

PAPER DETAILS

TITLE: Hastane Etkinliginin Artirilmasinda Saglik Bilisim Sistemlerinin Önemi: Veri Zarflama Analizine Dayali Bir Uygulama

AUTHORS: Musa ÖZATA

PAGES: 37-51

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/875934>

DEVLET HASTANELERİNDE ÇALIŞAN DOKTORLARIN VE HEMŞİRELERİN STRES KAYNAKLARI VE STRESİN PERFORMANSLARINA ETKİLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ (ANKARA İLİ ÖRNEĞİ)

İpek İMİRLİOĞLU*

ÖZET

Meslekler açısından bakıldığında, stresi en yoğun haliyle hisseden gruplardan birisi olarak, hastanelerde çalışan doktorları ve hemşireleri görmekteyiz.

Bu araştırmayla amaçlanan, stres yönetiminin ilk basamağını oluşturan sağlık işletmelerinde görevli doktorlarda ve hemşirelerde strese neden olabilecek bireysel, örgütsel, sosyal ve fiziki çevreden ileri gelen stres kaynaklarını belirlemek ve bu stres kaynaklarının performanslarını ne düzeyde etkilediğini ortaya çıkarmak suretiyle gerekli önlemlerin alınabilmesini sağlamaktır.

Bu amaçla, araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan doktorların ve hemşirelerin;
 - a) İş yaşamında çalışma koşulları ve iş süreçleri boyutlarına ilişkin stres kaynakları nelerdir?
 - b) Yukarıda belirtilen boyutlarda stres kaynaklarından etkilenme dereceleri arasında, görev, yaş, cinsiyet, kıdem, medeni durum açısından farklılıkları var mıdır?
2. Belirtilen kurumlarda çalışan doktorlardaki ve hemşirelerdeki stres kaynaklarının performanslarına olan etkisi ne düzeydedir?

Araştırma için, hastanelerde görev yapan doktorların ve hemşirelerin stres kaynaklarını ve bu kaynakların performanslarını etkileme durumlarına ilişkin görüşlerinin tespit edilebileceği bir anket geliştirilmiştir. Bu anketin, hastanelerde uygulanabilmesi için gerekli izin, T.C. Ankara Valiliği, İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınmıştır. Öncelikle literatür taraması yapılarak, anket için gerekli soru havuzu oluşturulmuştur. Ardından, devlet hastanelerinde görev yapan doktorlara ve hemşirelere çalışma sistemlerine ilişkin açık uçlu sorular yöneltilerek, stres kaynaklarına ilişkin bilgi toplanmıştır. Literatürde ve uygulamada karşılaşılan stres kaynakları, anket soruları olarak ifade edilmiş ve bir anket taslağı geliştirilmiştir. Uzmanlara danışılarak, yaptıkları eleştiriler doğrultusunda geliştirilen anket taslağı üzerinde düzeltmeler yapılmış ve veri toplama aracına son şekli verilmiştir.

Araştırmada kullanılan anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Giriş bölümünde katılımcıların kişisel bilgilerini elde etmek için yöneltilen sorular yer almaktadır. Anketin ikinci bölümünde, doktorların ve hemşirelerin işle ilgili stres kaynaklarını, üçüncü bölümünde ise bu stres kaynaklarının performanslarına olan etkisini tespit etmeye yönelik sorular yer almaktadır.

Anketin geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları araştırmacı tarafından yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda yapı geçerliliğini test etmek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin güvenirliğini saptamak için ise Cronbach Alpha katsayısına bakılmıştır. Daha sonra ankete ilişkin faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğe faktör analizi uygulandığında ölçeğin, toplam varyansın % 41'ini açıklayan 3 faktörlü yapıya sahip olduğu görülmüştür. Bu faktörler; çalışma koşulları, iş süreci ve performans algısıdır.

* İpek İMİRLİOĞLU, MPM Eğitim Bölümü Uzmanı.

Bulgulara göre doktorlara ve yöneticilere uygulanan stres kaynakları ve stresin performanslarını etkileme durumu ölçeğinin güvenilirliği kabul edilmiştir.

Devlet hastanelerinde çalışan doktorların ve hemşirelerin stres kaynakları ve stresin performansları üzerindeki etkilerine ilişkin görüşlerini belirlemek için kullanılan anket formlarından elde edilen puan ortalamalarına ve t-testi sonuçlarına bakıldığında araştırmaya katılan doktorlar ve hemşireler arasında cinsiyet, yaş ve medeni durum özelliklerine göre stres kaynakları ve stresin iş performanslarına olan etkileri bakımından fark bulunmamaktadır. Görev değişkenine göre t-testi sonuçlarında manidar farklar görülmektedir.

Doktorların ve hemşirelerin iş süreci açısından stres kaynakları ile ilgili görüşlerinin cinsiyet değişkenine göre t-testi sonuçlarında; manidar farklar görülmektedir. Medeni durum değişkenine göre de t-testi sonuçlarında manidar fark bulunmuştur.

Doktorlarda ve hemşirelerde stresin performanslarını etkilemesi ile ilgili bulgulara göre, çalışma koşullarından ve iş sürecinden gelen stres kaynakları neticesinde, meslekten soğuma ve motivasyon kaybı yaşadıkları belirlenmiştir.

ANAHTAR KELİMELEER

Stres: Devlet hastanelerinde görev yapan doktorların ve hemşirelerin organizmalarının, işten kaynaklanan uyaranlara gösterdiği fizyolojik, psikolojik ve davranışsal tepkileridir.

Stres Kaynağı: Doktorlarda ve hemşirelerde strese neden olan işle ilgili etkenlerdir.

Performans: Doktorların ve hemşirelerin belli bir zaman diliminde gösterdikleri özel iş etkinlikleri ve ortaya koydukları çalışma ürünüdür.

Doktor: Ankara'da devlet hastanelerinde çalışan hekimlerdir.

Hemşire: Ankara'da devlet hastanelerinde çalışan, hastaların bakımında görev yapan, hekimlere yardımcı olan sağlık personelidir.

THE SOURCES OF STRESS FOR THE MEDICAL DOCTORS AND THE NURSES THAT WORK FOR THE STATE HOSPITALS AND THEIR VIEWS ON THE AFFECTS OF STRESS ON THEIR PERFORMANCES (AN EXAMPLE OF THE PROVINCE OF ANKARA)

ABSTRACT

If we are to take a look at the issue from the point of view of the professions, we find that the medical doctors and nurses that work at the hospitals are amongst the group that feel the stress in its most intense form.

The objective of this study had been to identify the sources of stress that is born by the individual, organisational, social and the physical environment that cause stress for the medical doctors and the nurses that work for the health institutions that constitute the first stage of stress management and to evidence the level of affect of such stress sources on their performances and to prevail for the required actions and measures to be taken.

For such purposes answers had been seeked to the following questions as part of the research:

1- For the medical doctors and the nurses who are working for the following institutions; Republic of Turkey, Ministry of Health, Atatürk Pulmonary (Thoracic) Disease and Thoracic Surgery Teaching and Research Hospital, Ankara Etlik Maternity Hospital and Gynecological Disease Teaching and Research Hospital, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Oncology Teaching and Research Hospital:

a- What are the sorces of stress in respect of the working conditions and the conditions of working process in the working life?

b- Within the conditions that have been mentioned above, amongst the levels of affect are there any differences in terms of the duty, the age, the gender, the seniority, and marital status?

2- At what level is the affect of stress on the performances of the medical doctors and nurses that work for the above mentioned institutions that is caused by the stress sources?

A survey had been developed for the research, in order to find out the remarks of the medical doctors and nurses that work for the hospitals on the issue of their performance getting affected by the sources of stress. The required permission for this survey to be applied at the hospitals had been taken from Republic of Turkey, Governor's Office of Ankara, Provincial Health Directorate. At first the review of the literature had been undertaken, and the required pool of questions had been prepared accordingly. After which, open ended questions have been asked to the medical doctors and the nurses that work for the state hospitals in respect of their working systems in order to gather information regarding their sources of stress. The sources of stress that have been mentioned in the literature and in the application had been expressed as the survey questions and a draft survey had been developed. Consultations with the experts had been made and in accordance with their criticisms, the required corrections have been made on the draft survey and the data collection tool had been given its final form.

The survey form that is used for the research consisted of three sections. In the introduction section, questions that are asked are used for the purposes of collecting the personal information of the participants. In the second section of the survey, questions that are asked are in relation to the sources of stress of the medical doctors and the nurses; and in the third section, the questions are selected on the basis to collect information in respect of the effects of such sources of stress in the performances of the participants.

The studies in respect of the validity and reliability of the survey had been undertaken by the researcher. In accordance with the data that had been collected as a result of the preliminary application, factor analysis had been performed in order to test the structural validity. In order to define the reliability of the scale, Cronbach Alpha coefficient had been observed. After this, the factor analysis in respect of the survey had been performed. When the factor analysis had been performed on the scale, it has been observed that the scale has got a three factors structure that explains 41 % of the total variance. Such factors are the working conditions, the working process and the perception of performance.

In accordance with the findings, the reliability of the scale of the sources of stress that had been applied to the medical doctors and the administrators and the condition of stress affecting their performance had been accepted.

When we take a look at the grade averages that have been obtained from the survey forms that are used to define their remarks in respect of the sources of stress and its effects on their performance for the medical doctors and the nurses that work for the state hospitals and the results of the t-test; it has been observed that there are differences in the sources of stress and the effect of stress on their performance for the medical doctors and nurses who had taken part in the survey in terms of their gender, their age, and their marital status. In terms of the duty variable, there are meaningful differences in the results of the t-test.

As per the results of the t-test for the variable of gender in the remarks of the medical doctors and the nurses in terms of their sources of stress from the point of view of the work process; meaningful differences have been observed. As per the results of the t-test for the variable of marital status, again meaningful differences have been observed.

As per the findings of the effect of stress on the performances of the medical doctors and nurses; as a result of the stress sourcing from the working conditions and the work process; it has been sustained that they go through the process of developing estrangement from the profession and loss of motivation are present.

KEYWORDS

Stress : These are the physiological, psychological and behavioural responses of the organisms of the medical doctors and nurses who work for the state hospitals to the stimulants sourcing from the work.

Sources of Stres : The determinants in respect of the work, that cause stress for the medical doctors and the nurses.

Performance : These are the private work actions that have been shown by the medical doctors and the nurses within a specific amount of time and the product of work that they perform.

Medical Doctor : These are the physicians that work for the state hospitals in Ankara.

Nurse : These are the health personnel that work for the state hospitals in Ankara, whose duty is the care of persons and who help the medical doctors.

