri, kadınlarda işgücü devrini yükseltici neden olarak düşünülmektedir (Bilgiç, 1999, s. 549).

#### **3.4.2.5. Medeni Durum**

Çalışanların evli ya da bekar oluşlarının işgücü devri ile ilişkisi fazlaca araştırmalara konu edilmemiştir. Bununla birlikte evli işgücünün yer veya bölge değiştirmesinden dolayı katlanacakları ekonomik ve sosyal maliyetler yüksek olacağından, işgücü devri oranlarının düşük olacağını söyleyebiliriz. Ancak, ülkelerin milli mevzuatları ile çalışan bayanların evlenmeleri halinde, işlerini bırakmalarının kolaylaştırılması, işgücü devir oranlarını yükseltebilir (Bilgiç, 1999, s. 550).

### 3.5. İş Gücü Devrinin Sonuçları

Personel devri, işyerinde ve özellikle belirli bir tecrübe ve ustalık gerektiren işlerde arzu edilmeyen bazı durumlar meydana getirir (Eren, 2001, s.275). Bu arzu edilmeyen durumlar şunlardır;

- Örgütte başarılı hizmet veren bir personelin yerine yeni birisinin atanması ve yetiştirilmesinin zaman ve harcama gerektirmesi,
- İşten ayrılan her tecrübeli personelin kuruluş için yetişme ve kalifiye hale gelmesinin masrafları ile acemilik devresinde yapmış olduğu hataların maliyetleri,
- İşe alınacak tecrübesiz bir kimsenin işe intibakı esnasında yapacağı hatalara ek olarak tecrübesizliğin vermiş olduğu verim düşüklüğünün verdiği zararların olması (Can vd., 2001).
- Personel devrinin, personel servisleri için yaratmış olduğu ek yardımcı hizmetlerin de bir maliyeti vardır. Bunlardan başlıcaları; personel alım ilanları, seçme sınavları, testler, işe alma, yerleştirme ve ücretlemedir.

Personel devri, bir örgütün başarı derecesinin göstergesi sayılabilir. Etkin çalışma ve çalıştırma açısından olduğu kadar, personel servisi ve hizmetlerinin tatmin edici bir düzeyde olup olmadığı personel devri ile anlaşılabilir. Personel devir oranının yüksek olduğu işletmelerde, iyi bir seçme, değerlendirme ve işe yerleştirme sisteminin olmadığı ortaya çıktığı gibi tatminkar bir ücretleme ve terfi sisteminin bulunmadığı veya bu konularda bazı haksızlıkların yapılmış olduğu sonucu çıkarılabilecektir.

Diğer taraftan, çalışma koşullarının kötü oluşu, amirlerin genel olarak emrinde çalışanlara karşı ve davranışları da çalışanların devrini etkileyen genel işyeri koşullarından sayılabilir (Eren, 2001, s. 275-276).

İşten ayrılmayı tümü ile olumsuz olarak değerlendirmek de doğru değildir. Yeni çalışanlar “yeni kan” getirir. Ayrıca kötü performans gösteren birinin ayrılması fonksiyoneldir (Kocaman ve Tarım, 1992). Yönetim uygulamalarının etkinliğini gösterir (Pasinlioğlu ve Sarı, 1992).

### **3.6. İş Gücü Devrinin Hesaplanması**

İşletmelerde işgücü devir hızını bulmak, gereksinim duyulan işgücü miktarının saptanmasını sağlar. Bu nedenle gerekli işgücü sayısının bulunmasında kullanılan en eski araçlardan birisi işletmedeki işgücü devir hızı oranıdır. Ayrıca işletmede hangi dönemlerde ve hangi birimlerde işgören gereksinimi olduğu, ayrılmaların nedenleri konusunda işletme yönetimine gerekli olan bilgilerin sağlanmasında yardımcı olacaktır. İşgücü planlamasında da en önemli veriler işgücü devir hızı sonuçlarının analizinden elde edilmektedir.

İşgücü devir hızını hesaplamak için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bunların çeşitliliği, işgücü devrinin ne olduğu konusunda değişik görüşler olmasından ileri gelmektedir. İşgücü devri incelendiğinde, bu kavramın bir giriş çıkış veya diğer bir deyişle hareketlilik ifade ettiği görülmüştür. Burada önemli olan, belirli bir dönemde örneğin bir ay içinde kaç tane giriş çıkış olayı olduğudur. Bu bakımdan işgücü devri mutlak değerlerle belirtilemez. Olayların önemini, yaygınlık derecesini, yoğunluğunu, ne kadar sık meydana geldiğini inceleyebilmek için oranlara başvurulur. Oranların hesaplanmasında kullanılacak zaman süresi de tartışma konusu olmuştur. Yaygın olarak kullanılan zaman birimi aydır. Yalnız küçük işletmelerde daha uzun süreler esas alınarak (üç ay, altı ay, bir yıl vb.) işgücü devir oranları hesaplanmaktadır. İşgücü devir oranını verirken zaman birimini de belirtmekte yarar vardır. Aylık oranla yıllık oran arasındaki fark açıktır. Ayrıca işletmeler arası işgücü devir oranlarını kıyaslarken, hangi formülle hesaplama yapıldığına dikkat etmelidir. Ayrı formüller kullanılmışsa kıyaslama anlamsız olabilir. Genel kabul görmüş yöntemler aşağıda açıklanmıştır (Cemalcılar, 1983, s.266).



### 3.6.1. Ayrılmalar Yöntemi

Bu yöntemde, işletmede belirli bir dönemde işgörenin kendi isteği ile ayrılması ya da işten çıkarılması sonucu oluşan işgören sayısındaki toplam eksilmelerin, işletmedeki ortalama işgören sayısına oranlanması ile bulunması söz konusudur. Aşağıdaki formül kullanılır;

$$\text{İşgücü devir oranı} = \frac{\text{İşten ayrılanların toplamı}}{\text{Ortalama işgören sayısı}} \times 100$$

Ortalama işgören sayısı ise dönem başındaki ve dönem sonundaki işgören sayılarının toplamının ikiye bölünmesi şeklinde bulunur. Burada ortalama işgören sayısını bulmak için şu formül kullanılır;

$$\text{Ortalama işgören sayısı} = \frac{\text{Dönem başı işgören sayısı} + \text{Dönem sonu işgören sayısı}}{2}$$

Bu yöntemde yalnızca ayrılmalar dikkate alınmaktadır. Bununla birlikte bu oran bize işgücü devriyle ilgili olarak her şeyi belirtmemektedir. Örneğin, ayrılanların ortalama yaşı kaçtı, emekliliği gelmiş insanların sayısı kaçtır, kaç tanesi gönüllü işten ayrılmış gibi sorulara tek başına bu işgücü devir hızı oranı cevap verememektedir. Bundan dolayı işgücü devir hızını etkileyen faktörleri dikkate alan daha karmaşık işgücü devir hızı endekslerine ihtiyaç duyulmaktadır (Geylan, 1992, s.271).

### 3.6.2. Girişler Yöntemi

İşgücü devir hızının girişler yöntemiyle hesaplanması durumunda, ayrılmalar yönteminin tersine yalnızca işletmeye belirli bir dönemde alınan işgörenler değerlendirilmektedir. Bu durumda hesaplama yöntemini aşağıdaki formülle göstermek mümkündür;

$$\text{İşgücü devir oranı} = \frac{\text{Belli bir dönemde işe alınan işgörenler toplamı}}{\text{Belli bir dönemde çalışan ortalama işgören sayısı}} \times 100$$

Bu yöntemde işletmeden ayrılmalar dikkate alınmadan işe yeni alınan işgörenler de işgören toplamına dahil olmaktadır. Dolayısıyla yöntemin kullanımında çıkacak oran yüksek olabilir ve işletme yönetiminin yanılması kaçınılmaz olabilmektedir (Yüksel, 2000, s.245).

### 3.6.3. İşgücü Akışı Yöntemi

İşgücü akış yöntemi, ayrılmalar ve girişler yöntemlerinde kullanılan formüllerin birleştirilmesi şeklinde elde edilen bir yöntemdir. Ayrılmalar yöntemi ve girişler yönteminin sakıncalarını ortadan kaldırmak amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde hem ayrılan ya da çıkarılan işgörenler hem de yeni işe alınanlar dikkate alınarak hesaplamalar yapılmaktadır.

#### 3.6.3.1. Birinci Durum

Birinci durumda işe alınan ve ayrılan işgörenlerin toplam sayısı ortalama işgören sayısına oranlanarak bulunmaktadır. Ancak bu yöntemle bulunan oran, giriş ve çıkışların toplamları alınarak değerlendirildiği için diğer yöntemlerin yaklaşık olarak iki katı değerinde bir sonuç verecektir.

$$\text{İşgücü devir oranı} = \frac{\text{İşe alınan ve ayrılan işgörenler toplamı}}{\text{Ortalama işgören sayısı}} \times 100$$

### 3.6.3.2. İkinci Durum

İkinci durumda yapılan hesaplamalar, belirli bir dönemde hesaplanacak işgücü devir hızı oranının bulunmasında ayrılmalar ve girişler toplamlarının ortalaması alındıktan sonra kullanılmaktadır. Bu nedenle birinci durumdaki sakınca da ortadan kaldırılmış olmaktadır (Yalçın,1988, s.245).

$$\text{İşgücü devir oranı} = \frac{\text{İşe alınanlar} + \text{İşten ayrılmalar} / 2}{\text{Ortalama işgören sayısı}} \times 100$$

### 3.6.4. Net İşgücü Yöntemi

Net işgücü yönteminde, işgücü devir hızının hesaplanmasında işten ayrılanların yerine alınan işgörenlerin sayısı kullanılmaktadır. Bunun nedeni ise, işletme açısından işten ayrılanların yerine yeni işgören alınmaması halinde ayrılmaların işletmeye herhangi bir ek maliyet yükü getirmemesidir. Net işgücü yöntemi ile işgücü devir hızı aşağıdaki şekilde bulunur;

$$\text{İşgücü devir oranı} = \frac{\text{Ayrılanların yerine işe alınan işgörenlerin sayısı}}{\text{Ortalama işgören sayısı}} \times 100$$

Bu yöntemin kullanılabilmesi için, işgücü devir hızının hesaplanacağı dönemde, işe alınan işgörenlerin sayısı işletmeden ayrılan işgörenlerin sayısından fazla olmamalıdır. Bu sayı fazla olduğu takdirde yöntemin kullanılması işletmedeki gerçek işgücü devir oranını vermeyecektir (Geylan, 1992, s.128).

### 3.6.5. Kaçınılabilir Ayrılmalar Yöntemi

Bu yöntemle ölüm, evlenme, askerlik ve emeklilik gibi ayrılmalar kaçınılmaz ayrılmalar olarak ele alınmaktadır. Kaçınılabilir ayrılmalar yöntemine kadar sayılan metotlar personelin çalışma süresini, çalışılan birimi veya çalışılan mesleği göz önüne almamaktadırlar. Aşağıdaki formülle hesaplanır;

$$\text{İşgücü Devir Oranı} = \frac{\text{Toplam Çıkışlar} - \text{Kaçınılmaz Çıkışlar}}{\text{Ortalama İşgücü Sayısı}} \times 100$$

### 3.6.6. Personel Denge (Stabilite) İndeksi

Bu ölçüm belirli bir dönem boyunca işletmede kalan personel sayısına dayanmaktadır. Genelde bir yıllık hizmet süresine sahip personelin, bir yıl önce çalışan personel sayısına oranlamasıyla bulunmaktadır.

$$\text{İşgücü Denge İndeksi} = \frac{\text{O anda 1 yıllık çalışma süresine sahip pers. sayısı}}{\text{Bir yıl önce çalışan personel sayısı}} \times 100$$

Denge endeksi olarak adlandırılan bu endeks, işgücünün genellikle istikrarlı seyredip seyretmediğinin, ne şekilde dalgalanmalar gösterdiğinin bulunmasını sağlamaktadır. Bu ise, işyerindeki problemlerin ortaya çıkarılabilmesine ve üzerinde odaklanılabilmesine yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte bu ölçüm bir yıl içindeki katılanları göz ardı etmekte ve hizmet süresine çok az önem vermektedir (Hendry, 1999, s. 196).

