T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS

ŞEHİR HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN İŞ PERFORMANSI VE İŞ DOYUM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

RIDVAN ATICI

PROF. DR. AYTOLAN YILDIRIM

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM PROGRAMI

İSTANBUL-2020

Bu çalışma 09.07.2020 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

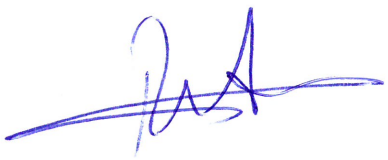
Dr.Öğr.Üyesi Betül SÖNMEZ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Rujnan TUNA
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

RIDVAN ATICI



İTHAF

Tüm sevdiklerime ithaf ediyorum…

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana her zaman destek olan, engin bilgi ve tecrübelerini her zaman benimle paylaşan, kendisini daima keyifle dinlediğim, her yönüyle daima örnek almak istediğim, Tez Danışmanım, Saygıdeğer Hocam Sayın **Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM'a,**

Tez çalışma süresince desteklerini hissettiğim **Değerli Hocalarıma,**

Çalışmama katkı veren değerli **Meslektaşlarıma,**

Hayatımın her anında varlığından büyük mutluluk duyduğum, her zaman desteğini hissettiğim biricik eşim **Emine ATICI'ya,**

Her daim şükür sebebim olan sevgili ailem; babam **Ayhan ATICI,** annem **Elmas ATICI,** kızkardeşim **Kübra ATICI** ve kayınvalidem **Nasiye ULUTÜRK'e**

Son olarak bu satırlarımı yazarken annesinin karnında son zamanlarını geçiren, özlemle bir an önce sarılmak istediğim, belki de tezimi sunduğumda dünyaya gözlerini açmış olacak, canım kızım, evladım **Zeynep Erva'ma…**

HERŞEY İÇİN SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM…

Rıdvan ATICI

İstanbul, 2020

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİ
ÖZET ..... Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. İş Performansı ve İş Doyumu Kavramı 3
2.1.1. İş Performansı Kavramı 3
2.1.2. İş Doyumu Kavramı 3
2.2. Türkiye'deki Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi 5
2.2.1. Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları (1923-1946) 5
2.2.2. 1946-2003 Yılları Arasındaki Sağlık Politikalarına Bakış 6
2.2.3. 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı 8
2.2.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ana Temaları ve Bileşenleri 8
2.2.3.2. SDP Başlangıcından Günümüze Ülkemizdeki Bazı Sağlık İstatistikleri 10
2.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel Ortaklığı Modeli 15
2.3.1. Kamu-Özel Ortaklığı Tanımı 15
2.3.2. KOÖ Finansman Modelleri 15
2.3.3. KÖO Modeli Aşamaları 17
2.3.4. KÖO Modeli'nin Tarihsel Gelişimi ve Bazı Ülkelerdeki Uygulamaları 17
2.3.5. KÖO Modelinin Ülkemizdeki Tarihsel Gelişimi ve Uygulamaları 18
2.3.6. KÖO Modeli Avantajları 19
2.3.7. KÖO Modeli Risk ve Dezavantajları 19
2.4. Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın Sonucu Şehir Hastaneleri 20
2.4.1. Ülkemizde Şehir Hastanelerinin Yapımına Giden Süreç 20

2.4.2. Şehir Hastanelerinin Dünya'daki Örnekleri 21
2.4.3. Şehir Hastaneleri Hakkındaki Görüşler 21
2.4.3.1. Şehir Hastaneleri Hakkında Olumlu Görüşler 22
2.4.3.2. Şehir Hastaneleri Hakkındaki Olumsuz Görüşler 22
2.4.4. Türkiye'deki Şehir Hastaneleri'nin Yapım Süreçleri ve Yönetim Biçimleri .. 23
2.4.5. Türkiye'deki Şehir Hastaneleri ve Özellikleri 25
3. GEREÇ VE YÖNTEM 27
3.1. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları 27
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 27
3.3. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları 27
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu 27
3.3.2. Hemşire Performans Ölçeği 28
3.3.3. Hemşire İş Doyum Ölçeği 28
3.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi 29
3.5. Araştırmanın Etik Yönleri 29
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları 29
4. BULGULAR 30
4.1. Hemşirelerin Demografik Bulguları 30
4.2. Hemşire Performans Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları 31
4.3. Hemşire İş Doyum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları 31
4.4. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Hemşire Performans Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 32
4.5. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Hemşire İş Doyum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 38
4.6. Hemşire Performans Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile Hemşire İş Doyum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler 43
5. TARTIŞMA 49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 53
6.1. Sonuç 53
6.2. Öneriler 54
KAYNAKLAR 55
FORMLAR 59
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 67

ÖZGEÇMİŞ 68

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Kişi Başı Müracaat Sayısı-Sağlık İstatistiği Yıllığı (2018)'dan değiştirilerek. 14
Tablo 4-1: Demografik özellikler için tanımlayıcı istatistikler (N=507)..... 30
Tablo 4-2: Hemşire performans ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları (N=507) 31
Tablo 4-3: Hemşire iş doyum ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları (N=507) 32
Tablo 4-4: "Hemşire Performans Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının kurumlara göre karşılaştırılması (N=507)..... 33
Tablo 4-5: "Hemşire Performans Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması (N=507)..... 34
Tablo 4-6: "Hemşire Performans Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının medeni duruma göre karşılaştırılması (N=507) 35
Tablo 4-7: "Hemşire Performans Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması (N=507)..... 36
Tablo 4-8: "Hemşire Performans Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının çalışılan birime göre karşılaştırılması (N=507) 38
Tablo 4-9: "Hemşire İş Doyum Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının kurumlara göre karşılaştırılması (N=507)..... 39
Tablo 4-10: "Hemşire İş Doyum Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması (N=507)..... 40
Tablo 4-11: "Hemşire Doyum Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının medeni duruma göre karşılaştırılması (N=507)..... 40
Tablo 4-12: "Hemşire Doyum Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması (N=507)..... 41
Tablo 4-13: "Hemşire Doyum Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının çalışılan birime göre karşılaştırılması (N=507) 42
Tablo 4-14: Ölçek puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları (N=507)..... 44

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı-Sağlık İstatistiği Yıllığı (2018)'dan değiştirilerek. 11
Şekil 2-2: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı-Sağlık İstatistiği Yıllığı (2018)'dan değiştirilerek..... 12
Şekil 2-3: Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı-Sağlık İstatistiği Yıllığı (2018)'dan değiştirilerek..... 13
Şekil 2-4: Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler-Sağlık İstatistiği Yıllığı (2018)'dan değiştirilerek. 14

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
KÖO	: Kamu Özel Ortaklığı
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

ATICI, R. (2020). Şehir Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin İş Performansı ve İş Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Bu çalışma, Şehir Hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş performans ve iş doyum düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte planlanmış ve uygulanmıştır. Araştırma evrenini, ülkemizde faaliyet gösteren ve araştırma uygulamasına izin veren üç Şehir Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmuştur (N=2267). Gelişigüzel örnekleme modeli ile, araştırmanın verileri araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 507 hemşireden elde edilmiştir (n=507). Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, Harmancı Seren ve ark, (2016) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan Hemşire Performans Ölçeği ve Yılmaz ve Yıldırım (2016) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan Hemşire İş Doyum Ölçeği kullanılmış, verilerin istatistiksel analizinde ise "IBM SPSS V23" paket programından yararlanılmıştır. Araştırma bulgularında; hemşirelerin çoğunun kadın, evli, lisans mezunu ve yataklı servislerde çalıştığı, yaş ortalamalarının 33,2±7,9, kurumda çalışma yılları ortalamalarının 1,9±0,7 ve meslekte çalışma yılları ortalamalarının 11,4±8,6 olduğu belirlenmiştir. 5'li Likert tipinde yapılan araştırmada Hemşire Performans Ölçeği toplam puan ortalamasının 4,0±0,6 olduğu, alt boyutlarda en yüksek ortalamanın; "Bakımın koordinasyonu" 4,3±0,7 alt boyutunda olduğu bunu sırası ile "Hastalara yardım ve destek" 3,9±0,7, "Bilgi verme" 3,9±0,8, "Kuruma katkı" 3,8±0,7 ve "İşe katkı" 3,7±0,9 alt boyutlarının izlediği, Hemşire İş Doyum Ölçeği toplam puan ortalamasının ise 3,0±0,5 olduğu, ölçeğin alt boyutlarında en yüksek ortalamanın "İşyerinde Algılanan Önem" 3,4±0,4 alt boyutunda olduğu, bunu sırasıyla "İşle ilgili olumlu duygular" 3,0±0,2, ve "Üstlerden Uygun Destek" 2,9±1 alt boyutunun izlediği ve en düşük ortalamanın "Keyifli Çalışma Ortamı" 2,6±0,8 alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Hemşire Performans Ölçeği toplam puanı ile hemşirelerin cinsiyetleri arasında (p=0,005), Ölçeğin, "Hastalara yardım ve destek" (p=0,04), "Bilgi verme" (p=0,01) ve "İşe katkı" (p=0,02) alt boyutları ile çalışılan kurumlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Hemşire Performans Ölçeği "Bakımın koordinasyonu" alt boyutu ile cinsiyet ve çalışılan birim değişkenleri arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Hemşire İş Doyum Ölçeği toplam puan ortalaması ile çalışmanın yapıldığı kurumlar arasında (p=0,005) ve ölçeğin "İşle ilgili olumlu duygular" alt boyutu ile çalışılan birim arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir (p<0,001). Şehir Hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş performans düzeyleri ile iş doyum düzeyleri arasında genel anlamda anlamlı pozitif yönlü zayıf ilişkiler saptanmıştır (p<0,001; r=0,355). Sonuç olarak: Şehir Hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş performans düzeyleri yüksek, iş doyum düzeyleri orta düzeydedir ve iş performansları ve iş doyumları arasında pozitif yönlü anlamlı zayıf ilişkiler saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Hemşirelik, İş Doyumu, İş Performansı, Şehir Hastaneleri,

ABSTRACT

ATICI, R. (2020). Determination of Job Performance and Job Satisfaction Levels of Nurses Working in City Hospitals, Istanbul University-Cerrahpaşa Graduate Education Institute, Department of Nursing Management. Master's Thesis, Istanbul.

This study was planned and applied in a descriptive type in order to determine the job satisfaction and job performance levels of the nurses working in City Hospitals. The research population consisted of nurses working in three City Hospitals operating in our country and allowing research practice (N=2267). Without applying the sampling method, the data of the study were obtained from 507 nurses who agreed to participate in the study voluntarily (n=507). As the data collection tool, "Personal Information Form" developed by the researcher, Nurse Job Satisfaction Scale developed by Yılmaz and Yıldırım (2016) and Nurse Performance Scale developed by Harmancı Seren et al. (2016) were used, and for the statistical analysis of the data, "IBM SPSS V23" package program was employed. In the research findings, it was determined that most of the nurses were female and married, had undergraduate degrees and worked in service units, that their average age was 33.2±7,9, that average years of working in the institution was 1.9±0,7 years, and that average years of working in the profession was 11.4±8,6. In the study conducted in a 5-point Likert type, it was determined that the mean for the Nurse Job Satisfaction Scale total score was 3.0±0.5 and at a medium level, that the highest mean score in the sub-dimensions of the scale belonged to the "Perceived Importance in the Workplace" 3.4±0.4, and this was followed by the "Positive Feelings about Work" 3.0±0.2 and "Appropriate Support from the Supervisors" 2.9 ± 1 sub-dimension, and that the lowest mean score was obtained from the sub-dimension of "Enjoyable Working Environment" 2.6±0.8. It was identified that the mean score for the Nurse Performance Scale total score was 4.0±0.6 and the highest mean score was obtained from the sub-dimension of "Coordination of Care" 4.3±0.7, which was followed by the sub-dimensions of "Help and Support for Patients" 3.9±0.7, "Giving Information" 3.9±0.8, "Contribution to the Institution" 3.8±0.7 and "Contribution to the Profession" 3.7±0.9. It was determined that there were statistically significant differences between the nurse job satisfaction scale total mean score and the institutions where the study was conducted (p=0.005) and between the scale's "Positive Feelings about Work" sub-dimension and the unit where the nurses work (p <0.001). Statistically significant differences were found between the Nurse Performance Scale total score and the gender of the nurses (p=0.005), and between the scale's "Help and Support for Patients" (p=0.04), "Giving Information" (p=0.01), "Contribution to the Profession" (p=0,02) sub-dimensions and the institutions where the nurses work. Again, significant relationships were found between the variables of gender and unit where the nurses work and the "Coordination of Care" sub-dimension of the Nurse Performance Scale. In general, significantly positive and weak correlations were found between job satisfaction levels and job performance levels of nurses working in City Hospitals. (p<0.001; r=0.355). As a result, the nurses working in City Hospitals have a medium level of job satisfaction, a high level of job performance, and there are positive and weak relationships between their job satisfaction and job performance.

Keywords: Nurse, Nursing, Job Satisfaction, Job Performance, City Hospitals

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık tarihi ilk insandan günümüze çeşitli işlerle meşgul olmuş, çeşitli organizasyonlarda kendilerine çeşitli görevler yüklemiştir. Son yıllarda insanlar çok daha karmaşık organizasyonlarda birlikte olmaya başlamış ve duygusal bir varlık olan insan için performans ve doyum gibi kavramlar, üzerinde önemle durulması gereken kavramlar olarak karşımıza çıkmıştır.

Bingöl (2003)'e göre iş performansı "Belirlenen koşullara göre bir işin yerine getirilme düzeyi veya işgörenin davranış biçimidir" (Bingöl 2003 Kaynak Gürbüz ve Yüksel 2008 p. 178). Tüm organizasyonların başarısında en önemli kavramlardan biri olan iş performansı kavramı özellikle son yıllarda birçok farklı değişkenlerle ilişkilendirilmiş ve önemini ortaya koyan çalışmalar ortaya koyulmuştur.

Locke (1976)'a göre iş doyumu, "Bir kişinin yaptığı işi değerlendirmesi sonucunda hissettiği olumlu duygusal durumdur" (Locke 1976 Kaynak: Mert 2010 p. 122). Bu durum nedeniyle işe karşı olumlu duygulara sahip olan kişilerde iş doyum düzeyleri yüksek, olumsuz bir ruh hali ile yaklaşanlarda ise düşük bir düzey söz konusudur (Erdoğan 1991 Kaynak: Mert 2010 p 122).

İş performansı ve iş doyumu kavramları özellikle son yıllarda sadece endüstriyel üretim platformlarında değil eğitimden sağlığa, spordan siyasete kadar hemen her platformda sıkça tartışılan kavramlar olarak karşımıza çıkmıştır. Nitekim özellikle 1980'li yıllar ile birlikte sosyalizasyonun ikinci plana atılıp neo-liberal politikaların etkisi ile özel sektöre doğru yönelimin olduğu küresel sağlık politikalarında da doyum ve performans gibi kavramlar kamuoyunda da sıkça tartışılan ve üzerine odaklanılan kavramlar olmuştur. 2000'li yıllar ile birlikte ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında planlanan ve uygulanan reformlar neticesinde tüm dünyaya benzer bir şekilde özel sektör tarafından sağlık sektörüne ciddi yatırımlar yapılmış ve son yıllarda da kamu ve özel sektörün ortaklıkları ile yapılan sağlık tesisleri hayatımıza girmeye başlamıştır. Gerek finansal gerekse de yönetimsel olarak daha önceden alışkın olmadığımız ilişkilere sahip olan bu tip karmaşık organizasyonlarda çalışan sağlık çalışanları da bir yandan yepyeni sisteme adapte olmaya çalışmakta bir yandan da asli görevleri olan sağlık hizmetleri sunumuna devam etmektedir. Şehir Hastaneleri adı ile hayatımıza giren, birçok sağlık hizmet sunumunun tek çatı altında yapıldığı, kamu ve özel sektör çalışanlarının sağlık hizmet sunumunda birlikte görev aldığı ve yönetimsel anlamda da

kamu ve özel iki farklı yönetim tarafından yönetilen mega yapılarda çalışanların performans ve doyum düzeyleri kamuoyunda da merak edilmeye başlanmıştır.

Bu çalışma, Şehir Hastaneleri'nde çalışan hemşirelerin iş performansı ve iş doyum düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İş Performansı ve İş Doyumu Kavramı

2.1.1. İş Performansı Kavramı

Performans kavramı tıpkı iş doyumu kavramı gibi son yıllarda birçok araştırmaya konu edilmiş bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Uyargil (1994)'e göre performans: "İnsanların yaşamlarında olsun çalışma hayatında olsun gösterdiği bir şeyleri başarma çabasıdır. Performans, her insanın sorumluluklarını geliştiren, hedeflerini ve amaçlarını belirleyen ve vizyonlarını geliştiren bir faaliyettir" (Uyargil 1994, p. 19). Artar ve Bas (1991)'a göre performans: "Bir işi yapan bir bireyi, bir grubun ya da bir teşebbüsün o işle amaçlanan bir hedefe yönelik olarak nereye varabildiği, başka bir deyişle neyi sağlayabildiğinin nicel ve nitel olarak anlatımıdır" (Artar ve Bas 1991 p. 13).

İş performansı bireylerin bir işi yaparken kendisine verilmiş olan görevi ne ölçüde başarabildiğinin, işin gerekliliklerine ne derece uyum sağlayabildiğinin, verimliliğinin ve işine olan ahlaki yaklaşımlarının bütününü kapsadığı ifade edilmektedir. İnsana ait beşeri özelliklerin karmaşıklığı ve bunların subjektif yönleri iş performansını tanımlamayı zorlaştırsa da yönetimler çalışan bireylerinin performans düzeylerini görmek için bazı objektif kriterler de kullanmaktadır. Bu bağlamda yöneticilerin çalışanların ücret, terfi ve işten çıkarılma gibi önemli kararları almalarında performans değerlendirme son derece önemli olmaktadır. Bu nedenle de iş performansının her çalışan için tek ve standart olmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. (Gürkaynak 2017).

2.1.2. İş Doyumu Kavramı

Günümüzde karmaşıklaşan yönetimsel ilişkilerinin yoğunlaşmış olduğu organizasyonlardaki en önemli kavramlardan biri olarak karşımıza çıkan iş doyumu kavramı ile ilgili birçok tanım mevcuttur. Ugboro ve Obeng (2000)' e göre iş doyumu: "Kişide, çalışma yaşamı veya söz konusu kişi ile çalıştığı iş yeri koşulları arasındaki uyumun bir sonucu olarak ortaya çıkan memnuniyet duygusu ve kişinin işine karşı almış olduğu pozitif bir tutum olarak tanımlanmaktadır" (Ugboro ve Obeng 2000 Kaynak: İşcan ve Sayın 2010 p. 198). Robbins ve Judge (2012)'a göre iş doyumu: "Bireylerin işleri ile ilgili bütün özellikleri analiz ederek edindiği genel bir duygu durumu ifadesidir" (Robbins, S. P. ve Judge, T. A. 2012 Kaynak: Cansız 2019 p. 28).

Organizasyonların başarısında en önemli etkenler arasında gösterilen iş doyumu bireyin işine karşı geliştirdiği tutum olarak da nitelendirilebilmektedir. Bu vesile ile eğer birey

kendi işine karşı tutumları olumlu ise iş doyumu yüksek, tutumları olumsuz ise de düşüktür denilebilmektedir. İş doyumu ile ilgili yapılan tanımlamalardan iş doyumu kavramının genellikle memnuniyet olgusu ile de açıklanabileceği çıkarımı yapılabilmektedir (Cansız 2019).

İş hayatı bireylerin her zaman arzu ettikleri beklentilerle sonuçlanmamaktadır. Bazı zamanlarda bireylerin istemedikleri durumlar da söz konusu olmaktadır. Ancak işine yönelik beklentiye sahip olan bireyler bu beklentilerin karşılanma oranına göre vermiş oldukları tepkiler ile doyumlarını belirli bir düzeye çıkarmaktadır (Kantar 2010 p. 19). Ayrıca iş doyumu kavramının, bireyler arasında sahip oldukları işlere göre farklılık gösterebildiği, hatta aynı işte ve aynı pozisyonda çalışan kişilerde bile farklı sonuçlar gösterebilen dinamik bir yapıya sahip olduğu söylenmektedir. Bu nedenle iş doyumu kavramının her birey için öznel bir değerlendirme neticesinde belirlenmesi gerekmektedir (Silah 2005 p. 115).

İş doyumu ile ilgili yapılan tanımlamalardan da anlaşılacağı gibi çalışanların duygusal tepkilerinin çok boyutlu ve farklı birçok faktörün etkisi altında belirlendiği açıktır. Genel anlamda çalışanların iş doyumları içsel doyum ve dışsal doyum olarak ikiye ayrılabilmektedir. İçsel doyumun bireyin işinde kendisini gerçekleştirme ve başarma duygusu gibi faktörlerin etkisinde olduğu, dışsal doyumun ise ücret, işletmenin yönetim biçimi, karar alma modelleri ve ödüllendirmelerle ilişkili olduğu bilinmektedir (Deniz 2005 p. 311).

Son yıllarda organizasyonların başarısı adına önemi daha da anlaşılan iş doyumu ve iş performansı kavramının kökleri çok eskilere dayanan, insanların hayatlarına dokunulan en önemli profesyonel mesleklerden biri olan hemşirelik açısından es geçilmesi elbette mümkün olmamıştır. Son yıllarda profesyonel hemşire araştırmacılar tarafından sıkça üzerinde durulan konular arasında bulunan iş doyumu ve iş performansı kavramları gerek sağlık yöneticilerine gerekse de mesleği icra eden meslek profesyonellerine oldukça önemli veriler sunmuştur. Hemşire araştırmacılar yapmış oldukları çalışmalar ile farklı bölge ve farklı birimlerde çalışan hemşirelerin iş doyumları ve iş performanslarını ölçmüş ve literatüre önemli veriler kazandırmıştır.