1. GİRİŞ

Günümüzde stres kavramı, hızlı sosyal ve kültürel değişimlerin, rekabet duygularının etkili bir biçimde yer aldığı yaşamda, bireyi içinden çıkılması pek de kolay olmayan bunalımlara sürükleyen bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. İnsanlar çalışma yaşamlarıyla birlikte özel hayatlarını dengeli bir biçimde yürütmek istemektedirler. İş ve özel yaşam arasındaki bu dengeyi kurmak ise çok kolay olmamaktadır. Çoğu zaman, zihinsel ve fiziksel zorunlulukların yarattığı baskının farkına varılamamaktadır. Eskiden beri fizik biliminde; “maddenin kendi üzerine uygulanan güce gösterdiği tepki” anlamında kullanılan stres terimi, son yıllarda tıp, fizyoloji, sosyoloji, psikoloji, psikiyatri alanlarında ve gündelik yaşamda herkesin kullandığı popüler kavramlardan biri haline gelerek, kitle iletişim araçlarında sıklıkla yer verilen “medyatik” bir sözcük olmuştur.

Çağımızda, stres ve strese bağlı rahatsızlıklar giderek yaygınlaşan bir görüntü sergilemektedir. Tüm yöneticiler, stres olayının bilincinde olarak, stresten uzak bir çalışma ortamı yaratmayı ve tüm çalışanların moral gücünü, iş hevesini ve verimliliğini en üst düzeyde tutmayı teknik sorumlulukları içinde görmelidirler (Erkan, 1997, 276- 284).

Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi, Türkiye’de de, kişilerin sağlığının korunması ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için, Anayasa ile güvence altına alınmış bir takım hakları bulunmaktadır. 1982 T.C Anayasası Madde.56’da “Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” hükmü yer almaktadır (T.C Anayasası, 1982, 30).

Sağlık hizmetleri klasik olarak koruyucu (folk sektör), tedavi edici (popüler sektör) ve rehabilite (profesyonel sektör) edici hizmetler olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Hayran, 1997, 15–27):

Folk sektör; sağlık ve hastalık konusunda resmi bir eğitim-öğretim görmemiş, ancak çeşitli özellikleri nedeniyle, toplumca uzman kabul edilen ve sağlık sorunlarına çare için başvuru alan kişilerden oluşmaktadır. Popüler sektör; sağlık ve hastalık konusunda herhangi bir eğitim öğretim görmemiş, dolayısıyla uzmanlığı olmayan ancak, yaşları ya da hayata ilişkin bilgileri nedeniyle kendilerine danışılan kişilerden oluşmaktadır. Profesyonel sektör ise, özel bir eğitim-öğretim göyerek

uzman olan ve uzmanlığı resmi makamlarca kabul edilip belgelenen sağlık personelinin oluşturduğu sektördür. Hekim, hemşire, eczacı, diş hekimi, fizyoterapist ve daha birçok meslek grubu bu sektörde yer almakta ve mevzuatla belirlenmiş sınırlar dahilinde sağlık hizmeti vermektedir. Toplumlar içerisinde üretilen ve tüketilen toplam sağlık hizmetlerinin pek azı bu sektör tarafından verilmektedir (Hayran, 1997, Aktaran Yılmazcan, 1999).

Sistem, birbirlerine dayanan ve birbirlerini düzenli biçimde etkileyen parçalardan oluşan amaçlı bir bütündür. Sistem olarak örgütün parçaları alt sistemlerdir. Bu alt sistemler, birbirlerine bağımlı, dayalı olarak işlevlerini yaparlar ve birbirleriyle düzenli, dengeli olarak etkileşirler (Başaran, 1989, 108). Bu sistemi sağlık sektöründe değerlendirdiğimizde, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde işleyişini sağlayan devlet hastanelerini görmekteyiz.

Toplumun sağlıkla ilgili gereksinimleri, sağlık işletmeleri tarafından üretilen mal ve hizmetlerle karşılanmaktadır. Sağlık işletmesi, fizyolojik gereksinimlere bağlı olarak ortaya çıkan sağlıkla ilgili sorunları uyumlu biçimde çözümleyerek onun bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel yönden tam bir uyum içerisinde yaşantısını sürdürmesine katkıda bulunan, ekonomik hizmet ve mal üreten, sosyo-ekonomik bir birim olarak tanımlanabilir (Sayın ve Yeğinboy, 1995 b, 131–138).

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü üstlenmiş olması sebebiyle özellikle “Devlet Hastaneleri”nin çağdaş yönetim ve organizasyon anlayışına göre yönetilmeleri ve sunulan hizmetlerin daha da ileriye götürülmesi için mevcut sorunların ortaya çıkarılması ve çözümlenmesi büyük önem arz etmektedir. Bu konuyla ilgili bilimsel çalışmaların az ve yetersiz oluşu, konunun önemini daha da artırmaktadır (Özgen ve Öztürk, 1994, 7- 26).

Devlet hastanelerindeki işleyiş sağlayan sağlık sektörü çalışanları arasında doktor ve hemşire grubu önemli bir rol oynamaktadırlar. Doktorluk ve hemşirelik, stres bozuklarının sık görüldüğü meslek gruplarıdır. Hastane personeline, mesleğin getirdiği stres faktörleri her geçen gün göz ardı edilemeyecek derecede artış göstermektedir.

Doktor ve hemşire açısından vardiya usulü çalışma, zaman baskısı, hata yapma korkusu, güvenliğin az olması, aşırı çalışma, acil ve beklenmedik durumlarda karar verme zorunluluğu gibi mesleğe özgü özellikler başlıca stres kaynaklarını teşkil etmektedir. Meslekte çalışanların gerek kendilerinden, gerekse iş çevrelerinden kaynaklanan bazı nedenlerden ötürü gerilim yaşadıkları, endişe ve sıkıntı duydukları ve bu nedenle de iş ortamlarında, verimli çalışamadıkları ve mutsuz oldukları gözlemlenmektedir. İş verimi ve iş tatmini konularında, çalışanın fizyolojik yapısı kadar, psikolojik yapısı da çok önemlidir. Çalışanın sağlığı, ortamın sağlığını da aynı oranda ilgilendirmektedir. Bu nedenle huzurlu bir çalışma ortamını oluşturmak, çalışanların streslerini azaltmada önemli bir rol oynamaktadır.

Stres; bireysel farklar veya psikolojik süreçler yoluyla gösterilen uyumsuz bir davranım olup, kişi üzerinde aşırı psikolojik ve fiziksel baskılar yapan herhangi bir dış (çevresel) hareket, durum veya olayın organizmaya yansıyan sonucudur (Artan, 1986, 38).

İnsanlık tarihi boyunca, hayatın doğal bir gerçeği olarak önemli bir yer tutan stres kavramı, sanayileşme ve büyük şehirlere göçlerle, sürekli değişen hayat şartları ve bu şartlara uyum sağlamada karşılaşılan güçlüklerle, içinde bulunduğumuz yüzyılın en önemli konusu haline gelmiştir.

Stresin, gün içinde karşılaşılan herhangi bir duruma vücudun ve zihnin gösterdiği bir tepki olduğu kabul edildiğinde, ilk insanla birlikte ortaya çıktığı gerçeği görülmektedir. İlk çağlarda insanlar, yiyecek ve barınak temininde ya da başka bir canlıya yem olup olmayacağı konusunda sorunlar yaşamakta, hayatını tehdit eden bu gibi durumlar karşısında kendilerini korumak için dövüşmekte ya da kaçmaktaydılar. Bu sırada vücut kaçmaya veya dövüşmeye hazırlanmaktadır (Birkök, 2000). Tehdit ve zorlanmalar karşısında canlı kendisini korumaya yönelik bir tepki zinciri oluşturma özelliğine sahiptir. Bu özellik, tehlike ile karşılaşıncı “savaş veya kaç” diye adlandırılan durumun ortaya çıkmasıdır. Bir tehlike ile karşılaşıncı canlı, başa çıkamayacağına inandığı tehlikelerden uzaklaşmaya

çalışır; başa çıkacağına inandığı tehlike ile savaşıyor ve böylelikle yeni duruma bir uyum sağlamaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2000, 23). Bilim dilinde stres vericiler (stressor) olarak adlandırılan bu etkenler; fiziksel (travma, sıcak, soğuk vb.), psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, sorunlar vb.) veya sosyal (çevre faktörleri, kültürel değişim vb.) içerikli olmaktadır (Kaldırımcı, 1983, 65- 89).

Stres kavramı ilk olarak 1930'larda endokrinolog Hans Selye tarafından ortaya atılmıştır. Selye'ye göre, organizmalar olumsuz duygusal ve fizyolojik olaylar karşısında ortak bir biyolojik tepki gösterirler. Bunlara "stres kaynağı" adı verilir. Allen'e göre (1983), Hans Selye'nin çok yaygın olarak benimsenen tanımı stres, memnuniyet verici olup olmadığına bakılmaksızın, beden her türlü isteme uyum sağlamak için gösterdiği yaygın tepkisi olarak kabul edilmektedir (Aydın, 2002, 28).

Yaşamın her alanında, her an stres yaşanmaktadır. Önemli olan bireyin kaldırabileceği ölçüde stres ile doyumlu ve uyumlu bir hayat sürmesidir (Diker, 1997). Kişilik özellikleri, aile ortamındaki etkenler ve iş yaşamındaki stres birbirlerinden ayrı düşünülemez. Ailevi sorunlar, maddi güçlükler, kişiler arası ilişkilerdeki sorunlar, iş yerinde kendini güvende hissedememe gibi durumlar birer stres kaynağıdır (Tarhan, 2002).

Sanayileşmenin ve teknolojinin her geçen gün gelişmesi, çalışan kişileri farklı duygulara ve sorumluluk anlayışına itmeye başlamıştır ki, bu da stresin yüz yıllar önce atılmış temellerinin bu gün bilimsel araştırmalara konu edilmesine neden olmaktadır. Bu olgular, insanın yaşamında en fazla zaman geçirdiği iş yerlerinde, daha da önemli yer tutmaktadır.

İş hayatına atılmak, her birey için yeni bir başlangıç anlamına gelmektedir. Burada kişiler seçtikleri mesleklerde başarılı olabilmek ya da ayakta kalabilmek için belirli bir çalışma temposunun içerisine girmektedirler. Bu noktada, işin yapısından çalışma koşullarına, gelişime yönelik fırsatlardan maddi tatmine ve iş doyumuna kadar pek çok açıdan çeşitli stres kaynakları kendisini göstermeye başlamaktadır. Bu kaynakların sebepleri ve sonuçları kişiden kişiye ve meslek gruplarında değişiklikler göstermektedir.