### 3.6.7. Bowey Denge İndeksi

Bowey indeksi çalışanların hizmet sürelerini dikkate almaktadır. Bu ölçüm belirli bir zaman dilimi boyunca hali hazırdaki işgörenlerin bir araya toplanılmış hizmet sürelerine bakmakta ve bu toplam hizmet süresi personelin bu zaman dilimi boyunca tamamen istihdam edilmesi durumunda sahip olacağı hizmet süresine bölünmektedir. Burada kullanılan zaman dilimi genellikle iki yıldır ve hizmet aylık olarak gösterilmektedir.

$$\text{Denge İndeksi} = \frac{\text{Personelin İki Yıl Boyunca Toplam Hizmet Süresinin Aylık Miktarı}}{\text{Personelin İki Yıl Boyunca Tam Olarak Çalışması Halinde Hizmet Süresinin Aylık Miktarı}} \times 100$$

### 3.6.8. Yetenek Çıkış İndeksi

Bu ölçümle çıkışların hangi mesleklerde meydana geldiği hesaplanmaktadır. Belirli bir süre içinde işyerindeki kategorilerde gerçekleşen çıkışlar belirlenerek mevcut çalışanlarının ortalamasıyla meslek gruplarının her birinde oluşan işgücü devri hesaplanmaktadır.

$$\text{Yetenek çıkış indeksi} = \frac{\text{Zaman Dilimi Boyunca Kategoride Boşalan İşlerin Sayısı}}{\text{Kategoride Çalışanların Ortalama Sayısı}} \times 100$$

### 3.6.9. Cohort Analizi

Bu analiz yönteminde, işgören değişim hızı ve işgörenlerin stabilitesi üzerine yoğunlaşmak yerine, iş yerine bağlı elemanlar, genel olarak da belli bir yıl içerisinde işe alınan elemanların bağlılığı ile ilgili rakamlar çıkarılır. Böylece stabilite endeksi, kalan oranın hesaplanması şekline dönüştürülür. Bu, yıllık bir temel üzerinde her yıl işe alınan yeni eleman sayısı için daha farklı bir stabilite endeksinin basitçe hesaplanmasını gerektirir.

Diğer yaklaşımlar gibi insan kaynakları planlayıcılarının Cohort analizindeki amacı da geçmiş trendler üzerinde yoğunlaşarak, işletmenin gelecekle ilgili hedeflerine ulaşmak için gerekli olan eleman ihtiyaçlarının önceden tahmininin yapılabilmesidir. Çoğunlukla Cohort analiziyle gözlem altındaki bir çalışan grubunun yarı çalışma ömürleri belirlenmektedir. Yarı ömür işletme içerisinde farklı işlerdeki çalışma gruplarını karşılaştırmak ve gelecekle ilgili anlamlı tahminlerde bulunmak için kullanılabilir (Jay, 1998, s.128).

İncelemiş olduğumuz ölçüm metotlarından da anlaşılacağı üzere personel devri konusunda pek çok değişik istatistiksel yöntem kullanmak mümkündür. Önemli olan unsur işletmeye insan gücü planlaması aşamasında en fazla yarar sağlayacak yöntemin seçilmesidir.

İşletmenin yapısına, iş koluna, işgören sayısına ve işletmenin büyüklüğüne göre personel değişim oranı farklı biçimde yorumlanabilmektedir. Örneğin, tarım sektöründe yer alan bir konserve fabrikasında ya da turizm sektöründe yer alan bir otel işletmesinde geçici olarak görevlendirilen mevsimlik işgören sayısı ve personel değişim oranı yüksektir. Bu yükselme o tür işletmelerin yapısına ve amacına uygun düştüğü için yapılacak yorum da farklı olacaktır. Ayrıca tek başına personel devir oranı rakamları işletme için bir şey ifade etmemektedir. Bu rakamların standartlarla karşılaştırılması ve işgörenlerin tatminsizliğinin açıklanmasında hareket noktası olarak ele alınması gerekmektedir. Ülke genelinde veya sektörel bazda işgören devir oranının incelenip buna göre işletme verileriyle karşılaştırma yapılması yararlı olacaktır.

Bununla birlikte hemen hemen her işletmenin kendi yapısına uygun düşen bir optimal personel değişim oranı olması gerekir. Bu hızın belirli toleranslar içinde kalması beklenir. Saptanan optimal hızın altında ya da üstünde bir işgören akışı varsa bu işletmenin izlediği personel politikasının başarısızlığını yansıtır (Sabuncuoğlu, 2000, s.488).

## 4. YÖNTEM

### 4.1. Araştırmanın Amacı

Hastanelerde verimliliği etkileyen faktörlerden biri olarak kabul edilen insan gücü planlaması, hastanenin sahip olduğu insan gücü potansiyelinin akılcı ve verimli kullanılmasını sağlayan bir araç olması nedeniyle büyük önem taşımaktadır. Yeterli sayı ve nitelikte personel bulunmadıkça etkin ve verimli, dolayısıyla kaliteli hizmet üretilmemektedir. Bu yüzden insan gücü faktörü hastaneler için önem kazanmakta ve diğer kaynaklara nazaran hizmet kalitesini daha fazla etkilemektedir.

2005 yılından itibaren sağlık hizmetlerinde de sözleşmeli personel istihdamına yönelinmiştir. Sözleşmeli sağlık personeli devlet memurlarının sahip olduğu tüm özlük haklarına sahip ancak yer değiştirme hakları kısıtlıdır. Bakanlık bu personelle yıllık sözleşme imzalayarak iş ilişkisini idame ettirir. Bu sözleşmeler her yıl yenilenir. İstihdam edilen personelin büyük çoğunluğu, ailevi sorunlar, çalışma ortamından memnun olmama gibi sebeplerden dolayı istifa ederek tekrar tayin isteme yoluna gitmekte ve istediği şartlara haiz olana dek istifalarını sürdürmektedir. Bu kişilerin yerine ise yine başka illerden gelen yeni personel işe başlamakta ve sonuç olarak iş gücü devri kaçınılmaz hale gelmektedir. Bu araştırmanın amacı:

- Hastanelerde gün geçtikçe sayısı artan sözleşmeli personelin iş gücü devir hızını hesaplamak,
- Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeğini hastalara uygulamak suretiyle iş gücü devir hızlarına göre hastaneler arası karşılaştırma yaparak hizmet kalitesi ile işgücü devir hızı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

### 4.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Sağlık hizmeti veren personel içerisinde en büyük grubu hemşire personel oluşturmaktadır. Buna bağlı olarak hemşirelik bakımı ile ilgili hasta memnuniyeti önem arz etmektedir. 24 saat kesintisiz hizmet veren hemşireler diğer sağlık

personeline göre daha çok hastanın yanında olan, bireyin sağlığını sürdürme ve rehabilitasyonunda önemli sorumlulukları bulunan sağlık ekibi üyeleridir (Biol, 2004). Buradan yola çıkarak verilen hizmetin kalitesinin ölçülmesi sadece hemşirelik hizmetleriyle sınırlandırılmıştır. Araştırma yapılan kliniklerde sözleşmeli hemşirelerle birlikte 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu' na bağlı hemşirelerin de çalışması araştırmada kısıtlılık oluşturmuştur.

Araştırma İstanbul ilindeki 10 kamu hastanesinde, cerrahi ve dahili branş klinikleriyle sınırlandırılmıştır. Acil, psikiyatri, nöroloji klinikleri ve poliklinikler araştırma dışında tutulmuştur. Zaman faktörü de araştırmanın sınırlılıklarından biridir.

### **4.3. Araştırmanın Hipotezleri**

Bu araştırmada hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetinin hemşirelerin işgücü devir hızlarına göre değişiklik gösterip göstermediği ve araştırmaya katılanların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini anlamak amacıyla aşığıdaki hipotezler kurularak analiz edilmeye çalışılmıştır.

**Hipotez 1:** Hemşirelerin işgücü devir hızı ve hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

**Hipotez 2:** Cinsiyet değişkeni ile hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

**Hipotez 3:** Yaş değişkeni ile hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

**Hipotez 4:** Medeni durum değişkeni ile hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

**Hipotez 5:** Sosyal güvence değişkeni ile hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur.



**Hipotez 6:** Öğrenim durumu değişkeni ile hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

**Hipotez 7:** Meslek değişkeni ile hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

**Hipotez 8:** Gelir durumu değişkeni ile hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

**Hipotez 9:** Refakatçi bulundurma durumu değişkeni ile hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

#### **4.4. Araştırmanın Evreni**

Evrenin belirlenmesinde öncelikle araştırmanın amacına paralel olarak, İstanbul ilinde bulunan tüm kamu hastanelerinin 1 Ocak 2008- 1 Ocak 2009 tarihleri arasındaki sözleşmeli hemşire iş gücü devir hızları belirlenmiştir. İş gücü devir hızlarının hesaplanması için kamu hastanelerinin personel birimlerinden şu bilgiler alınmıştır.

- 1 Ocak 2008- 1 Ocak 2009 döneminde işe yeni başlayan sözleşmeli hemşire sayısı
- 1 Ocak 2008- 1 Ocak 2009 döneminde işten ayrılan sözleşmeli hemşire sayısı
- 1 Ocak 2008- 1 Ocak 2009 dönemi başında mevcut çalışan sözleşmeli hemşire sayısı
- 1 Ocak 2008- 1 Ocak 2009 dönemi sonunda mevcut çalışan sözleşmeli hemşire sayısı.

Sözleşmeli hemşire işgücü devir hızı hesaplanmasında tüm kamu hastaneleri (50 adet) hedef alınmıştır. 50 kamu hastanesinden 36 tanesinin verilerine ulaşılabilmektedir. 36 hastanenin işgücü devir hızları hesaplanmıştır. Hesaplama İş Gücü Akışı Yöntemi, İkinci Durum Formülü kullanılmıştır. Bu formülün kullanılmasının sebebi, diğer formüllerde göz ardı edilen (ayrılmalar, girişler...gibi) kriterlerden dolayı iş gücü devir hızını açıkça ortaya koyamamalarıdır. İş Gücü Akışı Yöntemi, İkinci Durum, iş gücü devir hızının hesaplanmasında oldukça kompleks bir formüldür.

$$\text{İşgücü devir oranı} = \frac{\text{İşe alınanlar} + \text{İşten ayrılmalar} / 2}{\text{Ortalama işgören sayısı}} \times 100$$

Öncelikle Ortalama İşgören Sayısı hesaplanmıştır. Hesaplama aşağıdaki formül kullanılmıştır:

$$\text{Ortalama işgören sayısı} = \frac{\text{Dönem başı işgören sayısı} + \text{Dönem sonu işgören sayısı}}{2}$$

Sözleşmeli hemşire iş gücü devir hızları hesaplanan hastanelerin yatak sayıları toplanmıştır.

Tüm hesaplamalar yapıldıktan ve tüm veriler toplandıktan sonra elde edilen veriler Tablo 3' de gösterilmiştir.

Hesaplama yapılan tüm hastaneler içinden karşılaştırma yapmak amacıyla 5 adet işgücü devir hızı yüksek, 5 adet de düşük hastane seçilmiştir. Bu hastaneler Tablo 4' de gösterilmiştir.

**Tablo.3.** Sözleşmeli Hemşire İşgücü Devir Hızı Oranları ve Hastanelerin Yatak Sayıları

No	HASTANE ADI	Ocak/08-09 ayrılanlar	Ocak/08-09 başlayanlar	Ocak-08 mevcut sayı	Ocak-09 mevcut sayı	Ortalama işgören sayısı	İşgücü devir hızı	Yatak Sayıları
1	Bayrampaşa Dh.	1	3	7	9	8	43,8	150
2	Taksim Eah.	4	10	61	67	64	18,8	250
3	Kağıthane Dh.	1	8	13	20	16,5	51,5	41
4	Çatalca Dh.	0	0	1	1	1	0	50
5	Başakşehir Dh.	7	5	45	43	44	19,3	79
6	Beyoğlu Göz Eah.	4	2	26	24	25	16	100
7	Silivri Dh.	3	7	21	25	23	37	152
8	Fsm Eah.	2	4	61	63	62	8,06	293
9	Esenyurt Dh.	0	25	25	50	37,5	66,7	152
10	Sultançiftliği LNB Dh.	1	4	7	10	8,5	52,9	38
11	Sultanbeyli Dh.	6	13	36	43	39,5	40,5	128
12	Şişli Dh.	0	6	5	11	8	75	64
13	İl Özel İdare Ağız Diş	1	2	10	11	10,5	23,8	22
14	Bağcılar Eah.	55	92	256	293	275	43,5	498
15	İstanbul FTR. Eah.	2	10	49	57	53	20,8	140
16	Yedikule Göğüs H.Eah.	3	13	20	30	25	58	406
17	Yakacık Doğumevi	2	3	12	13	12,5	32	100
18	Eyüp Dh.	2	2	3	3	3	100	125
19	Haydarpaşa Numune Eah.	32	45	165	178	172	35,6	200
20	Üsküdar Dh.	10	4	92	86	89	10,1	155
21	Meslek Hastalıkları Eah.	1	3	14	16	15	23,3	52
22	Zeynep Kamil Eah.	14	15	99	100	99,5	22,1	561
23	Erenköy Ftr. Eah.	0	0	6	6	6	0	86
24	Bakırköy Kdç Eah.	25	25	109	109	109	34,4	505
25	İstanbul Eah.	20	26	96	102	99	36,4	363
26	Göztepe Eah.	89	35	188	134	161	49,4	770
27	Ümraniye Eah.	7	13	38	44	41	40,2	279
28	Siyami Ersek Gkdc.Eah.	18	38	182	202	192	24,5	525
29	Bakırköy Dr. S. Konuk Eah.	11	24	64	77	70,5	41,8	328
30	Paşabahçe Dh.	2	12	63	73	68	19,1	284
31	Kartal Yavuz Selim Dh.	0	17	145	162	154	11,1	346
32	Okmeydanı Eah.	29	33	220	224	222	21,4	808
33	Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eah.	26	33	159	166	163	28,3	346
34	Şişli Etfal Eah.	33	28	256	251	254	17,6	853
35	Tuzla Dh.	0	1	5	6	5,5	18,2	42
36	Haseki Eah.	14	22	105	113	109	26,6	531

Seçilen hastanelerin yatak sayıları toplanmış ve araştırmanın evreni 4488 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın evrenini, 1 Ocak 2009-30 Kasım 2009 tarihleri arasında Tablo 4' de adı geçen hastanelerin dahili ve cerrahi branş kliniklerinde yatan hastalar oluşturmaktadır.