2.2. Türkiye'deki Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi

2.2.1. Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları (1923-1946)

Türkiye'de sağlık hizmetlerindeki yenilik ve modernleşme çalışmaları her ne kadar cumhuriyet döneminde hız kazansa da cumhuriyet öncesi yıllara da dayandığı bilinmektedir. Bu bağlamda 19. yüzyılda Osmanlı Devleti'nde sağlıkta bir dizi reform çalışmalarının yapıldığı özellikle memleketin her noktasına birer tabip ve ilerleyen zamanlarda bu tabiplerin yanına birer tabip muavini almalarının yapıldığı görülmektedir (Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl 1973 pp. 54-57).

Milli mücadele yıllarında sağlık politikalarının düzenlenmesi ve örgütlenmesi ile Ankara Hükümeti'nin ilgilendiği ve bu bağlamda 2 Mayıs 1920 tarihinde Sağlık Bakanlığı'nın kurulduğu bilinmektedir (Düstur 3. Tertip 1929 p.6).

Sağlık alanındaki esas örgütlenme ve reformlar 1925 yılında Dr. Refik Saydam ikinci kez Sağlık Bakanlığı görevine getirilmesi ile hız kazanmıştır. 1937 yılına kadar görevde kalan Dr. Saydam'ın çok önemli reformlara imza attığı, Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenmesinde çok önemli adımlar atılmasını sağladığı bilinmektedir (Karabulut, 2007 pp. 151-160).

Dr. Refik Saydam'ın göreve gelmesi ile kısa süre içinde 1924 yılında yapılması vaat edilen 150 dispanserin tamamı yapılmış, İstanbul ve Sivas vilayetlerinde 2 adet Sıhhiye Memurluğu Okulu açılmış; sıtma, frengi ve trahom ile etkin bir savaşa girilmiş, vilayetlere bağlı kazalardaki 160 olan doktor açığının 96'ya indirilmiş ve röntgen cihazı ve mikroskop eksiklikleri giderilmeye çalışılmıştır. Ayrıca sağlık personeli sayısını arttırmak ve salgın hastalıklar ile daha etkin bir mücadele amacıyla Hıfzısıhha Okulu'nun açılmış ve tıp kongreleri tertiplenmiştir (TBMM Zabıt Ceridesi 1925, Kaynak: Karabulut, 2007 pp. 151-160).

Cumhuriyetin ilk yıllarında o zamanki adı ile Sıhhiye ve Muavemet-i İçtimaiye Vekaleti olan Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçedeki payının %2,64'e çıkarıldığı ve bu bütçenin büyük bir kısmının sağlık çalışanı istihdamının arttırılması noktasına harcandığı bilinmektedir. Bu bağlamda istihdam edilen bazı sağlık personelleri sayısını anlama adına 1923 yılı ile 1935 yıllları kıyaslanırsa; 1923 yılında 344 olan hekim sayısının 1935 yılında 1625'e, 60 olan eczası sayısının 135'e 136 olan ebe sayısının 451'e ve 560 olan sağlık teknikeri sayısının 1365'e çıktığını görmekteyiz. Hemşire sayısına bakılırsa 1923'e ait veri bulunmamak ile birlikte 1930 da 202 iken 1935 yılında 325 sayısına ulaşıldığı ve 1923'te 19.860 kişiye bir hekim düşerken 1935 yılında 9.270 kişiye bir hekim düştüğü görülmektedir. Ayrıca sağlık kurumları ile ilgili birkaç istatistikî veri paylaşmak gerekirse; 1923 yılında 86

kurum ve 6437 yatağa sahip olan Sağlık Bakanlığı'nın 1935 yılında 176 kurum ve 13.038 yatağa sahip olduğu resmi kaynaklarda belirtilmiştir (Sağlık Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi VII 1983, Kaynak: Karabulut 2007 pp. 151-160).

Cumhuriyet Dönemi'ndeki sağlık politikalarında üzerinde en çok durulan noktalarından birinin de bulaşıcı hastalıklar ile mücadele olduğu bilinmektedir. Bu noktada özellikle sıtma, trahom, frengi ve verem ile etkili mücadeleler verilmiştir. Sıtma için koruyucu ilaçlar dağıtılmış, bataklıklar kurutulmuştur. Özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu da etkili olan trahom ile ilgili gezici ekipler kurulmuş ve hastalara bu şekilde müdahale edilmiştir. Frengi için de ücretsiz ilaçların dağıtımı yapılmış ve koruyucu önlemler alınmıştır. Verem ile mücadele noktasında da dispanser sayılarının ve Heybeliada ve Haydarpaşa'daki hastanelerdeki verem için ayrılan yatak sayılarının artırıldığı bilinmektedir (Karabulut 2007 pp. 151-160).

Dr. Refik Saydam döneminde ayrıca, günümüzde dahi hala önemini kaybetmemiş olan 1219 sayılı Tababet ve Şabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928) ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930) gibi çeşitli kanunların çıkarılarak bu dönemki sağlık politikalarının yasal temelleri atılmıştır (Karabulut 2007 pp. 151-160).

2.2.2. 1946-2003 Yılları Arasındaki Sağlık Politikalarına Bakış

Cumhuriyet Dönemi'nde sağlık alanında yapılmış olan ilk yazılı plan olma özelliğine sahip "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" 1946 tarihinde dönemin Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz tarafından açıklanmıştır. Son derece yoğun çalışmalar neticesinde hazırlanan ve önemli reformları barındıran bu planın, Dr. Behçet Uz'un 1948'de görevinden ayrılması neticesinde ne yazık ki kanunlaşamadığı bilinmektedir (İleri ve ark. 2016 pp. 176-186).

1946 sonrası dönemdeki gelişmeler içerisinde en önemli olaylardan birisi de daha önce yerel yönetimlere bağlı olan sağlık kuruluşlarının merkezi bir yönetime bağlanmış olmasıdır. Ayrıca yatak ve sağlık tesislerinin sayılarının arttırılmaya devam edildiği ve özellikle Tıp Fakülteleri açılarak hastanelerin çeşitlendirildiği bilinmektedir (Karabulut 2007 pp. 151-160).

1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun sonrasında devletin; tüm bireylerin beden ve ruh sağlığını korumayı ve tıbbi bakımlarını sağlamayı kendine bir ödev olarak bildiğini kanunen güvence altına aldığı, sağlığın sosyalizasyonuna ilişkin çalışmalara başladığı görülmektedir. Sağlığın

sosyalizasyonun, sağlık hizmetlerinin taşraya taşınması adına 1963 yılında başladığı ve 1983 yılında ülke geneline tamamen yayıldığı bilinmektedir (Er 2011 pp. 52-63).

1980'li yıllara geldiğimizde ülkemizdeki sağlık politikalarının dünyada etkisini gösteren neo-liberal bakış açılarının etkisinde kaldığı görülmektedir. Neo-liberal bakış açısına göre, kamunun tekelinde olan sağlık hizmetlerinde verimsizlik, etkinsizlik ve yüksek maliyet gibi sorunlar vardır. Bu sorunların ortadan kalkması noktasında neo-liberal bakış açısının önerisi, aşamalı bir özelleştirme süreci sonrasında sağlık hizmetlerinin serbest piyasa mantığıyla üretilmesi şeklindedir (Soyer 2002, Kaynak: Orhan 2006 pp. 88-93).

1981 yılında Bakanlar Kurulu kararı ile alınan bir kararda, sağlık yatırımlarının teşvik kapsamına alınması ve sağlıktaki kamu fonlarının özel sektöre aktarılması kararlaştırılmıştır. 1983 yılında ilk defa Bakanlığa bağlı hastanelerde döner sermaye uygulamalarının yasa ile güvence altına alındığı bilinmektedir. Yapılan tüm bu adımlar neticesinde, kamu hastanelerinin yönetiminde ticari anlayışa geçildiği değerlendirilmeleri yapılmaya başlanmıştır (Orhan 2006 pp 88-93).

1987 yılında Dünya Bankası'nın Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler için sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili bazı önerilerde bulunduğu bilinmektedir. Bu öneriler: sağlık kurumlarını kullanan kişilerden katkı payları alınması, kaynakların ve sağlık personellerinin etkili kullanımı, yeni vergiler konulması ve özel sektörün özellikle finansman açıdan desteklenmesi şeklindedir. Dünya Bankası'nın bu önerilerine binaen ülkemizde birkaç yıl içinde çeşitli adımların atıldığı bilinmektedir (Yılmaztürk 2013 pp. 176-188).

1990'lı yıllarda Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunma rolünü ikinci plana attığı, daha çok kuralları belirleyen, sağlıkla ilgili politikalar oluşturan bir role bürünmeye başladığı bilinmektedir. Bu düşünce neticesinde o yıllarda kamuoyunda Sağlık Bakanlığı'nın küreği çekmeyi bırakıp dümene geçtiği söylemleri tartışılmaya başlanmıştır (Atabey 2012 pp. 122-128).

1990'lı yıllardaki sağlık politikalarının belirlenmesindeki en önemli etkiyi oluşturan durumlardan birinin de Devlet Planlama Teşkilatı'nın 1990 yılında yayınlamış olduğu "Sağlık Master Plan Etüt Çalışması" olduğu söylenmektedir. Bu çalışmanın da etkisi ile 1992 ve 1993 yıllarında Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri düzenlenmiştir. Geniş katılımlı ve ileriki yıllardaki sağlık politikalarını belirleme adına yapılması planlanan çalışmaları içeren bu kongreler neticesinde sağlık reformlarına hız verildiği bilinmektedir. Bu kongreler neticesinde sosyal güvenlik kurumlarının aynı çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması, aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, hastanelerin ekonomik anlamda özerk işletmelere dönüştürülmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın

sağlık hizmetlerini planlayan ve denetleyen bir yapıya dönüştürülmesi gibi çok önemli kararlar alındığı bilinmektedir (İleri ve ark. 2016 pp. 176-186).

1989 yılı ile 1994 yılı arasında ülkemizde mevcut olan ekonomik iyileşmelerin de etkisi ile önemli adımlar atılmasına rağmen 1994 yılı sonrasında gelişen kötü ekonomik tablo ve diğer sebepler nedeni ile sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yeterli önem verilemediği görülmektedir. Özellikle kamu hastanelerinin ihtiyacı olan en basit harcamaları dahi yapamadığı, birinci derece sağlık kuruluşlarının bile vatandaşlardan ücret alarak hizmet sunmak zorunda kaldığı bilinmektedir (Orhan 2006 pp. 102-105).

2.2.3. 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

Ülkemizdeki sağlık reformları dünyaya paralel bir şekilde, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütünün finansal, ideolojik ve teknik katkılarıyla 1990'lı yılların başında başlamıştır. Bu reformların en önemli noktaları şunlardır: sosyal güvenlik kurumlarını aynı çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası(GSS), birinci basamak sağlık hizmetleri için aile hekimliği, ikinci ve üçüncü basamaklar için de özelleşmesi ve özerkleşmesi planlanan hastanelerdir. (Orhan 2006 pp. 102-117).

2002 yılında 58. Hükümet'in Acil Eylem Planında "Herkese Sağlık" başlığı altında yürütülmesi planlanan bazı hedefler belirlenmiştir. Bu hedefler: Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, Genel Sağlık Sigortasının tüm vatandaşları kapsaması, sağlık kuruluşlarının tek çatı altına toplanıp idari ve mali anlamda özerk bir yapıya kavuşturulması, aile hekimliği uygulamasına geçilip koruyucu hekimliğin yaygın hale getirilmesi, anne ve çocuk sağlığına önem verilmesi, özel sektörün yatırım yapmaya teşvik edilmesi ve sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi şeklindedir (Aktel ve ark. 2013 pp. 34-58).

2.2.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ana Temaları ve Bileşenleri

2002 yılında 58. Hükümet tarafından belirlenen Acil Eylem Planı'nın akabinde 2003 yılında ülkemizde sağlık anlamında bir dönüm noktası sayılabilecek "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın SDP çerçevesinde kendisine 8 ana tema belirlediğini bilinmektedir. Bu temaları sıralayacak olursak: planlayan ve denetleyen bir bakanlık, herkesi kapsayan bir Genel Sağlık Sigortası(GSS), kolay erişilen ve yaygın bir sağlık hizmeti sistemi, bilgili ve motive bir sağlık insan gücü, sağlık sistemini destekleyecek tipte eğitim kurumları, akılcı ilaç ve malzeme yönetimi, gelişmiş Sağlık Bilgi Sistemi ve daha etkin bir sağlık hizmeti sunumu için kalite ve akreditasyondur (İleri ve ark 2016 pp. 176-186).

SDP her ne kadar 8 ana tema üzerine şekillenmiş olsa da aslında bu 8 ana hedefin 3 ana ayak üzerinde oluştuğunu söylemek mümkündür. Bunlardan birincisinin tüm sigorta gruplarını aynı çatı altında birleştiren bir GSS, ikincisinin birinci basamak sağlık hizmetlerini organize eden aile hekimliği sistemi ve üçüncüsünün ikinci ve üçüncü basamakta hizmet veren tedavi kurumlarını aynı çatı altında birleştiren bir "Kamu Hastaneleri Birliği" oluşumu olduğu söylenmektedir (Çavmak ve Çavmak 2017 pp. 48-57).

Bağ-Kur, SSK (Sosyal Sigorta Kurumu) ve Emekli Sandığı gibi kurumların GSS çatısı altında birleştirilmesi, SSK'ya ait hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ve GSS ile özel sağlık kurumları ile anlaşmalar yapılması neticesinde sağlık kurumlarına olan ilginin arttığı görülmüştür. Bu durumun sağlık tesislerine olan başvuru sayılarında özellikle de kamu dışı özel kurumlara yapılan müracaat sayılarında ciddi artışlara yol açtığı bilinmektedir. Ayrıca bu kurumlar arasında etkili bir sevk zinciri oluşumunun sağlandığı da söylenmektedir. SDP'nin ikinci ana ayağı şeklinde nitelendirilen Aile Hekimliği Sistemi; GSS ile sözleşme yaparak muayenehane sistemi tarzında bir hizmet sunması planlanmasına karşın GSS'nin tam olarak uygulanamaması neticesinde finansmanı Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan ancak sağlık primlerini düzenli ödeyen vatandaşların yararlanabildiği etkili sevk zincirinin ilk halkası niteliğinde bir oluşuma dönüşmüştür. 2011 yılında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yasal dayanağı oluşturulan ve Resmi Gazete'de yayınlanan Kamu Hastane Birlikleri reformu ile SDP'nin üçüncü temel ayağının da oluşturulduğu söylenebilmektedir. Bu karar ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan ikinci ve üçüncü düzey hastanelerin tamamının Kamu Hastane Birlikleri çatısı altında özerk bir yapıda yeniden örgütlenmesi kararlaştırılmıştır. Bu kararın neticesinde her ilde Kamu Hastaneleri Birliklerinin kurulduğu ve illerdeki tüm hastaneler bu birlik çatısı altında birleştirildiği bilinmektedir. Tüm illerde bulunan bu Kamu Hastane Birlikleri'nin de "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu" çatısı altında birleştirildiği ve bu sayede merkezi hiyerarşik yapının sağlamlaştırıldığı söylenmektedir. Ayrıca büyük illerde gerekli görülmesi halinde birden fazla da Kamu Hastaneler Birliği kurulabilmesinin da önü açılmıştır. (Çavmak ve Çavmak 2017 pp. 48-57)

SDP'nin önemli bileşenlerinden birinin de döner sermaye uygulaması olduğu söylenmektedir. 2004 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde uygulanmaya başlanan, ardından SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri sonrasında 2006 yılı sonrasında tüm kamu hastanelerinde uygulanmaya başlanan döner sermaye sistemi ile kamu hastanelerinin etmiş oldukları gelirin bir kısmını kendi personeli ile paylaşması öngörülmektedir. İlerleyen yıllarda sağlık kurumları elde ettiği geliri çalışanının unvanına ve performansına göre belli oranda dağıtmaya devam ettiği ve bu sistemin de "performansa dayalı ek ödeme sistemi"

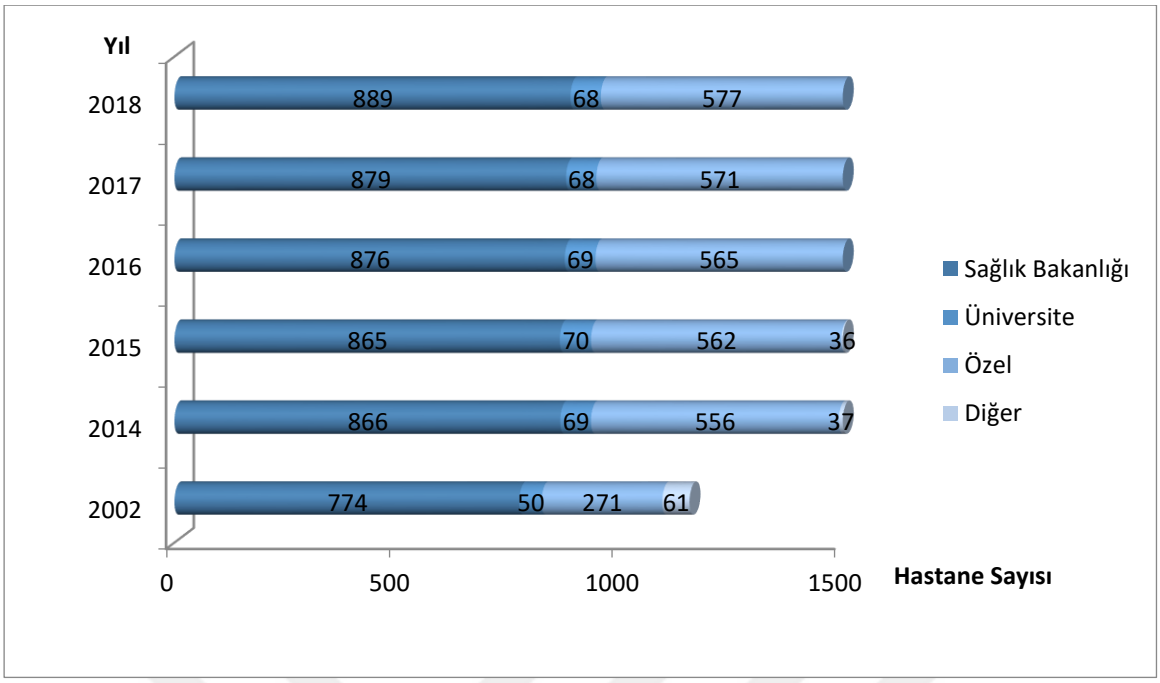
adıyla anılmaya başlandığı bilinmektedir. 2011 yılında ise bu sistem tüm üniversite hastanelerini de içine alan bir yapıya dönüşmüştür. (Erol ve Özdemir 2014 pp. 9-34)

Sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin yükselmesi konusunda büyük bir dönüm noktası olarak görülen SDP ile sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve hakkaniyetli olarak sunulmasının hedeflendiği bilinmektedir. Bu hedeflerin temel üç ilkesinin ise insan merkezcilik, sürdürülebilirlik ve süreklilik anlayışı olduğu söylenmektedir. SDP ile sağlık sisteminde çok önemli değişikliklerin yaşandığı ve bu yolda önemli mesafeler kat edildiği görüşünün yaygın kanı haline geldiği düşünülmektedir. (Akdağ, 2008 pp. 20-22)

SDP uygulamaları sonucunda ülkemizde hastanelere ve ilaca erişimin kolaylaştığı, bu durumdan özellikle ülkemizdeki hasta memnuniyeti düzeyinin olumlu yönde etkilendiği bilinmektedir. Ancak SDP ile birlikte kişi başına düşen sağlık harcamalarındaki yükselişin ivmesi bu konuda adımlar atılmasını zaruri kılar niteliktedir. Ayakta tedavi hizmetlerinde özel sektöre ait cari sağlık harcamalarının kamunun iki katı olması özellikle kamu dışı sağlık kuruluşlarının kişi başına düşen sağlık harcamalarına etkisini gözler önüne sermektedir. Ayrıca sağlık harcamalarının %9'unun yatırımlara, %2,6'sının koruyucu sağlık hizmetlerine ve geri kalan önemli miktarının hastane, tedavi ve ilaç gibi giderlere aktarılması üzerinde durulması gereken bir veri olarak karşımıza çıkmaktadır. (Yılmaztürk, 2013 pp. 176-188)

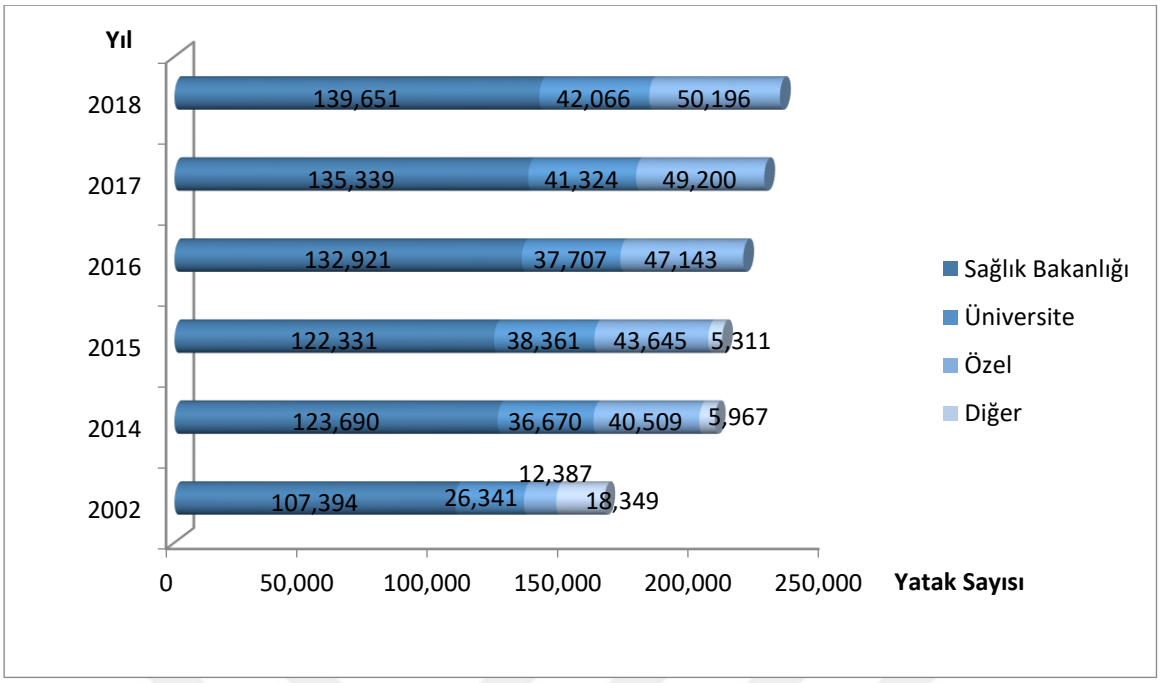
2.2.3.2. SDP Başlangıcından Günümüze Ülkemizdeki Bazı Sağlık İstatistikleri

SDP'nin başladığı 2002 yılından günümüze sağlık alanında birçok değişikliklerin yaşandığı bilinmektedir. Bu değişikliklerin Sağlık Bakanlığı'nın belli yıllarda yayınlamış olduğu istatistiklerde de kendisini gösterdiği görülmektedir.