1999 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), dünya nüfusunun çalışan kesimini oluşturan 2,5 milyar insanın çalışma koşullarının, etik açıdan doğru ve ekonomik açıdan da sağlıklı önlemler alınarak iyileştirilmesine yönelik bir çağrı yapmıştır. Çalışma koşulları iyileştirilmezse, yakın gelecekte ülkeler çok ciddi sorunlarla uğraşmak zorunda kalacaklardır. WHO ve ILO'ya göre, 21. yüzyılın ilk yarısında, endüstriyel etkinliklerin gelişmekte olan ülkelere taşınmasına bağlı olarak, işyeri hastalıkları ve iş kazaları önemli ölçüde artış gösterebilir (Zülal, 2002).

İş stresi, bireyi normal fonksiyonlarından (örn; zihin – vücut) saptıran psikolojik ve/veya fiziksel davranışlarını değiştiren (dağıtan veya arttıran), işle ilgili etmenlerin sonucunda oluşan, psikolojik bir durumdur (Işıksan, 2002, 1). Bir başka tanıma göre işyeri stresi; işin gerekleri ile işçinin yetenekleri, kaynakları ya da gereksinimleri arasında uyumsuzluk olduğunda ortaya çıkan, zararlı fiziksel ve emosyonel (duygusal) cevaplar olarak tanımlanabilir (Koç ve Yeğen, 2002).

Tanımlardan da görüleceği üzere, çalışma yaşamında ortaya çıkan stres, iş görenin normal fonksiyonlarını yerine getirmesinde bir engel olarak ortaya çıkmakta ve bireyin fiziksel ve duygusal tepkilerinin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bireyin davranışındaki bu değişim işteki uyumu bozmakla beraber, birçok olumsuz sonucu da beraberinde getirmektedir.

Sağlık çalışanları stresin etkisini yoğun olarak hisseden önemli meslek gruplarından birisidir. Dolayısıyla, hastanelerde çalışan doktorlar ve hemşireler bu grubun başında yer almaktadırlar.

Doktorluk, her kesimde saygı uyandıran bir meslek dalıdır. İnsanların sağlığı için çalışmak ciddi bir gayret, özveri bir yapı gerektirmektedir. "Doktorlar Üstüne" adlı çalışmada tıbbın babası Hipokrat şöyle demektedir: "İnsanların, kendi bedenlerine bakmayı bilmeyenlerin başkalarına bakamayacaklarını düşünmeleri nedeniyle, doktorlar için iyi bir görünüme sahip olmak ve iyi beslenmek önemlidir. Doktorlar, nasıl konuşmaları ve ne zaman susmaları gerektiğini, düzenli bir

hayat yaşamaları gerektiğini bilmelidirler. Çünkü bu özellikler doktorun ününü artırır. Dürüst olmalıdırlar. Bunun için bütün insanlara karşı dürüst, kibar ve anlayışlı olmalıdırlar. Düşünmeden ve ani hareket etmemelidirler. Soğukkanlı, sakin görünmeli ve asla öfkeli olmamalıdırlar. Ama aynı zamanda çok neşeli olmaları da lehlerine değildir" (Mondadori, 1967). Bu ifadeyle birlikte "doktor"un nasıl bir kişiliği olması gerektiği konusunda ipuçları verilmektedir.

Hastaneler, Mintzberg'in sınıfladığı beş farklı yapıdan "profesyonel bürokrasi" olarak adlandırılan organizasyon yapısına uygunluk gösterirler. Çekirdek kısmın görevi çok karmaşıktır ve sadece uzun yıllar eğitim almış profesyoneller, yani doktorlar tarafından çalıştırılabilir. Aynı zamanda hastaneler, müşteri işleyen organizasyonlardır. Sistem yaklaşımından bilindiği üzere, hastanenin girdisi insan (hasta), dönüşüm sürecinde insanı işleyen insan (doktor, hemşire), çıktısı yine insan (sağlıklı kişi)'dir. Hastane organizasyonlarında en sorunlu yön, sağlık profesyonellerinin organizasyonudur. Bu profesyoneller arasında doktorlar birincil gruptur; işe alınma ve işten atılmayı düzenleyen, hasta bakımı ve kaynak paylaşımı konularında kilit adam olarak söz sahibi olanlar doktorlardır. Hastanelerde, üst-ast ilişkisine hiç uymayan doktor-hemşire ilişkisini tanımlamak zordur. Doktorlar, hemşirelerin yapacağı işi tanımlarlar, ama hemşirelik hizmetlerinden sorumlu tutulamazlar. Onun için bu ilişkinin tedavi verme ilişkisi içinde tanımlanması gerekir. Doktor (X), hemşireye (Y), hemşirenin hastaya vereceği tedavi veya tedavinin gidişi ile ilgili hizmetler için talimat verme yetkisine sahiptir. X, Y tarafından verilen tedaviyi ve verilen hizmeti denetleyecek, Y'de X'e karşı sorumlu olacaktır (Eren, 2001).

Türkiye'de hemşirelik mesleğine bakıldığında, sağlık hizmeti veren ekibin üyelerinden biri olarak önemli bir yere sahip oldukları görülmektedir. Ancak bununla birlikte, hak ettiği değeri görememekte ya da, hemşire, toplumumuzda hekimin yardımcısı gibi algılanmaktadır. Oysa sağlık hizmetleri bir bütündür ve sağlık işi ile uğraşan herkes, halkın tüm kesimine farklı görevlerle hizmet sunmaktadır.

Hemşirelik mesleği ile ilgili farklı tanımlar yapılmaktadır. 11 Mayıs 2005 Hemşireler Günü dolayısıyla, Türk Hemşireler Derneği'nde düzenlenen konferansta hemşire Nurdan Yıldırım, Yasemin Tuncer ve Nejla Yılmaz, Türkiye'de hemşireliği, hemşirelerin sorunlarını ve çözüm önerilerini anlatarak, meslekle ilgili çeşitli tanımlamalarda bulunmuşlardır. Bu tanımlamalarla ilgili olarak kullandıkları ifadeler aynen şu şekildedir; "19. yüzyılda Florance Nightingale hemşireliği; "hastayı iyileştirmek için hasta çevresinin iyileştirilmesi ve düzenlenmesi eylemi" şeklinde, 20. yüzyılda Henderson ise; "bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşma sürecindeki dinamik güç" olarak tanımlamıştır. Uluslararası Hemşireler Birliği de bu tanımları benimsemiştir. 1980 yılında Amerikan Hemşireler Birliği hemşireliği; "yardım sunan bir meslek", hemşirelik uygulamasını; "var olan ve olabilecek sağlık sorunlarına karşı gösterilen insan tepkilerinin tanı ve tedavisidir" diye tanımlanmıştır (www.ttb.org.tr, 03.2007).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre hemşirelik; "bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik; hemşirelik hizmetlerinin planlanmasından, örgütlenmesinden, uygulanmasından, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu, bilim ve sanatta oluşan bir sağlık disiplini"dir (DSÖ, 2002).

Doktorluk ve hemşirelik, çeşitli bakımlardan sağlık sorunu yaşayan kişilere hizmet veren meslek dallarıdır. Stresli kişiliklerin, stres yüklü kişilere hizmet etmesi, onların ihtiyaçlarına cevap verebilmesi oldukça güçtür. Bu durumda, kişilere gerektiği şekilde faydalı olabilmeleri için, öncelikle bu meslek mensuplarının stres kaynaklarının doğru olarak tespit edilmesi gerekmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi, doktor ve hemşire açısından, vardiya usulü çalışma, zaman baskısı, hata yapma korkusu, güvenliğin az olması, aşırı çalışma, acil ve beklenmedik durumlarda karar verme zorunluluğu gibi mesleğe özgü özellikler başlıca stres kaynaklarını teşkil etmektedir (Tarhan, 2002, 94-100). Ayrıca özel yaşantılarından yansıyabilecek çeşitli sorunlar da bu stres kaynaklarını artıran diğer etkenler olarak gösterilebilir. Bu kaynaklar, stresi artırarak, çalışanın sağlığının bozulmasına,

performansında düşüş yaşamasına neden olmaktadır. Bütün bu olumsuzlukların sonucunda da kurumun zararlı çıkması, verimin azalarak, hizmet kalitesinin düşmesi kaçınılmazdır.

Performans; iş görenin belirli bir süre içinde gerçekleştirdiği iş görme derecesi olarak tanımlanabilir. Performans değerlendirme ise; iş görenin işinde sağladığı başarı ve gelişme yeteneğinin sistematik değerlemesidir (Sabuncuoğlu, 1991, 90). Performans sistemlerinin oluşturulması ve sonrasında karşılaşılan en büyük güçlük uygulamadır. Bu yüzden, sistem tasarımı yapılırken kurumun kendine özgü yapısı ve bu yapı içindeki uygulama aşaması mutlaka dikkate alınmalıdır. Önemli olan, her kurumun kendi standart anlayışını yaratmasıdır (Özkan, 2004).

Özellikle sağlık işletmeleri çalışanlarında oluşan stres kaynakları, uygun performans yönetimi ve değerlendirmesi yapılmadığı durumlarda, iş doyumunu ve verimliliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

İşte tüm bu görüşler içerisinde, bu araştırmada stres kavramına genel bir bakış başlığı altında stresin geniş bir tanımına yer verilerek, hastanelerde çalışan doktorlarda ve hemşirelerde stres yaratan kaynaklar üzerinde durulmaktadır. Hastanelerde örgütsel performans konusu, stres ve performans konusuyula ilişkilendirilmektedir. Ankara’da ki üç devlet hastanesinde çalışan doktorlara ve hemşirelere uygulanan anket çalışmasına dayandırılmak suretiyle doktorların ve hemşirelerin stres kaynakları ve stresin performanslarına etkilerine ilişkin görüşlerine dair sonuç ve önerilerle ile araştırma desteklenmektedir.

2. STRES KAVRAMINA GENEL BİR BAKIŞ

Stres son yıllarda yaş, sosyal statü, cinsiyet, meslek farkı olmaksızın herkesi etkileyen fizyoloji, sosyoloji, psikoloji, psikiyatri ile diğer tıp alanlarında ve gündelik yaşamda sıkça kullanılan kavramlardan biridir. Burada stresin geniş bir tanımı yapılmaktadır.

2.1.Stresin Tanımı

Sözcük olarak stres, Latince’den türemiş ve İngiliz dilinde kullanılan bir terimdir. Önceleri, fizik ve mühendislik alanlarında kullanılan stres terimi, Latince’de “Estrictia”, eski Fransızca’da “Estrece” kelimelerinden gelir. Webster sözlüğünde; kelimenin isim olarak sekiz, fiil olarak dört farklı anlamı vardır. İsim olarak birinci anlamı zorlanma, gerilme ve baskıdır. 17.yy’da felaket, bela, musibet (adversity), dert, keder, elem (affliktion) gibi anlamlarda kullanılmış, 18. ve 19. yüzyılda, kavrama yüklenen anlam değişmiş ve güç, baskı, zor gibi anlamlarda; objelere, kişiye, organa veya ruhsal yapıya yönelik kullanılmıştır. Buna bağlı olarak da stres, nesne ve kişilerin bu tür güçlerin etkisiyle biçiminin bozulmasına, çarpıtılmasına karşı bir direnç anlamında kullanılmaya başlanmıştır. Ayrıca, kelime bütünlüğünü koruma ve esas duruma dönmek için çaba harcama halini de ifade etmektedir (Baltaş ve Baltaş, 1999, 298).