**Tablo.4.** Araştırma İçin Seçilen Hastaneler

HASTANE ADI	Ocak/08-09 ayrılanlar	Ocak/08-09 başlayanlar	Ocak-08 mevcut sayı	Ocak-09 mevcut sayı	ortalama işgören sayısı	işgücü devir hızları	Yatak Sayıları
Fsm Eah.	2	4	61	63	62	8,06	293
Üsküdar Devlet H.	10	4	92	86	89	10,11	155
Beyoğlu Göz Eah.	4	2	26	24	25	16	100
Şişli Etfal EAH.	33	28	256	251	253,5	17,55	853
Taksim Eah.	4	10	61	67	64	18,75	250
Okmeydanı Eah.	29	33	220	224	222	21,4	808
Zeynep Kamil Eah.	14	15	99	100	99,5	22,11	561
Haydarpaşa Numune Eah.	32	45	165	178	171,5	35,57	200
Bağcılar Eah.	55	92	256	293	274,5	43,53	498
Göztepe Eah.	89	35	188	134	161	49,38	770

**Toplam: 4488**

**Kaynak:** İlgili hastanelerin personel servisi kayıtları.

#### 4.5. Araştırmanın Örnekleme

Örneklem belirlemede tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem belirlemede şu formül kullanılmıştır;

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$$

Burada:

N : Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

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

d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatasıdır.

p ve q değerleri 0,5, Güven aralığı: % 95, Hata payı: 0,05 olarak alınmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2002, s. 251).

Elde bulunan veriler formülden yerine konulduktan sonra her hastanenin tüm grup içinde ağırlıkları belirlenerek, hangi hastaneden kaç hastaya anket uygulanacağı bulunmuştur. Elde edilen bilgiler Tablo 5' te gösterilmiştir.

**Tablo.5.** Hastanelerin Evren İçindeki Ağırlıkları ve Anket Uygulanacak Hasta Sayısı

HASTANE ADI	YATAK SAYISI	YÜZDE ORANI	HASTA SAYISI
Taksim Eah	250	% 5	20
Fatih Sultan Mehmet Eah	293	% 5	20
Beyoğlu Göz Hastahıkları Eah	100	% 2	8
Üsküdar Dh.	155	% 3	10
şişli Etfal Eah	853	% 17	65
Zeynep Kamil KDÇH. Eah.	525	% 10	36
Haydarpaşa Numune Eah.	715	% 14	50
Göztepe Eah.	770	% 15	55
Bağcılar Eah.	498	% 10	36
Okmeydanı Eah.	808	% 16	60

**TOPLAM: 360**

Toplam 360 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Hastaların örnekleme alınma kriterleri ise aşağıdaki gibidir;

- 18 yaşın üzerinde,
- en az üç geceyi hastanede geçiren,
- Türkçe bilen,
- bilinci açık,
- psikiyatrik endikasyonu bulunmayan,
- araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar.

Örnekleme alınan 360 hastaya Hasta Bilgi Formu (Ek-1) ve Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği (Ek-2) uygulanmıştır.

#### **4.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerini toplamak amacıyla hastalara yönelik sosyodemografik özellikler bilgi formu ve hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeği kullanılmıştır. Sosyodemografik özellikler hastaların tanıtıcı bilgilerini içermektedir. Bu bölümde, hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durum, sosyal güvencesinin olup olmadığı, mesleği, gelir durumu, daha önce hastaneye yatış sayısı, hastanede yattığı gün sayısı, hastanede yattığı sürede refakatçisi olup olmadığı, kronik hastalığının olup olmadığı, hastanede yattıkları sürede hemşirelik bakımından genel memnuniyetlerine ilişkin 13 soru yer almaktadır.

Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği, Demir ve Eşer, tarafından 2004 yılında geliştirilmiş, geçerlik ve güvenirlik analizleri araştırmacılar tarafından yapılmıştır (Demir ve Eşer, 2004). Orjinal ölçek 34 maddeden oluşmaktadır. Fakat, 2007 yılında Yürümezoğlu tarafından ölçekteki bazı maddelerin ülkemizdeki hemşirelik uygulamalarında yer almadığı tespit edildiğinden revizyon çalışması yapılarak 7 madde ölçekten çıkarılmış ve 27 madde üzerinden uygulamaya devam edilmiştir. Ölçek 27 madde olarak uygulandığında alınabilecek en düşük puan 27 ve en yüksek puan 135'dir (Yürümezoğlu, 2007).

#### **4.7. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın yürütüldüğü 1 Ocak 2009-30 Kasım 2009 tarihlerinde Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde dahiliye ve cerrahi branş kliniklerinde yatan 20, Beyoğlu Göz Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi branş kliniklerinde 8, Üsküdar Devlet Hastanesi dahiliye ve cerrahi branş kliniklerinde yatan 10, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi dahiliye ve cerrahi branş kliniklerinde yatan 65, Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi branş kliniklerinde yatan 36, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi dahiliye ve cerrahi branş kliniklerinde yatan 50, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi dahiliye ve cerrahi branş kliniklerinde yatan 55, Bağcılar Eğitim ve

Araştırma Hastanesi dahiliye ve cerrahi branş kliniklerinde yatan 36, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi dahiliye ve cerrahi branş kliniklerinde yatan 60 hastaya veri toplama araçları dağıtılarak doldurmaları beklenmiş ve geri alınarak kontrolleri yapılmıştır. Yapılan kontrollerde Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2, şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 5, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 1 ve Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 'nde 5 olmak üzere toplam 13 ölçeğin boş olduğu saptanmış ve çalışma kalan 347 ölçek üzerinden yapılmıştır.

## 5. BULGULAR VE YORUMLAR

### 5.1. Sosyodemografik Bulgular

Tablo 6 araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre yüzde ve frekans dağılımlarını göstermektedir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların % 51, 53' ü kadın, %48,47' si erkektir. 21 kişi cinsiyetiniz sorusunu cevaplamamıştır. Kadın ve erkek yaklaşık olarak eşittir. Bu da arzulanan bir durumdur.

**Tablo.6.** Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kadın	168	51,53
Erkek	158	48,47
Toplam	326	100,00

Tablo 7 araştırmaya katılan hastaların yaşlarına göre yüzde ve frekans dağılımlarını göstermektedir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların %35,07' si 19-39 yaş grubu, %35,94' ü 40-59 yaş grubu, %28, 99'u 60 yaş ve üstündedir. 2 kişi yaş sorusunu cevaplamamıştır. Yaş gruplarının tüm grup içindeki dağılımlarının birbirine yakın olduğu görölmektedir.

**Tablo.7.** Araştırmaya Katılanların Yaşlarına Göre Dağılımları

Yaş	Sayı (n)	Yüzde (%)
19-39	121	35,07
40-59	124	35,94
60 yas ustü	100	28,99
Toplam	345	100,00

Tablo 8 araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına göre yüzde ve frekans dağılımlarını göstermektedir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların % 68,41'i evli, %16,52' si bekar, %13, 04' ü dul, % 2, 03' ü boşanmıştır. 2 kişi medeni durum sorusunu cevaplamamıştır.



**Tablo.8.** Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

Medeni Durum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evli	236	68,41
Bekar	57	16,52
Dul	45	13,04
Boşanmış	7	2,03
Toplam	345	100,00

Tablo 9 araştırmaya katılan hastaların sosyal güvence durumuna göre yüzde ve frekans dağılımlarını göstermektedir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların %89,2' sinin sosyal güvencesi var, % 10, 98' inin yoktur. 10 kişi sosyal güvence sorusunu cevaplamamıştır. Araştırmanın kamu hastanelerinde yapılmış olmasının, sosyal güvence ağırlığının yüksek çıkmasını etkilediği düşünülmektedir.

**Tablo.9.** Araştırmaya Katılanların Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımları

Sosyal Güvence	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	300	89,02
Yok	37	10,98
Toplam	337	100,00

Tablo 10 araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumlarına göre yüzde ve frekans dağılımlarını göstermektedir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların %13, 40' ı okur-yazar, %35, 51' i ilkokul mezunu, %16, 51' i ortaokul mezunu, %22,12' si lise mezunu, %12, 46' s ı niversite mezunudur. 26 kişi öğrenim durumu sorusunu cevaplamamıştır. Araştırmaya katılanların eğitim seviyesinin düşük olduğu saptanmıştır.

**Tablo.10.** Araştırmaya Katılanların Öğrenim Durumuna Göre Dağılımları

Öğrenim Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okur-yazar	43	13,40
İlkokul	114	35,51
Ortaokul	53	16,51
Lise	71	22,12
Üniversite	40	12,46
Toplam	321	100,00

Tablo 11 araştırmaya katılan hastaların mesleklerine göre yüzde ve frekans dağılımlarını göstermektedir. Tablo incelendiğinde diğer, memur, işçi ve emekli seçeneklerinin katılım yüzdelerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni araştırma evreninin tamamının kamu hastanelerinden seçilmesi olarak düşünülebilir. Diğer seçeneğinin en yüksek katılım yüzdesine sahip olmasının sebebi ise ev hanımlarının bu seçeneği işaretlemiş olmaları olarak tahmin edilmektedir. 18 kişi meslek sorusunu cevaplamamıştır.

**Tablo 11:** Araştırmaya Katılanların Mesleklerine Göre Dağılımları

Meslek	Sayı (n)	Yüzde (%)
Memur	20	6,08
İşçi	36	10,94
Akademisyen	2	0,61
Serbest	41	12,46
Esnaf	13	3,95
Sanatçı	3	0,91
Diğer	121	36,78
Öğrenci	13	3,95
Öğretmen	5	1,52
Mühendis	5	1,52
Emekli	56	17,02
Yönetici	2	0,61
Doktor	1	0,30
Bankacı	3	0,91
Çiftçi	6	1,82
Hemşire	2	0,61
Toplam	329	100,00

Tablo 12 araştırmaya katılan hastaların gelir durumuna göre yüzde ve frekans dağılımlarını göstermektedir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların % 41,84' ünün gelir durumunun kötü, %49, 55' inin orta derecede, %8, 61' inin iyi olduğu saptanmıştır. 10 kişi gelir durumu sorusunu cevaplamamıştır.

**Tablo.12.** Araştırmaya Katılanların Gelir Durumuna Göre Dağılımları

<b>Gelir Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Gelirim Giderimden Az	141	41,84
Gelirim Giderime Eşit	167	49,55
Gelirim Giderimden Çok	29	8,61
Toplam	337	100,00

Tablo 13 araştırmaya katılan hastaların mükerrer yatış durumuna göre yüzde ve frekans dağılımlarını göstermektedir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların % 62, 83' ünün daha önce hastaneye yatış öyküsü vardır. %37,17' sinin ise daha önce hastaneye yatış öyküsü yoktur. 8 hasta soruyu cevaplamamıştır. Daha önce hastaneye yatış öyküsü olan hastaların karşılaştırma yapabilme şansı olduğu göz önünde bulundurulmaktadır.

**Tablo.13.** Araştırmaya Katılanların Mükerrer Yatış Durumuna Göre Dağılımları

<b>Mükerrer Yatışlar</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Evet	213	62,83
Hayır	126	37,17
Toplam	339	100,00

Tablo 14 araştırmaya katılan hastaların kronik hastalık durumuna göre yüzde ve frekans dağılımlarını göstermektedir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların % 41,82' sinin kronik hastalığı vardır. % 58,18' inin ise kronik hastalığı yoktur. 17 hasta soruyu cevaplamamıştır.

**Tablo.14.** Araştırmaya Katılanların Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımları

<b>Kronik Hastalık</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Evet	138	41,82
Hayır	192	58,18
Toplam	330	100,00

Tablo 15 araştırmaya katılan hastaların refakatçi bulundurma durumuna göre yüzde ve frekans dağılımlarını göstermektedir. Buna göre araştırmaya katılan hastaların % 76,97' sinin yanında refakatçisi bulunmakta, % 23,03' ü bulunmamaktadır. 4 hasta soruyu cevaplamamıştır.