Şekil 2-1: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı-Sağlık İstatistiği Yıllığı (2018)'dan değiştirilerek.

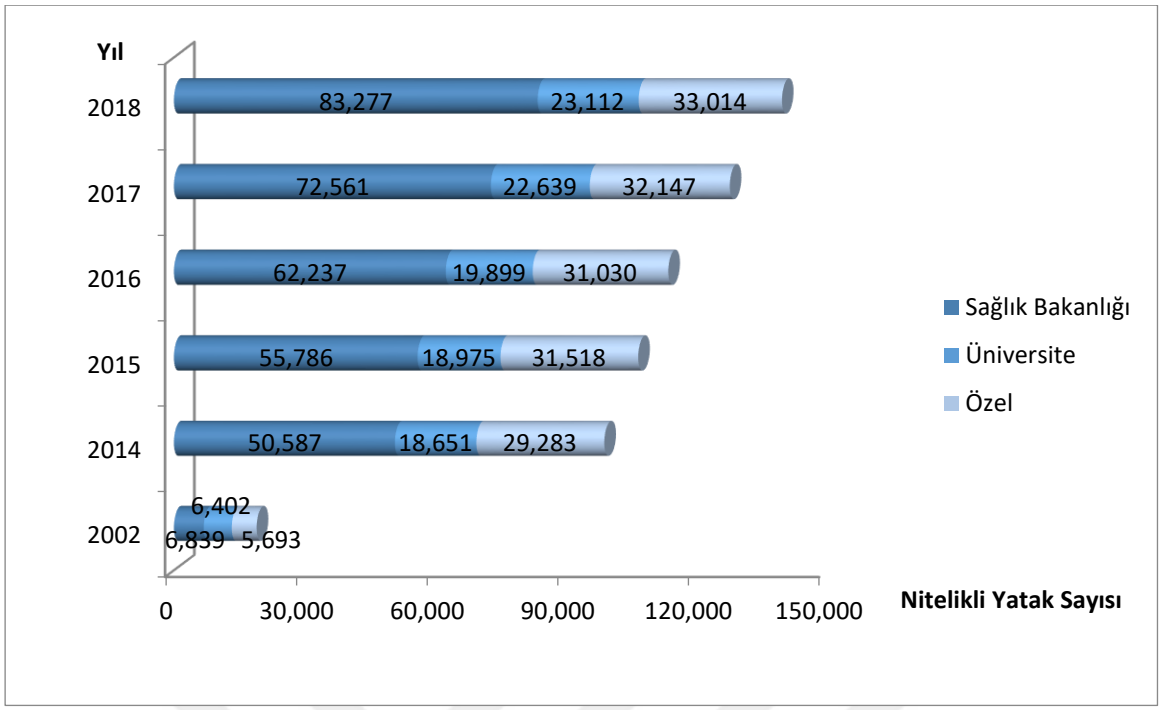
Şekil 2-1'deki veriler incelendiğinde 2002 yılında ülkemizde bulunan hastanelerden 774'ünün Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerden 50'sinin üniversite hastanelerinden, 271'i nin de özel hastanelerden oluştuğu görülmektedir. 2018 yılına gelindiğinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane sayısının 774'ten 889'a, üniversite hastanesi sayısının 50'den 68'e ve özel hastane sayısının 271'den 577'e çıktığı, bu bağlamda toplam hastane sayısının da 16 yıllık sürede 1156'dan 1534'e çıktığı görülmektedir (https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html; Erişim Tarihi: 16.03.2020).



Şekil 2-2: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı-Sağlık İstatistiği Yıllığı (2018)'dan değiştirilerek.

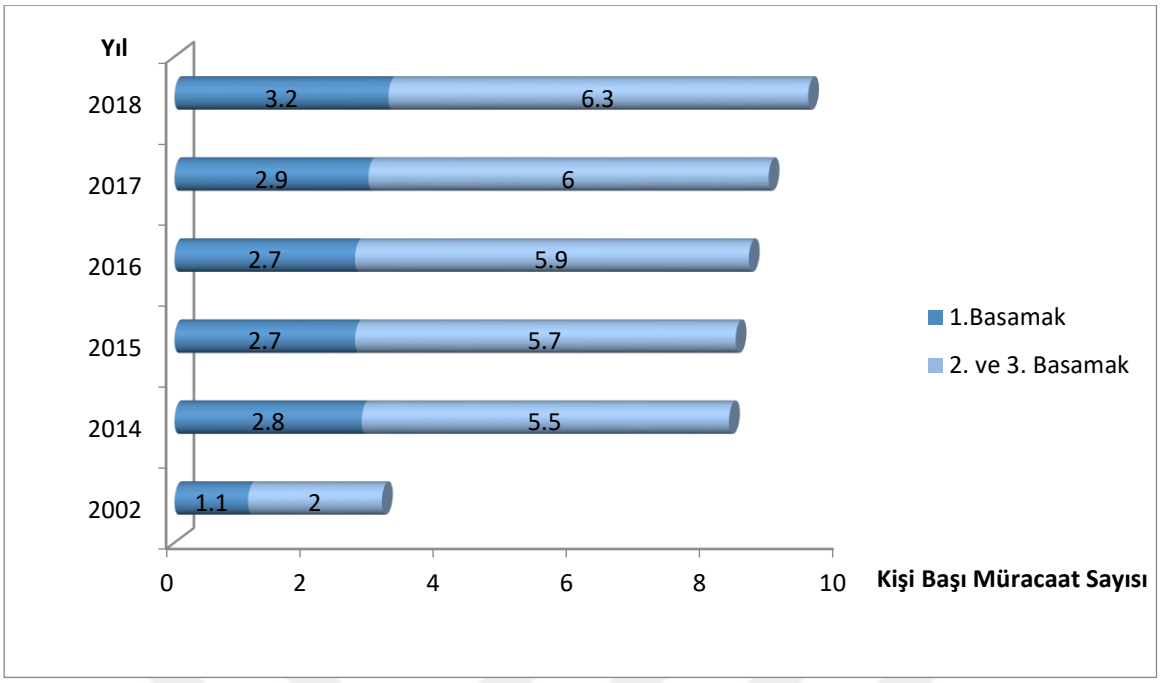
Şekil 2-2'deki verilere göre ülkemizdeki hastane yatak sayıları karşılaştırıldığında 2002 yılında 107.394 olan Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane yatak sayısının 2018 yılında 139.651'e, 26.341 olan üniversite hastanesi yatak sayısının 42.066'ya ve 12.387 olan özel hastanelere ait yatak sayısının 50.196'ya çıktığı görülmektedir. Ülkemizde 2002 yılında 164.471 olan hastane yatak sayısının da 2018 yılında 231.913'e çıktığı görülmektedir (https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html; Erişim Tarihi: 16.03.2020).

Ülkemizde 2002 yılı ile 2018 yılları arasındaki süreçte gerek hastane sayısı gerekse de hastanelerdeki yatak kapasitesinin arttığı, bu artışın da özellikle özel hastaneler noktasında daha belirgin olduğu Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu istatistiklerden anlaşılmaktadır.



Şekil 2-3: Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı-Sağlık İstatistiği Yıllığı (2018)'dan değiştirilerek.

Nitelikli yatak sayılarının belirtilmiş olduğu Şekil 2-3'deki verilere göre 2002 yılında 6839 olan Sağlık Bakanlığı'na ait nitelikli yatak sayısının 2018'de 83.277'e, 6402 olan nitelikli üniversite hastanesi yatak sayısının 23.112'ye ve 5693 olan nitelikli özel hastane yatak sayısının 33.014'e çıktığı görülmektedir. Ülkemizde 2002 yılında 18.934 olan nitelikli yatak sayısının 2018 yılında 139.403'e çıktığı, 2002 yılı ve 2018 yılları arasındaki süreçte nitelikli yatak sayıları arasında çok ciddi bir artış olduğu görülmektedir (https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html; Erişim Tarihi: 16.03.2020).



Şekil 2-4: Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler-Sağlık İstatistiği Yıllığı (2018)'dan değiştirilerek.

Şekil 2-4'deki veriler incelendiğinde ülkemizde 2002 yılında birinci basamak sağlık hizmeti veren tesislere ortalama 1,1 ve ikinci, üçüncü basamak sağlık hizmeti veren tesislere ortalama 2,0 olan başvuru sayısının 2018 yılına gelindiğinde birinci basamak tesislerde 3,2 ve ikinci, üçüncü basamak tesislerde 6,3'e çıktığı görülmektedir. Toplam müracaatın ise 3,1'den 9,5'e çıktığı görülmektedir (https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html; Erişim Tarihi: 16.03.2020).

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Sağlık Bakanlığı	1,7	3,8	3,9	4,3	4,4	4,6
Üniversite	0,1	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5
Özel	0,1	0,9	1,0	0,9	0,9	0,9
Toplam	1,9	5,1	5,3	5,6	5,8	6,1

Tablo 2-1: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Kişi Başı Müracaat Sayısı-Sağlık İstatistiği Yıllığı (2018)'dan değiştirilerek.

Hastanelere olan müracaatın gösterildiği Tablo 1-1'deki verilere göre 2002 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere 1,7, üniversite hastanelerine 0,1 ve özel hastanelere 0,1 olan ortalama müracaat sayısının 2018 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere 4,6, üniversite hastanelerine 0,5 ve özel hastanelere 0,9'a çıktığı görülmektedir. Toplam hastane

müracaat sayısının da 1,9'dan 6,1'e çıktığı görülmektedir (https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html; Erişim Tarihi: 16.03.2020).

Ülkemizde 2002 yılı ve 2018 yılları arasındaki süreçte gerek hekime başvuru gerekse de hastaneye başvuru sayısının ciddi derece de arttığı görülmektedir. Bu bağlamda 2002 yılı ve 2018 yılları arasında ülkemizde her ne kadar gerek nitelikli gerekse de normal yatak sayısı artmış olsa da hastanelere olan başvuru sayılarının ve ülke nüfusun arttığı düşünüldüğünde yeni yatak kapasite artışlarına ihtiyaç olacağı söylenebilmektedir.

2.3. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel Ortaklığı Modeli

2.3.1. Kamu-Özel Ortaklığı Tanımı

Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) tabiri ile ilgili birçok tanım olmasına karşın bununla ilgili birkaç tanıma yer vermek gerekirse, Güzelsarı (2012)'ya göre Kamu-Özel Ortaklığı: "Kamu altyapısı, kamu hizmetleri ve ilgili hizmetlerin sağlanması için devlet ve özel sektör arasındaki ortaklık anlaşmalarıdır." Miynat ve ark. (2007)'na göre: "Kamu hizmetlerinin sunumunda klasik anlamda tüm kamu hizmetlerinin devlet tarafından sunumu ile tüm hizmet temininin özel sektör vasıtasıyla yapılması arasında kalan, kamu sektörünün ve özel sektörün hizmet sunumunu beraberce üstlendikleri bir modeldir." (Miynat ve ark. 2007 Kaynak: Keskin 2011 p.16).

2.3.2. KOÖ Finansman Modelleri

KÖO'nun finansman modelleri incelendiğinde özelikle dünya ülkelerinde örneğine rastlanana 6 çeşit finansman modelinin var olduğu göze çarpmaktadır. Bu modeller: Yap Devret, Yap Kirala İşlet Devret, Yap Devret İşlet, Yap İşlet Devret, Yap Sahiplen İşlet Devret ve Yap Sahiplen İşlet şeklindedir (Keskin 2011 pp.15-22).

Yap Devret Modeli: kamunun sahiplenmesinin önemli olduğu, özel sektörün de inşa etme deneyimine ihtiyaç duyulan durumlarda kullanılan yöntemdir (Teker,2008). Bu modelde tasarı ve inşaat aşamasında özel sektörün alanında uzman olan personelinden ve tecrübesinden faydalanılır ve ardından söz konusu yapı kamuya devredilir. Kamu daha sonrasında işletme noktasında tek yetkilidir (Keskin 2011 pp. 15-22).

Yap Kirala İşlet Devret Modelinde, özel sektör projeyi inşa eden taraftır. Ardından projenin sahipliğini kamuya devreder. Ancak kimi zamanlarda proje ile ilgili birimleri belli bir dönem süresince kamudan kiralar ve işletir. Bu model daha ziyade projenin sahipliğinin özel sektörde kalmasının sakıncalı olduğunun düşünüldüğü durumlarda tercih edilir. Örnek

vermek gerekirse özellikle son yıllarda yapılan otoyol, tünel ve köprü projeleri bu şekilde projelendirilmiştir (Teker 2008 pp. 1-18).

Yap Devret İşlet Modelinde, özel sektör projenin finansmanını sağlayıp inşa etmektedir. Ardından projenin tamamlanmasına binaen projenin yasal mülkiyetini kamu kuruluşuna devretmekte ve sonrasında kamu kuruluşu söz konusu tesisi inşa eden girişimciye uzun süreli kiralamaktadır. Bu modelde projeyi gerçekleştirecek olan girişimci hizmet sunacağı yıllar içerisindeki ticari kazancı ile hem yapmış olduğu yatırımın maliyetini hem de kamu kuruluşuna ödeyeceği kirayı karşılamakta ve bir miktar da kar elde etmektedir. Bu model özellikle Güneydoğu Asya ülkelerindeki telekomünikasyon projelerinde uygulanmaktadır (Güney 2005).

Yap İşlet Devret Modeli: kamu hizmetlerinin ve projelerinin hayata geçirilmesi noktasında kamuda yeterli sermayenin bulunmaması durumlarında kamunun sermaye ve riskleri özel sektöre yüklediği ardından özel sektörün ilgili protokol esaslarına göre mevcut hizmeti işlettiği ve daha sonrasında tekrar kamuya koşulsuz ve şartsız olarak geri iade ettiği modeldir. İşletim esaslarının büyük önem arz ettiği bu sistemde kaliteli hizmet sunumunun olması adına işletme ile kamu arasında projenin işletimi noktasında belli protokoller söz konusudur. Ülkemizde kamu sektörünün 1980'li yıllardan itibaren farklı sektörlerdeki projelerde kullandığı bu model neticesinde ülkemizdeki kamu sektörünün alışkın olduğu bir model olduğu söylenebilmektedir (Keskin 2011 pp. 15-22).

Yap Sahiplen İşlet Devret modelinde özel sektör finansmanı sağlayıp tesisi inşa eder, belli bir süre sahiplenip işletmesini yapar ve daha sonra tesisi kamuya devreder. Özellikle Avustralya ve bazı gelişmekte olan ülkelerde yüksek bütçe gerektiren çalışmalarda tercih edilen bu modelle ilgili çeşitli yol, köprü ve altyapı çalışmaları mevcuttur. Ayrıca bu modelin Dünya Bankası, Asya Kalkınma Bankası ve Avrupa Kalkınma Bankası gibi uluslar arası bankalar tarafından desteklendiği bilinmektedir (Teker 2008 pp 1-18).

Yap Sahiplen İşlet modeli ise, özel girişimcinin, kamunun düzenlemiş olduğu işletim yükümlülüklerine uymak kaydı ile kamu ile yaptığı franchise tarzı bir sözleşme akabinde bir tesisin finansmanını sağlayıp inşaatını tamamladıktan sonra o tesisi sahiplenip sınırsız süreli olarak işletmesi modelidir. Bu modeldeki önemli nokta devletin koymuş olduğu kurallara özel girişimcinin bağlı kalmasını sağlamak adına taraflar arasında yapılan franchise anlaşmasının süresiz olmasıdır. Bu modele örnek olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Çin Halk Cumhuriyeti'nde bulunan bazı ücretli otoyollar ile Filipinler ve Endonezya'da bulunan birçok termik santraller verilebilmektedir (Güney 2005).

2.3.3. KÖO Modeli Aşamaları

KÖO Modeli'nin temel anlamda 6 aşamada gerçekleştiği söylenebilir. Öncelikle kamu tarafından projenin kapsamı belirlenir. Ardından yine kamu tarafından stratejiler oluşturulur. Bu stratejilerin önemli noktası özellikle yapılacak olan ihaleler ile ilgili oluşturulacak stratejiler ve şartnamelerdir. Daha sonra üçüncü aşamada seçim süreci gelmektedir. Bu süreçte firmalar kendi şartlarına uygun teklifler vermektedir. Teklif veren firmalardan ön elemeyi geçenler tespit edilmektedir. Dördüncü aşama, ön elemeyi geçen firmalar ile yapılan müzakereleri kapsayan müzakere aşamasıdır. Müzakereler sonucunda bir firma ile anlaşılmaktadır. Beşinci aşama müzakereler sonucunda anlaşılan firma ya da firmalar ile yapılan sözleşmelerden oluşmaktadır. Son aşamada ise yapılan sözleşmeler neticesinde özel sektörün yapmış olduğu hizmetin piyasaya sunulduğu süreç yer almaktadır (Keskin 2011 pp. 22-23).

2.3.4. KÖO Modeli'nin Tarihsel Gelişimi ve Bazı Ülkelerdeki Uygulamaları

Dünyadaki ilk KÖO uygulamalarının 17. ve 18. yüzyıllardaki bazı köprü, yol, kanal gibi yapıların yapımında gerçekleştirildiği söylenebilir. Ancak 20. yüzyıla gelindiğinde özellikle de İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki süreçte KÖO uygulamalarının özellikle Fransa, İtalya, Japonya ve ABD gibi ülkelerde uygulandığı görülmektedir. 1990 sonrasına gelindiğinde Avrupa'daki tüm KÖO projelerinin yaklaşık üçte ikisinin İngiltere'de gerçekleştiği, İngiltere'yi İspanya, Fransa, Almanya, İtalya ve Portekiz'in takip ettiği görülmektedir (Sözer 2014 pp. 215-253).

20. yüzyılın son çeyreğinde Dünya üzerindeki örneklerinin artmış olduğu KÖO uygulamalarının özellikle Avrupa Birliği ülkelerinde "Yap İşlet Devret" şeklinde yapıldığı göze çarpmaktadır. İlk örneklerine 1970'li yılların ortalarında Portekiz'de rastlanan Yap İşlet Devret modeline daha sonralarda özellikle İngiltere başta olmak üzere bir çok ülkede birçok sektörde rastlamak mümkündür. İngiltere'de 1992'de geçilen ve "Private Finance Initative" (PFI) olarak adlandırılan Türkçeye "Özel Finansman Modeli" diye çevrilen KÖO modeli ile birçok kamu yatırımı gerçekleştirilmiştir. Yapılan bu tesisler içerisinde özellikle 1997 ve 2005 yılları arasında çok sayıda sağlık kuruluşu tesisi göze çarpmaktadır. Günümüzde yapılan tüm bu yatırımlar neticesinde İngiltere'deki tüm kamu yatırımlarının % 12'sinin PFI modeli kapsamında gerçekleştiği ve yine İngiltere Maliye Bakanlığı'nın 2005 yılında sunmuş olduğu resmi verilere göre PFI modeli ile yapılan projelerin %89'unun zamanında bittiği, %77'sinin de öngörülen bütçe ile tamamlandığı göze çarpmaktadır. 17 Haziran 2004 yılında çıkarılan kararname ile KÖO uygulamasına geçilen Fransa'da da sağlık, konaklama, ulaşım gibi birçok

sektörde KÖO modeli ile yatırımlar yapılmıştır. Çeşitli sektörlerden bu örnekler özellikle İspanya, ABD gibi ülkeler başta olmak üzere birçok ülkede görülmektedir (Keskin 2011 pp. 42-49).

2.3.5. KÖO Modelinin Ülkemizdeki Tarihsel Gelişimi ve Uygulamaları

Ülkemizde ilk yasal zemininin Osmanlı Devleti dönemlerine dayandığı KÖO modeli, 1980'li yıllardaki elektrik üretim sektöründe ve sonrasında 1990'lı yıllardaki otoyol yapım ve bakım hizmetlerinde görülmeye başlanmış olmasına karşın 1990'lı yıllardaki siyasi ve ekonomik istikrarsızlık ve sözleşme tasarımlarında yapılan hatalar nedeni ile kamuoyunda tartışılır hale gelmiş ve buna binaen ilerlemeler kat edilememiştir. Ancak 2003 yılı sonrasında Avrupa Birliği fonlarının da etkisi ile yeniden gündeme geldiği bilinmektedir (Tekin ve Çelik 2012 pp. 81-98).

Ülkemizdeki sağlık alanındaki KÖO modellerinin temellerinin atılmasını sağlayan en önemli durum şüphesiz 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'dur. Bu yasa neticesinde 1988 yılında ilk defa Numune Hastanesine temizlik hizmetleri için hizmet alımı uygulamalarının başlandığı, sonrasında 1999 ve 2003 yıllarında yapılan anayasa değişiklikleri ile bu durumun kamuda sık görülen bir durum haline geldiği bilinmektedir. Özellikle 2003 yılındaki 657 sayılı yasanın 36. Maddesinde yapılan değişiklik ile sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil olan personellerin yapmış olduğu hizmetlerin, hizmet satın alınması yöntemi ile yapılabileceği hükmünün eklenmiş olmasının 2003 yılı sonrasında söz konusu hizmet alımlarının sayısını oldukça arttırdığı görülmektedir (Karasu 2011 pp. 217-262).