Bilim dünyasında, stres sözcüğü ilk kez 17. yüzyılda “elastiki nesne ve ona uygulanan dış güç” arasındaki ilişkiyi açıklamak üzere, Fizikçi Robert Hook tarafından kullanılmıştır. Thomas Young adlı bir başka fizikçi bunu yüzyıl kadar sonra bir formül üzerinde göstermiştir. Young’a göre stres; maddenin kendi içinde olan bir güç ya da dirençtir (Roskies, 1994, 2; Aktaran, Ulukuş, 2004, 195). Buna göre, madde kendi üzerinde uygulanan dış güce, sahip olduğu direnç oranında tepki göstermektedir.

Stres (stress) sözcüğü ilk kez, fizik biliminde tanımlandıktan sonra, farklı disiplinlerde, farklı anlamlarda kullanılmıştır. Psikolojideki tanımıyla sözcüğün, Latince’deki “çekip gelmek” anlamına gelen “Stringere” sözcüğünden türediği sanılmaktadır (Graham, 1999; Aktaran, Ulukuş, 2004, 195–196). Terimler sözlüğüne bakıldığında stresin, organizmanın bedensel ve zihinsel sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanmasıyla ortaya çıktığı ifadesi yer almaktadır (Güney, 1998).

Sosyal Bilimler Sözlüğü’nde (Demir ve Acar, 1997, 210) ise stres (stress); “fizyolojik veya psikolojik nedenlerden kaynaklanan ve sinir sistemini aşırı derecede yıpratarak, organizmada sıkıntı,

gerginlik, yorgunluk, dikkat dağınıklığı ve çöküntü şeklinde ortaya çıkan her türlü rahatsızlık durumu” dur.

Güç, baskı, zor, gerilim gibi anlamlar yüklenmiş olan stres; bireylerin iç ve dış ortamdaki değişiklikleri tehdit, mücadele ya da tehlike olarak algıladığı, uygun kaynaklara sahip olduğunda uyum sağladığı ve dengesini sürdürdüğü, kaynaklar yeterli olmadığında uyumun ve dengesinin bozulduğu dinamik bir süreç olarak ifade edilmektedir (Bailey, 1985, McEven, 1998; Aktaran, Demir, 2003, 301–307). English Oxford Dictionary ise stresi; “bireyin normal fizyolojik ya da psikolojik fonksiyonlarını bozan ya da bozması muhtemel olan olumsuz bir durum ya da durumlar ve aynı zamanda bunun sonucunda ortaya çıkan olumsuz durum” olarak tanımlamıştır (English Oxford Dictionary, 1989; Aktaran, Demir, 2003, 301–307).

Kavramı ilk kez ortaya atan, Hans Selye’nin çok benimsenen tanımına göre stres, “memnuniyet verici olup olmadığına bakılmaksızın, her türlü isteme bedeninin uyum sağlamak için gösterdiği yaygın tepkisidir” (Allen, 1983, 3; Aktaran, Aydın, 2002, 2).

İnsanı yakın duygusal ilişkilerden uzaklaştıran, verimliliği düşüren ve en önemlisi hayattan aldığı zevki azaltan stresle ilgili olarak diğer ifadeler ise şu şekildedir;

Stres; “organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan, kişide fizyolojik ve psikolojik dengesizlikler yaratan, zihinsel veya fiziksel yorgunluk durumudur” (Baltaş, 2002, 23). Schermeron’a göre ise stres (1986); “olağanüstü talepler, sınırlamalar veya fırsatlarla yüz yüze gelindiğinde birey tarafından yaşanan bir gerilim durumudur” (Aydın, 2002, 4).

Stres teriminin gerektiği gibi kullanılmasına ilişkin olarak hala bir belirsizlik vardır. Stres terimi psikoloji, ergonomi, psikiyatri, dahili tıp, fizyoloji, eczacılık, sosyoloji, antropoloji gibi bilim alanlarında farklı biçimlerde anlaşılmış ve kullanılmıştır (Taner, Schnittjer, Atkins, 1991; Aktaran, Aydın, 2002, 4). Bir görüşe göre, araştırmacı sayısı kadar stres tanımı vardır (Ertekin, 1993; Aktaran, Ulukuş, 2004, 196).

Bireyin, içinde bulunduğu toplumda aile ilişkileri, çalıştığı işletmenin yapısı, işin kendisi, çalışma arkadaşları, amirleri, astlar, toplumdaki hayat tarzı, ısı, gürültü, amaçlara ulaşamama, karar verememe vb. durumlar kısaca, insanın sıkıntıya düştüğü haller, potansiyel stres kaynağıdır. Bunun yanında, insana mutluluk veren çeşitli başarıların elde edilmesi, ödül kazanılması, sınıf geçmek, okul bitirmek gibi insana mutluluk veren durumlar da strese neden olabilmektedir. Dolayısıyla, toplum içerisinde yaşayan birey olarak herkes, çoğu zaman stresle karşı karşıya kalabilmektedir (Öztürk, 1994: 114–115).

Modernleşme süreciyle birlikte birey sürekli değişen, hareket eden bir varlık haline gelmiştir. Birbirinden oldukça farklı, hatta zaman zaman çelişkili ortamlar içerisinde bulunmaktadır. Bu arada bireye rahatsızlık veren pek çok sorun açığa çıkarak, birer stres kaynağı olarak yaşantılara girmeye başlamaktadır.

2.2. Stres Kaynakları

Basit bir şekilde ele alındığında stres; işyerinde veya çevrede yer alan sağlığa zararlı olarak görülen olay ve durumlar yüzünden ortaya çıkan belirtileri kapsamaktadır.

Stres oluşturan kaynaklar üç başlık altında değerlendirilebilir. Bunlar: Kişisel Stres Kaynakları, Çevresel Stres Kaynakları, Örgütsel Stres Kaynaklarıdır. Bugün çevrenin değişken, çalkantılı ve karmaşık yapıda olması nedeniyle, bu faktörleri birbirinden kopuk olarak ele almak imkânsızdır (Tutar, 2000, 218- 219).

Stres kavramının ayrıntılı açıklanmasından sonra “Hastanelerde Çalışan Doktorlarda ve Hemşirelerde Stres” başlığı altında sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri, meslek olarak doktorluk ve hemşirelik ile stres yaratan etkenler üzerinde durulmaktadır.

3.HASTANELERDE ÇALIŞAN DOKTORLARDA ve HEMŞİRELERDE STRES

Sağlık endüstrisi, her biri farklı sağlık ihtiyaçlarına hizmet eden, hastaneler, poliklinikler, evde bakım hizmetleri, ev hemşireliği ve yardımcı yaşam destekleri gibi farklı parçalardan oluşmaktadır (Hitt, 1998; Aktaran, Pakdil, 2002). Bu bölüm başlığı altında; sağlık kavramı, sağlık hizmetleri sunan hastanelerde yüklü stres altında çalışan doktorlara ve hemşirelere ilişkin meslek tanımları ve görevlerini yerine getirme koşulları hakkında bilgiler verilmektedir.

3.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri

Sağlık kavramı, çok eski ve insanlığın var olmasıyla ortaya atılmış bir kavramdır. İnsanın önem kazanmasıyla, sağlık da daha önemli hale gelmiş ve böylece tıp biliminin temelleri atılmıştır. Sağlık, “vücudun ve aklın normal durumu, yani bütün kısımlarının normal işlemesi” olarak ifade edilmektedir. Hastalık ise, “bir dizi karakteristik semptomu içeren, vücudun tümünü ya da herhangi bir parçasını etkileyebilen, nedeni, patolojisi ve prognozu bilinebilir veya bilinmeyebilir belirgin bir marazi süreç” şeklinde tanımlanmaktadır (Soyer, 2005, 24). Bu tanımlamalarla açıklanmak istenen, tıbbi bilgi ve etkinlikle birlikte vücut makinesinin belli bölümlerini temel olarak ortaya çıkaran işbölümünün (kardiyoloji, nöroloji, vb. uzmanlaşmayı) meydana gelmesi durumudur. Tıbbın bu mekanik versiyonu, Harvey’in kan dolaşımı sistemini bulması, Leeuwenhoek’un mikroskobu icadı gibi geçmişte üretilen bilgilerin üzerine inşa edilmiştir. Bu mekanik tıp anlayışı, tıbbi bilimsel gelişmelerin doğrusal bir sonucu gibi görmekte, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının da bu sürecin şekillendiricileri olduğunu belirtmektedir (Navarro, 1988; Aktaran, Soyer, 2005, 24).

Cumhuriyetle birlikte sağlık, daha da önemli hale gelerek tıp bilimi ağırlık kazanmış, sağlığın korunması, güçlendirilmesi, çevrenin sağlık taramasından geçirilmesi ve çıkabilecek hastalıklara karşı yeni önlemlerin alınması gibi amaçları belirlenmiştir (Güven, 1990). Ülkemizde sağlık çalışanlarının sorunlarına yönelik yapılan çalışmalarda; eğitim farklılığı, kadın ve erkek rollerinin çalışma yaşantısına yansımaları, iletişimsizlik, hemşirelerin bağımsız karar alamaması, görev ve rol belirsizlikleri, düşük statü, otorite ve güç gibi konulara sıkça değinilmektedir. Bu konularda olumlu gelişmeler kaydedilirse, çalışanların çalışma koşulları eşitlenirse sorunların ortadan kalkacağı yaklaşımı öngörülmektedir. Bunlar birer sonuçtur. Bunları belirleyen ilişkilerin incelenmesine ve bu sonuçların ortaya çıkış sebeplerine dikkat edilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetleri konusunda çeşitli çelişkiler yaşanmaktadır. Bu tür ortamlar, sağlık çalışanlarının ilişkilerini olumsuz hale getirmektedir.

Eskiden, sadece hekim ve hemşirelerin ağırlıkta olduğu sağlık sektöründe iş gücünün yaklaşık yarısından fazlasını ki bu durum, bazı ülkelerde sektörün $\frac{3}{4}$ ’ünü içermektedir, hekim ve hemşire dışı sağlık personeli/çalışanları oluşturmaktadır. Diğer yandan da, hekimlerin ve yüksek öğrenim gören sağlık personelinin sayısı, giderek artmaktadır. Toplumda azınlıkta olan hekim ve sağlıkçı sayısının artması, o zamana kadar sahip oldukları ayrıcalıkların azalması sonucunu doğurmaktadır (Soyer, 2005).