**Tablo.15.** Araştırmaya Katılanların Refakatçi Bulundurma Durumuna Göre Dağılımları

<b>Refakatçi Bulundurma Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Var	264	76,97
Yok	79	23,03
Toplam	343	100,00

Tablo 16 araştırmaya katılan hastaların refakatçi bulundurma durumuna göre yüzde ve frekans dağılımlarını göstermektedir. Buna göre araştırmaya katılan ve refakatçisi bulunan hastaların % 80, 08' inin refakatçisi sürekli yanında kalmakta, % 19,92' sinin ise belirli saatlerde kalmaktadır. 81 hasta soruyu cevaplamamıştır.

**Tablo.16.** Araştırmaya Katılanların Refakatçi Kalış Durumuna Göre Dağılımları

<b>Refakatinin Kalış Durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Sürekli kalıyor	213	80,08
Belirli saatlerde kalıyor	53	19,92
Toplam	266	100,00

## 5.2. Hasta Memnuniyeti İle İlgili Bulgular

### 5.2.1. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri:

Hastaların, hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet puan ortalamaları Tablo 17’ da gösterilmiştir. Hemşirelik Hizmetlerinden Hasta Memnuniyeti puan ortalaması 120,2 olarak saptanmıştır. En yüksek değerin 135 olduğu düşünüldüğünde, hastaların genel olarak hemşirelik hizmetlerinden memnun oldukları görülmektedir.

**Tablo.17.** Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalama ve Standart Sapmaları (n=347)

Ölçek	Mean	SS	Min	Max
Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Puanı	120,2	15,7	56	135

Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği madde puanlamaları Tablo 18’ de gösterilmiştir (n=347). Hastaların hemşirelik bakımından en çok memnun oldukları üç madde “hemşirelerin gizliliğe (mahremiyet) saygı göstermeleri, hemşirelerin tedaviyi zamanında uygulamaları ve hemşirelerin ateş, nabız ve tansiyon ölçüm sonuçları hakkında bana bilgi vermeleri” olmuştur. En az memnun oldukları üç madde ise “hemşirelerin kendilerini tanıtmaları, hemşirelerin hasta ailesi üzüntülü ve endişeli olduğunda destek olmaları ve hemşirelerin hastalıkla ilgili hastaya bilgi vermeleri” olmuştur.

**Tablo.18.** Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Madde Puanlamaları

ÖLÇEK MADDELERİ	Mean	SS
Acı veren işlemler sırasında (kan alma, serum takma v.b.) hemşirelerin bana destek olmalarından	4,465	0,96
Ağrım olduğunda hemşirelerin ağrımı gidermeye çalışmalarından	4,439	0,85
Ailem üzüntülü ve endişeli olduğunda hemşirelerin onlara destek olmalarından	4,168	0,75
Hemşireleri çağırdığım zaman hemen gelmelerinden	4,387	0,80
Hemşirelerin aileme evde bakımım konusunda bilgi vermelerinden	4,277	1,00
Hemşirelerin ateş, nabız ve tansiyon ölçüm sonuçlarım hakkında bana bilgi vermelerinden	4,488	0,96
Hemşirelerin bakım ve tedavilerimi yaparken güler yüzlü olmasından	4,462	0,93
Hemşirelerin bakımım için bana yeterli zaman ayırmalarından	4,272	0,68
Hemşirelerin bana evde bakımıyla ilgili bilgi vermelerinden	4,319	0,64
Hemşirelerin bana hastalığımla ilgili bilgi vermelerinden	4,192	0,91
Hemşirelerin bana karşı anlayışlı davranmalarından	4,400	0,76
Hemşirelerin beni dikkatli bir şekilde dinlemelerinden	4,411	0,79
Hemşirelerin benim iyi olup olmadığımı sık sık kontrol etmelerinden	4,359	0,79
Hemşirelerin benimle sakin bir şekilde konuşmasından	4,429	0,88
Hemşirelerin geceleri gerekli takiplerimi yapmalarından	4,468	0,76
Hemşirelerin gizliliğime (mahremiyet) saygı göstermelerinden	4,559	0,99
Hemşirelerin hastanede yapılan tüm işlemler hakkında bilgi vermelerinden	4,256	0,83
Hemşirelerin hastaneye yattığım gün bana yatağımı göstermelerinden	4,455	0,92
Hemşirelerin hastaneye yattığımda servisi tanıtmalarından	4,265	0,80
Hemşirelerin kendilerini bana tanıtmalarından	4,134	0,76
Hemşirelerin sıkıntılı olduğumda konuşarak beni rahatlatmalarından	4,193	1,02
Hemşirelerin sorularıma anlaşılır cevaplar vermelerinden	4,381	0,93
Hemşirelerin tedaviyi (ilaçları) zamanında uygulamalarından	4,539	0,83
Hemşirelerin uygulamaları kendimi hazır hissettikten sonra yapmalarından	4,414	0,81
Hemşirelerin uygulanacak işlemler ve testler hakkında bilgi vermelerinden	4,270	0,80
İhtiyacım olduğunda hemşirelere kolaylıkla ulaşabilmekten	4,460	0,81
Yakınlarımla ihtiyac duyduğunda hemşirelere kolay ulaşmasından	4,421	0,82

### 5.2.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Birbirleri ile ilişkili veri yapılarını birbirinden bağımsız ve daha az sayıda yeni veri yapılarına dönüştürmek, bir oluşumu ya da olayı açıkladıkları varsayılan değişkenleri gruplayarak ortak faktörleri ortaya koymak, bir oluşumu etkileyen değişkenleri gruplamak amacıyla başvurulan yöntem faktör analizi denir (Özdamar, 2002, s.235). Başka bir deyişle, çok sayıdaki değişken arasında ilişkilere dayanarak verilerin daha anlamlı ve özet bir biçimde sunulmasını sağlayan çok değişkenli bir analiz türüdür (Kurtuluş, 1985, s. 482).

Analize başlamadan önce verilerin faktör analizine uygunluğu değerlendirilir. Bunun için Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) testi ve Bartlett Testi kullanılır. Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) testi değeri örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluğu ile ilgilidir. Bu testin değeri küçük çıkarsa, çift olarak değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisinin diğer değişkenlerce açıklanmayacağını gösterir. Bu durumda faktör analizine devam etmek doğru olmaz. KMO testinde bulunan değer 0,50' nin altında ise kabul edilemez. 0,50 zayıf, 0,60 orta, 0,70 iyi, 0,80 çok iyi, 0,90 mükemmeldir (Tavşancıl, 2002, s.50). Tablo 19' da araştırmaya uygulanan KMO ve Bartlett Testleri sonuçları gösterilmektedir. 0,944 bu veriler için faktör analizinin mükemmel bir biçimde kullanılabileceğini göstermektedir. Bartlett Testi içsel geçerliliği gösterir ve 0,05 ten küçük olmalıdır (Nakip, 2003, s. 407). Bu testte de 0,000 ile çok anlamlı çıkmıştır.

**Tablo.19.** KMO ve Bartlett Testleri

<b>KMO and Bartlett's Test</b>		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		<b>.944</b>
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	6.146.238
	df	351
	Sig.	<b>.000</b>

Tablo 20 incelendiğinde, açıklanan toplam varyans, dönüşümden önceki ve sonraki özdeğerleri vermekte ve 3 faktörün ortaya çıktığını göstermektedir. İlk faktör toplam varyansın % 22,984' ünü, ikinci faktör % 21, 604'ünü, üçüncü faktör ise %

14,475 'ini açıklamaktadır. Özdeğerlerin açıkladıkları birikimli varyans miktarı, toplam varyansın % 59,062' sidir.

**Tablo.20.** Toplam Varyans

Toplam Varyans (Total Variance Explained)									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	13.664	50.606	50.606	13.664	50.606	50.606	6.206	22.984	22.984
2	1.188	4.401	55.007	1.188	4.401	55.007	5.833	21.604	44.587
3	1.095	4.055	59.062	1.095	4.055	59.062	3.908	14.475	<b>59.062</b>
4	.990	3.668	62.730						
5	.927	3.434	66.164						
6	.846	3.134	69.298						
7	.778	2.880	72.179						
8	.733	2.715	74.894						
9	.653	2.418	77.312						
10	.590	2.185	79.497						
11	.534	1.979	81.476						
12	.533	1.974	83.451						
13	.497	1.843	85.293						
14	.460	1.705	86.998						
15	.419	1.550	88.548						
16	.386	1.429	89.977						
17	.358	1.327	91.303						
18	.335	1.241	92.544						
19	.318	1.176	93.720						
20	.291	1.076	94.796						
21	.279	1.032	95.829						
22	.267	.988	96.816						
23	.229	.849	97.666						
24	.194	.717	98.383						
25	.170	.629	99.012						
26	.159	.590	99.602						
27	.107	.398	100.000						
Extraction Method: Principal Component Analysis.									



Tablo 21 incelendiğinde belirlenen 3 boyut, Sengin (1991)' de geçen hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet boyutları ile kısmen tutarlılık göstermektedir. Söz konusu yazar hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet boyutlarını 6 maddede incelemiştir. Bunlar; hemşirenin tarzı/nezaketi, hemşirenin teknik kalitesi, kişilerarası iletişim ve işbirliği, hemşirenin ulaşılabilirliği, bakımın sürekliliği/özel gereksinimlerin dikkate alınması, eğitim/ bilgilendirme'dir.

**Tablo.21.** Dönüşümlü Faktör Yükleri

<b>Dönüşümlü Faktör Yükleri (Rotated Component Matrix)</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Hemşirenin Tarzı ve Nezaketi</b>			
s3 Hemşirelerin hastaneye yattığım gün bana yatağımı göstermelerinden	0.52		
s5 Ailem üzüntülü ve endişeli olduğunda hemşirelerin onlara destek olmalarından	0.51		
s9 Hemşirelerin gizliliğime (mahremiyet) saygı göstermelerinden	0.54		
s15 Hemşirelerin uygulamaları kendimi hazır hissettikten sonra yapmalarından	0.56		
s19 Hemşirelerin benimle sakin bir şekilde konuşmasından	0.65		
s20 Hemşirelerin ateş, nabız ve tansiyon ölçüm sonuçlarım hakkında bana bilgi vermelerinden	0.79		
s 25 Acı veren işlemler sırasında (kan alma, serum takma v.b.) hemşirelerin bana destek olmalarından	0.80		
s 26 Hemşirelerin bakım ve tedavilerimi yaparken güler yüzlü olmasından	0.67		
s 27 İhtiyacım olduğunda hemşirelere kolaylıkla ulaşabilmekten	0.62		
<b>Eğitim ve Bilgilendirme</b>			
s1 Hemşirelerin hastanede yapılan tüm işlemler hakkında bilgi vermelerinden		0.55	
s6 Hemşirelerin bana hastalığımla ilgili bilgi vermelerinden		0.52	
s10 Hemşirelerin hastaneye yattığımda servisi tanıtmalarından		0.62	
s13 Ağrım olduğunda hemşirelerin ağrımı gidermeye çalışmalarından		0.55	
s16 Hemşirelerin sıkıntılı olduğumda konuşarak beni rahatlatmalarından		0.53	
s17 Hemşirelerin sorularıma anlaşılır cevaplar vermelerinden		0.52	
s18 Hemşirelerin aileme evde bakımım konusunda bilgi vermelerinden		0.71	
s21 Hemşirelerin kendilerini bana tanıtmalarından		0.68	
s22 Hemşirelerin bakımım için bana yeterli zaman ayırmalarından		0.60	
s24 Hemşirelerin bana evde bakımım ile ilgili bilgi vermelerinden		0.74	
<b>Hemşirenin Ulaşılabilirliği</b>			
s2 Hemşireleri çağırdığım zaman hemen gelmelerinden			0.64
s7 Hemşirelerin uygulanacak işlemler ve testler hakkında bilgi vermelerinden			0.61
s8 Hemşirelerin tedaviyi (ilaçları) zamanında uygulamalarından			0.50

Yapılan faktör analizi sonucunda bu 6 boyut arasından hemşirenin tarzı ve nezaketi, eğitim/ bilgilendirme, hemşirenin ulaşılabilirliği olmak üzere 3 boyut belirlenmiştir. Kişilerarası iletişim ve işbirliği, bakımın sürekliliği/özel gereksinimlerin dikkate alınması, hemşirenin teknik kalitesi, boyutları faktör dışı kalmıştır.

Bir ölçümün geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu onun güvenilir olmasıdır. Araştırmada her bir faktör için ayrıca Cronbach Alpha güvenilirlik testi uygulanmıştır. Analiz sonucu belirlenen faktörler ve bu faktörlerde yer alan değişkenler ve Cronbach Alpha Testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

*1. Faktör: Hemşirenin Tarzı ve Nezaketi;* Faktör 1' in tanımladığı hemşirenin tarzı ve nezaketi boyutu toplam varyansın % 22, 984 'ü düzeyindedir ve 9 değişkenle ifade edilmektedir. Değişkenler incelendiğinde bu boyutla ilgili olduğu anlaşılmaktadır. Bu boyut hemşirenin bakım verirken ortaya koyduğu profesyonel tarzını açıklar. Tüm bakım sürecinde hastanın mahremiyetine ve kişiliğine saygı göstermek bu boyutta yer alır.