Ülkemizde 2005 yılında KÖO modeli ile sağlık alanında tesislerin yapılmasının önünü açan önemli bir gelişme yaşandığı bilinmektedir. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na 5396 sayılı yasa ile eklenen bir madde ile hizmet alımı, sunumu, örgütlenmesi ve finansmanı açısından köklü değişikler içeren KÖO modeli yasalara eklenmiştir. Ardından 2006 yılında Bakanlar Kurulu Kararı ile bu konu ile ilgili bir yönetmelik çıkarılmıştır. KÖO uygulamasına ilişkin yasada tanımlanmış olan işler: kira bedeli karşılığında tesis yapılması, sağlık tesislerinin bakım, onarım ve yenilenme işleri, tıbbi hizmetler ve destek hizmetlerinin sunumu, tıbbi hizmetlerin dışında kalan alanların işletilmesi ve tesislerdeki tüm tıbbi ekipmanların sağlanması şeklindedir (Karasu 2011 pp. 217-262).

Ülkemizde 2013 yılında çıkarılan 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkındaki Kanun ile sağlık

tesislerinin yapım ve işletim esasları ilgili kanun ile güvence altına alınmıştır. Söz konusu kanun ile yapılacak olan tesislerin Sağlık Bakanlığı'nın belirlemiş olduğu standartlar çerçevesinde kendisine veya Devlet Hazinesine ait olan taşınmazların üzerine ihale ile gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine belirli bir sürede ve belirli bir bedel üzerinden kiralama karşılığında yaptırılacağı belirtilmiştir. Söz konusu taşınmazların önce gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişilere bedelsiz olarak devredileceği, ardından projeyi yüklenen şirketin bir dönem yapım ve bir dönem de işletim aşaması olarak işlerin sunulmasını temin edeceği açıklanmıştır. Ayrıca devletin ise tüm bu hizmet sunumları karşısında söz konusu şirkete uzun dönemlere yayılan bir kira ödemesi gerçekleştireceği, işletmeyi özel sektör gerçekleştirse bile hizmetin devlet tarafından sunulduğunun kabul edildiği de açıkça belirtilmiştir (Özer 2016 pp. 9-38).

2.3.6. KÖO Modeli Avantajları

KÖO Modeli'nin avantajlarından bahsetmek gerekirse, öncelikle bu modelin henüz yeni olması nedeniyle avantaj kavramının devletlerin neden bu modeli tercih etmesi gerektiği anlamında kullanılmasının daha doğru bir yaklaşım olduğu görünmektedir. Bu bakış açısıyla bu modelle birlikte kamu hizmetleri daha kaliteli ve hesaplı bir şekilde sunulabilmektedir. Bu modelle klasik kamu hizmet anlayışının değişeceği ve kamunun finansman bulma adına çekmiş olduğu sıkıntılardan kurtulacağı söylenebilmektedir. Bu sayede gerçekleşmesinin uzun yıllar alacağı düşünülen projeler daha hızlı bir şekilde faal duruma gelebilmektedir. Ayrıca daha önceden planlanan ya da çeşitli sebeplerden dolayı yapımı ertelenen projeler bu modelle hızlı bir şekilde yapılmaktadır. Özel sektörün uzmanlık bilgisi ve işletme kapasitesi sayesinde kamu hizmetleri sunumunda faydalar sağlanmaktadır. Bu model ile devletin bir proje yapımı için borçlanması yerine bir firma yardımı ile uluslararası sermayenin projeye aktarılması sağlanmaktadır. Bu sayede uluslararası sermayenin ülke içine çekilmesi sağlanmakta devletin sermayesinin de farklı noktalara aktarabilmesi sağlanmaktadır. Ayrıca bu sayede kamu üzerinde bir bütçe baskısı söz konusu olmamaktadır (Keskin 2011 pp. 23-25).

2.3.7. KÖO Modeli Risk ve Dezavantajları

KÖO Modeli'nin riskleri ve dezavantajları noktasında da yine tıpkı avantajlarından bahsedilmeden belirtildiği gibi henüz yeni olan bu modelin dezavantajlarından bahsedilirken daha çok sektör çalışanlarının ve konu ile ilgili uzman kişilerin görüşleri neticesinde çıkarımlar saptamak daha mümkün görünmektedir. Bu konuda gerek sektör çalışanlarının gerekse uzman kişilerin görüşleri genellikle iş beklentilerinin ve garantilerinin azalacağı

yönünde olduğu görünmektedir. Ayrıca yapılacak olan sözleşmelerin uzun süreli olması münasebetiyle sözleşme maddelerin alanında uzman kişilerce açık, şeffaf, herkes tarafından anlaşılabilir şekilde olması oldukça önemlidir. Sözleşme tasarımında yapılabilinecek yanlış risk dağılımları, yetersiz yaptırımlar gibi hatalar uzun vadeli yapılan bu modelde kamu zararına ciddi sorunlarının önünü açabilmektedir. Daha önceden devlet tarafından yapılan işlerin özel sektöre devredilmesi ayrıca devlette bu hizmeti veren belli bir kapasitenin de kaybolmasına yol açacaktır. Ayrıca ekonomik olarak özel sektör borçlanmalarının kamu borçlanmalarından daha maliyetli olmasısın getireceği yüksek maliyet ve özel sektörün hizmet amacının en önemli noktasının kar maksimizasyonu olmasının oluşturabileceği riskin de bu modellerin dezavantajları arasında olduğu söylenmektedir. Yine kamu bütçesi açısından sözleşmelerin uzun olması, uzun sürecek olan ödemeleri doğuracağından genel bütçe de eksiklik gibi durumlar olabilecek, ödemeler gider olarak yansıdığından KOÖ projelerinin boyutu bilançolarda görülemeyebilecektir. Bu durumlar yatırım planının daha karmaşık bir hal almasına neden olabilecektir (Keskin 2011 pp. 25-27).

2.4. Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın Sonucu Şehir Hastaneleri

2.4.1. Ülkemizde Şehir Hastanelerinin Yapımına Giden Süreç

3 Temmuz 2005 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda yapılan değişiklik neticesinde Sağlık Bakanlığı'nın ihtiyacı olduğu sağlık tesisini gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine yaptırabileceği kararı üzerine ülkemizde ilerleyen yıllarda Entegre Sağlık Kampüsleri şeklinde de ifade edilebilen Şehir Hastanelerinin kamuoyunda tartışılmaya başlandığı görülmektedir. Ancak ilerleyen yıllarda yapılması planlanan bazı Entegre Sağlık Kampüslerine çeşitli davalar açıldığı ve hatta bu dava sonuçlarına itirazlar neticesinde üst mahkemelere gidildiği bazı dava neticelerinde ihaleler ile ilgili hukuken bazı eksikler veya usulsüzlükler olduğu hükmünün verilmesi sonucunda söz konusu yapıların yapımına bir türlü başlanamadığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından söz konusu hastanelerin yapım ihalelerine karşı açılan davaların neticesinde ortaya çıkan hukuki durumu değerlendiren hükümet 21 Şubat 2013 tarihinde 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'u yürürlüğe koymuştur. Söz konusu kanun ile 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun ek yedinci maddesi yürürlükten kaldırılarak yeniden düzenlenmiştir. Söz konusu bu kanunun çıkarılmasının akabinde ülkemizde KOÖ Modeli'nin bir sonucu olarak ortaya çıkan Şehir Hastanelerinin

yapım ve işletim süreçlerinin önündeki hukuki engeller ortadan kalkmıştır (Sözer, 2014 pp. 215-253).

2.4.2. Şehir Hastanelerinin Dünya'daki Örnekleri

KOÖ modelinin bir sonucu olarak ortaya çıkan ve Entegre Sağlık Kampüsleri olarak da adlandırılan Şehir Hastanelerinin dünyadaki bazı örneklerine bakılacak olursa özellikle İngiltere'nin bu noktada başı çektiği görülmektedir. 1990'lı yıllarda kamu alt yapılarını hayata geçirme noktasında yeterli fona sahip olamayan İngiltere gerekli finansmanı sağlamak adına geliştirmiş olduğu Özel Finansman Modeli ile birçok proje gerçekleştirdiği bilinmektedir. 1997 yılında yapımına başlanan "Buckinghamshire Hospital NHS Trust" ve "Dartford and Gravesham Hospital NHS Trust" ile de sağlık alanında Özel Finansman Modeli ile yapılan yapıların yapımına başlandığı ve 2005 yılında yapılan "Northgate & Prudehoe – Neuro Disability Centre" ve "Newcastle upon Tyne Hospitals" projeleri ile son bulduğu görülmektedir. Ayrıca söz konusu 1997 ve 2005 yıllarında yapılan sağlık tesislerinin haricinde, 1997 ve 2005 yılları arasında 14 ayrı sağlık tesisinin inşa edildiği görülmektedir. Fransa örneklerine bakılacak olunursa, 30 milyon pound tutarındaki "CHNO des Quinze-Vingts-Researh Institute" proje adıyla ifade edilen Türkçe karşılığında Paris şehrinde bulunan merkez hastaneye eklenen yeni klinik ve biyomedikal araştırma enstitüsünü, 100 milyon pound tutarındaki "Caen Hospital" proje adıyla ifade edilen Türkçe karşılığında Normandiya bölgesinde bulunan Caen şehrindeki yeni hastaneden ve 20 milyon pound tutarındaki "Centre les Tilleroyes" proje adı ile ifade edilen ve yine Türkçe karşılığında Tilleroyes'te bulunan yeni hastane projele örnekleri karşımıza çıkmaktadır. KOÖ modeli ile sağlık tesislerinin inşa edildiği İspanya'da da başkent Madrid'de bulunan 1,4 milyon dolar tutarındaki 9 hastane projesi görülmektedir. Ayrıca bu tür sağlık tesisi proje örneklerinin diğer bazı ülkelerde de örnekleri görülmektedir (Keskin 2011 pp. 44-48).

2.4.3. Şehir Hastaneleri Hakkındaki Görüşler

Günümüzde küreselleşen dünyada devletlerin giderek küçüldüğünü, kamu hizmetlerinin de özel sektörler aracılığı ile gerçekleşmeye başladığı bir düzenin hayatımıza girdiğini görmekteyiz. Bu bağlamda KÖO modeli proje örneklerinin son yıllarda farklı sektörlerde hayatımıza girdiği görülmektedir. Bu bağlamda ülkemizde de sağlık alanında da birçok proje gerçekleşmiş ve bunların sonucu olarak da Şehir Hastaneleri hayatımıza girmiştir (Sözer 2014 pp. 215-253).

2.4.3.1. Şehir Hastaneleri Hakkında Olumlu Görüşler

Şehir Hastaneleri ile ilgili gerek olumlu gerekse olumsuz eleştiriler mevcuttur. Olumlu eleştirilerden başlamak gerekirse öncelikle şüphesiz bu modelin en önemli tercih sebebinin kamunun mali kaynak noktasında, kaynak sıkıntısı yaşamayıp projeleri özel sektörün kaynakları üzerinden tamamlamış olması söylenmektedir. Mali kaynak eksikliğinin yanında teknoloji ve hizmet kalitesi noktasında da kamunun eksiklerinin özel sektör tarafından karşılanıyor olması da bu modelin avantajları noktasında değerlendirilebilmektedir. Ayrıca kamunun bu tür projeleri yapım noktasında oluşacak kamudaki bürokratik süreçlerin oluşturacağı zaman kaybından da kurtulacağı görünmektedir. Farklı alanlarda uzman işgücünü barındıran hastanelerin, tek bir hastane çatısı altında toplanması neticesinde sağlık uzmanlarının istihdamları daha verimli yapılabilmekte ve çeşitli görüntüleme cihazları ve laboratuar hizmetlerindeki cihazların her hastaneye ayrı ayrı almanın önü alınabilmektedir. Ayrıca yönetim noktasında, farklı sağlık tesislerinin her birinin ayrı ayrı yönetimlerinin olduğu düşünüldüğünde bu tesislerin birleştirilmesi neticesinde ortaya çıkan Şehir Hastanelerinde tek bir yönetim ile tüm tesis yönetilebilmektedir. Bu sayede tüm alımlar tek elden yapılabilmekte ve bu sayede fiyat noktasında ciddi avantajlar ortaya çıkmaktadır. Yine Şehir Hastanelerinin beş yıldızlı otel konforunda yapılması, son teknolojik sistemlerin kullanılması, içerisinde PTT şubesi, banka ATM'leri, bakımevleri, yer altı otoparkları, farklı dinlenme alanlarına sahip olması, deprem izolatörleri kullanılması, kullanılan enerjinin güneş ve rüzgârdan elde edilmesi hatta gerek yağmur sularının gerekse de atık suların arıtılıp tekrar kullanılması gibi artılara sahip olduğu görünmektedir (Sözer 2014 pp. 215-253).

2.4.3.2. Şehir Hastaneleri Hakkındaki Olumsuz Görüşler

Şehir Hastaneleri ile ilgili olumlu veya olumsuz anlamda değerlendirmeler yaparken konuyu hem ülkemiz hem de diğer ülkeler açısından ele alarak değerlendirmeler yapmak gerekmektedir. Bu bağlamda gerek ülkemizde gerekse de diğer ülkelerde Şehir Hastaneleri ile ilgili olumsuz düşüncelerin genellikle bu hastanelerin yapım ve işletim maliyetleri ve taraflar arasında yapılacak ilgili sözleşmeler noktasında olduğu görünmektedir.

Avrupa Yatırım Bankası'nın verilerine göre KÖO modeliyle yapılan yatırımların normal ihale yöntemi ile yapılan yatırımlara göre yüzde 24 daha pahalı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca KÖO modeli ile yapılan yatırımlarda özel sektörün çeşitli bankalardan kullanmış olduğu kredi maliyetlerinin devletin borçlanma maliyetlerinden oldukça fazla olduğu görülmektedir (Erbaş ve ark. 2013 Kaynak: Sözer 2014 pp. 215-253).

Şehir Hastaneleri projeleri ile bir araya getirilecek sağlık tesisleri ile birlikte projelerin gerçekleştirildiği illerde kent planlaması, kamu yönetimi ve çalışma ilişkileri gibi birçok ilişkilerde ciddi etkileşimler olmaktadır. Bu mega yapıların yapılması ile birlikte özellikle sağlık alanında büyük şirketlerin devrede olması neticesinde rekabetçi olmayan tekelleşmeye açık düzenler ortaya çıkacağı şeklinde eleştiriler mevcuttur. Ayrıca bilindiği gibi bu mega hastaneler farklı hizmet sektörlerinin sunumunun bir arada yapıldığı yapılardır. Buna otopark işletmeciliği hizmetleri, tıbbi görüntüleme işletmeciliği hizmetleri gibi farklı hizmet işletmeleri örnekleri vermek mümkündür. Bu noktada işletmeler arasında olabilecek uyuşmazlıkların idareyi ciddi anlamda zorlayacağı düşünülmektedir (Sözer 2014 pp. 215-253).

Şehir Hastaneleri ile ilgili yapılan değerlendirmelerde en çok eleştirilen noktalardan birinin de taraflar arasında yapılan sözleşmeler ile ilgili eleştiriler olduğu görülmektedir. Uzun süreli ve karmaşık birçok sözleşmenin yönetiminin de oldukça güç olduğu söylenmektedir. Bu bağlamda kamuda alanında uzman birçok kişiye ihtiyaç duyulduğu da aşikârdır. Sözleşme sonrasında kamuya bırakılacağı belirtilen hastanelerin yıllar içerisinde yaşlanacağı ve yıpranacağı düşünülünce kamu için geri alınan hastanelerin ciddi bakım giderleri oluşturacağı yine sözleşme bitiminde o zamana kadar işletimi özel sektör tarafından yapılmış olan hastanelerin kamuya geçmiş olması ile söz konusu karmaşıklaşmış yönetim ilişkilerini kamunun tek başına yönetmesinin güçleşeceği düşünülmektedir. Ayrıca Şehir Hastanelerinin yapıldığı illerde kamuya ait olan hastanelerin kapatılması ya da yatak sayısının azaltılması neticesinde Şehir Hastaneleri ile Türkiye'deki hastane yatak sayılarının istenilen düzeyde artmayacağı şeklinde görüşler dile getirilmektedir (Sözer 2014 pp. 215-253).

2.4.4. Türkiye'deki Şehir Hastaneleri'nin Yapım Süreçleri ve Yönetim Biçimleri

Ülkemizde KÖO Modeli ile yapılan ve 2017 yılından itibaren farklı şehirlerde hizmet vermeye başlayan Şehir Hastaneleri ülkemizdeki sağlık sisteminde belli başlı farklılar oluşturmuş ve yepyeni bir model olarak hayatımıza geçmeye başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle hastanecilik ve otelcilik hizmetleri anlamında fiziki alt yapıyı yükselten Şehir Hastaneleri hâlihazırda Yozgat, Isparta, Mersin, Adana, Kayseri, Manisa, Elazığ, Eskişehir, Bursa ve Ankara illerde hizmete girmiş bulunmaktadır (Kayral 2019 pp. 677-694).

KÖO modeli ile yapılan Şehir Hastaneleri planlamaları 1 yıllık ihale süreci, ihale sonrası yüklenici firmanın 3 yıllık yatırım süreci ve 25 yıllık işletme dönemi şeklinde yapılmaktadır. İhale şekli "Belli istekliler tarafından yapılan ihale yöntemi" şeklinde olan

ihale de ön yeterlilik, ön teklif, nihai teklif ve açık eksiltme gibi aşamalar bulunmaktadır. İhalelerin neticelenmesi sonrasında sözleşme aşamaları başlamaktadır. Bu sözleşmeler, özel hukuk hükümlerine tabi olmakla beraber sabit yatırım dönemi haricinde otuz yılı geçmemek üzere idarece belirlenmektedir. Sözleşme aşamasında, 2014 yılında çıkarılan 6282 sayılı yönetmelik gereği yüklenici firmanın bazı şartları sağlaması gerekmektedir. Bu şartlar: tesisin yapım işlerinin projelendirilmesi, gerekli finansmanın sağlanması, gerekli bakım ve onarım işlerinin yapılması, ticari hizmet alanlarının işletilmesi, sözleşme bitiminde bakanlığa devir sürecindeki sorumlulukların yerine getirilmesi, sözleşme sürecindeki üçüncü kişilere verebileceği zararlardaki yüklenici firmanın sorumlulukları, yüklenici tarafından sözleşmede öngörülen şartların yerine getirilmemesi halinde kamunun uğrayacağı zararın yüklenici firmaya tazmin edilmesi ve uygulanacak cezai şartlar ve idarenin sözleşmede belirtilmiş olan bedeli yüklenici firmaya zamanında ödeyememesi durumunda oluşacak gecikme faizi ve şartları şeklindedir (Atasever ve ark. 2018 pp. 25-51).

KÖO modeli ile yapılan Şehir Hastanelerinde yüklenici firma konumunda bulunan özel amaçlı şirket yapım dönemi sonrasında 25 yıllık bir işletim dönemine geçmektedir. Söz konusu bu özel amaçlı şirketin, ilgili kanun gereği idarenin muhatabı konumunda olduğu ve herhangi başka bir ticari faaliyette bulunmalarının ilgili kanun gereği söz konusu olmadığı belirtilmiştir. Bu özel amaçlı şirketin altında biri yapım işlerinden sorumlu biri de işletim işlerinden sorumlu iki alt şirket bulunmaktadır. Bunlardan yapım işlerinden sorumlu olan şirket yapım ile ilgili işleri yapmakla, işletmeden sorumlu olan şirket de yapımın tamamlanmasına binaen tesisin işletim hizmetlerini sağlamakla sorumludur. İşletme döneminde belirlenen ödemelerin ilgili kanun hükmünce Sağlık Bakanlığı'nın döner sermaye bütçesinden ve/veya merkezi yönetim bütçesinden ödeneceği belirtilmiştir. Ayrıca yüklenici firmalarla yapılacak olan sözleşmelerdeki bedellerin tespitinde ilgili yönetmelik gereğince yatırım maliyeti, ekipman ve tıbbi donanımların söz konusu firma tarafından sağlanıp sağlanmayacağı, yüklenici firmanın karı, tesiste bulunan diğer hizmet alanlarının söz konusu firmaya bırakılıp bırakılmayacağı gibi hususlara dikkat edilmektedir (Atasever ve ark. 2018 pp. 25-51).

Şehir Hastaneleri yönetim açısından kamu ve özel olmak üzere iki farklı yönetim biriminden oluşmaktadır. Hastanede sunulacak olan tıbbi hizmetlerin yönetimi kamu tarafından görülecekken, teknik destek hizmetleri, temizlik ve otelcilik hizmetleri, tıbbi görüntüleme, sterilizasyon ve laboratuar hizmetleri, veri işleme, sekreterlik hizmetleri ve otopark, kafeterya gibi alanların işletimleri yüklenici firma tarafından görülmektedir. Söz konusu firma tarafından sunulacak hizmetler miktara bağlı olan ve miktara bağlı olmayan

hizmetler diye ikiye ayrılmaktadır. Miktara bağlı olan hizmetler: yemek, çamaşır, rehabilitasyon, sterilizasyon, laboratuar ve atık yönetimi gibi hizmetler iken, miktara bağlı olmayan hizmetler ise: bakım ve onarım, bina, arazi ve çevre hizmetleri, bahçe hizmetleri gibi hizmetlerden oluşmaktadır (Kayral 2019 pp. 677-694).

2.4.5. Türkiye'deki Şehir Hastaneleri ve Özellikleri

Türkiye'de KÖO modeli ile faaliyete başlayan ilk hastane olan Mersin Şehir Hastanesi 2017 yılının Şubat ayında açılmıştır. Toplam 1294 yatağa sahip olan hastane 544 tek kişilik, 252 çift kişilik odadan oluşmaktadır. Ayrıca 52 ameliyathane odasına sahip olan hastanenin yoğun bakım yatak kapasitesi 210 olarak belirtilmiştir (https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html; Erişim Tarihi: 03.03.2020).