Hekimlerin, genelde de profesyonellerin bürokratik kurumlarda çalışması ile iki farklı tür otoritenin birbiri ile çelişmesi gündeme gelmiştir. Teknik yeterliliğe dayalı (hekimlerin) otorite(si) ile yasal olarak tanımlanan resmi otorite arasında gerilim yaşanmaktadır. Hekimin (ya da profesyonelin) bürokraside yer alması ile özerkliğin azalması, güçsüz bir tekno-bürokrata dönüşmesi, bürokratik organizasyonun yaptırımları ile sınırlanması ve sonunda bu organizasyonlara bağımlı hale gelmesi söz konusudur. Bürokratikleşme, profesyoneller ve profesyonelleşme üzerinde genel olarak yıpratıcı bir etkiye sahiptir (Mc Kinlay and Archers, 1985; Aktaran, Soyer, 2005).

Günümüzde sağlık kuruluşları bir işletme olarak kabul edilmekte ve bu şekilde yönetilmektedirler. Bu bakımdan kalite kavramı, en çok önem verilmesi gereken konu haline gelmektedir. Günümüzde gerek kamu, gerekse özel sağlık kuruluşlarının performanslarının maliyet, etkililik, kalite ve verimlilik gibi göstergelerle izlenme gerekliliği, sağlık kuruluşlarının da birer işletme olarak algılanma zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır.

Sağlık kuruluşlarının, girdi-süreç-çıktı döngüsü içinde kaynak kullanması, müşteri gruplarının olması, en önemlisi de insan hayatıyla direkt ilgili olan bir alanda hizmet sunması nedeniyle, hizmet kalitesini artırmak, kurum açısından da performanslarını yükseltmek zorundadırlar. Bu gelişmeler de sağlık organizasyonlarının birer işletme olarak görülmesine neden olan gelişmelerdendir (Pakdil, 2002).

Sağlık hizmetlerine nitel ve nicel olarak artacağı tahmin edilen talebin karşılanması, bu alana ayrılan kaynakların hızla artmasının yanı sıra, ayrılan kaynaklardan yararlanma oranını, bu kaynakların etkin kullanımını ve performanslarının artırılmasını da etkili kılar. Bu aşamada, sağlık hizmeti veren kuruluşların da modern işletmeciliğin organizasyon, planlama, yürütme ve kontrol ilkeleri doğrultusunda çalışmasının sağlanması, kalite yönetiminin sistematik olarak hayata geçirilmesi ile kalite güvencesinin hizmet üretiminde ve sunumunda esas alınması gerekmektedir (Peşkircioğlu, 1993, 41).

Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının % 40'dan fazlası hastanelerde yapılmaktadır. Hastanelerin gerek toplam ekonomideki bu yeri ve gerekse sağlık ekonomisi içindeki azımsanamayacak payı, hastanelerin yönetsel açıdan iyileştirilmesini gerekli kılmıştır. Bu yüzden de pek çok Amerikan hastanesinde, organizasyondan hizmet kalitesine kadar tüm hastane genelinde etkili profesyonel bir yönetim anlayışının varlığı göze çarpmaktadır. Brannan'da (1998) bu görüşü destekler bir yaklaşımla, hastane yönetimlerinin yapması ve çaba sarf etmesi gereken konuları şu şekilde sıralamaktadır (Pakdil, 2002):

- İşgörenin, iş tatmini ve organizasyonel kültürünü iyileştirme,
- Etkili sağlık hizmeti sunmayı engelleyen organizasyonel politika, prosedür ve faktörleri çözme,
- Bilgi çalışanlarını destekleme,
- Tüm karar verme düzeylerinde klinik bakış akışını içeren ve klinik kadroya kendi iş çevrelerinde kontrol hakkı veren bir liderlik felsefesi aşılama ve
- Uzman ve yeni işgörenler arasındaki farkı gözetken ücret sistemlerini yeniden yapılandırma olmalıdır.

Türkiye, toplam sağlık harcamalarının % 1'ini koruyucu sağlık hizmetlerine, % 99'unu tedavi edici sağlık hizmetlerine ayırmaktadır. Buna rağmen Türkiye'deki hastane sayısı yetersizdir. 10 bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı ABD'de 53, Almanya'da 87, Arjantin'de 48, Fransa'da 93, İngiltere'de 63, Rusya'da 138, Yunanistan'da 51 ve dünya ortalamasında 34 iken Türkiye'de, 25,7'dir. Yapılan araştırmalar neticesinde elde edilen istatistik verilere bakıldığında şu sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Terzi, Saçaklıoğlu, Sayek, 2002, 166):

- Türkiye'de sağlığa ayrılan pay oldukça yetersizdir.
- Türkiye'de koruyucu hekimlik uygulamaları yetersizdir ve temel sağlık hizmetlerine gereken önem yeteri kadar verilmemektedir.
- Türkiye'de hekimlerin çoğu pratisyen hekim olarak çalışmaktadır.
- Türkiye'de hekimlerin çoğu geçinebilmek için hem kamu hem de özel sektörde çalışmak zorunda kalmaktadır. Hekim ücreti çok yetersizdir.

- Türkiye'nin sağlık göstergeleri başarabileceğinden daha kötü durumdadır.

Hastane gibi hayati önem taşıyan işlevi olan, özellikle de hastaların isteklerini karşılamakla yükümlü büyük kurumlarda çalışan sağlık personeli, gün boyunca büyük stres altında görevlerini yerine getirmektedir. Büyük sorumluluğun yarattığı endişe, zaman baskısı altında karar verme, hastaların farklı rahatsızlıklarına ve davranış tarzına karşı geliştirecekleri tutumları belirleme, sağlık personelinin en önemli stres kaynaklarıdır.

Hastanelerde kadınların çalışma koşulları ve sağlıkları arasındaki ilişkiler, 1505 kadın çalışanın yer aldığı bir örneklemede incelenmiştir. Bunların % 43'ü hemşire, % 32'si, yardımcı personel, % 7'si hizmetli ve % 13'ü diğer niteliklere sahip sağlık bakım personelidir. % 63'ü sabahları, % 20'si öğleden sonra ve % 17'si gece vardiyasında çalışmaktadır. Dört sağlık göstergesi, Genel Sağlık Ölçeği'nden yüksek puan almıştır. Bunlar, a) yorgunluk, b) uyku bozukluğu, c) anti depresif ilaç, uyku hapları veya ağrı kesici kullanma ve d) klinik değerlendirmede psikiyatrik rahatsızlık teşhisidir. İşteki stresle ilgili dört belirti ise, iş stresi, ruhsal yüklenme, kurum içi beceri eğitimindeki memnuniyetsizlikler ve prosedürün neden olduğu güçlükler olarak tanımlanmıştır. Uyku bozukluğu, çoğunlukla, çalışma saatleri ve prosedür güçlüğü yüzünden ortaya çıkmaktadır. Stres faktörleri ve ruhsal iyilik hali arasındaki bu ilişkinin varlığı, hastane çalışanlarının çalışma koşullarını amaçlayan müdahaleleri düşündürmelidir (Esteryn ve Diğerler, 1990; Aktaran, Işıkhani, 2004, 152).

Personelin yaşadığı sorunların en aza indirgenmesi, ihtiyaçlarını giderecek mekanizmaların oluşturulması durumunda, hastalara daha kaliteli bir hizmet sunulabilecektir. Bunun tersi bir durumda ise, bireysel düzeyde doyumsuzluk, tükenme, bıkkınlık, işten uzaklaşma, monotonluk yaşanırken, yoğun olarak kurumsal düzeyde işlevsiz, etkisiz ve kalitesiz bir hizmetle karşılaşmış oluruz (Işıkhani, 1998, 146- 152).

Doktorluk ve hemşirelik mesleği, stres kavramıyla arasındaki ilişki bakımından aşağıdaki alt başlıklar altında açıklanmaya çalışılmıştır.

3.2. Doktorluk Mesleği ve Stres

Tıp eğitimi, liseye dayalı ve altı yıl olarak verilmektedir. Bu eğitimi başarıyla tamamlayanlar, mezun oldukları sırada meslekleriyle ilgili Hipokrat Yemini'ni ederler. Bu yeminin esası, mesleğe, insana ve onları yetiştiren hocalara sevgi ve minnete dayanmaktadır. Bununla birlikte hekim, edindiği bilgileri ve kazandığı becerileri sadece ve sadece insanlığın yararına kullanacağına, sır saklayacağına ve bilerek başkalarının ölümüne neden olmayacağına yemin eder (Güven, 1990).

Hekim; yaşadığı dönemin bilimsel bilgisine hakimdir. Hipokrat da, aynı geleneğin doğudaki öncülerinden biri olan İbni Sina da, hem hekim, hem bilim adamı, hem de filozoflardı. İlaçları da kendileri yaparlardı, yani aynı zamanda eczacıydılar. Hekimler, önce filozofluk sonra da, eczacılık konusundaki hakimiyetlerini kaybetmişlerdir. 20. yüzyılın ortalarına kadar hekim, mesleğini uygularken, hastalık dediğimiz olguların altında yatan bilimsel mekanizmaları izleme, kavrama, onlardan sonuçlar çıkarma ve tedavi konusunda yararlanma olanaklarına az çok sahiptiler. Bugün bu olanak büyük ölçüde ortadan kalkmıştır. Uygulama alanında çalışan, yani fiilen hasta tedavi eden hekimlerin, kendi alanlarında bile tüm bilimsel gelişmeleri yakından izleme, kavrama ve onlardan doğrudan doğruya tedavi konusunda yararlanma olanağı kalmamıştır. İlaç geliştirme ve üretme süreci ise hekimin elinden tümüyle alınmıştır (Gürsoy, 2002, 211).

Hekim, müşteri sağlayıcı, halkla ilişkiler ajanı, değişim aracısı, lider, çalışan ve yönetici rollerinin hepsini birden taşır (Mc. Keown ve Jandrey, 1991; Aktaran, Aksoy, 2001).

Türk Tabipler Birliği tarafından yayınlanmış olan, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nda, "Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek, hastaları iyileştirmeye çalışarak, insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için gelişmeleri yakından izler" ibaresi yer almaktadır (Madde.5).

Yine aynı yayında, “Hekim görevlerini her durumda hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür” (Madde.7). Dördüncü Bölümde, “Hekim, hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken, bilgilenme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da ret hakkı vb. , hasta haklarına saygı göstermek zorundadır” (Madde.21) ifadeleri bulunmaktadır (HMEK, 2004).

Beşinci bölümde ise, “Her hekim, başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olmak üzere, tüm insan hakları belgelerine ve hekimlikle ilgili ortak kurallara uymakla yükümlüdür” (Madde.33) denilmektedir (HMEK, 2004).