Hastaya sevgi gösterme derecesi genellikle hemşirelerin nezaketli toleransı, sabrı, şefkati, saygısı ve düşünceli olması ile gösterilebilir. Hemşirenin hasta ile ilgilenmesi, nazik iltifatlarda bulunması, hasta tarafından sevgi ifadesi olarak yorumlanır ve gerçekten sevildiği duygusunu verir (Bırol, 2004, s. 36-37).

Ayrıca her bir faktör için güvenilirlik analizi de yapılmıştır. Güvenilirlik analizi için Cronbach Alpha Testi kullanılmıştır. Cronbach Alpha değeri en az 0,7 olmalıdır (Tonta, 2009).

Tablo 22' de faktör 1' e dahil olan değişkenler ve Cronbach Alpha güvenilirlik düzeyi belirtilmiştir. Değişkenler incelendiğinde bu boyutla ilgili olduğu anlaşılmaktadır. Cronbach Alpha değeri en az 0,7 olmalıdır.  $0,903 > 0,7$  olduğundan faktör 1 için araştırma verilerinin güvenilirliği oldukça yüksektir.

**Tablo.22.** Hemşirenin Tarzı ve Nezaketi Boyutunda Yer Alan Değişkenler ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

DEĞİŞKENLER	Mean	SS	Cronbach's Alpha
Hemşirelerin hastaneye yattığım gün bana yatağımı göstermelerinden	35,089	0,715	0,903
Ailem üzüntülü ve endişeli olduğunda hemşirelerin onlara destek olmalarından	35,48	0,672	
Hemşirelerin gizliliğime (mahremiyet) saygı göstermelerinden	35,044	0,57	
Hemşirelerin uygulamaları kendimi hazır hissettikten sonra yapmalarından	35,166	0,732	
Hemşirelerin benimle sakin bir şekilde konuşmasından	35,086	0,771	
Hemşirelerin ateş, nabız ve tansiyon ölçüm sonuçlarım hakkında bana bilgi vermelerinden	35,091	0,62	
Acı veren işlemler sırasında (kan alma, serum takma v.b.) hemşirelerin bana destek olmalarından	35,148	0,665	
Hemşirelerin bakım ve tedavilerimi yaparken güler yüzlü olmasından	35,091	0,705	
İhtiyacım olduğunda hemşirelere kolaylıkla ulaşabilmekten	35,074	0,715	

2. Faktör: *Eğitim ve Bilgilendirme*; Faktör 2' nin tanımladığı eğitim ve bilgilendirme boyutu toplam varyansın % 21,604' ü düzeyindedir ve 10 değişkenle ifade edilmektedir. Değişkenler incelendiğinde bu boyutla ilgili olduğu anlaşılmaktadır. Bu boyut hemşirenin, hastaların testleri, tedavileri, hastalığı, sağlık durumu ve ilaçları hakkında tutarlı bilgi ve eğitim vermesini içerir. Hasta, bakımı konusunda bilgilendirilmeli ve soru sormasına fırsat verilmelidir.

Tablo 23' de faktör 2' ye dahil olan değişkenler ve Cronbach Alpha güvenilirlik düzeyi belirtilmiştir. Cronbach Alpha değeri en az 0,7 olmalıdır.  $0,912 > 0,7$  olduğundan faktör 2 için araştırma verilerinin güvenilirliği oldukça yüksektir.

**Tablo. 23.** Eğitim ve Bilgilendirme Boyutunda Yer Alan Değişkenler ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

DEĞİŞKENLER	Mean	SS	Cronbach's Alpha
Hemşirelerin hastanede yapılan tüm işlemler hakkında bilgi vermelerinden	38,201	0,671	0,912
Hemşirelerin bana hastalığımla ilgili bilgi vermelerinden	38,257	0,685	
Hemşirelerin hastaneye yattığımda servisi tanıtmalarından	38,177	0,792	
Ağrım olduğunda hemşirelerin ağrımı gidermeye çalışmalarından	38,044	0,641	
Hemşirelerin sıkıntılı olduğumda konuşarak beni rahatlatmalarından	38,269	0,698	
Hemşirelerin sorularıma anlaşılır cevaplar vermelerinden	38,079	0,745	
Hemşirelerin aileme evde bakımım konusunda bilgi vermelerinden	38,204	0,767	
Hemşirelerin kendilerini bana tanıtmalarından	38,307	0,802	
Hemşirelerin bakımım için bana yeterli zaman ayırmalarından	38,201	0,756	
Hemşirelerin bana evde bakımım ile ilgili bilgi vermelerinden	38,171	0,41	

3. Faktör: *Hemşirenin Ulaşılabilirliği*; Faktör 3' ün tanımladığı hemşirenin ulaşılabilirliği boyutu toplam varyansın % 14, 475' i düzeyindedir ve 3 değişkenle ifade edilmektedir. Değişkenler incelendiğinde bu boyutla ilgili olduğu anlaşılmaktadır. Bu boyut hasta ya da ailesinin ihtiyaç duyduğu zaman kolaylıkla ve zamanında hemşireye ulaşabilmesini gerektirir. Hasta her ihtiyacı olduğunda hemşireye hemen ulaşabileceğini hissetmelidir. Ayrıca hemşire tedavi ve bakımları zamanında uygulamalıdır.

Tablo 24' de faktör 3' e dahil olan değişkenler ve Cronbach Alpha güvenilirlik düzeyi belirtilmiştir. Cronbach Alpha değeri en az 0,7 olmalıdır.  $0,432 < 0,7$  olduğundan faktör 3 için araştırma verilerinin güvenilirliği düşüktür.

Faktör değişken sayısı az olduğunda güvenilirlik değerleri düşük çıkabilir (Tonta, 2009). Faktör 3' ün güvenilirlik derecesinin düşük çıkmasının nedeni faktör değişken sayısının az olması olarak gösterilebilir.

**Tablo.24.** Hemşirenin Ulaşılabilirliği Boyutunda Yer Alan Değişkenler ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

DEĞİŞKENLER	Mean	SS	Cronbach's Alpha
Hemşireleri çağırdığım zaman hemen gelmelerinden	8,74	0,28	0,432
Hemşirelerin uygulanacak işlemler ve testler hakkında bilgi vermelerinden	8,985	0,39	
Hemşirelerin tedaviyi (ilaçları) zamanında uygulamalarından	8,706	0,4	

### 5.2.3. Hemşirelik Hizmetlerinden Hasta Memnuniyeti ve İş Gücü Devir Hızı İlişkisi

İş gücü devir oranlarının her işletme için geçerliliği olan bir standardı bulunmamaktadır. İşletmenin yapısına, iş koluna, insan kaynağı sayısına ve işletmenin büyüklüğüne göre bu oran değişik biçimlerde yorumlanabilir (Geylan, 2004). İş gücü devrinin değerlendirilmesinde ölçüt, dönemler arası artış ve azalışların karşılaştırılmasıdır.

Öncelikle hastaneler işgücü devir hızlarına göre derecelendirilmiştir. Yapılan derecelendirme Tablo 25' de gösterilmiştir.

**Tablo.25.** Kurumlar Arası İşgücü Devir Hızı Derecelendirmeleri

Derecelendirme	Değer	Hastane Adı
Düşük	0-20	Fsm Eah.
		Üsküdar Devlet H.
		Beyoğlu Göz Eah.
		Şişli Etfal EAH.
		Taksim Eah.
Orta	21-40	Okmeydanı Eah.
		Zeynep Kamil Eah.
		Haydarpaşa Numune Eah.
Yüksek	41 ve üstü	Bağcılar Eah.
		Göztepe Eah.

H1 hipotezini test etmek amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda yalnızca Tablo 26' da bulunan kriterlerin işgücü devir hızına bağlı olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 26' da gösterilen Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği kriterlerinin işgücü devri düşük ve yüksek olan kurumlarda bir birine yakın olarak farklılık gösterdikleri görülürken, işgücü devri orta derecede olan kurumlarda gösterdiği farklılık oranı daha düşük çıkmıştır. Buna göre H0 hipotezi red, H1 hipotezi kabul edilmektedir.

İş gücü devir hızı düşük ve yüksek olan kurumlarda hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet oranı yüksek çıkarken, işgücü devri orta derecede olan kurumlarda hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet oranı düşük çıkmıştır. İşgücü devri düşük olan kurumlarda hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet oranının, işgücü devri orta derecede olan kurumlardan daha yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Fakat işgücü devrinin yüksek olduğu kurumlarda memnuniyet oranının da yüksek olması beklenen bir sonuç değildir. Bu durum işgücü devri yüksek olan kurumların bu olumsuz durumla etkin bir sistem kurarak baş edebildiklerini göstermektedir. Ayrıca bu kurumlarda hasta memnuniyetine etki eden başka faktörlerin de etkili olduğu söylenebilir. Bu faktörlerden bazıları şunlar olabilir;

- Hastaların tıbbi ihtiyaçları
- Hastaların diğer sağlık kuruluşlarından edindikleri tecrübeler
- Hastaların sosyo-kültürel konumları ve psikolojik durumları
- Hastaların zihinlerindeki kalite tanımı (Akgün ve Erdal, 1998).

**Tablo.26.** İşgücü Devrine Bağlı Olarak Farklılık Gösteren Kriterler

Kriterler	İşgücü Devir Hızı	N	Ort.	Std. Sp.	F	p
Hemşirelerin hastaneye yattığımda servisi tanıtımlarından	Düşük	102	4,431	0,789	4,198	0,016
	Orta	138	4,101	1,020		
	Yüksek	104	4,317	0,827		
Hemşirelerin sıkıntılı olduğumda konuşarak beni rahatlatmalarından	Düşük	101	4,386	0,799	3,565	0,029
	Orta	138	4,043	1,126		
	Yüksek	103	4,204	0,932		
Hemşirelerin benim iyi olup olmadığımı sık sık kontrol etmelerinden	Düşük	102	4,5	0,714	4,237	0,015
	Orta	139	4,194	1,069		
	Yüksek	102	4,441	0,711		
Hemşirelerin aileme evde bakımım konusunda bilgi vermelerinden	Düşük	101	4,416	0,790	3,293	0,038
	Orta	136	4,125	1,057		
	Yüksek	102	4,343	0,826		
Hemşirelerin kendilerini bana tanıtımlarından	Düşük	102	4,314	0,832	5,031	0,007
	Orta	139	3,928	1,146		
	Yüksek	103	4,233	0,962		
Acı veren işlemler sırasında (kan alma ve serum takma v.b.) hemşirelerin bana destek olmalarından	Düşük	101	4,663	0,515	4,748	0,009
	Orta	139	4,353	0,939		
	Yüksek	100	4,42	0,793		

#### 5.2.4. Hemşirelik Hizmetlerinden Hasta Memnuniyetini Etkileyen Sosyodemografik Değişkenlerin Analizi

H2 hipotezini test etmek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda sadece Tablo 27’ de görülen kriterler ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0,005$ ). Buna göre  $H_0$  hipotezi red,  $H_2$  hipotezi kabul edilmektedir.

**Tablo.27.** Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Cinsiyet Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Bağımsız Grup t testi Analizi

Kriterler	Cinsiyet	N	Mean	Std.Sp.	F	P
Hemşirelerin bana hastalığımla ilgili bilgi vermelerinden	kadın	167	4,02	0,085	0,014	0,038
	erkek	158	4,26	0,742		
Hemşirelerin benim iyi olup olmadığımı sık sık kontrol etmelerinden	kadın	166	4,21	0,076	0,234	0,049
	erkek	158	4,42	0,075		
Hemşirelerin sıkıntılı olduğumda konuşarak beni rahatlatmalarından	kadın	167	4	0,087	0,017	0,018
	erkek	157	4,28	0,777		

H3 hipotezini test etmek amacıyla gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda sadece Tablo 28’ de görülen kriterler ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0,005$ ).

Tabloda görüldüğü üzere kriterlerden 60 yaş ve üstü grubundaki katılımcıların memnuniyet ortalamaları, 19-39 ve 40-59 yaş grubunun memnuniyet ortalamalarından daha yüksektir. Buna göre H0 hipotezi red, H3 hipotezi kabul edilmektedir.