KÖO modeli ile yapılan ve 2017 Mart ayında hizmet vermeye başlayan Isparta Şehir Hastanesi 755 yatak kapasitesine sahiptir. 324 tek kişilik, 150 çift kişilik odaya sahip olan Isparta Şehir Hastanesi ayrıca 167 poliklinik ve 20 ameliyathane odasına sahiptir. Yatak kapasitesinin 166'sını yoğun bakım yatakları oluşturmaktadır (https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html; Erişim Tarihi: 03.03.2020).

2017 yılının Nisan ayında törenle açılan Yozgat Şehir Hastanesi 475 yatak kapasitesine sahiptir. Ayrıca 113 poliklinik ve 18 ameliyathane odasına sahip olan hastanenin 88 de yoğun bakım yatağı vardır (https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html; Erişim Tarihi: 03.03.2020).

Adana Şehir Hastanesi, 2017 yılının Eylül ayında hizmet vermeye başlamıştır. Toplam yatak kapasitesinin 1550 olduğu hastanede 330 poliklinik ve 61 ameliyathane odası mevcut olup 274 adet de yoğun bakım yatağı vardır (https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html; Erişim Tarihi: 03.03.2020).

Kayseri Şehir Hastanesi, 2018 yılının Mayıs ayında hizmete girmiştir. 1607 yatak kapasiteli ve 404 poliklinik sayısına sahip olan hastanenin 671 odası tek kişilik, 323 odası da çift kişiliktir. 43 ameliyathaneye sahip olan hastanenin 309 da yoğun bakım yatağı mevcuttur (https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html; Erişim Tarihi: 03.03.2020).

2018 yılının Ağustos ayında açılan Elazığ Şehir Hastanesi 1038 yatak kapasitesine sahip olup bunların 338'i tek kişilik ve 169'u çift kişilik odalardan oluşmaktadır. Ayrıca 227 polikliniğe sahip olan hastanenin 39 ameliyathanesi ve 160 yoğun bakım yatağı mevcuttur (https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html; Erişim Tarihi: 03.03.2020).

2018 yılının Ekim ayında hasta kabulüne başlayan Manisa Şehir Hastanesi 558 yatak kapasitesine sahiptir. 236 tek kişilik, 100 çift kişilik odalardan oluşan hastanede 145

poliklinik ile hizmet verilmektedir. Ayrıca 21 ameliyathane sayısına sahip olan hastanenin 159 da yoğun bakım yatağı mevcuttur (https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html; Erişim Tarihi: 03.03.2020).

2018 yılının Ekim ayında açılan bir diğer Şehir Hastanesi de Eskişehir Şehir Hastanesi'dir. Toplam 1081 yatak kapasiteli hastanenin 443 tek kişilik ve 193 çift kişilik odası mevcuttur. 254 poliklinik sayısına sahip hastanenin 38 ameliyathanesi ve 209 yoğun bakım yatağı mevcuttur (https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html; Erişim Tarihi: 03.03.2020).

Avrupa'nın en büyük hastanesi olan Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 3624 yatak kapasitesine sahiptir. 1943 tek kişilik ve 738 çift kişilik odaya sahip olan hastanede 1031 adet poliklinik odası mevcuttur. 125 ameliyathanesiyle hizmet veren hastanenin 697'de yoğun bakım yatağı mevcuttur (https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html; Erişim Tarihi: 03.03.2020).

2019 yılının Temmuz ayında hasta kabulüne başlayan Bursa Şehir Hastanesi 1355 yatak kapasitesine sahiptir. 638 tek kişilik ve 256 çift kişilik odaya sahip olan hastanenin 403 poliklinik odası mevcuttur. 49 ameliyathaneye sahip olan hastanenin 240 adet de yoğun bakım yatağı mevcuttur (https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html; Erişim Tarihi: 03.03.2020).

Hizmete açılan tüm bu hastanelerin dışında hala yapımı devam eden ve 2020 yılında açılması planlanan Şehir Hastaneleri; Konya Karatay Şehir Hastanesi, Tekirdağ Şehir Hastanesi, Kütahya Şehir Hastanesi, Kocaeli Şehir Hastanesi ve İstanbul Başakşehir İkitelli Şehir Hastanesi'dir. Ayrıca yine 2021 yılında açılması planlanan hastaneler; Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Gaziantep Şehir Hastanesi ve İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi'dir (https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html; Erişim Tarihi: 03.03.2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları

Bu çalışmanın amacı, Şehir Hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş performansı ve iş doyum düzeylerini belirlemektir. Tanımlayıcı tipte planlanan bu çalışmada araştırma soruları şu şekildedir:

- Şehir Hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş performansları hangi düzeydedir?
- Şehir Hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş doyumları hangi düzeydedir?
- Şehir Hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş performans ve iş doyum düzeyleri demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
- Şehir Hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş doyum düzeyleri ile iş performansı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreninin etik kurul onayı alınması itibari ile (31.01.2018) Türkiye'de hâlihazırda hizmet veren tüm Şehir Hastanelerinde (Adana Ş.H, Yozgat Ş.H, Eskişehir Ş.H, Elazığ Fethi Sekin Ş.H, Mersin Ş.H, Isparta Ş.H, Manisa Ş.H, Kayseri Ş.H) çalışan hemşirelerden oluşması planlanmıştır (N=5597). Ancak araştırmaya Elazığ, Adana ve Yozgat Şehir Hastanelerinin onay vermesi nedeni ile araştırma evrenini bu hastanelerde çalışan tüm hemşireler oluşturmuştur (N=2267). Araştırma örneklemini gelişigüzel örnekleme modeli ile kurum izinleri alınan hastanelerde (Adana Ş.H, Elazığ Ş.H ve Yozgat Ş.H) çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 507 kişi oluşturmuştur.

3.3. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları Kişisel Bilgi Formu, Hemşire Performans Ölçeği ve Hemşire İş Doyum Ölçeği'nden oluşmaktadır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu'nun ilk bölümünde araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 7 sorudan oluşan bir kişisel bilgi formu yer almaktadır. Bu formda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, kurumda çalışma yılı, meslekte çalışma yılı ve çalıştıkları birimlere ait sorulardan oluşan açık uçlu ve çoktan seçmeli sorular yer almaktadır.

3.3.2. Hemşire Performans Ölçeği

Greenslade ve Jimmieson (2007) tarafından oluşturulan ve Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Harmancı Seren ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan Hemşire Performans Ölçeği 32 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar : "Bakımın koordinasyonu", "Hastalara yardım ve destek", "Meslektaşlara destek", "Kuruma katkı", "Bilgi verme" ve "İşe katkı" şeklindedir. Harmancı Seren ve arkadaşları tarafından Cronbach Alfa değeri α=0,95 olarak ölçülen ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa değeri α=0,96 olarak ölçülmüştür. Ölçek maddelerinde ters puanlanan veya ölçek maddelerinden çıkarılan herhangi bir madde mevcut değildir. 5'li Likert tipinde oluşturulan ölçek maddelerinde alınan puan 5'e doğru yükseldikçe iş performansı yüksek, 1'e doğru indikçe iş performansı düşük olarak değerlendirilmektedir. Ölçek alt boyutlarından "Bakımın koordinasyonu" alt boyutu 4., 6., 7., 8., 15., 17., 18., 19. ve 32. maddelerden, "Hastalara yardım ve destek" alt boyutu 9., 10., 11., 12., 13.,14. ve 16. maddelerden, "Mestektaşlara destek" allt boyutu 20., 21., 22., 23., 24., ve 25. maddelerden, "Kuruma katkı" alt boyutu 26., 29., 30. ve 31. maddelerden, "Bilgi verme" alt boyutu 1., 2., 3., ve 5. maddelerden ve "İşe katkı" alt boyutu ise 27. ve 28. maddelerden oluşmaktadır.

3.3.3. Hemşire İş Doyum Ölçeği

Hemşirelerin iş doyum düzeylerini belirlemek amacıyla Japonya'da Muya ve arkadaşları (2014) tarafından geliştirilen 28 madde ve 4 alt boyuttan oluşan, Türkçe geçerliliği ve güvenirliği Yılmaz ve Yıldırım (2016) tarafından yapılan Hemşire İş Doyum Ölçeği 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar: "İşle İlgili Olumlu Duygular", "Üstlerden Uygun Destek", "İşyerinde Algılanan Önem" ve "Keyifli Çalışma Ortamı" şeklindedir. Yılmaz ve Yıldırım tarafından Cronbach Alfa değeri α=0,90 olarak ölçülen ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa değeri α=0,89 olarak ölçülmüştür. Ölçeğin 7. ve 21. maddeleri ters puanlanmıştır. 5'li Likert tipinde oluşturulan ölçek maddelerinde alınan puan 5'e doğru yükseldikçe iş doyumu yüksek, 1'e doğru indikçe iş doyumu düşük olarak değerlendirilmektedir. Yılmaz ve Yıldırım tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışmasından sonra 4. madde ölçekten çıkarılmıştır. Ölçek alt boyutlarından "İşle ilgili olumlu duygular" alt boyutu anket formunda 1. ve 8. maddeler arasındaki 8 maddeden, "Üstlerden uygun destek" alt boyutu 9. ve 14. maddeler arasındaki 6 maddeden, "İşyerinde algılanan önem" alt boyutu 15. ve 22. maddeler arasındaki 8 maddeden ve "Keyifli çalışma ortamı" alt boyutu ise 23. ve 27. maddeler arasındaki 5 maddeden oluşmaktadır.

3.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatiksel analizi İstanbul Üniversitesi lisanslı IBM SPSS statictics V23 programı kullanılarak yapılmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri ve ölçek puan ortalamalarında tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde ortalaması, standart sapma) kullanılmıştır. Elde edilen ölçümlerin karşılaştırılmasında parametrik ve parametrik olmayan analizlerden yararlanılmıştır. Ölçeklerden elde edilen ölçümlerin katılımcıların demografik özellikleri ile karşılaştırılmasında "Bağımsız gruplarda t-testi", "Tek Yönlü Varyans Analizi", "Mann Whitney U", "Kruskal Wallis" testleri ve ölçekler arasındaki ilişkilerin analizinde "Perason Moment Korelasyon Analizi" kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Etik Yönleri

Bu çalışmanın etik onayı (31.01.2018/10840098-604.01.01-E.3636) T.C İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan araştırma kapsamına giren uygulama izinleri ise illerin bağlı bulunduğu il sağlık müdürlükleri aracılığı ile Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Adana Şehir Hastanesi ve Yozgat Şehir Hastanesinden alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın örneklemi, araştırma kapsamında başvuru yapılan Türkiye'deki sekiz Şehir Hastanesinden çalışmaya izin veren Elazığ Fethi Sekin Ş.H, Adana Ş.H ve Yozgat Şehir Hastanelerinde çalışan hemşireler ile sınırlıdır.

Hemşirelerin iş performansları ve iş doyumları öz bildirim ile yanıtlanan ölçekler ile toplandığı için hemşirelerin verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

4.1. Hemşirelerin Demografik Bulguları

Araştırmaya katılan hemşirelere ait demografik veriler Tablo 4-1'de sunulmuştur.

Tablo 4-1: Demografik özellikler için tanımlayıcı istatistikler (N=507)

	n	**%**
Kurum		
A Hastanesi	121	23,9
B Hastanesi	**202**	**39,8**
C Hastanesi	184	36,3
Cinsiyet		
Kadın	**436**	**86**
Erkek	71	14
Medeni durum		
Evli	**349**	**68,8**
Bekâr	150	29,6
Diğer	8	1,6
Eğitim durumu		
Lise	42	8,3
Önlisans	95	18,7
Lisans	**345**	**68**
Lisansüstü	25	4,9
Çalışılan birim		
Servis	**277**	**54,6**
Özellikli birim	179	35,3
Nöbetsiz birimler	51	10,1
	Ortalama ± Standart sapma	**Ortanca (Minimum - Maksimum)**
Yaş	33,2 ± 7,9	32 (20 - 56)
Kurumda çalışma yılı	1,9 ± 0,7	2,0 (1 - 4)
Meslekte çalışma yılı	11,4 ± 8,6	9,0 (1 - 36)

Tablo 4-1'deki hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımında; %39,8'inin B Hastanesinde, % 36,3'ünün C Hastanesinde ve % 23,9'unun A Hastanesinde çalıştığı, % 86'sının kadın, % 68,8'inin evli , % 68'inin lisans mezunu olduğu, %54,6'sının yataklı

servislerde çalıştığı, yaş ortalamasının 33,2±7,9, kurumda çalışma yılının 1,9±0,7 olduğu meslekte çalışma yılının 11.4±8,6 olduğu saptandı.

4.2. Hemşire Performans Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan hemşirelerin Hemşire Performans Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları Tablo 4-2'de sunulmuştur.

Tablo 4-2: Hemşire performans ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları (N=507)

	Ortalama ± Standart sapma	**Ortanca (Minimum - Maksimum)**
Hemşire Performans Ölçeği alt boyutları ve toplam		
Bakımın koordinasyonu	4,3 ± 0,7	4,3 (1 - 5)
Hastalara yardım ve destek	3,9 ± 0,7	4,0 (1 - 5)
Meslektaşlara destek	4,0 ± 0,7	4,0 (1 - 5)
Kuruma Katkı	3,8 ± 0,7	3,8 (1 - 5)
Bilgi Verme	3,9 ± 0,8	4,0 (1 - 5)
İşe Katkı	3,7 ± 0,9	4,0 (1 - 5)
Toplam	4,0 ± 0,6	4,0 (1 - 5)

Hemşire Performans Ölçeği alt boyut ve toplam ortalamalarının gösterildiği Tablo 4-2'deki verilere göre araştırmaya katılan hemşirelerin Hemşire Performans Ölçeği puan ortalaması 4,0±0,6 olarak saptandı. Alt boyutlarda "Bakımın koordinasyonu" alt boyutunda 4,3±0,7, "Hastalara yardım ve destek" alt boyutunda 3,9±0,7, "Meslektaşlara destek" alt boyutunda 4,0±0,7, "Kuruma katkı" alt boyutunda 3,8±0,7, "Bilgi verme" alt boyutunda 3,9±0,8 ve "İşe katkı"alt boyutunda 3,7±0,9 saptandı.

4.3. Hemşire İş Doyum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları

Araştırmaya katılan hemşirelerin Hemşire İş Doyum Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları Tablo 4-3'te sunulmuştur.

Tablo 4-3: Hemşire iş doyum ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları (N=507)

	Ortalama ± Standart sapma	Ortanca (Minimum - Maksimum)
Hemşire İş Doyum Ölçeği alt boyutları ve toplam		
İşle ilgili olumlu duygular	3,0 ± 0,2	3,0 (2,7 - 3,6)
Üstlerden uygun destek	2,9 ± 1	3,0 (1 - 5)
İş yerinde algılanan önem	3,4 ± 0,4	3,4 (1,5 - 4,5)
Keyifli çalışma ortamı	2,6 ± 0,8	2,6 (1 - 5)
Toplam	3,0 ± 0,5	3,0 (1,4 - 4,6)

Hemşire İş Doyum Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının gösterildiği Tablo 4-3'deki verilere göre araştırmaya katılan hemşirelerin Hemşire İş Doyum Ölçeği puan ortalaması 3,0±0,2 olarak saptandı. Alt boyutlarda; "İşle ilgili olumlu duygular" alt boyutunda 3,0±0,2, "İşyerinde algılanan önem" alt boyutunda 3,4±0,4, "Üstlerden uygun destek" alt boyutunda 2,9±1 ve "Keyifli çalışma ortamı" alt boyutunda 2,6 ± 0,8 saptandı.

4.4. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Hemşire Performans Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri ile Hemşire Performans Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4-4, Tablo 4-5, Tablo 4-6, Tablo 4-7 ve Tablo 4-8'te sunulmuştur.

Tablo 4-4: "Hemşire Performans Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının kurumlara göre karşılaştırılması (N=507)

	Kurum	Ort ± SS	Ortanca (Min. – Mak.)	Test istatistiği	p değeri
Bakımın koordinasyonu	A Hastanesi	4,4 ± 0,6	4,4 (1 - 5)	χ^2=1,987	0,370
	B Hastanesi	4,3 ± 0,6	4,3 (1 - 5)		
	C Hastanesi	4,3 ± 0,8	4,4 (1 - 5)		
Hastalara yardım ve destek	A Hastanesi	3,9 ± 0,7	4 (1 - 5)[ab]	χ^2=6,384	**0,041**
	B Hastanesi	3,9 ± 0,7	3,8 (1 - 5)[b]		
	C Hastanesi	4,0 ± 0,8	4 (1,2 - 5)[a]		

Tablo 4-4: "Hemşire Performans Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının kurumlara göre karşılaştırılması (N=507)

Meslektaşlara destek	A Hastanesi	4,1 ± 0,7	4 (1 - 5)	χ^2=2,526	0,283
	B Hastanesi	4,0 ± 0,7	4 (1 - 5)		
	C Hastanesi	4,0 ± 0,7	4 (1,8 - 5)		
Kuruma Katkı	A Hastanesi	3,8 ± 0,8	3,8 (1 - 5)	χ^2=2,191	0,334
	B Hastanesi	3,7 ± 0,7	3,8 (1 - 5)		
	C Hastanesi	3,8 ± 0,7	3,8 (1,8 - 5)		
Bilgi Verme	A Hastanesi	3,8 ± 0,8	3,8 (1 - 5)	χ^2=2,191	0,334
	B Hastanesi	3,7 ± 0,7	3,8 (1 - 5)		
	C Hastanesi	3,8 ± 0,7	3,8 (1,8 - 5)		
İşe Katkı	A Hastanesi	3,9 ± 0,8	4 (1 - 5)[b]	χ^2=7,747	**0,021**
	B Hastanesi	3,6 ± 0,9	4 (1 - 5)[a]		
	C Hastanesi	3,8 ± 0,9	4 (1 - 5)[ab]		
Hemşire iş performansı ölçeği toplam puan	A Hastanesi	4,1 ± 0,6	4,1 (1 - 5)	χ^2=5,172	0,075
	B Hastanesi	4,0 ± 0,6	4 (1 - 5)		
	C Hastanesi	4,0 ± 0,6	4 (1,4 - 5)		

F: Varyans analizi test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 4-4'deki Hemşire Performans Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının çalışılan kurumlara göre karşılaştırılmasında "Hastalara yardım ve destek" ve "İşe katkı" alt boyutlarında kurumlara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkların olduğu saptandı ($p<0,05$).

"Hastalara yardım ve destek" ve kurumların karşılaştırılmasında yapılan ileri analizler neticesinde (Kruskal Wallis) farklılığın "B ve C" kurumları arasında olduğu saptandı ($p<0,05$).

"İşe katkı" ve kurumların karşılaştırılmasında yapılan ileri analizler neticesinde (Kruskal Wallis) farklılığın "A ve B" kurumları arasında olduğu saptandı ($p<0,05$).

Tablo 4-5: "Hemşire Performans Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması (N=507)

	Cinsiyet	**Ort ± SS**	**Ortanca (Min. – Mak.)**	**Test istatistiği**	**p değeri**
Bakımın koordinasyonu	Kadın	4,4 ± 0,6	4,4 (1 - 5)	U=11661,5	**0,001**
	Erkek	4,1 ± 0,8	4,1 (1 - 5)		
Hastalara yardım ve destek	Kadın	3,9 ± 0,7	4 (1 - 5)	t=1,699	0,093
	Erkek	3,8 ± 0,9	3,8 (1 - 5)		
Meslektaşlara destek	Kadın	4,0 ± 0,7	4 (1 - 5)	t=1,556	0,123
	Erkek	3,9 ± 0,8	3,8 (1 - 5)		
Kuruma Katkı	Kadın	3,7 ± 0,7	3,8 (1 - 5)	t=1,105	0,270
	Erkek	3,8 ± 0,7	3,8 (1,8 - 5)		
Bilgi Verme	Kadın	3,9 ± 0,7	4 (1 - 5)	0,334	0,082
	Erkek	3,7 ± 0,9	4 (1 - 5)		
İşe Katkı	Kadın	3,8 ± 0,9	4 (1 - 5)	U=13385,0	0,057
	Erkek	3,5 ± 1	4 (1 - 5)		
Hemşire iş performansı ölçeği toplam puan	Kadın	4,1 ± 0,6	4 (1 - 5)	U=12246,0	**0,005**
	Erkek	3,8 ± 0,7	3,9 (1 - 5)		

F: Varyans analizi test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 4-5'deki Hemşire Performans Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılmasında; Hemşire Performans Ölçeği toplam puanı ve "Bakımın koordinasyonu" alt boyut puanının cinsiyete göre karşılaştırılmasında, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılığın olduğu, her iki karşılaştırmada da kadınların puanının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Tablo 4-6: "Hemşire Performans Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının medeni duruma göre karşılaştırılması (N=507)

	Medeni Durum	Ort ± SS	Ortanca (Min. – Mak.)	Test istatistiği	p değeri
Bakımın koordinasyonu	Evli	4,3 ± 0,7	4,3 (1 - 5)	U=26036,0	0,924
	Bekar	4,3 ± 0,6	4,3 (1,2 - 5)		
Hastalara yardım ve destek	Evli	3,9 ± 0,7	4 (1 - 5)	t=-0,164	0,870
	Bekar	3,9 ± 0,8	4 (1,3 - 5)		
Meslektaşlara destek	Evli	4,0 ± 0,7	4 (1 - 5)	t=-0,756	0,450
	Bekar	4,1 ± 0,6	4 (1,8 - 5)		
Kuruma Katkı	Evli	3,8 ± 0,7	3,8 (1 - 5)	t=-0,063	0,950
	Bekar	3,8 ± 0,7	3,8 (1 - 5)		
Bilgi Verme	Evli	3,9 ± 0,8	4 (1 - 5)	U=26518,5	0,810
	Bekar	3,9 ± 0,7	4 (1 - 5)		
İşe Katkı	Evli	3,7 ± 0,9	4 (1 - 5)	t=-0,138	0,890
	Bekar	3,7 ± 0,9	4 (1 - 5)		
Hemşire iş performansı ölçeği toplam puan	Evli	t=-0,138	4 (1 - 5)	U=26446,5	0,854
	Bekar	0,890	4 (1,7 - 5)		