Mc Kinlay ve Archers (1985) ile Fridson’a (1970) göre, hiçbir hekimin ve sağlıkçının giderek dev boyutlara ulaşan tıbbi bilginin tümünü kavraması ve edinmesi beklenilemez. Hekimler bu gerekçe ile ama bu gerekçeden çok daha önce başlayan bu süreçte uzmanlaşmaya yönelmektedirler. Geline nokta, tıp alanı birçok alt alana parçalanmış ve her bir alt parça için uzmanlaşma gündeme gelmiştir. Hekimler her alanda yetkin bilgili kişi olmak yerine, sınırlı bir etkinlik alanında uzman olmaya teşvik edilmektedirler (Aktaran, Soyer, 2005, 33).

Hekimlerin performansı ve başarısı, giderek başka meslektaşları ve diğer sağlık çalışanları ile etkileşimine ve uyumuna bağlı olmaya başlamıştır. Diğerlerinin bilgi ve performansına bağımlı hale gelen hekim/ uzman hekimler, önemli bir işlevi yitirirler hatta ekip başı olma konumlarından, ekibin üyesi olma konumuna değişirler (Mc Kinlay and Archers, 1985, Fuchs, 1974; Aktaran, Soyer, 2005, 33).

Hekimleri istihdam eden en büyük kurum devlettir. Türkiye’de hekimlerin % 85’i Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversiteler vb. şemsiyeler altında, devletle ilişkilidir. Zorunlu hizmetin kalkması ve kamunun daraltılması/çökertilmesi politikasının bir sonucu olarak, devletle ilişkisi olan hekim sayısı artmaya başlamıştır ve yakın dönemde de tıp fakültesi mezunu sayısı, kamusal istihdam olanağı dengesizliğinin sonucu olarak daha da artacağı benzetilmektedir. Böylece hekimler için yeni, çoğu özel iş alanları görülmektedir.

Sağlık pazarının giderek büyümesi sonucunda, hekimler daha fazla özel işlere yönelir olmuşlardır. Bugün % 85 olarak ifade edilen, devletle ilişkili hekimin yaklaşık yarısı, aynı zamanda özel bir iş yapmaktadır. Mesai sonrası muayenehane ya da özel poliklinik, hastane, iş yeri hekimliği, kurum hekimliği vb. şeklindeki bu ek iş yapma eğilimi giderek artmaktadır (Soyer, 2005, 54).

Kentlerdeki hastane çalışanlarının ağırlıkta olduğu sağlık çalışanları, özetle şu değerlendirmeleri yapmışlardır (Öztürk, 2004):

- Kendi çalışma koşullarının iyi olmadığını,
- Beş yıl öncesine kıyasla daha az kazandıklarını,
- Maaşlarını zamanında almakta problem yaşadıklarını,
- Yeniden yapılanmanın, çalışma koşullarını daha da bozacağını,
- İşlerini kaybetme korkularının olduğunu,
- İşten atılırlarsa başka bir iş bulmada ve kendi işlerini yapmada zorlanacaklarını,
- Yönetimlerin, eskiye kıyasla sorunlarla daha az ilgilendiğini belirtmişlerdir.

İş stresi ve iş doyumu arasındaki ilişki, son zamanlarda doktorlarla yapılan araştırmalarda da gündeme gelmeye başlamıştır. İş doyumu, işe yönelik olumlu bir tutumu ifade etmektedir. Bu tutum, çalışanların işlerinde karşılaştıkları güçlüklerle mücadele edecek yöntemlere sahip olabilmeleriyle ilgilidir (Işıksan, 2000, 38–52).

Doktorların stres kaynakları genel olarak aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır (Aydın, 2002, 81);

- Çalışma saatlerinin düzensiz olması
- Nöbet sürelerinin uzun olması
- Ücret yetersizliği
- Teşhis ve tedavide hata yapma
- İnsan yaşamının sorumluluğunu üstlenme zorunluluğu
- Araç-gereç yetersizliği nedeniyle bazen gerekli müdahalelerin yapılamaması
- Hasta sayısının fazla, doktor sayısının yetersiz olması
- İş yerinde dedikodu
- Tıpta uzmanlık sınavı
- Değerlendirmede yapılan adaletsizlikler
- Tıp eğitiminin yetersiz olması
- Ast-üst ilişkilerinin bozuk olması
- Bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski
- Meslek hastalıkları
- Hasta yakınlarının olumsuz tepkileri
- Hastaların kızgın davranışları
- Doktorlar arasında mesleki ve kişisel çatışmalar
- Çalışma ortamının kötü olması
- Hastaya ve hasta yakınlarına gerçeği söyleyememe
- Şiddetli acı ve ağrı içindeki hastalara karşı hissedilen duygusal baskı
- Hastaların doktorları kullanmak istemesi (ilaç yazdırma, rapor alma vs.)
- Kendi yakınları hastalandığında rol çatışması yaşamak
- Toplum tarafından çalışmalarının takdir edilmemesi

3.3. Hemşirelik Mesleği ve Stres

Hemşireler, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde sağlık ekibinin bir üyesi olarak sağlık bakımını vermektedirler. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin verildiği her alanda hastane, ev, iş yeri, okul, bakım evleri gibi bakım verici, eğitici, denetçi, yönetici, araştırmacı roller almaktadırlar. Sağlık hizmetleri, bireye ve çevreye yönelik hizmetleri içeren koruyucu sağlık hizmetlerini, kendine bakmayı, sağlık personeli tarafından evde, ayakta ve hastanede verilen bakımı, ileri teknolojinin kullanıldığı özel dal hastanelerinde verilen bakımı kapsayan tedavi hizmetlerini ve kişinin kaybettiği gücünü yeniden kazanmasını sağlayan rehabilitasyon hizmetlerini içerir. Hizmet, hazırlanan plan ve programlarla yürütülerek, ekip çalışması benimsenerek yerine getirilmektedir. Hemşire de, sağlık hizmetlerinin tüm bu alanlarında ekibin bir üyesi olarak görev almaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde hekimlerin en yakın yardımcısı hemşirelerdir. Eğitim düzeylerinin temeli önceleri ilkokula, sonraları liseye dayandırılmıştır. Türkiye’de modern alanda hemşirelik, I. Dünya Savaşı’ndan sonra başlamıştır. Hekimlik mesleğinin ilerlemesine karşılık, olumsuz sosyal etkiler nedeni ile Türk kadınının çalışmasına engel olduğu için, hemşirelik mesleği ülkemizde geç gelişen bir meslek olmuştur. Fakat sağlık alanında ortaya çıkan zorlayıcı gelişmeler, yataklı sağlık kurumlarının açılması, Türk hekimliğinin ilerlemesine rağmen, hastalara bakacak,

yetişmiş, bilgili hemşirelerin bulunmayışı, bazı hekimlerimizi bu konu üzerinde çalışmaya yöneltmiştir.

1911 Trablusgarp ve 1912 Balkan Savaşlarında, hasta bakımının yetersiz oluşu sebebiyle, çok asker kaybımız olmuştur. Bu tarihlerde Kızılhaç'ın Washington Kongresi'ne katılan Dr. Besim Paşa ve Dr. Nihat Reşat Belger, hemşireliğin bir meslek olduğunu, branşlara da ayrıldığını gözlemlemişlerdir. Yurda dönüşlerinde, Besim Ömer Paşa, Kızılay Cemiyetini (Hilal-i Ahmer) kurarak, ülkenin hemşirelik mesleğine olan gereksinimini dile getirmiş ve bir hemşire okulunun açılmasının zorunlu olduğunu belirtmiştir. 1912 yılı ülkemizde, hemşirelik mesleğinin başlangıcı olmuştur. Bu yıllarda pek çok hasta bakımı ile ilgili kurslar açılmıştır.

Cumhuriyet döneminin ilk hemşirelik okulu 1925 yılında İstanbul'da açılan, Kızılay zel Hemşire Okuludur. Hemşirelik, Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde, çeşitli üniversitelere bağlı meslek yüksek okullarında ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı hemşire okullarında meslek olarak okutulmaktadır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı hemşire okullarında aşağıda yer alan amaçlar vardır (Erhan, 1978, 110–112):

- Hemşirelerin bilgilerini artırmak ve noksanlarını tamamlamak.
- Görüşlerini geliştirmek.
- Öğretmen ve yönetici olarak geliştirmek.
- Hemşireliğin zel bir dalında uzman olarak yetiştirmek.
- Meslekte iyi yetişmiş eleman sayısını artırmak.
- Önderlik niteliklerini kuvvetlendirmek.
- Hastane, ev veya kliniklerde yatan hastaya en iyi bakımı sağlayabilmek ve hasta olanların sağlığını korumaktır.

Uygulanan sağlık hizmeti içinde hemşire koruyucu sağlık hizmetleri alanında, 'halk sağlığı hemşiresi', 'başhemşire', 'ziyaretçi hemşire' ve 'hemşire' unvanı ile başkanlıklarda, bunlara bağlı dispanserlerde ve sağlık ocaklarında görev almaktadırlar. Tedavi hizmetleri alanında ise, yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğinin belirlediği görev ve yetki dahilinde çalışmalarını, hastane, poliklinik, dispanser gibi tedavi merkezlerinde yürütmektedirler. Türkiye çapında hizmet veren tüm tedavi kurumlarından olan, özel hastanelerde, SSK ve kamu kurumlarına ait hastanelerde, poliklinik ve dispanserlerde bu yönetmelik doğrultusunda çalışmaktadırlar. Bu yönetmelikte, hemşire, 'baş hemşire', 'baş hemşire yardımcısı', 'servis sorumlu hemşiresi' ve 'hemşire' görev unvanları tanımlanmış, görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir (SSYB, THGM. Yn.499).

1981 yılında Türk Hemşireler Derneği, hemşireliği, "bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik; hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinden ve hizmeti yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bir sağlık disiplini" diye tanımlamıştır. Görev alanlarını ve bu alanlardaki işlevlerini de şu şekilde belirlemiştir (THD, 1981):

1. Tedavi edici sağlık hizmetleri alanında;

a) Yatak başı hizmetleri ile ilgili işlevleri: Hemşire bu alandaki işlevlerini, hastanın, fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini dikkate alarak düzenleyeceği bakım planı çerçevesinde yürütür.

b) Poliklinik hizmetleri ile ilgili işlevleri: Bu alandaki işlevlerini, hasta ve ailesine verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetleri oluşturur.

c) Ameliyathane hizmetleri ile ilgili işlevleri: Ameliyatın başarısını sağlayacak koşulların oluşturulmasından, hastanın hayati belirtilerinin normal sınırlara dönünceye kadar denetim altında tutulmasına kadar olan işlevleri kapsar.

2. Koruyucu sağlık hizmetleri alanında: Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması, dispanser, iş sağlığı ve okul sağlığı hizmetlerinde birey, aile ve toplumun eğitim ve danışmanlığı ile ilgili işlevleri tanımlanmıştır.