**Tablo.28.** Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Yaş Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi

Kriterler	Gruplar	N	Ort	Std. Sp.	F	p
Hemşireleri çağırdığım zaman hemen gelmelerinden	19-39	121	4,35	0,080	3,931	0,021
	40-59	121	4,3	0,078		
	60 ve üstü	99	4,6	0,071		
Hemşirelerin hastaneye yattığım gün bana yatağımı göstermelerinden	19-39	121	4,37	0,070	3,833	0,023
	40-59	124	4,4	0,068		
	60 ve üstü	98	4,63	0,068		
Hemşirelerin tedaviyi (ilaçları) zamanında uygulamalarından	19-39	121	4,53	0,057	3,996	0,019
	40-59	123	4,45	0,061		
	60 ve üstü	98	4,69	0,063		



H4 hipotezini test etmek amacıyla gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda medeni durum değişkeninin hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti ölçek maddeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

**Tablo.29.** Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Medeni Durum Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi

<b>Kriterler</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Hemşirelerin hastanede yapılan tüm işlemler hakkında bilgi vermelerinden	0,546	0,701
Hemşireleri çağırdığım zaman hemen gelmelerinden	0,226	0,923
Hemşirelerin hastaneye yattığım gün bana yatağımı göstermelerinden	0,368	0,831
Hemşirelerin beni dikkatli bir şekilde dinlemelerinden	0,192	0,942
Ailem üzüntülü ve endişeli olduğunda hemşirelerin onlara destek olmalarından	1,414	0,228
Hemşirelerin bana hastalığımla ilgili bilgi vermelerinden	0,629	0,641
Hemşirelerin uygulanacak işlemler ve testler hakkında bilgi vermelerinden	0,505	0,731
Hemşirelerin tedaviyi (ilaçları) zamanında uygulamalarından	1,127	0,343
Hemşirelerin gizliliğime (mahremiyet) saygı göstermelerinden	0,697	0,594
Hemşirelerin hastaneye yattığımda servisi tanıtmalarından	0,156	0,959
Hemşirelerin geceleri gerekli takiplerimi yapmalarından	0,266	0,899
Yakınlarımla ihtiyaç duyduğunda hemşirelere kolay ulaşmasından	0,367	0,832
Ağrım olduğunda hemşirelerin ağrımı gidermeye çalışmalarından	0,505	0,731
Hemşirelerin benim iyi olup olmadığımı sık sık kontrol etmelerinden	1,114	0,349
Hemşirelerin uygulamaları kendimi hazır hissettikten sonra yapmalarından	0,469	0,757
Hemşirelerin sıkıntılı olduğumda konuşarak beni rahatlatmalarından	0,591	0,669
Hemşirelerin sorularıma anlaşılır cevaplar vermelerinden	0,306	0,873
Hemşirelerin aileme evde bakımım konusunda bilgi vermelerinden	0,031	0,998
Hemşirelerin benimle sakin bir şekilde konuşmasından	0,379	0,823
Hemşirelerin ateş, nabız ve tansiyon ölçüm sonuçlarım hakkında bana bilgi vermelerinden	0,298	0,878
Hemşirelerin kendilerini bana tanıtmalarından	0,569	0,685
Hemşirelerin bakımım için bana yeterli zaman ayırmalarından	0,104	0,981
Hemşirelerin bana karşı anlayışlı davranmalarından	0,264	0,900
Hemşirelerin bana evde bakımım ile ilgili bilgi vermelerinden	0,617	0,650
Acı veren işlemler sırasında (kan alma, serum takma v.b.) hemşirelerin bana destek olmalarından	0,368	0,830
Hemşirelerin bakım ve tedavilerimi yaparken güler yüzlü olmasından	1,186	0,316
İhtiyacım olduğunda hemşirelere kolaylıkla ulaşabilmekten	0,495	0,738

Tablo 29 p değeri sütunu incelendiğinde ölçeğe ait tüm p değerlerinin 0,05'ten büyük olduğu görülmektedir. Buna göre H0 hipotezi kabul, H4 hipotezi reddedilmektedir.

H5 hipotezini test etmek amacıyla gerçekleştirilen amacıyla gerçekleştirilen Bağımsız Grup t testi Analizi sonucunda sadece Tablo 30' da görülen kriterler ile sosyal güvence değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0,005$ ). Buna göre H0 red, H5 hipotezi kabul edilmektedir.

**Tablo.30.** Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Sosyal Güvence Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Bağımsız Grup t testi Analizi

Kriterler	Güvence	N	Ort.	Std. Sp.	F	p
Ailem üzüntülü ve endişeli olduğunda hemşirelerin onlara destek olmalarından	var	287	4,21	0,058	0,120	0,008
	yok	36	3,75	0,179		
Hemşirelerin hastanede yapılan tüm işlemler hakkında bilgi vermelerinden	var	297	4,3	0,054	0,374	0,036
	yok	37	3,95	0,189		

H6 hipotezini test etmek amacıyla gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda öğrenim durumu değişkeninin hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti ölçek maddeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Tablo 31 p değeri sütunu incelendiğinde ölçeğe ait tüm p değerlerinin 0,05' ten büyük olduğu görülmektedir. Buna göre H0 hipotezi kabul, H6 hipotezi reddedilmektedir.

**Tablo.31.** Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Öğrenim Durumu Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi

<b>Kriterler</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Hemşirelerin hastanede yapılan tüm işlemler hakkında bilgi vermelerinden	0,806	0,521
Hemşireleri çağırdığım zaman hemen gelmelerinden	0,208	0,933
Hemşirelerin hastaneye yattığım gün bana yatağımı göstermelerinden	0,268	0,898
Hemşirelerin beni dikkatli bir şekilde dinlemelerinden	0,431	0,785
Ailem üzüntülü ve endişeli olduğunda hemşirelerin onlara destek olmalarından	0,510	0,727
Hemşirelerin bana hastalığımla ilgili bilgi vermelerinden	0,270	0,896
Hemşirelerin uygulanacak işlemler ve testler hakkında bilgi vermelerinden	0,114	0,977
Hemşirelerin tedaviyi (ilaçları) zamanında uygulamalarından	0,362	0,835
Hemşirelerin gizliliğime (mahremiyet) saygı göstermelerinden	0,077	0,989
Hemşirelerin hastaneye yattığımda servisi tanıtmalarından	0,929	0,447
Hemşirelerin geceleri gerekli takiplerimi yapmalarından	0,095	0,984
Yakınlarımla ihtiyaç duyduğunda hemşirelere kolay ulaşmasından	0,245	0,912
Ağrım olduğunda hemşirelerin ağrımı gidermeye çalışmalarından	0,133	0,970
Hemşirelerin benim iyi olup olmadığımı sık sık kontrol etmelerinden	0,223	0,925
Hemşirelerin uygulamaları kendimi hazır hissettikten sonra yapmalarından	1,188	0,315
Hemşirelerin sıkıntılı olduğumda konuşarak beni rahatlatmalarından	0,323	0,862
Hemşirelerin sorularıma anlaşılır cevaplar vermelerinden	0,402	0,806
Hemşirelerin aileme evde bakımım konusunda bilgi vermelerinden	0,979	0,418
Hemşirelerin benimle sakin bir şekilde konuşmasından	0,197	0,939
Hemşirelerin ateş, nabız ve tansiyon ölçüm sonuçlarım hakkında bana bilgi vermelerinden	1,333	0,257
Hemşirelerin kendilerini bana tanıtmalarından	0,161	0,957
Hemşirelerin bakımım için bana yeterli zaman ayırmalarından	0,256	0,905
Hemşirelerin bana karşı anlayışlı davranmalarından	0,343	0,848
Hemşirelerin bana evde bakımım ile ilgili bilgi vermelerinden	0,370	0,829
Acı veren işlemler sırasında (kan alma, serum takma v.b.) hemşirelerin bana destek olmalarından	2,083	0,082
Hemşirelerin bakım ve tedavilerimi yaparken güler yüzlü olmasından	0,878	0,476
İhtiyacım olduğunda hemşirelere kolaylıkla ulaşabilmekten	1,185	0,317

H7 hipotezini test etmek amacıyla gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda meslek değişkeninin hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti ölçek maddeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Tablo 32 p değeri sütunu incelendiğinde ölçeğe ait tüm p değerlerinin 0,05' ten büyük olduğu görülmektedir. Buna göre H0 hipotezi kabul, H7 hipotezi reddedilmektedir.

**Tablo.32.** Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Meslek Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi

<b>Kriterler</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Hemşirelerin hastanede yapılan tüm işlemler hakkında bilgi vermelerinden	0,376	0,984
Hemşireleri çağırdığım zaman hemen gelmelerinden	1,044	0,408
Hemşirelerin hastaneye yattığım gün bana yatağımı göstermelerinden	0,597	0,876
Hemşirelerin beni dikkatli bir şekilde dinlemelerinden	0,425	0,971
Ailem üzüntülü ve endişeli olduğunda hemşirelerin onlara destek olmalarından	1,088	0,366
Hemşirelerin bana hastalığımla ilgili bilgi vermelerinden	0,478	0,950
Hemşirelerin uygulanacak işlemler ve testler hakkında bilgi vermelerinden	0,999	0,455
Hemşirelerin tedaviyi (ilaçları) zamanında uygulamalarından	1,145	0,314
Hemşirelerin gizliliğime (mahremiyet) saygı göstermelerinden	0,677	0,806
Hemşirelerin hastaneye yattığımda servisi tanıtmalarından	0,808	0,668
Hemşirelerin geceleri gerekli takiplerimi yapmalarından	0,490	0,944
Yakınlarımla ihtiyaç duyduğunda hemşirelere kolay ulaşmasından	0,841	0,630
Ağrım olduğunda hemşirelerin ağrımı gidermeye çalışmalarından	0,475	0,952
Hemşirelerin benim iyi olup olmadığımı sık sık kontrol etmelerinden	0,559	0,904
Hemşirelerin uygulamaları kendimi hazır hissettikten sonra yapmalarından	0,584	0,886
Hemşirelerin sıkıntılı olduğumda konuşarak beni rahatlatmalarından	0,435	0,967
Hemşirelerin sorularıma anlaşılır cevaplar vermelerinden	0,911	0,551
Hemşirelerin aileme evde bakımım konusunda bilgi vermelerinden	0,984	0,471
Hemşirelerin benimle sakin bir şekilde konuşmasından	1,067	0,386
Hemşirelerin ateş, nabız ve tansiyon ölçüm sonuçlarım hakkında bana bilgi vermelerinden	0,494	0,942
Hemşirelerin kendilerini bana tanıtmalarından	0,390	0,981
Hemşirelerin bakımım için bana yeterli zaman ayırmalarından	0,853	0,617
Hemşirelerin bana karşı anlayışlı davranmalarından	0,759	0,722
Hemşirelerin bana evde bakımım ile ilgili bilgi vermelerinden	0,637	0,843
Acı veren işlemler sırasında (kan alma, serum takma v.b.) hemşirelerin bana destek olmalarından	1,293	0,204
Hemşirelerin bakım ve tedavilerimi yaparken güler yüzlü olmasından	1,133	0,324
İhtiyacım olduğunda hemşirelere kolaylıkla ulaşabilmekten	1,521	0,096

H8 hipotezini test etmek amacıyla gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi sonucunda sadece Tablo 33’ de görülen kriterler ile gelir durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0,005$ ).

Buna göre H8 hipotezi kabul, H0 hipotezi reddedilmektedir. Tablo 33’ de görüldüğü üzere kriterlerden gelirim giderimden az ve gelirim giderimden çok seçeneklerini işaretleyenlerin ortalamalarının bir birine yakın, fakat gelirim giderime eşit seçeneğini işaretleyenlerin ortalamaları diğerlerinden yüksektir. Bu farklılaşmanın sebebi beklentilerin farklı olması olarak düşünülebilir.

**Tablo.33.** Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Gelir Durumu Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Tek Yönlü Varyans Analizi

<b>Kriterler</b>	<b>Gruplar</b>	<b>N</b>	<b>Ort</b>	<b>Std. Sp.</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Hemşirelerin bana hastalığımla ilgili bilgi vermelerinden	az	138	4,04	0,089	3,341	0,037
	eşit	167	4,32	0,062		
	çok	28	4,11	0,243		
Hemşirelerin uygulanacak işlemler ve testler hakkında bilgi vermelerinden	az	140	4,07	0,090	6,036	0,003
	eşit	164	4,44	0,056		
	çok	29	4,17	0,222		
Hemşirelerin tedaviyi (ilaçları) zamanında uygulamalarından	az	140	4,44	0,062	3,334	0,037
	eşit	165	4,64	0,041		
	çok	29	4,52	0,153		
Hemşirelerin gizliliğime (mahremiyet) saygı göstermelerinden	az	136	4,46	0,061	4,576	0,011
	eşit	164	4,66	0,038		
	çok	29	4,41	0,160		
Hemşirelerin geceleri gerekli takiplerimi yapmalarından	az	140	4,37	0,066	4,108	0,017
	eşit	166	4,58	0,048		
	çok	29	4,28	0,210		
Yakınlarımla ihtiyaç duyduğunda hemşirelere kolay ulaşmasından	az	139	4,29	0,076	5,638	0,004
	eşit	163	4,56	0,050		
	çok	29	4,17	0,179		
Ağrım olduğunda hemşirelerin ağrımı gidermeye çalışmalarından	az	139	4,3	0,077	3,617	0,028
	eşit	163	4,55	0,050		
	çok	29	4,41	0,160		
Hemşirelerin benim iyi olup olmadığımı sık sık kontrol etmelerinden	az	138	4,2	0,084	4,412	0,013
	eşit	165	4,5	0,058		
	çok	29	4,24	0,183		

H9 hipotezini test etmek amacıyla gerçekleştirilen Bağımsız Grup t testi Analizi sonucunda sadece Tablo 34’ de görülen kriterler ile refakatçi bulundurma durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p < 0,005$ ). Buna göre H9 hipotezi red, H0 hipotezi kabul edilmektedir.