F: Varyans analizi test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 4-6'daki veriler incelendiğinde; çalışan hemşirelerin medeni durumları ile Hemşire Performans Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4-7: "Hemşire Performans Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması (N=507)

	Eğitim Durumu	Ort ± SS	Ortanca (Min. – Mak.)	Test istatistiği	p değeri
Bakımın koordinasyonu	Lise	4,3 ± 0,6	4,3 (2,7 - 5)	χ^2=2,603	0,457
	Önlisans	4,3 ± 0,6	4,3 (1,1 - 5)		
	Lisans	4,3 ± 0,7	4,3 (1 - 5)		
	Lisansüstü	4,4 ± 0,9	4,8 (1 - 5)		
Hastalara yardım ve destek	Lise	3,8 ± 0,7	3,9 (2,2 - 5)	F=2,375	0,069
	Önlisans	4,0 ± 0,7	4 (1,2 - 5)		
	Lisans	3,9 ± 0,7	4 (1 - 5)		
	Lisansüstü	3,6 ± 0,9	3,7 (1 - 5)		
Meslektaşlara destek	Lise	4,0 ± 0,8	4 (2,2 - 5)	χ^2=2,683	0,443
	Önlisans	4,0 ± 0,6	4 (2 - 5)		
	Lisans	4,0 ± 0,7	4 (1 - 5)		
	Lisansüstü	4,0 ± 0,8	4 (1 - 5)		
Kuruma Katkı	Lise	3,7 ± 0,8	3,8 (2 - 5)	χ^2=1,460	0,691
	Önlisans	3,8 ± 0,7	3,8 (1,3 - 5)		
	Lisans	3,8 ± 0,7	3,8 (1 - 5)		
	Lisansüstü	3,7 ± 0,7	4 (1 - 5)		
Bilgi Verme	Lise	4,0 ± 0,7	4 (2,8 - 5)	χ^2=0,243	0,970
	Önlisans	3,9 ± 0,7	4 (1 - 5)		
	Lisans	3,9 ± 0,8	4 (1 - 5)		
	Lisansüstü	3,7 ± 1	4 (1 - 5)		
İşe Katkı	Lise	3,6 ± 0,9	3,5 (1,5 - 5)	F=1,35	0,257
	Önlisans	3,8 ± 0,8	4 (1 - 5)		
	Lisans	3,7 ± 0,9	4 (1 - 5)		
	Lisansüstü	3,4 ± 1,2	4 (1 - 5)		

Tablo 4-7: "Hemşire Performans Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması (devamı) (N=507)

Hemşire iş performansı ölçeği toplam puan	Lise	4,0 ± 0,6	4 (2,8 - 5)		
	Önlisans	4,0 ± 0,6	4 (1,4 - 5)	χ^2=0,918	0,821
	Lisans	4,0 ± 0,6	4 (1 - 5)		
	Lisansüstü	3,9 ± 0,7	4 (1 - 5)		

F: Varyans analizi test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 4-7'deki veriler incelendiğinde; çalışan hemşirelerin eğitim durumları ile Hemşire Performans Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4-8: "Hemşire Performans Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının çalışılan birime göre karşılaştırılması (N=507)

	Çalışılan birim	**Ort ± SS**	**Ortanca (Min. – Mak.)**	**Test istatistiği**	**p değeri**
Bakımın koordinasyonu	Servis	4,3 ± 0,6	4,3 (1 - 5)[ab]	**χ^2=7,744**	**0,021**
	Özelikli birim	4,4 ± 0,7	4,4 (1 - 5)[a]		
	Nöbetsiz birimler	4,1 ± 0,7	4,1 (1 - 5)[b]		
Hastalara yardım ve destek	Servis	3,9 ± 0,7	4 (1,2 - 5)	χ^2=4,035	0,133
	Özelikli birim	4,0 ± 0,8	4 (1 - 5)		
	Nöbetsiz birimler	3,9 ± 0,8	4 (1 - 5)		
Meslektaşlara destek	Servis	4,0 ± 0,7	4 (2 - 5)	χ^2=0,354	0,838
	Özelikli birim	4,0 ± 0,7	4 (1 - 5)		
	Nöbetsiz birimler	3,9 ± 0,8	4 (1 - 5)		
Kuruma Katkı	Servis	3,7 ± 0,7	3,8 (1 - 5)	χ^2=1,783	0,410
	Özelikli birim	3,8 ± 0,7	3,8 (1 - 5)		
	Nöbetsiz birimler	3,8 ± 0,8	4 (1 - 5)		
Bilgi Verme	Servis	3,9 ± 0,8	4 (1 - 5)	χ^2=0,848	0,654
	Özelikli birim	3,9 ± 0,7	4 (1 - 5)		
	Nöbetsiz birimler	3,8 ± 0,9	4 (1 - 5)		

Tablo 4-8: "Hemşire Performans Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının çalışılan birime göre karşılaştırılması (devamı) (N=507)

İşe Katkı	Servis	3,7 ± 0,9	4 (1 - 5)		
	Özelikli birim	3,8 ± 0,9	4 (1 - 5)	F=0,326	0,722
	Nöbetsiz birimler	3,7 ± 0,9	4 (1 - 5)		
Hemşire iş performansı ölçeği toplam puan	Servis	4,0 ± 0,6	4 (1,4 - 5)		
	Özelikli birim	4,1 ± 0,6	4 (1 - 5)	χ^2=2,739	0,254
	Nöbetsiz birimler	3,9 ± 0,7	4 (1 - 5)		

F: Varyans analizi test istatistiği, U: Mann-Whitney U test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 4-8'deki Hemşire Performans Ölçeği genel ve alt boyutlarının çalışılan birimlere göre karşılaştırılmasında "Bakımın koordinasyonu" alt boyutunda kurumlara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkların olduğu saptandı (p<0,05). "Bakımın koordinasyonu" ve çalışılan birimlerin karşılaştırılmasında yapılan ileri analizler neticesinde (Kruskal Wallis) farklılığın "Özellikli birim-Nöbetsiz birimler" arasında olduğu saptandı.

4.5. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ile Hemşire İş Doyum Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri ile Hemşire İş Doyum Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4-9, Tablo 4-10, Tablo 4-11, Tablo 4-12 ve Tablo 4-13'de sunulmuştur.

Tablo 4-9: "Hemşire İş Doyum Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının kurumlara göre karşılaştırılması (N=507)

	Kurum	**Ort ± SS**	**Ortanca (Min. – Mak.)**	**Test istatistiği**	**p değeri**
İşle ilgili olumlu duygular	A Hastanesi	3,1 ± 0,1[a]	3,1 (2,9 - 3,3)		
	B Hastanesi	2,9 ± 0,1[b]	2,9 (2,7 - 3,2)	F=52,432	**<0,001**
	C Hastanesi	3,0 ± 0,2[c]	3 (2,7 - 3,6)		
Üstlerden uygun destek	A Hastanesi	2,8 ± 1,2	3 (1 - 5)		
	B Hastanesi	2,9 ± 1	2,8 (1 - 5)	F=2,727	0,066
	C Hastanesi	3,0 ± 1	3 (1 - 5)		

Tablo 4-9: "Hemşire İş Doyum Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının kurumlara göre karşılaştırılması(devamı) (N=507)

İşyerinde algılanan önem	A Hastanesi	3,4 ± 0,5	3,4 (1,6 - 4,3)[ab]		
	B Hastanesi	3,3 ± 0,4	3,4 (1,5 - 4,3)[b]	χ^2=6,373	**0,041**
	C Hastanesi	3,4 ± 0,4	3,5 (2,1 - 4,5)[a]		
Keyifli çalışma ortamı	A Hastanesi	2,6 ± 0,9[b]	2,6 (1 - 5)		
	B Hastanesi	2,4 ± 0,8[a]	2,3 (1 - 5)	F=16,021	**<0,001**
	C Hastanesi	2,8 ± 0,8[b]	2,8 (1 - 5)		
Hemşire doyum ölçeği toplam	A Hastanesi	3,0 ± 0,6[ab]	3 (1,7 - 4,6)		
	B Hastanesi	2,9 ± 0,5[b]	2,9 (1,4 - 4,3)	F=5,338	**0,005**
	C Hastanesi	3,1 ± 0,5[a]	3,1 (1,7 - 4,5)		

F: Varyans analizi test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 4-9'daki Hemşire İş Doyum Ölçeği genel ve alt boyutlarının çalışılan kurumlara göre karşılaştırılmasında, "İşle ilgili olumlu duygular", "İşyerinde algılanan önem", "Keyifli çalışma ortamı" ve "Hemşire Doyum Ölçeğ toplam" boyutlarında kurumlara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkların olduğu saptandı (p<0,05).

"İşle ilgili olumlu duygular" alt boyutu ile kurumların karşılaştırılmasında yapılan ileri analizler neticesinde (Post Hoc, Tamhane) farklılığın "A ve B", "A ve C" ve "B ve C" kurumları arasında olduğu saptandı.

"İşyerinde algılanan önem" alt boyutu ile kurumların karşılaştırılmasında yapılan ileri analizler neticesinde (Kruskal Wallis) farklılığın "B ve C" kurumları arasında olduğu saptandı.

"Keyifli çalışma ortamı" alt boyutu ile kurumların karşılaştırılmasında yapılan ileri analizler neticesinde (Post Hoc, Tukey HSD) farklılığın "A ve B" ve "B ve C" kurumları arasında olduğu saptandı.

"Hemşire Doyum Ölçeği toplam" puanı ile kurumların karşılaştırılmasında yapılan ileri analizler neticesinde (Post Hoc, Tamhane) farklılığın "B ve C" kurumları arasında olduğu saptandı.

Tablo 4-10: "Hemşire İş Doyum Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması (N=507)

	Cinsiyet	Ort ± SS	Ortanca (Min. – Mak.)	Test istatistiği	p değeri
İşle ilgili olumlu duygular	Kadın	3,0 ± 0,2	3 (2,7 - 3,6)		
	Erkek	3,0 ± 0,2	3 (2,7 - 3,5)	t=-0,504	0,615
Üstlerden uygun destek	Kadın	2,9 ± 1	3 (1 - 5)		
	Erkek	2,9 ± 0,9	2,8 (1 - 5)	t=0,183	0,855
İşyerinde algılanan önem	Kadın	3,4 ± 0,4	3,4 (1,5 - 4,5)		
	Erkek	3,3 ± 0,5	3,4 (1,6 - 4,5)	t=1,412	0,159
Keyifli çalışma ortamı	Kadın	2,6 ± 0,8	2,6 (1 - 5)		
	Erkek	2,7 ± 0,8	2,8 (1 - 5)	t=-1,0	0,318
Hemşire doyum ölçeği toplam	Kadın	3 ± 0,5	3 (1,4 - 4,6)		
	Erkek	3 ± 0,5	3 (1,9 - 4,4)	t=0,197	0,844

F: Varyans analizi test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 4-10'daki veriler incelendiğinde; çalışan hemşirelerin cinsiyetleri ile Hemşire Doyum Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4-11: "Hemşire Doyum Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının medeni duruma göre karşılaştırılması (N=507)

	Medeni Durum	Ort ± SS	Ortanca (Min. – Mak.)	Test istatistiği	p değeri
İşle ilgili olumlu duygular	Evli	3,0 ± 0,2	3 (2,7 - 3,6)		
	Bekar	3,0 ± 0,1	3 (2,7 - 3,3)	t=1,878	0,061
Üstlerden uygun destek	Evli	2,9 ± 1	3 (1 - 5)		
	Bekar	2,9 ± 1	2,8 (1 - 5)	t=0,299	0,765

Tablo 4-11: "Hemşire Doyum Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının medeni duruma göre karşılaştırılması (devamı) (N=507)

İşyerinde algılanan önem	Evli	3,4 ± 0,5	3,4 (1,5 - 4,5)		
	Bekar	3,4 ± 0,4	3,4 (2 - 4,3)	t=-1,435	0,152
Keyifli çalışma ortamı	Evli	2,6 ± 0,9	2,6 (1 - 5)		
	Bekar	2,5 ± 0,8	2,4 (1 - 4,2)	t=0,955	0,340
Hemşire doyum ölçeği toplam	Evli	3,0 ± 0,5	3 (1,4 - 4,6)		
	Bekar	3,0 ± 0,5	3 (1,7 - 4,1)	t=0,556	0,578

F: Varyans analizi test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 4-11'deki veriler incelendiğinde; çalışan hemşirelerin medeni durumları ile Hemşire Doyum Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4-12: "Hemşire Doyum Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması (N=507)

	Eğitim Durumu	**Ort ± SS**	**Ortanca (Min. – Mak.)**	**Test istatistiği**	**p değeri**
İşle ilgili olumlu duygular	Lise	3,0 ± 0,2	3 (2,8 - 3,5)		
	Önlisans	3,0 ± 0,2	3 (2,7 - 3,6)		
	Lisans	3,0 ± 0,1	3 (2,7 - 3,6)	F=2,752	0,051
	Lisansüstü	3,0 ± 0,1	3 (2,8 - 3,3)		
Üstlerden uygun destek	Lise	3,1 ± 0,9	3 (1,2 - 5)		
	Önlisans	2,9 ± 1	3 (1 - 5)		
	Lisans	2,9 ± 1	2,8 (1 - 5)	F=0,568	0,636
	Lisansüstü	2,7 ± 1,3	2,5 (1 - 5)		
İşyerinde algılanan önem	Lise	3,4 ± 0,5	3,4 (2 - 4,5)		
	Önlisans	3,4 ± 0,4	3,4 (2,1 - 4,1)		
	Lisans	3,4 ± 0,4	3,4 (1,6 - 4,4)	χ^2=0,876	0,831
	Lisansüstü	3,3 ± 0,6	3,4 (1,5 - 4,5)		

Tablo 4-12: "Hemşire Doyum Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması (devamı) (N=507)

Keyifli çalışma ortamı	Lise	2,7 ± 0,9	2,4 (1 - 5)		
	Önlisans	2,7 ± 0,8	2,6 (1 - 4)		
	Lisans	2,6 ± 0,8	2,6 (1 - 5)	F=0,389	0,761
	Lisansüstü	2,5 ± 1	2,6 (1 - 5)		
Hemşire doyum ölçeği toplam	Lise	3,1 ± 0,5	3,1 (2,3 - 4,6)		
	Önlisans	3,0 ± 0,5	3 (2,1 - 4,3)		
	Lisans	3,0 ± 0,5	3 (1,7 - 4,5)	F=0,85	0,467
	Lisansüstü	2,9 ± 0,7	2,7 (1,4 - 4,4)		

F: Varyans analizi test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 4-12'deki veriler incelendiğinde; çalışan hemşirelerin eğitim durumları ile Hemşire Doyum Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4-13: "Hemşire Doyum Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının çalışılan birime göre karşılaştırılması (N=507)

	Çalışılan Birim	**Ort ± SS**	**Ortanca (Min. – Mak.)**	**Test istatistiği**	**p değeri**
İşle ilgili olumlu duygular	Servis	3,0 ± 0,1[a]	2,9 (2,7 - 3,3)		
	Özelikli birim	3,0 ± 0,1[a]	3 (2,7 - 3,3)	F=61,336	**<0,001**
	Nöbetsiz birimler	3,2 ± 0,2[b]	3,2 (2,9 - 3,6)		
Üstlerden uygun destek	Servis	2,9 ± 1	3 (1 - 5)		
	Özelikli birim	2,9 ± 1,1	2,8 (1 - 5)	F=0,24	0,786
	Nöbetsiz birimler	2,9 ± 1	2,8 (1 - 4,7)		
İşyerinde algılanan önem	Servis	3,4 ± 0,4	3,4 (2 - 4,5)		
	Özelikli birim	3,4 ± 0,5	3,5 (1,6 - 4,3)	χ^2=0,427	0,808
	Nöbetsiz birimler	3,3 ± 0,5	3,4 (1,5 - 4,5)		

Tablo 4-13: "Hemşire Doyum Ölçeği" alt boyut ve toplam puan ortalamalarının çalışılan birime göre karşılaştırılması (devamı) (N=507)

Keyifli çalışma ortamı	Servis	2,6 ± 0,8	2,6 (1 - 5)		
	Özelikli birim	2,6 ± 0,8	2,6 (1 - 5)	F=2,119	0,121
	Nöbetsiz birimler	2,8 ± 0,7	2,8 (1 - 4,2)		
Hemşire doyum ölçeği toplam	Servis	3,0 ± 0,5	3 (1,7 - 4,5)		
	Özelikli birim	3,0 ± 0,5	3 (1,7 - 4,6)	F=0,466	0,628
	Nöbetsiz birimler	3,1 ± 0,5	3,1 (1,4 - 4)		

F: Varyans analizi test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 4-13'deki Hemşire İş Doyum Ölçeği genel ve alt boyutlarının çalışılan birimlere göre karşılaştırılmasında, "İşle ilgili olumlu duygular" boyutunda çalışılan birime göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkların olduğu saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri analizler neticesinde (Post Hoc, Tukey HSD) farklılığın "Servis-Nöbetsiz birimler" ve "Özellikli birim-Nöbetsiz birimler" arasında olduğu saptandı ($p<0,05$).

4.6. Hemşire Performans Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile Hemşire İş Doyum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

Şehir Hastanelerinde çalışan hemşirelerin Hemşire Performans Ölçeği toplam ve alt boyutları ile Hemşire İş Doyum Ölçeği toplam ve alt boyutları arasındaki ilişkiler Tablo 4-14'te sunulmuştur.

Tablo 4-14: Ölçek puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları (N=507)

		İşle ilgili olumlu duygular	Üstlerden uygun destek	İş yerinde algılanan önem	Keyifli çalışma ortamı	Hemşire doyum ölçeği toplam	Bakımın koordinasyonu	Hastalara yardım ve destek	Meslektaşlara destek	Kuruma Katkı	Bilgi Verme	İşe Katkı
Üstlerden uygun destek	r	**0,13**										
	p	**0,003**	.									
İş yerinde algılanan önem	r	0,035	**0,478**									
	p	0,43	**<0,001**	.								
Keyifli çalışma ortamı	r	**0,197**	**0,487**	**0,375**								
	p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	.							
Hemşire doyum ölçeği toplam	r	**0,19**	**0,852**	**0,665**	**0,728**							
	p	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	.						
Bakımın koordinasyonu	r	0,002	**0,193**	**0,31**	0,083	**0,234**						
	p	0,968	**<0,001**	**<0,001**	0,061	**<0,001**	.					
Hastalara yardım ve destek	r	**0,095**	**0,205**	**0,338**	**0,218**	**0,297**	**0,539**					
	p	**0,033**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**					
Meslektaşlara destek	r	0,084	**0,223**	**0,377**	**0,205**	**0,323**	**0,575**	**0,635**				
	p	0,059	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	.			
Kuruma Katkı	r	**0,108**	**0,235**	**0,33**	**0,284**	**0,343**	**0,482**	**0,63**	**0,62**			
	p	**0,015**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	.		
Bilgi Verme	r	**0,11**	**0,217**	**0,348**	**0,212**	**0,304**	**0,525**	**0,578**	**0,629**	**0,675**		
	p	**0,013**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**.**	
İşe Katkı	r	**0,11**	**0,2**	**0,322**	**0,219**	**0,297**	**0,494**	**0,651**	**0,559**	**0,672**	**0,705**	
	p	**0,013**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**.**
Hemşire iş performansı ölçeği toplam puan	r	**0,098**	**0,249**	**0,398**	**0,243**	**0,355**	**0,778**	**0,836**	**0,791**	**0,784**	**0,778**	**0,78**
	p	**0,028**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**

r: Spearman sıra korelasyon katsayısı, p<0,050

Hemşire İş Doyum Ölçeği toplam ve alt boyutları ile Hemşire Performans Ölçeği toplam ve alt boyutları arasındaki ilişkilerin gösterildiği Tablo 14'deki verilere göre; "Hemşire Performansı Ölçeği" toplam puanı ile "Hemşire İş Doyum Ölçeği" toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,355$).

"İşyerinde algılanan önem" puanı ile "Üstlerden uygun destek" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,478$).

"Keyifli çalışma ortamı" puanı ile "Üstlerden uygun destek" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,487$). "Keyifli çalışma ortamı" puanı ile "İşyerinde algılanan önem" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,375$).

"Hemşire İş Doyum Ölçeği" toplam puanı ile "Üstlerden uygun destek" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,852$). "Hemşire İş Doyum Ölçeği" toplam puanı ile "İşyerinde algılanan önem" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,665$). "Hemşire İş Doyum Ölçeği" toplam puanı ile "Keyifli çalışma ortamı" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,728$).

"Bakımın Koordinasyonu" puanı ile "İşyerinde algılanan önem" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,31$). "Bakımın koordinasyonu" puanı ile "Hemşire İş Doyum Ölçeği" toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,234$).

"Hastalara yardım ve destek" puanı ile "Üstlerden uygun destek" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,205$). "Hastalara yardım ve destek" puanı ile "İşyerinde algılanan önem" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,338$). "Hastalara yardım ve destek" puanı ile "Keyifli çalışma ortamı" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,218$). "Hastalara yardım ve destek" puanı ile "Hemşire İş Doyum Ölçeği" toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,297$). "Hastalara yardım ve destek" puanı ile "Bakımın koordinasyonu" puanı

arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,539).

"Meslektaşlara destek puanı" ile "Üstlerden Uygun Destek" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,223). "Meslektaşlara destek" puanı ile "İşyerinde algılanan önem" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (p<0,001; r=0,377). "Meslektaşlara destek" puanı ile "Keyifli çalışma ortamı" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,205). "Meslektaşlara destek" puanı ile "Hemşire İş Doyum Ölçeği" toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,323). "Meslektaşlara destek" puanı ile "Bakımın koordinasyonu" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,575). "Meslektaşlara destek" puanı ile "Hastalara yardım ve destek" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,635).

"Kuruma katkı" puanı ile "Üstlerden uygun destek" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,235). "Kuruma katkı" puanı ile "İşyerinde algılanan önem" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,33). "Kuruma katkı" puanı ile "Keyifli çalışma ortamı" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,284). "Kuruma katkı" puanı ile "Hemşire İş Doyum Ölçeği" toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,343). "Kuruma katkı" puanı ile "Bakımın koordinasyonu" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,482). "Kuruma katkı" puanı ile "Hastalara yardım ve destek" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,63). "Kuruma katkı" puanı ile "Meslektaşlara destek" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,62).