3. Eğitim ile ilgili işlevleri: Sağlık eğitimi, hizmet içi eğitim ve öğrenci eğitimi kapsamında ele alınmıştır.

4. Yönetim ile ilgili işlevler: Hastane ve diğler sağlık kuruluşlarındaki hemşirelik hizmetlerinin yönetimi kapsamında tanımlanmış ve hemşirelik eğitiminin bu doğrultuda yapılması gerekliliğı vurgulanmıştır.

Ülkemiz, sağlık hizmetlerinde hemşirelerin etkinliğini sağlayacak konuları belirlemiştir. Bu konuda ülkemiz, değışim için gerekli olan çalışmaların başlatılmasını prensip olarak benimsemiş olmasına rağmen, eğitime ve uygulamaya genel olarak yansıtamamıştır. Bunun en önemli nedenlerinden biri, hemşirelik eğitimidir. Hemşire yetiştiren okulların müfredat programları, ülkenin sağlık gereksinimlerine cevap verebilecek düzeyde değıştirilemediğı ve hemşirelik eğitiminde halen belli bir standardizasyon sağlanamadığı gibi, herkes için sağlık stratejisi doğrultusunda da bir değışim yeterince gerçekleştirilememiştir. Hemşirelik eğitimi, yeterli öğrenim deneyimi kazandıracak uygulama alanları olmayan, öğrenciye danışmanlık, rehberlik yapabilecek, onu denetleyebilecek hemşirelik deneyimine sahip öğretim elemanından yoksun ortamlarda verilmiş ve verilmektedir (Seviğ, 1990).

Hemşireler, gerçek iş ortamlarını, alanlarını tanıma fırsatı bulamadan mezun olmakta ve eğitim dönemlerinde, çalışma ortamlarında kendilerinden beklenecek yönetim, denetim, plan ve program yapma, yetişkin eğitimi gibi konularda yetişmelerini sağlayacak dersler verilmemektedir (Arzık, 1990). Hemşireler birçok konuda bilgi ve becerileri yönünden yetersizdir. Bu durumda hemşire, tedavi hizmetlerini ve koruyucu sağlık hizmetlerini yürütebilecek düzeyde yetişmemektedir. Bu hemşireler hizmet içi eğitimle de desteklenmemiştir. Diğler bir neden hemşirelerin görev ve yetkilerini düzenleyen yasa, yönetmelik ve yönergelerdir. Hemşirelerin, görev yetki ve sorumluluklarını belirleyen 154 ve 499 sayılı Yönerge ve Yönetmeliklerden başka, 28.02.1954’de yürürlüğe girmiş kadro ve ceza ile ilgili üç maddenin değıştirilmesinin dışında aynen geçerliliğini sürdüren 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu da vardır (Çilingir, 1998). Hemşirelik Kanununun 4. Maddesinde yer alan görev ve yetkileri (HK.6283, 1954) şu şekildedir:

—Hemşireler, müdavi tabip tarafından tavsiye edilen tedavi tedbirlerini uygulamaya yetkilidirler.

—Hemşireler çiçek aşısını ve acil hallerde icap eden pansumanları, re’sen tatbik edebilecekleri gibi, müdavi tabibin tavsiyesi üzerine sağlık kurumlarında veya dışarıda hastalara deri altına, adale içine ve damar içine şırınga yapmaya yetkilidirler. Bu sebeple mesuliyetleri, şırınganın tatbikindeki bilgisizlik, dikkatsizlik ve ehliyetsizlik hallerine münhasırdır.

—Hemşireler, dispanserlerce ve sağlık kurumlarınca görevlendirildikleri koruyucu hekimlik işlerinde halka bilcümle sıhhi tedbirleri, sağlık korunma çarelerini ve müracaat etmeleri lazım gelen sağlık kurumlarını bildirirler. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili sağlık tedbirlerini alırlar ve tatbik ederler. Hemşireler, hususi sıfatla girdikleri aile muhitlerinde de yukarıdaki fıkrada yazılı işleri görmektedirler

Burada tanımlanan görev ve yetki, doktorun söylediklerini yapmak, pansuman, aşı, enjeksiyon yapmak ve halka koruma çarelerini ve gidecekleri kurumu bildirmekle sınırlıdır. Bu sınırlı görevle birlikte, yetkisi sadece verilen talimatları uygulamak olan hemşire hizmette ne kadar verimli olabilmektedir?

Hem Hemşirelik Kanunu’nda (6283) hem 09.06.1939’da kabul edilen Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilat ve Memurin Kanunu’nda (3017) hem de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’da (224) tanımlanan yardımcı hemşireyi yetiştiren kursların ve

okulların kalmamasına ve hatta buralardan mezun olanların da aktif çalışma yaşamını bırakmış olmasına rağmen 6283 ve 3017 sayılı Kanunların ilgili maddeleri değiştirilmediği gibi, Hemşirelik Kanunu da günün şartlarına göre yenilenmemiş, görülen çelişkiler düzeltilmemiştir (SSYB.3017, 1936). Bu yasa da, yönetmelik ve yönergelerde tanımlanan görev ve yetkiler yetersizdir ve tam tanımlanmamıştır.

Sonuçta, hemşire sadece tedavi hizmetlerinde görevi ile ilgili son derece sınırlı işleri yapan, başka mesleğe yardım eden bir grup olarak kalmıştır. Hemşirelerin 1920'lerden beri devam eden yetersiz eğitimi, hizmete uygun yetiştirilememesi (örneğin halk sağlığı hemşiresi hiçbir zaman yetiştirilmemiştir), ders programlarının istenen hizmete uygun yenilenmemesi, mevzuatın değişen koşullara uygun olarak değiştirilmemesi, hemşireleri kendi haklarını savunmaktan alıkoyduğu gibi, onun adına karar verenlerin de hemşireyi göz ardı etmelerine neden olmaktadır (Seviğ, 1999).

Hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak nitelenmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization 2002b), hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörleri denetçi ve yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile çalışma olarak tanımlamaktadır (Seviğ, 1999).

Hemşirelerin iş ortamında karşılaştıkları ve stres yaşamalarına neden olan faktörlerin saptandığı çeşitli araştırma bulguları literatürde yer almaktadır. Heim'in ifadesine göre (1991), hastaların bakım sorumluluğu, mesleki eğitim sırasında öğrenilen bilgi ve becerilerin günlük çalışma süreci içinde yeterince yerine getirilememesi, hastalarla konuşmak için yeterince zaman olmayışı, çalışanların rollerindeki belirsizlik, hekim ve amirlerle ilişkiler gibi konular hemşireler için strese yol açan faktörler olarak tanımlanmaktadır (Demir, 2003, 300–307).

Hinds ve Diğerleri'ne göre (1994), hemşirelerin stres kaynaklarına bakıldığında, hastalarla daha yakın ilişki içerisinde olmalarından kaynaklanan bir takım hassasiyetler yaşadıkları görülmektedir. Yorgunluk, uyku gereksinimi, ani tükenme sıklıkla görülmektedir. Tükenme sözcüğü, sağlık personeli arasında fiziksel ve duygusal tükenme sendromunu tanımlamada popüler olmuştur. Stresle başa çıkılamayan durumlarda, tükenme, anksiyete, depresyon ve işten istifa etme gibi durumlar söz konusu olmaktadır. Hemşirelerdeki stres kaynakları şu şekilde sıralanmaktadır;

- Kişisel bilgi yokluğunu fark etmek,
- Klinik hata yapma ile ilgili olarak endişeler yaşamak,
- Planlanan zamanda ilaç ve tedavileri uygulayamama endişesi yaşamak,
- İşle ilgili yüksek düzeydeki sorumluluk nedeniyle, anksiyete hissetme ve bunları ele alma ile ilgili sıkıntı yaşamak,
- Düzensiz çalışmanın bir sonucu olarak, fiziksel, duygusal ve sosyal değişimler yaşama gibi etkenler,
- Hasta ve ailelerinin duygusal ve fiziksel olarak çektikleri acıların farkında olmak,
- Başkalarının kararlarını beklemek durumunda kalmak,
- Stresle başa çıkma yöntemlerinin etkisiz kaldığı zamanlarda yaşanan hayal kırıklığı durumu (aktaran, ışıkhan, 2004, 167).

Doktorluk ve hemşirelik mesleği ve meslek çalışanlarının stres kaynaklarının neler olduğu konusundaki açıklamalardan sonra, bu konuyla bağlantılı olarak, üçüncü bölümde çalışan performanslarının ne şekilde etkilenebileceğine ilişkin, "Hastanelerde Örgütsel Performans" başlığı altında bilgiler verilmiştir. Bu etkilerin daha iyi anlaşılabilmesi için de öncelikle, performans kavramı, yönetimi ve değerlendirmeleri üzerinde durulmuştur.

4. HASTANELERDE ÖRGÜTSEL PERFORMANS

Bu başlık altında; performans kavramına ilişkin olarak, performans değerlendirme, performans yönetimi, bireysel ve örgütsel performans hakkında açıklayıcı bilgilere yer verilmiştir. Çünkü gerek bireysel, gerekse örgütsel etkinliği ve verimliliği artırma amacını taşıyan, her kesim tarafından kabul edilen ve desteklenmesi gereken bir performans yönetim sisteminin kurulması ve işletilmesi örgütler için öncelikli önem taşıyan konulardır. Bu bölümde son olarak, stres ve performans arasındaki ilişki açıklanmaya çalışılmıştır.

4.1. Performans ve Performans Yönetimi

Diğer kurumlarla rekabet edebilme, başarılı olabilme ve başarıyı devamlı kılabilmenin yolu, değişimlere hızla ayak uydurabilmekten ve dinamik bir yapıya sahip olabilmekten geçmektedir. Buna göre performansla ilgili çeşitli tanımlar aşağıda yer almaktadır:

Performans, genel anlamda amaçlı ve planlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni, nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavramdır (Akal, 2000, 1). Günümüzde örgütlerde karşılaşılan en önemli sorunlardan biri, çalışanlara verilen görevlerin ne ölçüde gerçekleştirildiğinin ya da onların iş görme yeteneklerinin ne olduğunun belirlenmesidir. Bu sorun, örgütlerde özellikle performans kavramının hızla önem kazanmasına yol açmıştır (Çalık, 2003). Performans, örgütlerde yöneticiler açısından önemli bir konudur ve iş görenin çalışma davranışının bir sonucudur. Bu ifadeye göre performans, iş görenin, kendisi için tanımlanan özelliklerine ve yeteneklerine uygun olan işi, kabul edilebilir sınırlar içerisinde gerçekleştirmesidir (Erdoğan, 1991). Baş ve Artar'a göre (1991) performans, bir işi yapan bir bireyin, bir grubun ya da bir teşebbüsün, o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak neleri sağlayabildiğinin nicel ve nitel olarak anlatımıdır (Aktaran, Bayram, 2002, 48).