**Tablo.34.** Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği Maddeleri İle Refakatçi Bulundurma Durumu Değişkeni Arasındaki Farklılaşmanın İncelenmesi İçin Gerçekleştirilen Bağımsız Grup t testi Analizi

<b>Kriterler</b>	<b>Refakatçi</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Sp.</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Hemşirelerin geceleri gerekli takiplerimi yapmalarından	var	262	4,427	0.0498	4,636	0,045
	yok	79	4,594	0.0662		
Yakınlarımla ihtiyaç duyduğunda hemşirelere kolay ulaşmasından	var	259	4,378	0.0528	5,577	0,04
	yok	78	4,551	0.0648		
Hemşirelerin uygulanacak işlemler ve testler hakkında bilgi vermelerinden	var	260	4,226	0.0613	4,606	0,031
	yok	79	4,443	0.0780		
Hemşirelerin benim iyi olup olmadığımı sık sık kontrol etmelerinden	var	259	4,305	0.0582	4,399	0,027
	yok	79	4,518	0.0761		
Ailem üzüntülü ve endişeli olduğunda hemşirelerin onlara destek olmalarından	var	252	4,091	0.0671	4,254	0,04
	yok	77	4,402	0.0811		
Hemşirelerin hastaneye yattığımda servisi tanıtmalarından	var	261	4,187	0.0596	3,988	0,001
	yok	78	4,500	0.0746		
Ağrım olduğunda hemşirelerin ağrımı gidermeye çalışmalarından	var	260	4,396	0.0514	4,774	0,046
	yok	77	4,571	0.0702		
Acı veren işlemler hemşirelerin bana destek olmalarından	var	256	4,421	0.0537	4,901	0,039
	yok	79	4,594	0.0637		
Hemşirelerin benimle sakin bir şekilde konuşmasından	var	261	4,375	0.0516	4,907	0,01
	yok	79	4,607	0.0729		

## 6. SONUÇ

Bu çalışmada öncelikle İstanbul ilinde bulunan 10 kamu hastanesinin sözleşmeli hemşire iş gücü devir hızları hesaplanmıştır. Daha sonra bu hastanelerde örneklem kriterlerine uygun olan hastalara Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği uygulanmıştır. Ortaya çıkan sonuçlar dikkate alınarak sözleşmeli hemşire iş gücü devir hızıyla Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği kriterleri arasında ilişki olup olmadığına dair tahminlerde bulunulmuştur.

Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri cinsiyet, yaş, sosyal güvence durumu, gelir durumu, ve refakatçi bulundurma durumuna göre değişmektedir. Meslek, medeni durum, ve öğrenim durumu ise hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini etkilememektedir.

Genel olarak hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi ortalaması 120,2 ile oldukça yüksek bulunmuştur. En çok memnun olunan üç madde “hemşirelerin gizliliğe (mahremiyet) saygı göstermeleri, hemşirelerin tedaviyi zamanında uygulamaları ve hemşirelerin ateş, nabız ve tansiyon ölçüm sonuçları hakkında bana bilgi vermeleri” olmuştur. En az memnun olunan üç madde ise “hemşirelerin kendilerini tanıtmaları, hemşirelerin hasta ailesi üzüntülü ve endişeli olduğunda destek olmaları ve hemşirelerin hastalıkla ilgili hastaya bilgi vermeleri” olmuştur.

Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet boyutları 6 maddede incelenmiştir. Bunlar; hemşirenin tarzı/nezaketi, hemşirenin teknik kalitesi, kişilerarası iletişim ve işbirliği, hemşirenin ulaşılabilirliği, bakımın sürekliliği/özel gereksinimlerin dikkate alınması, eğitim/ bilgilendirme’dir.

Araştırma sonucunda bu 6 boyut arasından hemşirenin tarzı ve nezaketi, eğitim/ bilgilendirme, hemşirenin ulaşılabilirliği olmak üzere 3 boyut belirlenmiştir. Kişilerarası iletişim ve işbirliği, bakımın sürekliliği/özel gereksinimlerin dikkate alınması, hemşirenin teknik kalitesi, boyutları araştırma dışı kalmıştır.

İşgücü devir hızları hesaplanan hastaneler iş gücü devir hızı düşük, orta ve yüksek olmak üzere üç kategoriye ayrılmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda iş gücü devir hızı düşük ve yüksek olan kurumlarda hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet oranı yüksek çıkarken, işgücü devri orta derecede olan kurumlarda hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet oranı daha düşük çıkmıştır. İşgücü devri düşük olan kurumlarda hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet oranının, işgücü devri orta derecede olan kurumlardan daha yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Fakat işgücü devrinin yüksek olduğu kurumlarda memnuniyet oranının da yüksek olması beklenen bir sonuç değildir. Bu durum işgücü devri yüksek olan kurumların bu olumsuz durumla etkin bir sistem kurarak baş edebildiklerini göstermektedir. Ayrıca bu kurumlarda hasta memnuniyetine etki eden başka faktörlerin de etkili olduğu söylenebilir. Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda bu faktörler araştırılabilir.

Sağlık sektörü bilgi, beceri ve deneyim bakımından eksiksiz olan iş gücünün çalışması gereken bir sektördür. Üstelik sağlık alanındaki bilgi ve becerinin iş gücüne kazandırılması, sektörün yüksek derecede uzmanlık gerektirmesi sebebiyle oldukça maliyetli olmaktadır. Sağlık kurumları yöneticileri verimli iş gücünü kurumlarında tutmak için iş gücü tutumlarını göz önüne almalı, iş gücü devrine yol açan faktörleri araştırmalı ve gerekli önlemleri almalıdır.



## KAYNAKLAR

- Abaan, S. ve Duygulu, S. (2004). *Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumdan Ayrılmalarına Yol Açabilecek Olası Nedenlerin ve Örgüte Bağlılıklarının İncelenmesi*, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt. 11(2) s.32.
- Açıkalın, A. (1994). *Çağdaş Örgütlerde İnsan Kaynağının Yönetimi*, Ankara: Pegem Yayın.
- Akgeyik, T. (1998). *Stratejik Üretim Yönetimi*, İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Akgün, A ve Kaya, S. (1992). Hacettepe Üniversitesi Uygulama Hastanesinde Personel Devri, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:1(1), s. 1-14
- Akgün, S ve Erdal, R. (1998). Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü, *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyum Kitabı*, Haberal Eğitim Vakfı, s.219-226.
- Algıer L., Abbasoğlu A., Hakverdioğlu G., Ökdem S. ve Göçer S. (2005). Hastaların ve Hemşirelerin Hemşirelik Girişimlerinin Önemini Algılamaları, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (1), s. 33-40
- Altan, Ş, Ediz A. ve Atan M. (2003). *SERVQUAL Analizi ile Toplam Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Yüksek Eğitimde Bir Uygulama*, 12. Ulusal Kalite Kongresi, KalDer-Türkiye Kalite Derneği.
- Altan, Ö, Z. (Ed). (2007). *İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku*, (2. baskı), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Ardıç, K, ve BAŞ, T. (2001). *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin (Müşteri Tatmininin) Ölçülmesi*, Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 4 s. 2

- Argon, G., Özgür, G. ve Vatan F. (2000). *Hemşirelerin Hastanedeki Çalışma Yaşantılarını Algılamaları*, I. Uluslararası ve VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi' nde sunulan Bildiri. Kongre Özet Kitabı ( s. 49). Antalya.
- Avcı, U. ve Sayılır, A. (2006). Hizmet Kalitesi Çerçevesinde Çalışanların Rolüne ve Yeterliliklerine İlişkin Karşılaştırmalı Bir İnceleme, *Ticaret ve Turizm Dergisi*, Cilt:1, s. 121-138.
- Barutçugil İ. (2004). *Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi*, İstanbul: Kariyer Yayınları.
- Başaran, İ, E. (1991). *Örgütsel Davranış*, Ankara. Gül Yayıncılık.
- Baysal, A. C. (1984). *İşletmelerde İşgücü Devri Sorunu*, Erciyes Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Güz(6), s. 81-95.
- Bilgiç, R. (1998). *The Relationship Between Job Satisfaction and Personal Characteristics Of Turkish Workers*, Journal Psychology, C (132)5, s.549-557.
- Bingöl, D. (1990). *Personel Yönetimi ve Beşeri İlişkiler*, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Yayınları.
- Bircan, H. ve Baycan, S. (2004). Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği, *Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 28, s. 173-185.
- Birol L. (2004). *Hemşirelik Süreci*, (6.baskı), İzmir: Etki Matbaacılık.
- Bjorvell, H. and Brodin, B. (1992). *Hospital Staff Members are Satisfied with Their Jobs*. Scand J Caring Sci, Vol: 6 (1). p: 9-16

- Bozkurt, R.(1995). Hizmet Endüstrilerinde Kalite, *Milli Prodüktivite Merkezi Verimlilik Dergisi*, Toplam Kalite Özel Sayısı, s. 175
- Bülbül, H. ve Demirel Ö. (2009). *Hizmet Kalitesi Ölçüm Modelleri Servqual ve Servperf'in Karşılaştırmalı Analizi*, 01.01.2008, <http://www.researchgate.net/publication/26589411>.
- Can, H., Akgün, A. ve Kavuncubaşı, Ş. (2001). *Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi
- Carrhill A,R. (1992). The Measurement Of Patient Satisfaction, *Journal of Advanced Nursing*, 14(3) s. 236-249.
- Demir, Y. ve Eşer, İ. (2004). *Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetlerine İlişkin Bir Ölçek Çalışması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi.
- Doğan, M. (2003). *İşletme Ekonomisi ve Yönetimi*, (2. baskı), Ankara: Anadolu Matbaacılık.
- Efil, İ. (2002). *İşletmelerde Yönetim Ve Organizasyon*, (7.Baskı), İstanbul: Alfa Yayıncılık.
- Eren, E. (1993). *Yönetim Psikolojisi*, İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım.
- Eren, E. (2001). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş.
- Erigüç, G. (1998). Ankara' da Metropolitan Alanda Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Personel Devir Oranları ve Personelin İşinden Ayrılma Nedenleri, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 4 (1), s. 1-26.

- Erkut, H. (1995). *Toplam Kalite Yönetimi Dizisi, Hizmet Kalitesi*, (1. Baskı). İstanbul.
- Eroğlu, F.(2000). *Davranış Bilimleri*, (5. Baskı), İstanbul: Beta Basım Yayın.
- Ersöz, S., Pınarbaşı, M., Türker, A, K. ve Yüzükırmızı, M. (2009). *Hizmet Kalitesinin Servqual Metodu İle Ölçümü ve Sonuçların Yapısal Eşitlik Modelleri İle Analizi*, Engineering Research & Development, C(1) s. 20-21.
- Fındıkçı, İ.(2002). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, (4. Baskı), İstanbul: Alfa Basım Yayın.
- Garih ,Ü. (2000). *İş Hayatında Motivasyon*. İstanbul: Hayat Yayıncılık.
- Genç, N. (2004). *Yönetim ve Organizasyon – Çağdaş Sistemler ve Yaklaşımlar*, (1.Baskı), Ankara: Seçkin Yayıncılık .
- Geylan, R. (Ed.) (2004). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Geylan, R., (1992). *Personel Yönetimi*, Eskişehir: Met Basım Yayın.
- Grogan S, Conner M, Norman P, Willits D. and Porter I. (2000). Validation Of a Questionnaire Measuring Patient Satisfaction With General Practitioner Services, *Quality in Health Care*, 9 (4) p. 210-215.
- Gümüőođlu, Ő., Pınar, İ., Akan, P. ve Akbaba, A. (2007). *Hizmet Kalitesi*, Ankara: Detay Yayıncılık
- Hart, S, E. (2005). *Hospital Ethical Climates and Registered Nurses Turnover Intentions*. Journal of Nursing Scholarship, Vol: 37( 2). p:173-177.

- Hendry, C. (1999). *Human Resource Management*, The Bath Press, Great Britain.
- Jay, D. (1998). *The Essential Personal Sourcebook*, Financial Times Management, Second Edition, New York.
- J. Joseph Cronin, Jr., Steven A. Taylor, "SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality", loc. cit., pp. 126.
- Kalaycı, Ş. (2006). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Ankara: Asil Yayınları.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi
- Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A. (2007). *Sağlık Kurumları Yönetimi*, (1.baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kocaman, G. ve Tarım, M. (1992). *Hemşirelerin İşten Ayrılma Oranlarının ve Ayrılma Nedenlerinin İncelenmesi*, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi' nde sunulan Bildiri. Kongre Özet Kitabı (s.456), Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Koçer, T. (2001). *İşletme Yöneticiliği*, (8. Baskı), İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Köşgeroğlu N, Acat M ve Karatepe Ö. (2005). Kemoterapi Hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, Cilt: 6, s. 75–83.
- Kurtuluş, K. (1985). *Pazarlama Araştırmaları*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayın No: 2789.