"Bilgi verme" puanı ile "Üstlerden uygun destek" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,217). "Bilgi verme" puanı ile "İşyerinde algılanan önem" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,348). "Bilgi verme" puanı ile "Keyifli çalışma ortamı" puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,212). "Bilgi verme" puanı ile "Hemşire İş Doyum Ölçeği"

toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,304). “Bilgi verme” puanı ile “Bakımın koordinasyonu” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,525). “Bilgi verme” puanı ile “Hastalara yardım ve destek” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,578). “Bilgi verme” puanı ile “Meslektaşlara destek” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,629). “Bilgi verme” puanı ile “Kuruma katkı” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,675).

“İşe katkı” puanı ile “Üstlerden uygun destek” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,2). “İşe katkı” puanı ile “İşyerinde algılanan önem” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,322). “İşe katkı” puanı ile “Keyifli çalışma ortamı” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,219). “İşe katkı” puanı ile “Hemşire İş Doyum Ölçeği” toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,297). “İşe katkı” puanı ile “Bakımın koordinasyonu” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,494). “İşe katkı” puanı ile “Hastalara yardım ve destek” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,651). “İşe katkı” puanı ile “Meslektaşlara destek” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,559). “İşe katkı” puanı ile “Kuruma katkı” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,672). ‘İşe katkı’ puanı ile ‘Bilgi verme’ puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,705).

“Hemşire Performansı Ölçeği” toplam puan puanı ile “Üstlerden uygun destek” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,249). “Hemşire Performansı Ölçeği” toplam puanı ile “İşyerinde algılanan önem” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,398). “Hemşire Performansı Ölçeği” toplam puanı ile “Keyifli çalışma ortamı” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı (p<0,001; r=0,243). “Hemşire Performansı Ölçeği” toplam puanı ile “Bakımın koordinasyonu” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki

saptandı ($p<0,001$; $r=0,778$). “Hemşire Performansı Ölçeği” toplam puanı ile “Hastalara yardım ve destek” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,836$). Hemşire Performansı Ölçeği” toplam puanı ile “Meslektaşlara destek” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,791$). “Hemşire Performansı Ölçeği” toplam puanı ile “Kuruma katkı” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,784$). “Hemşire Performansı Ölçeği” toplam puanı ile “Bilgi verme” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,778$). “Hemşire Performansı Ölçeği” toplam puanı ile “İşe katkı” puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptandı ($p<0,001$; $r=0,78$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Şehir Hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş performansı ve iş doyum düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Hemşire Performans Ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında çalışmaya katılmayı kabul eden 3 Şehir Hastanesi'ndeki 507 hemşirenin puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Hemşire İş Performansı Ölçeği alt boyutlarından en yüksek ortalamanın "Bakımın koordinasyonu" alt boyutunda 4,3±0,7 ve en düşük ortalamanın "İşe katkı" alt boyutunda 3,7±0,9 olduğu görülmektedir. Ayrıca "Hastalara yardım ve destek" alt boyutunda ortalamanın 3,9±0,7, "Meslektaşlara destek" alt boyutunda 4,0±0,7, "Kuruma katkı" alt boyutunda 3,8±0,7 ve "Bilgi verme" alt boyutunda 3,9±0,8 olduğu saptanmıştır. Hemşire İş Performans Ölçeği'nin "Bakımın koordinasyonu" alt boyutunda, hemşirelik bakımı başta olmak üzere temel hemşirelik görev ve sorumluluklarına ait eylemlerin yerine getirilmesi ve koordinasyonu ile ilgili ölçek maddelerin olduğu düşünüldüğünde çalışan hemşirelerin temel hemşirelik görev ve sorumluluklarını yerine getirdikleri ve bu noktada yüksek düzeyde bir performansa sahip oldukları sonuçlarına ulaşılabilir. Ancak Hemşire İş Performans Ölçeği'nin diğer alt boyutlarında özellikle de "İşe katkı" alt boyutunda hemşirelerin diğer alt boyutlara göre daha düşük bir performans düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Hemşire İş Performans Ölçeği'nin "İşe katkı" alt boyutundaki ölçek maddelerinin "Hasta için özel düzenlemeler yapmak" ve "Hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için fazladan zaman harcamak" maddelerinden oluştuğu düşünüldüğünde, çalışan hemşirelerin her bir hasta için farklı ve özel düzenlemeler yapmaya ve hasta ihtiyaçları için fazladan zaman harcamaya, hemşirelik bakımı vermek kadar zaman ayırmak istemedikleri veya iş yoğunlukları gereği önceliği bu noktaya veremedikleri sonuçlarına varılabilir.

Bacaksız ve ark. (2018)'nın yapmış oldukları çalışmalarında benzer şekilde hemşirelerin yüksek performansla çalıştıkları sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca yine aynı çalışmada bu çalışmaya paralel bir şekilde hemşirelerin performansının Hemşire Performans Ölçeği'nin alt boyutlarından "Bakımın koordinasyonu" alt boyutunda en yüksek ve "İşe katkı" alt boyutunda en düşük seviyede olduğu görülmektedir. Bacaksız ve ark. (2018)'nın yapmış oldukları çalışmalarında çalışma evrenlerinin 1 kamu ve 5 özel hastaneden oluşması ve çalışma sonucunda Hemşire Performans Ölçeği'nin toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarının puan ortalamalarında paralel sonuçlar çıkması,

Şehir Hastanelerinde çalışan hemşirelerin diğer hastanelerde çalışan hemşirelerle benzer performansa sahip olduğu çıkarımı yapılmasını düşündürebilir.

Karatepe ve ark. (2019)'nın yapmış olduğu çalışmada ve yine literatürde bulunan hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının performans düzeyleri ile ilgili çalışmalarda da benzer şekilde sonuçlar göze çarpmaktadır (Tekingündüz ve ark. 2015, Kılınç ve Paksoy 2017, Saygılı ve ark. 2016). Şantaş ve ark. (2016)'nın yapmış oldukları çalışmalarda ise sağlık çalışanlarının performans düzeyleri orta seviyenin üzerinde saptanmıştır.

Hemşire İş Doyum Ölçeği toplam ölçek puan ortalamalarına bakıldığında araştırmaya gönüllü katılan tüm hemşirelerin orta düzeyde bir doyuma sahip olduğu saptanmıştır 3,0±0,5. Alt boyutlar açısından en düşük ortalamanın "Keyifli çalışma ortamı" alt boyutunda 2,6±0,8 ve en yüksek ortalamanın da "İşyerinde algılanan önem" alt boyutunda 3,4±0,4 olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan gönüllü hemşirelerin iş yerinde algılamış oldukları önem düzeylerinin diğer alt boyutlardan daha yüksek puana sahip olmasından hemşirelerin çalıştıkları birimlerde kendilerini mesleki anlamda önemli hissettikleri sonucuna varılabilir. Diğer taraftan çalışmaya katılan hemşirelerin keyifli bir çalışma ortamında bulunmadıkları düşüncesine sahip oldukları sonuçları da çıkarılabilir. Hemşire İş Doyum Ölçeği'nin diğer alt boyutlarının puan ortalamaları ölçek toplam puan ortalamaları ile paralellik göstermektedir.

Kanbay (2010)'ın, Konukoğlu (2014)'nun, Karakışla (2012)'nın, Çınar (2010)'ın, Çelik (2010)'in ve Büyükbayram (2009)'ın yapmış oldukları çalışmalarda da benzer şekilde araştırmaya katılan hemşirelerin iş doyum düzeyleri orta düzeyde saptanmıştır.

Çalışan hemşirelerin Hemşire Performans Ölçeği toplam puan ve alt boyutları ortalamaları ile demografik özellikleri karşılaştırıldığında öncelikle 3 farklı hastanede çalışan hemşirelerin Hemşire Performans Ölçeği toplam puanlarında anlamlı farklılıklar saptanmamakla birlikte Hemşire Performans Ölçeği alt boyutlarından "Hastalara yardım ve destek", "Bilgi verme" ve "İşe katkı" alt boyutlarında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. "Hastalara yardım ve destek" alt boyutunun hastaların ve ailelerin kaygılarını dinlemek, onların duygusal ihtiyaçlarını karşılamak gibi ölçek maddelerinden oluştuğu, "Bilgi verme" alt boyutunun da yine hastalara hastalıkları süresince ve taburculuk durumlarında verilen bilgilerden oluştuğu düşünüldüğünde bu farklılığın hemşirelerin iş yoğunluğunun fazla olduğu hastanelerde hastalar ve yakınları

ile iletişime yeterince zaman ayıramadığı düşüncesinin sonucunda oluştuğu düşünülebilir. 3 hastanede çalışan hemşirelerin Hemşire Performans Ölçeği alt boyutlarından "Bakımın koordinasyonu", "Meslektaşlara destek" ve "Kuruma katkı" alt boyutlarında ise herhangi bir farklılık saptanmamıştır. Hemşirelik bakımına yönelik maddelerin ölçek maddelerini oluşturduğu "Bakımın koordinasyonu" alt boyutu, meslektaşlarla iletişim ve koordinasyonun ölçek maddelerini oluşturduğu "Meslektaşlara destek" alt boyutu ve çalıştığı kurumu olumlu bir şekilde temsilin ölçek maddelerini oluşturduğu "Kuruma katkı" alt boyutlarında 3 farklı Şehir Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin benzer ve yüksek performansa sahip olması hemşirelerin temel hemşirelik yetki ve sorumluluklarını, meslektaşları ile koordineli bir şekilde ve çalıştığı kurumunun prestijini de düşünerek yüksek bir performansla yerine getirdiği şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmada cinsiyet ile Hemşire İş Performansı toplam puan ortalamaları ve Hemşire İş Performans Ölçeği'nin "Bakımın koordinasyonu" alt boyutunda anlamlı farklılıklar saptanmışken hemşireler üzerine yapılan birçok araştırmada cinsiyet ile hemşire performansı karşılaştırılmasında herhangi bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışan hemşirelerin çalıştıkları birim ile Hemşire Performans Ölçeği'nin "Bakımın koordinasyonu" alt boyutu arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Hemşirelik bakım gereksiniminin en yüksek olduğu yoğun bakım gibi özellikli birimlerde çalışan hemşirelerin ölçek puan ortalamaları en üst düzeyde iken, bunu yataklı servislerde çalışan hemşireler ve son olarak nöbetsiz çalışan hemşireler izlemiştir. Hastaların öz bakım gereksinimlerinin yüksek olduğu ve kendi kişisel bakımlarını gerçekleştiremedikleri yoğun bakım gibi özellikli birimlerde hemşirelerin bakım için daha fazla performans göstermesi beklenen bir sonuç olarak düşünülebilir. Bu hastanelerde çalışan hemşirelerin medeni durumları ve eğitim düzeyleri ile Hemşire Performans Ölçeği toplam puan ve alt boyutlarının ortalamaları arasında herhangi bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri ile Hemşire İş Doyum Ölçeği ölçek toplam puan ortalamaları ve alt boyut ortalamaları karşılaştırıldığında 3 farklı hastanede çalışan hemşirelerin farklı doyum düzeylerine sahip oldukları saptanmıştır. Bu bağlamda A Hastanesinde çalışan hemşirelerin Hemşire Doyum Ölçeği puan ortalamasının 3,0±0,6, B Hastanesinde çalışan hemşirelerin 2,9,±0,5 ve C Hastanesinde çalışan hemşirelerin ortalamasının 3,1±0,5 olduğu görülmektedir. Ayrıca

3 farklı Şehir Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin Hemşire Doyum Ölçeği alt boyutlarından "İşle ilgili olumlu duygular", "İşyerinde algılanan önem" ve "Keyifli çalışma ortamı" alt boyutlarında da istatistiksel anlamda farklılıklar olduğu sadece "Üstlerden uygun destek" alt boyutunda farklılık olmadığı saptanmıştır. 3 farklı hastanede çalışan hemşirelerin istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklı doyum düzeylerine sahip olmaları birçok sebebe dayalı olabilir. Bu sebepler: Hemşire sayısının başvuran hasta sayısına oranla düşük olması, hemşire iş yükünün fazla olması gibi sebepler olabilir.

Çalışan hemşirelerin cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumları ile iş doyumları karşılaştırıldığında bu değişkenler arasında herhangi bir farklılık saptanmamışken çalıştıkları birim ile Hemşire Doyum Ölçeği "İşle ilgili olumlu duygular" alt boyutu arasında farklılıklar saptanmıştır. Tilev ve Beydağ (2014)'ın yapmış oldukları çalışmada da benzer şekilde cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumları ile hemşire doyumu arasında bir farklılık saptanmamışken çalışılan birim ile iş doyumu arasında farklılık saptanmıştır. Çalışan hemşirelerden serviste ve özellikli birimde çalışan hemşirelerin, Hemşire Doyum Ölçeği alt boyutu olan "İşle ilgili olumlu duygular" puan ortalamalarının nöbetsiz birimlerde çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Uzun (2010) yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde sadece gündüz mesai saatlerinde çalışan birim sorumluları ve sadece gündüz hizmeti veren birimlerde çalışan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin diğer hemşirelerden yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin büyük bir kısmının evli (%68,8) ve orta yaşlarda (33,2) olduğu düşünüldüğünde nöbet usulü ile çalışan hemşirelerin doyum düzeylerinin düşük olması beklentiler dâhilinde olabilmektedir. Ayrıca gece çalışmasının insanlar üzerindeki psikolojik ve fizyolojik etkileri düşünüldüğünde iş doyumunun gece çalışan kişilerde daha düşük düzeyde olması yine beklentiler dâhilinde olabilmektedir.

Çalışan hemşirelerin iş performans düzeyleri ile iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde değişkenler arasında istatistiksel anlamda anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır. Bu durum, performans düzeyi yüksek olan hemşirelerin daha fazla doyuma sahip olduğu şeklinde yorumlanabilir. Tekingündüz ve ark, (2015)'nın yapmış oldukları çalışmalarında da benzer şekilde çalışanların iş performansları ile iş doyumları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Şehir Hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş performans düzeyleri ve iş doyum düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu kadın, evli, lisans mezunu ve servis biriminde çalışmaktadır. Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 33,2, kurumda çalışma yılları ortalaması 1,9 ve meslekte çalışma yılları ortalaması 11,4'tür.

Çalışmaya izin veren üç farklı Şehir Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin Hemşire Performans Ölçeği genel puan ortalamaları yüksek seviyededir. Alt boyutlardan en yüksek puan ortalamasının "Bakımın koordinasyonu" alt boyutunda ve en düşük puan ortalamasının da "İşe katkı" alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Çalışan hemşirelerin Hemşire İş Doyum Ölçeği genel puan ortalaması orta seviyededir. Alt boyutlardan en yüksek puan ortalamasınınnın "İşyerinde algılanan önem" alt boyutunda ve en düşük puan ortalamasının da "Keyifli çalışma ortamı" alt boyutunda olduğu saptanmıştır.

Çalışan hemşirelerin demografik özellikleri ile Hemşire Performans Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyet değişkeni haricinde herhangi bir farklılık saptanmamıştır. 3 farklı Şehir Hastanesinde çalışan hemşirelerin Hemşire Performans Ölçeği alt boyutlarından "Hastalara yardım ve destek", "Bilgi verme" ve "İşe katkı" alt boyutları ile cinsiyet ve çalışılan birim değişkeni ile "Bakımın koordinasyonu" alt boyutu arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Hemşire İş Doyum Ölçeği toplam puan ortalamalarının 3 farklı Şehir Hastanesi'nde birbirinden farklı düzeyde olduğu ve aralarında anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışan hemşirelerin demografik özellikleri ile iş doyum düzeyleri karşılaştırıldığında, çalıştıkları birim ile Hemşire Doyum Ölçeği alt boyutu olan "İşle ilgili olumlu duygular" arasındaki farklılıklar haricinde herhangi bir anlamlılık saptanmamıştır.

Çalışan hemşirelerin iş perfromans düzeyleri ile iş doyum düzeyleri arasında genel anlamda anlamlı pozitif yönlü zayıf ilişkiler saptanmıştır.

Sonuç olarak, Şehir Hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş performans düzeyleri yüksek, iş doyum düzeyleri orta düzeydedir ve iş performansları ve iş doyumları arasında pozitif yönlü anlamlı zayıf ilişkiler mevcuttur.

6.2. Öneriler

- Şehir Hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş doyumları orta düzeydedir. Çalışan hemşirelerin doyum düzeylerinin yükseltilmesi adına gerek hastanede gerekse hastane dışında hemşirelere psikolojik ve fizyolojik açıdan kendilerini daha iyi hissettirecek adımların atılması gerekmektedir.
- Çalışan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin yükseltilmesi adına hemşirelerin daha temel hemşirelik eğitimleri aldıkları süreçlerden itibaren kanıta dayalı, eleştirel düşünmeye imkân veren, sorgulayıcı eğitimler alması ve bu eğitimlerin de meslek hayatlarına başlamalarına binaen çalıştıkları kurumlarda hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi gerekmektedir.
- Hemşirelerin iş doyum düzeylerinin yükselmesi adına hastane yönetimlerinin etkin bir ödüllendirme politikalarına sahip olmaları, onları yaşadıkları zor durumlarda desteklemeleri ve onlarla iyi iletişimler kurmaları gerekmektedir.
- Şehir Hastanelerinde çalışan hemşirelerin performansları yüksek düzeydedir. Devamlı yüksek performans ile çalışan kişilerde oluşabilecek psikolojik ve fizyolojik sıkıntılar düşünüldüğünde yine sağlık üst yöneticilerinin ve hastane yönetimlerinin bu noktada çeşitli adımlar atması gerekmektedir.
- Hastane yönetimlerinin, hemşirelerin daha yüksek performansla çalıştığı birimlere öncelik vermekle birlikte hemşirelerin iş ortamlarında işlerini daha kolay yapabilmeleri adına çeşitli fiziki düzenlemeler yapması, motive edici çeşitli adımlar atması gerekmektedir.
- Araştırma sonucunda hemşirelerin iş doyumları ile iş performansları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucu dikkate alındığında çalışan hemşirelerin iş performans düzeyleri adına atılacak adımların iş doyumunu da etkileyeceği düşünülmeli ve bu noktada atılacak adımların daha dikkatli atılması gerektiği önerilmektedir.
- Şehir Hastanelerinde çalışan hemşireler üzerine yapılmış olan bu çalışmanın farklı hastane tiplerinde çalışan hemşireler üzerine veya diğer sağlık profesyonelleri üzerine de uygulanabileceği önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akdağ, R. (2008), Türkiye Sağlık Dönüşüm Programı ve Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Raporu. Ankara

Aktel, M., Altan Y., Kerman U., Eke E., (2013), Türkiye'de Sağlık Politikalarının Dönüşümü, Programı, Sağlık Bakanlığı'nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 34-58

Artar, A ve Bas, M. (1991). *İşletmelerde Verimlilik Denetimi*. Ankara: MPM Yayınları; 13.

Atabey, S.E, (2012), *Ulusal Sağlık Sistemleri ve 1980 Sonrasında Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının İncelenmesi ve Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Atasever M., Gözlü M., Özaydın M., Güler H., Örnek M., Barkan B., Kavak Y. ve İlhan M. N. (2018) *Şehir Hastaneleri Araştırması*. Ankara: Sağlık Sen Yayınları.

Bacaksız, F.E, Tuna, R. ve Seren, A.K.H. (2018). Sağlık Çalışanlarında Performans ve Örgütsel Sinizm İlişkisi: Hemşireler Üzerinde Bir Araştırma. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 52-58.

Büyükbayram A. (2009). *Hemşirelerin İş Doyumuda Duygusal Zekâ Rolü*.. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İzmir.

Cansız H.O. (2019). *Öğretmenlerin Mesleki İmajlarının İş Doyumlarına Etkisi.* Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul; 27-29.

Çavmak, S., Çavmak, D. (2017), Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1, 48-57

Çelik, S. (2010). *Hemşirelerin Profesyonellik Davranışlarının İş Doyumuna Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Çınar, G. (2010). *Cerrrahi Hemşirelerinde Örgütsel Bağlılığın İş Doyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi*. Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Deniz, M. (2005) *Bir Tutum Çeşidi Olarak İş Doyumu, M. Tikici (Ed), Örgütsel Davranış Boyutlarından Seçmeler*. Ed. Mehmet Tikici, Ankara: Nobel Yayıncılık; 311.

Düstur, 3. Tertip, İstanbul, 1929

Er Ü, (2011). *Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara; 52-63.

Erol, H., Özdemir, A. (2014), Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.

Güney, E. (2005), Kamu Hizmetleri ve Altyapıda Kamu-Özel İşbirliği, *E-Yaklaşım Dergisi* 19.

Gürbüz, S., Yüksel, M. (2008). *Çalışma Ortamında Duygusal Zeka: İş Performansı, İş Tatmini, Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve Bazı Demografik Özelliklerle İlişkisi.* Doğuş Üniversitesi Dergisi, 9(2), 178.

Gürkaynak, B (2017). *Çalışan İş Performansının Değerlendirilmesinde İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamalarının Etkililiği ve Kişilik Özelliklerinin Rolü Üzerine Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara; 14-17.

Güzelsarı, S. (2012), Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklığı. *Amme İdaresi Dergisi*, 45(3), 29-57.

İleri H, Seçer B, Ertaş H. (2016). Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye'de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 12, 176-186

İşcan Ö.F. ve Sayın U. (2010). Örgütsel Adalet, İş Tatmini Ve Örgütsel Güven Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(4), 198.

Kanbay, A. (2010). *Hemşirelerin İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılığı*. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kantar, H. (2010). *İşletmede Motivasyon*. İstanbul: Kumsaati Yayınları; 19.

Karabulut, U (2007). Cumhuriyet'in İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri. *ÇTTAD*, VI/15, 151-160

Karakışla, Y. (2012). *Kamu ve Özel Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Örgüt Kültür Algıları*. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Karasu, K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı, Ankara Üniversitesi, *SBF Dergisi*, 66(3), 217-262.

Karatepe, H.K., Kuşçu, F.N. ve Karaman, M. (2019). Psikolojik Sermayenin Bireysel Performansa Etkisi: Hemşireler Üzerinde Bir Araştırma. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7((Eğitim & Psikoloji), 105-114.

Kayral, İ.H. (2019). Kırık Pencereler Teorisi, Şehir Hastaneleri Yönetim Modelinde Hasta Güvenliği İçin Kullanılabilir mi?, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 677-694.

Keskin, S. (2011), *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel Ortaklığı Modeli (Aydın Örneği).* Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.

Kılınç, E. ve Paksoy, H.M. (2017). Sağlık Çalışanlarında Performans Algı Düzeyininin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 20(2), 151-159.

Konukoğlu, F. (2014). *Özel Bir Hastanede Görev Yapan Hemşirelerin İş Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Mert, İ.S. (2010). *"İş Tatmini Alt Boyutlarının Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerindeki Etkisi: Yöneticiler Üzerine Bir Araştırma".* Savunma Bilimleri Dergisi, 9(2), s.122

Orhan Ö, (2006). *Küreselleşme Süreci ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir; 88-93.

Özer, M.A. (2016). Sağlık Sektöründe Yeni Bir Hizmet Sunum Modeli: Kamu Özel Ortaklığı, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1), 9-38.

Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl (1973). Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları

Sağlık İstatistiği Yıllığı. (2018), Erişim 16.03.2020, https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html.

Saygılı, M., Erigüç, G., ve Özer, Ö. (2016). Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Sessizlik ve Çalışan Performansı Düzeylerinin Belirlenmesi. *International Journal of Social Science*, 49, 485-500.

Şehir Hastaneleri. (2020), Erişim 03.03.2020, https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html.

Silah, M. (2005). *Endüstride Çalışma Psikolojisi*. Ankara: Seçkin Kitabevi; 115.

Sözer, A.N. (2014). Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastaneleri, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 15, 215-253.

Teker, D.L. (2008), Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi, *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 37, 1-18.

Tekin, P.Ş., Çelik, Y. (2012). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi İle Analiz Edilmesi, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 81-98.

Tekingündüz, S., Top, M. ve Seçkin, M. (2015). İş Tatmini, Performans, İş Stresi ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Hastane Örneği. *Verimlilik Dergisi*, 0(4), 39-64.

Tilev, S. ve Beydağ, K.E. (2014). Hemşirelerin İş Doyum Düzeyi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1), 140-147.

Türe A ve Yıldırım A. (2018). Algılanan Örgütsel Destek Ölçeğinin Hemşirelikte Geçerlik ve Güvenirliği, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(5) 9-18.

Şantaş, F., Uğurluoğlu, Ö., Kandemir, A., Çelik, Y. (2016). Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Sinizm, İş Performansı ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 18(3), 867-886.

Uyargil, C. (1994). *İşletmelerde Performans Yönetim Sistemi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları; 19.

Uzun, Ö. (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyum Düzeyleri ve İş Doyumları İle İlgili Bazı Değişkenlerin İncelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(1), 1-9.

Yılmaztürk A, (2013) Türkiye'de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 1, 176-188

FORMLAR

EK 1: HEMŞİRE İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ

HEMŞİRE İŞ DOYUMU ÖLÇEĞİ						
Bu bölümde, İş Doyumuna ilişkin bazı ifadelere yer verilmiştir. Lütfen bu bölümdeki ifadelere ne ölçüde katılıp katılmadığınızı (X) işareti ile belirtiniz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Şu anki işimle gurur duyuyorum.					
2	Hemşirelik bakımı vermek, yapmak istediğim iştir.					
3	İşimin motive edici olduğunu düşünüyorum.					
4	Bu hastanede çalışmak, kendimi geliştirmeme yardımcı oluyor.					
5	İşimi ilginç buluyorum.					
6	İşimin anlamsız olduğunu düşünüyorum.					
7	Hastaların iyileşmesine yardımcı olmak, beni hemşire olarak çalışmaya motive ediyor.					
8	İşyerimde iyi örnek alınacak hemşireler var.					
9	İşyerimde yönetici hemşire, takdir etmek ve teşekkür etmek için sık sık hemşirelerle konuşur.					
10	İşyerimde bir sorun olduğu zaman, yönetici hemşire, bu sorunla uygun bir şekilde ilgilenir.					
11	Yönetici hemşire, tavsiyelerde bulunarak ilerlememe ve gelişimime yardımcı olur.					
12	Yönetici hemşireye açık yüreklilikle danışabilirim.					
13	İşyerimde yönetici hemşire, hemşirelere, çalışma politikaları ve hedefleri konusunda ayrıntılı açıklamalar yapar.					
14	Yönetici hemşire, beni adil bir şekilde değerlendirir.					
15	Hemşirelik bakımı verirken her zaman, bu bakımı geliştirmenin yollarını düşünürüm.					
16	Toplantılarda fikirlerimi ifade edebilirim.					
17	Önerilerim, işyerinde dikkate alınır.					
18	İşyerinde rolümü yerine getiririm.					
19	Hasta bakımı konusunda, diğer profesyonellere danışabilirim.					
20	Hekimlere, fikirlerimi belirtemem.					
21	İş arkadaşlarımın bazen övgü ve takdirlerini alırım					
22	Hastalar ve ailelerinin bana güvendiğini hissederim.					
23	Hastanemiz, bireysel koşullarımızı dikkate alarak esnek bir şekilde çalışmamıza olanak sağlar.					
24	İş hayatımla özel hayatımı dengeleyebilirim.					
25	Çalıştığım hastanede yeterli sayıda personel görevlendirilir.					
26	Yaptığım işin karşılığında yeterli maaş alırım.					
27	İşyerimde izin konusundaki taleplerimiz kabul edilir.					

EK 2: HEMŞİRE İŞ PERFORMANSI ÖLÇEĞİ

HEMŞİRE PERFORMANS ÖLÇEĞİ						
Aşağıda hemşirelerin günlük çalışmaları esnasında yerine getirmeleri gereken işler/görevler sıralanmakta, karşılarında ise bu işleri/görevleri çalışmanız süresince yerine getirip getirmediğinize göre ifadelere katılma düzeyinize ilişkin seçenekler sunulmaktadır. Lütfen her bir seçeneği dikkatle okuduktan sonra size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Birimdeki hemşirelere hastanın durumu hakkında açıklama yaparım.					
2	Vardiya değişimlerinde, hastaların durumlarıyla ilgili önemli noktaları rapor ederim.					
3	Birimdeki tüm hemşirelerin hastanın son tıbbi öyküsü hakkında fikir/bilgi sahibi olmalarını sağlarım.					
4	Birimdeki hemşireleri, hastanın tedavisindeki değişiklikler hakkında bilgilendiririm.					
5	Birimdeki tüm hemşireleri hastanın testleri ve sonuçları hakkında bilgilendiririm.					
6	Yaşam bulgularını alırım.(Örneğin kan basıncı, nabız, vücut sıcaklığı)					
7	Hastalara hemşirelik bakım planı oluştururum.					
8	İlaçları ve medikal tedavileri uygularım.					
9	Hemşirelik bakımının etkililiğini değerlendiririm.					
10	Ailelere ilgi ve alaka gösteririm.					
11	Ailelerin kaygılarını dinlerim.					
12	Ailelerin duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için vakit ayırırım.					
13	Hastaların kaygılarını dinlerim.					
14	Hastaların duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için vakit ayırırım.					
15	Hastalara ilgi ve alaka gösteririm.					
16	Günlük yaşam aktivitelerinde hastalara yardımcı olurum.(Duş alma, tuvalet vb.)					
17	Birimdeki diğer hemşirelerin moralini yükseltirim.					
18	İşle ilgili problemlerinin çözümünde birimdeki hemşirelere yardımcı olurum.					
19	Birimdeki diğer hemşireleri etkileyen durumlarda karşılıklı danışarak hareket ederim.					
20	Birimdeki hemşirelerin duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için vakit ayırırım.					
21	Bilgi veya uzmanlığını birimdeki diğer hemşirelerle paylaşmak için gönüllü çalışırım.					
22	Birimdeki hemşirelere işlerinde kendilerini geliştirmeleri konusunda yardımcı olurum.					
23	Hastanın ailesi için özel düzenlemeler yaparım.					
24	Hastane dışındaki bireylere, hastaneyi olumlu bir şekilde temsil ederim.					
25	Materyal ve malzemelerin boşa harcanmadığına emin olurum.					
26	Bölümün genel kalitesini artırmak için yenilikçi önerilerde bulunurum.					
27	Hastalara, hastaneden ayrıldıklarında nelerle karşılaşabileceklerini açıklarım.					
28	Evde bakım için gerekli yönlendirmeleri sağlarım.					
29	Hastalara işe gitmek veya araba sürmek gibi, normal aktivitelerine ne zaman dönebileceklerini açıklarım.					
30	Hastalara hemşirelik girişimlerinin amacı hakkında bilgi veririm.					
31	Hasta için özel düzenlemeler yaparım.					
32	Hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için fazladan zaman harcarım.					

EK 3: İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU KARAR FORMU

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.3636 31/01/2019
Konu : Etik Kurulu Kararı

Sayın Rıdvan ATICI

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Şehir hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş performansı ve iş doyum düzeylerinin belirlenmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-Imza Kanununa gore Prof. Dr. Hanefi OZBEK tarafindan 31.01.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza linkinden 54D0C47FXF kodu ile dogrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ					
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şehir hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş performansı ve iş doyum düzeylerinin belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Rıdvan ATICI			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

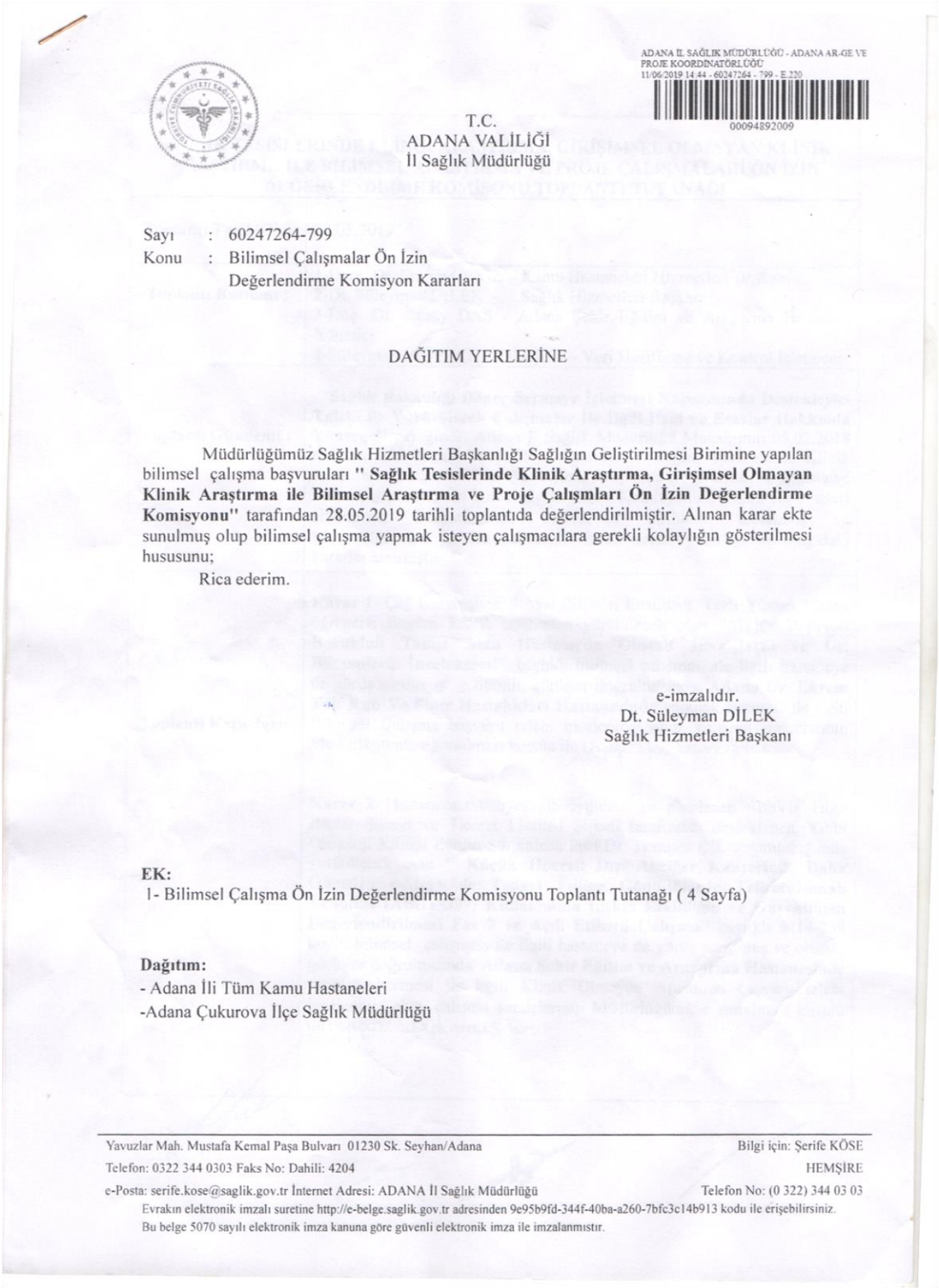
	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
Değerlendirilen Belgeler	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	**Karar No: 108**	**Tarih: 30/01/2019**		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna **"oybirliği"** ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇIŞIK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCAY	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Toplantıda Bulunma

EK 4: ADANA ŞEHİR HASTANESİ KURUM İZİN YAZISI



ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ADANA AR-GE VE PROJE KOORDİNATÖRLÜĞÜ
11/06/2019 14:44 - 60247264 - 799 - E.220
000948920O9

T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 60247264-799
Konu : Bilimsel Çalışmalar Ön İzin Değerlendirme Komisyon Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Birimine yapılan bilimsel çalışma başvuruları **" Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma ile Bilimsel Araştırma ve Proje Çalışmları Ön İzin Değerlendirme Komisyonu"** tarafından 28.05.2019 tarihli toplantıda değerlendirilmiştir. Alınan karar ekte sunulmuş olup bilimsel çalışma yapmak isteyen çalışmacılara gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunu;

Rica ederim.

e-imzalıdır.
Dt. Süleyman DİLEK
Sağlık Hizmetleri Başkanı

EK:
1- Bilimsel Çalışma Ön İzin Değerlendirme Komisyonu Toplantı Tutanağı (4 Sayfa)

Dağıtım:
- Adana İli Tüm Kamu Hastaneleri
-Adana Çukurova İlçe Sağlık Müdürlüğü

Yavuzlar Mah. Mustafa Kemal Paşa Bulvarı 01230 Sk. Seyhan/Adana
Telefon: 0322 344 0303 Faks No: Dahili: 4204
e-Posta: serife.kose@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ADANA İl Sağlık Müdürlüğü
Bilgi için: Şerife KÖSE
HEMŞİRE
Telefon No: (0 322) 344 03 03
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 9e95b9fd-344f-40ba-a260-7bfc3c14b913 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 5: ELAZIĞ FETHİ SEKİN ŞEHİR HASTANESİ KURUM İZİN YAZISI

TC
SAĞLIK BAKANLIĞI
Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü

ELAZIĞ FETHİ SEKİN ŞEHİR HASTANESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

1) **Taraflar:**
Bu protokol **Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi ve Rıdvan Atıcı** arasında düzenlenmiştir.

2) **Çalışmanın gerçekleştirileceği bağlı sağlık tesisi/tesisleri:** Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi

3) **Çalışmanın Adı:** Şehir Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin İş Performansı ve İş Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi

4) **Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler:** Rıdvan Atıcı

5) **Protokol Hükümleri**
   a) Bu protokol Elazığ İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket veya bilimsel çalışmaları kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
   b) Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Bilimsel Çalışma Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilecektir.
   c) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
   d) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık tesisinin yönetimi ve arge birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Yasal mevzuat ve müdürlüğümüz hizmet gerekleri açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
   e) Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra **kitapçık halinde** ve ayrıca **elektronik ortamda CD/DVD üzerine kayıtlı** olarak **Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi ve İl Sağlık Müdürlüğü AR-GE** birimine teslim edilecektir.
   f) Çalışmayı yapacak olan kişi **(e)** ve **(f)** maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.
   g) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse de etik kuruldan onay alınacaktır.
   h) Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, ağız ve diş sağlığı merkezi vb.) ismi zikredilmeyecektir.
   i) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması, girişim veya anket uygulamaları için hastanın kendisi ya da yasal vasisinden **Aydınlatılmış Onam Formu** alınacaktır.

6) **Protokolün süresi:**
   a) Bu çalışmanın yürütücüsü sağlık tesisimizde 9 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
   b) **Başlangıç/Bitiş:20/06/2019-22/02/2020**
   c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
   d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi protokolü daha önceden de sonlandırabilecektir.

7) **Sözleşme Şartlarına Aykırılık:**
Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler protokolde ismi belirtilen aynı kişiler olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi onayı ile mümkün olabilecek, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolde imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

8) **İhtilafların çözümü:**
Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda, idari olarak Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi , adli hususlarda ise Elazığ Mahkemeleri yetkilidir.

9) **Protokol Kapsamı:**
9 madde ve 2 sayfadan oluşan iş bu protokol taraflar arasında her sayfası imzalı olmak üzere ikinüsha olarak imza altına alınmıştır.

İlgili protokol hükümlerini okudum ve kabul ettim.

18 /06/2019
RIDVAN ATICI
Başvuru Sahibi

18/06/2019
Dr.YUNUS GÜNEŞ
Başhekim Yardımcısı

OLUR
18/06/2019
Doç.Dr.SAVAŞ ÖZTÜRK
BAŞHEKİM

EK 6: YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ KURUM İZİN YAZISI

YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİ - YOZGAT ŞEHİR HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİ
22/04/2019 16:21 - 78535428 - 799 - E.2127
00091997160

T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Yozgat Şehir Hastanesi Baştabipliği

Sayı : 78535428-799
Konu : Anket Çalışması Hk.

YOZGAT VALİLİĞİNE
(Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 15/04/2019 tarihli ve 92198657-771-4285 sayılı yazı.

İlgi tarihli ve sayılı yazıya istinaden İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Yönetimi Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Rıdvan ATICI' nın "Şehir Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin İş Performansı ve İş Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu çalışmasını **22.02.2019–22.02.2020** tarihleri arasında hastanemizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, ankete katılacak kişilerin rızalarının alınması, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla, Hastanemizde yapması uygun görülmüştür. Bilimsel Araştırma Ön İzin Formu ve Klinik Araştırma ve İnceleme Komisyon evraklarının onaylanarak fiziki olarak gönderilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

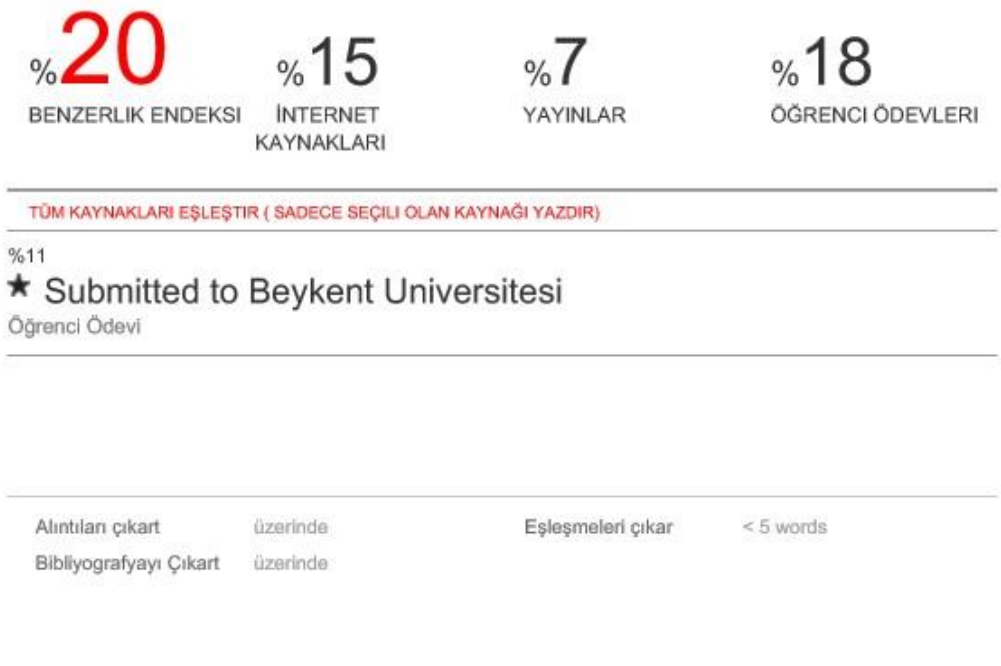
e-imzalıdır.
Op. Dr. İbrahim AKKURT
Başhekim

Ek: Bilimsel Araştırma Ön İzin Formu

Erdoğan Akdağ Mah. Viyana Cad. No:1
Telefon: 0354 212 10 70 / 1229 Faks No: 4440266
e-Posta: semra.uzun1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.yozgatsehirhst.saglik.gov.tr
Bilgi için: Semra UZUN
EBE
Telefon No: 4440266

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden c05d678e-b2f8-4ebf-bac7-2d29041abf3d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Rıdvan	**Soyadı**	ATICI
Doğ.Yeri	Elazığ	**Doğ.Tar.**	15.03.1989
Uyruğu	T.C.	**TC Kim No**	39421204544
Email	ridvanatici@yahoo.co.uk	**Tel**	05335111233

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü/Hemşirelikte Yönetim Tezli Yüksek Lisans	Devam Ediyor
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2014
Lise	Karakaya Fen Lisesi	2007

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Hemşire	Derince Eğitim Araştırma Hastanesi	2017-Halen
2.	Hemşire	Darıca Farabi Devlet Hastanesi	2014-2017
3.	Hemşire	Kocaeli Üniversitesi Hastanesi	2014-2014

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
Ingilizce	Iyi	Orta	Iyi	53,75	

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	76,93	70,01	60,61
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft programları	iyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Bisiklet, doğa yürüyüşü