- Kuşluyan, Z.(1999). *Örgütlerde Motivasyonun Önemi ve Kullanılan Motivasyon Araçları*, İnsan Kaynakları ve Yönetim Dergisi, Cilt: 3(3) s. 60.
- Maitland, I. (1997). *Motivating People*, USA: Institute of Personnel and Development.
- Mucuk, İ. (1993). *Modern İşletmecilik*, (5.Baskı), İstanbul: Der Yayınları.
- Nakip, M. (2003). *Pazarlama Araştırmaları*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Odabaşı, Y. (2000). *Satış ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi* (1. Baskı). Ankara: Sistem Yayıncılık.
- Özalp, S., Şahin, Ü. ve Ünlüoğlu, İ. (2000). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Eğitim ile İlişkisi*, I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi' nde sunulan Bildiri, Ankara.
- Özbaşaran F. (2001). Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Verilen Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnun Olma Durumlarının İncelenmesi, I. Uluslar Arası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi' nde sunulan Bildiri, Kongre Kitabı, Antalya. s.382–388.
- Özcan, A. ve Özgür, H. (1990). *Hemşirelerin Mesleki Benliklerini Algılayışları*. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi' nde sunulan Bildiri, İzmir, Türkiye.
- Özdamar, K. (2002). *Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analiz*,. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Özer, E. (2007). *Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Hastanelerdeki Yönetici Hemşirelerin Liderlik Tarzlarının; Hemşirelerin İşten Ayrılma Nedenleri Üzerine Etkileri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.

Özgen, H.(2000). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla Bir Değerlendirme*, Toplum ve Hekim Dergisi, Hastaneler Özel Sayısı, Cilt:10, (69-70), s. 49.

Pasinlioğlu, T ve Sarı, P. (1993). *Hemşirelerin İşten Ayrılma Oranlarının Hastaneye Getirdiği Maliyetin İncelenmesi*, Uluslararası Kalite Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu' nda sunulan Bildiri, İzmir, Türkiye.

Saat, M. (1999). *Kavramsal Bir Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak Servqual Analizi*, Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, C (1), s. 3.

Sabuncuoğlu, Z. (1984). *Personel Yönetimi; Politika ve Yönetimsel Teknikler*, (2. Baskı), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları

Sabuncuoğlu, Z. (2000). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, (1.Basım), Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları.

Sapancalı, F. (1993). *Çalışanların Motivasyonunda Kullanılan Özendirici Araçlar*, Verimlilik Dergisi, C.(22) 4, s. 55.

Saruhan, S.C.(1986). *Endüstri İşletmelerinde İşe Devamsızlık ve İşten Ayrılma Sorunu*, Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 3 (3), s. 499-509.

Shortell, S.M., Kaluzny, A.D. (1983). *Organization Theory and Health Care Management*, New York: John Wiley and Sons.

Soyak,M. (2005), *Hizmet Sektöründe Kalite Ölçülebilir Mi?*, Sykonsept, Yıl: 1, Sayı:5, s:10

*Sözleşmeli Personel Atama ve Nakil Yönetmeliği*, Kabul Tarihi:02/09/2003, s.3  
[www.istanbulsaglik.gov.tr/uygulamalar/mevzuat/mevzuatasp?Tur](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/uygulamalar/mevzuat/mevzuatasp?Tur), Erişim Tarihi: 20/12/2009.

Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V.(2002).Biyoistatistik, (10. Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınları

Şahin,Ü.(2003).*Hastane İşletmeciliği*,13.07.2010,www.kaliteofisi.com/download/e-kitap.

Şencan, H ve Erdoğan, N. (2001). *Eğitim İhtiyacı Analizi*, İstanbul.

Şimşek, M.,Ş., Akgemci, T. ve Çelik A. (2001). *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış*, (2. Baskı), Ankara: Nobel Basım Dağıtım

Şimşek, M.,Ş., Akgemci, T. ve Çelik A. (2008). *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış*, (6. Baskı), Ankara: Gazi Kitabevi.

Tarım, M. (2000). Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite, *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, Cilt: 19, s. 1034-1047.

Taştan, S. (2005). İnsan Kaynakları Performans Kriterleri, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, E-Bülten, Cilt:4(2), 13.12.2009, www.işgüc.org.

Tavşancıl, E. (2002). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Tekin, D, E. ve Baykal, Ü. (2004). *Özel Bir Hastanede Hemşirelik Personeli Devir Hızının Hemşirelerin İş Doyumu Ve Hasta Doyumuyla İlişkisinin Araştırılması*, s:20,Erişim: 17.08.2009, <http://www.istanbul.edu.tr>

Tenekecioğlu, B. (1992). *Makro Pazarlama*, Eskişehir: Met Yayıncılık.

Tengilimoğlu, D. ve Yiğit, A. (2004). Hastanelerde Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), s. 375.



Tonta, Y. (2009). *Faktör Analizi*, 13.07.2010, faktör-analizi.ppt.

<http://yunus.hacettepe.edu.tr/~tonta/courses/spring2009/bby208/bby208-12->

Türker, N.(1998). *Otel İşletmelerinde İşgörenin İşletmeden Ayrılma ve Çıkarılma Nedenleri ve İşgücü Devri*, TUGEV Dergisi, Yayın No: 47, s.37.

Tütüncü, Ö. ve Demir, M. (2002). *Konaklama İşletmelerinde İnsan Kaynakları Yönetimi ve İşgücü Hareketlerinin Analizi*, Ankara: Turhan Kitabevi.

Uyguç, N. (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi: Stratejik Bir Yaklaşım*, (1. Baskı). İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.

Varınlı, İ. (1996). *Üreticilerin ve Tüketicilerin Hizmet Kalitesi Beklentileri ve Algılamaları*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi.

Velioğlu, P. (1994). *Hemşireliğin Düşünsel Temelleri*, İstanbul: Alaş Ofset.

Velioğlu P. (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, İstanbul: Alaş Ofset.

Velioğlu P. ve Babadağ K. (1995). *Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi*, Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Web-Ofset.

Vural, G. (1997). *Liderlik ve Hemşirelik*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 1(1), s. 17-18.

Walker J, Brooksby A, McInerney J. and Taylor A. (1998). Patient Perceptions of Hospital Care: Building Confidence, Faith and Trust, *Journal of Nursing Management*, 6 (4). s. 193-200.

Yalçın, S., (1988). *Personel Yönetimi*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını

Yeğınboy, Y. (1993). *Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*, İzmir: Doğruluk Matbaacılık.

Yılmaz M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 5 (2), s. 69–74.

Yılmaz, V., Filiz, Z. ve Yaprak, B. (2007). *Servqual Yöntemiyle Yükseköğretimde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi*, C. 7 (1), s. 301-302.

Yüksel, Ö. (1997). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, (1. Baskı), Ankara: Gazi Kitabevi.

Yüksel, Ö. (2000). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, (2. Baskı) Ankara: Gazi Kitabevi.

Yürümezoğlu, H, A. (2007). *Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin İş Doyumları ve Hastaların Hemşirelik Hizmetinden Memnuniyeti*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.

657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu, Kabul Tarihi: 14/07/1965, s. 4181,

[www.mevzuat.gov.tr/ MetinAspx? Mevzuat Kod=1.5.657](http://www.mevzuat.gov.tr/MetinAspx?MevzuatKod=1.5.657), Erişim Tarihi: 20/12/2009.

## Ek-1: HASTA BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı,

Bu anket, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetleri ile ilgili soruları içermektedir. Anket formlarına isim yazmanıza gerek yoktur. Verdiğiniz bilgiler araştırmacıda kalacak ve gizliliği korunacaktır. Sorulara içtenlikle yanıt verdiğiniz için ve araştırmamıza katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

2. Yaşınız : 1. 19-39 2. 40-59 3. 60 yaş ve üzeri

3. Medeni Durumunuz: 1. Evli 2. Bekar 3. Dul 4. Boşanmış

4. Sosyal Güvence: 1. Var 2. Yok

5.Öğrenim Durumunuz:

1. Okur-yazar

2. İlkokul

3. Ortaokul

4. Lise

5. Üniversite

6. Mesleğiniz 1.Memur 2.İşçi 3. Akademisyen

4. Avukat 5.Serbest Meslek 6.Esnaf 7. Sanatçı, sporcu vb

8. Diğer 9. Öğrenci 10. Öğretmen 11. Mühendis

12. Emekli 13. Yönetici 14. Doktor 15. Bankacı

16. Çiftçi 17.Hemşire

7. Gelir durumunuz

1. Gelirim giderimden az

2. Gelirim giderime eşit

3. Gelirim giderimden çok

8. Daha önce hastaneye yattınız mı?

1. Evet 2. Hayır

9. Cevabınız evet ise ne kadar süre kaldınız?(.....)

10. Kronik bir hastalığınız var mı? (.....)

1. Evet 2. Hayır

11. Refakatçi bulundurma durumunuz

1. Refakatçim var 2. Refakatçim yok

12. Refakatçiniz varsa yanınızda kalış durumu nedir?

1. Sürekli kalıyor 2. Belirli saatlerde kalıyor.

13. Hastanede yattığınız sürede hemşirelik bakımından genel memnuniyetiniz:

1. Hiç Memnun Değildim  
2. Az Memnundum  
3. Kararsızım  
4. Memnundum  
5. Çok Memnundum

## Ek-2: Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Ölçeği

	Hiç Memnun Değildim	Az Memnundum	Kararsızım	Memnundum	Çok Memnundum
1. Hemşirelerin hastanede yapılan tüm işlemler hakkında bilgi vermelerinden					
2. Hemşireleri çağırdığım zaman hemen gelmelerinden					
3. Hemşirelerin hastaneye yattığım gün bana yatağımı göstermelerinden					
4. Hemşirelerin beni dikkatli bir şekilde dinlemelerinden					
5. Ailem üzüntülü ve endişeli olduğunda hemşirelerin onlara destek olmalarından					
6. Hemşirelerin bana hastalığımla ilgili bilgi vermelerinden					
7. Hemşirelerin uygulanacak işlemler ve testler hakkında bilgi vermelerinden					
8. Hemşirelerin tedaviyi (ilaçları) zamanında uygulamalarından					
9. Hemşirelerin gizliliğime (mahremiyet) saygı göstermelerinden					
10. Hemşirelerin hastaneye yattığımda servisi tanıtmalarından					
11. Hemşirelerin geceleri gerekli takiplerimi yapmalarından					
12. Yakınlarımla ihtiyaç duyduğunda hemşirelere kolay ulaşmasından					
13. Ağrım olduğunda hemşirelerin ağrımı gidermeye çalışmalarından					
14. Hemşirelerin benim iyi olup olmadığımı sık sık kontrol etmelerinden					
15. Hemşirelerin uygulamaları kendimi hazır hissettikten sonra yapmalarından					
16. Hemşirelerin sıkıntılı olduğumda konuşarak beni rahatlatmalarından					
17. Hemşirelerin sorularıma anlaşılır cevaplar vermelerinden					
18. Hemşirelerin aileme evde bakımım konusunda bilgi vermelerinden					
19. Hemşirelerin benimle sakin bir şekilde konuşmasından					
20. Hemşirelerin ateş, nabız ve tansiyon ölçüm sonuçlarım hakkında bana bilgi vermelerinden					
21. Hemşirelerin kendilerini bana tanıtmalarından					
22. Hemşirelerin bakımım için bana yeterli zaman ayırmalarından					
23. Hemşirelerin bana karşı anlayışlı davranmalarından					
24. Hemşirelerin bana evde bakımım ile ilgili bilgi vermelerinden					
25. Acı veren işlemler sırasında (kan alma, serum takma v.b.) hemşirelerin bana destek olmalarından					
26. Hemşirelerin bakım ve tedavilerimi yaparken güler yüzlü olmasından					
27. İhtiyacım olduğunda hemşirelere kolaylıkla ulaşabilmekten					

## ÖZGEÇMİŞ

28 Nisan 1981 tarihi, İstanbul ili Bakırköy ilçesi doğumluyum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Küçükçekmece ilçesinde tamamladıktan sonra Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü' ne kaydoldum. 2004 yılında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Hemşire olarak göreve başladım. Bir süre Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalıştıktan sonra 2008 yılında halen çalışmakta olduğum İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi' nde göreve başladım. Şu an Beykent Üniversitesi' nde Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi alanında yüksek lisans yapmaktayım, aynı zamanda Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi mezunuyum.

Özel ilgi alanlarım hemşirelikte yönetim, hemşirelikte eğitim ile eğitim teftişi ve yönetimidir.

Yabancı dilim İngilizce' dir.

**ADAY: Fatma KAYA**