Performans için, “amacın gerçekleştirilme derecesidir” ifadesi de kullanılmaktadır. Çünkü bir işi yapan bireyin, grubun ya da örgütün o iş aracılığıyla, hedefe göre nereye ulaşabildiğini gösterir. Dolayısıyla performans, iş görenin görevinde ne yapması gerektiğine ilişkin beklentilerle, gerçekte ne yaptığı arasındaki ilişkinin bir fonksiyonudur. İş görenin görevini gerçekleştirmek için yaptığı her işlem ve eylem bir performans davranışdır (Argon, 2004). Bir başka tanımla performans, herhangi bir görevin gereği olarak, önceden belirlenen standartlara uygun davranışların gösterilmesi ve beklenen amaçlara yaklaşma derecesidir (Timur, 1983, 129–137).

Yapılan tanımlar ışığında performans kavramının tanımını; “belirlenen koşullara göre bir işin yerine getirilme düzeyi ya da bir iş görenin belirli bir zaman kesiti içerisinde kendine verilen görevi yerine getirmek suretiyle, elde ettiği sonuçlar” şeklinde özetlememiz mümkün olabilecektir (Bayram, 2002).

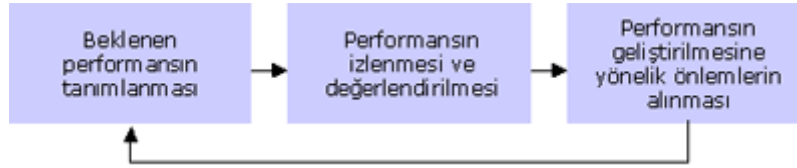
Performans, özellikle çağımızda farklı göstergeleri içerisinde bulunduran karmaşık ve ölçümlenmesi bir hayli zor olan; kalite, maliyet, hız, verimlilik, esneklik ve müşteri memnuniyeti gibi göstergeleri barındırmaktadır (Yamak, 2001, 23).

Performans yönetimi, gerçekleştirilmesi beklenen organizasyonel amaçlara ve bu yönde çalışanların ortaya koyması gereken performansa ilişkin ortak bir anlayışın organizasyonda yerleşmesi ve çalışanların bu amaçlara ulaşmak için gösterilen ortak çabalara yapacağı katkıların düzeyini artırıcı bir biçimde yönetilmesi, değerlendirilmesi, ücretlendirilmesi ya da ödüllendirilmesi ve geliştirilmesi sürecidir (Barutçugil, 2002, 125). Günümüzde ekonomik açıdan değerlendirilme olanağı bulunan tüm faaliyetlerde, performans kavramı ön plana çıkmaktadır.

Heneman ve Diğerleri (1981), birçok kurum için tek ve en önemli insan kaynakları çıktısının, çalışanların örgüt hedeflerini gerçekleştirmedeki katkısından doğduğunu belirtmektedir. Bu katkı genellikle çalışanın iş sorumluluklarını gerçekleştirmede ne kadar etkili olduğu anlamına gelen, çalışan performansı olarak adlandırılmaktadır. Yasal değişikliklerle birlikte kurumlar, çalışanlarının performanslarını yakından takip etme ve değerlendirmeye yönelik sistemler kurma arayışı içine girmektedirler. Fisher, Schoenf ve Shaw'a göre (1990), performans yönetimi, performans

değerlendirme sistemleri ve genel insan kaynakları sistemlerinin bütünleşerek, çalışanın işle ilgili davranışlarının, örgüt amaçları doğrultusunda düzene sokulmasıdır (Aktaran, Aksoy, 2001, 5). Performans yönetimi, yönetimin planlama ve denetim faaliyetlerinin daha geniş bir çerçevede ele alınması gereği olarak gelişme göstermiştir. Performans yönetimi rasyonelliğe odaklanmış örgüt yönetimi anlayışı olup, tüm bunlara ulaşabilmek için ölçülebilir hedefler koymayı ve bu hedeflere bağlı olarak çıktılarını sürekli ölçmeyi gerekli kılmaktadır (Bilgin, 2004, 13).

Performans yönetimi sistemlerinin temel amacı, çalışanların şirket hedefleri doğrultusunda çalışmalarını ve başarılı sonuçlar elde etmelerini sağlamaktır. Dolayısıyla performans yönetimi sistemleri, çalışanların şirket hedefleri doğrultusunda etkin ve verimli bir şekilde çalışmasını sağlayacak araçların ve yaklaşımların geliştirilmesini ve uygulanmasını içerir. Şekil.1'e bakıldığında genel olarak, performans yönetimi sisteminin unsurları aşağıdaki gibi bir döngü oluşturmaktadır (Bayar, 2004):



Şekil 1. Performans Yönetimi Sistemi

Beklenen performansın tanımlanmasının ardından, performansın izlenmesi ve değerlendirilmesi ile devam eden süreç sonucunda, performansın geliştirilmesine yönelik önlemlerin alınması durumu ortaya çıkmaktadır. Buradan tekrar başlangıç noktasına gelinmektedir ki, bu şekilde bir döngü sistemi oluşmaktadır.

Performans yönetimi sisteminin ana unsurlarından birisi de, “performans değerlendirme sistemleri” dir.

4.2. Performans Değerlendirme

Daft (1987), performans değerlendirmeyi, çalışanlarının bireysel başarılarını ve belirli bir zaman süresindeki davranışlarını değerlendiren ve ölçen bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bir başka ifadeyle, performans değerlendirme, çalışanın performansının incelendiği, değerlendirildiği, sonucun kaydedildiği ve çalışana bildirildiği süreçtir (Aktaran, Aksoy, 2001, 4).

Çalışanların performanslarının değerlendirmesi ve ölçülmesinin amacı, insan kaynaklarının organizasyon amaçlarına ne ölçüde katkıda bulunduğunun tespit edilmesidir. Örgütlerdeki insan kaynaklarında, performans değerlendirme ve ölçme şu nedenlerle yapılmaktadır (Aktan, 1999):

- Çok çalışanı ya da az çalışanı birbirinden ayırmak ve daha fazla çalışanı ödüllendirmek,
- Daha fazla çalışma gayreti içerisinde olanları motive etmek,
- Ücret artışı yapılırken bunun daha rasyonel ve objektif temellere dayandırılabilmesi,
- Çalışanların kariyer gelişimi,
- İşten çıkarma veya bir işten diğer bir işe kaydırma (iş rotasyonu) işleminin yapılması,
- Gizli kalmış bazı yetenekleri tespit etmek ve su yüzüne çıkarmak,
- Performans değerlendirilmesinin ardından “geri bildirim” ile kişinin kendi performansını değerlendirebilmesi,
- Örgütteki eğitim ihtiyacını tespit etmek,

- İnsan kaynakları yönetimi alanında “sürekli gelişme” (Kaizen) felsefesini kurumsallaştırmak,
- İş zenginleştirme, iş köprüleme, iş eşleştirme vb. çalışmalarını daha objektif temellere dayandırabilmek.

Çalışanların performans değerlendirilmesi ve ölçülmesi işlerinin mutlaka bilimsel bazı kriterler ve ilkeler çerçevesinde yapılması gerekmektedir. Bu ilkeler aşağıdaki biçimde belirtilmektedir (Akal, 1992):

- Öncelikle kriterler objektif ve ölçülebilir olmalıdır. Çalışan hakkında subjektif değerlendirmelere mümkün olduğu ölçüde yer verilmemesinde yarar vardır. Örneğin, performans değerlendirilmesi raporlarında çalışanın eğitim ve ihtisas düzeyi, organizasyon içerisinde disiplin cezası alıp almadığı, hakkında bir kovuşturma olup olmadığı vs. kriterler ele alınmalıdır.
- Kriterler yapılan işle ilgili olmalıdır. Özel hayata ilişkin ayrıntılı değerlendirmelere yer verilmemelidir.
- Performans kriterleri, çalışanlar tarafından önceden bilinmelidir. Örneğin, çalışanların organizasyon tarafından düzenlenecek performans değerlendirme formları üzerinde neler yazılı olduğunu bilmeleri son derece yararlı olacaktır.
- Performans değerlendirme ve ölçme formlarında eğer bir puanlama yer alıyorsa, bu puanların dağılımında da yine objektiflik esas alınmalıdır.
- Performans değerlendirme kriterleri tespit edilirken amacın, başarıyı tanımak ve ödüllendirmek olduğu unutulmamalıdır.
- Performans değerlendirme kriterleri tespit edilirken, çalışma sonuçlarının ölçülmesine özen gösterilmelidir. Örneğin, işe devam durumu, işe geç kalma sıklığı, yapılan işin kalitesi, bilgi ve beceri düzeyi, izin alınan gün sayısı, üretim sürecinde kişinin kendisinden kaynaklanan hata oranı vs. kriterler, ölçülebilir bazı performans göstergeleridir.
- Çalışanın liderlik ve yöneticilik yeteneği de performans değerlendirme ve ölçülmesinde dikkate alınmalıdır. Aynı şekilde çalışma grupları içerisinde uyum ve işbirliği dahilinde çalışma durumu da dikkate alınmalıdır.
- Örgüt çalışanlarının performanslarının değerlendirilmesinde, müşterilerin çalışanlar hakkındaki şikâyetleri de esas alınabilir.

Yukarıda sayılan kriterler çerçevesinde, Çizelge 1’de performans değerlendirilmesinde ve ölçülmesinde anahtar performans alanları belirtilmiştir.

Çizelge 1. Performans Değerlendirilmesi ve Ölçülmesinde Anahtar Performans Alanları

Ekonomik ve Mali Durum	Başka işletmelerde aynı işte çalışanlara göre aldığınız ücret nasıl?
Fiziksel Çalışma Ortamı	İyi bir havalandırma var mı? Isı derecesi uygun mu?
Performansın Göz önüne Alınması	İyi iş yaptığınızda bu size hissettiriliyor mu? Ücretiniz kaliteye göre değerlendiriliyor mu?
Çalışanların Katılımı ve Etkileri	İşyerinde yapılacak değişiklikler hakkında söz hakkınız var mı? Önerileriniz uygulamaya konuluyor mu?
İş Stresi	İş stresiniz yoğun mu? İş stresi çalışmanızı nasıl etkiliyor?
Beceri Geliştirme ve Kullanımı	Yeni beceriler kazanabiliyor musunuz? Yeni becerilerin çalışmanıza etkisi var mı?

İşçi-İşveren İlişkileri	Şikâyetleriniz çözümlenebiliyor mu? İletişim yöntemleri uygun mu?
Grup İçi İlişkiler	Ortak öneri geliştirme çabaları var mı?
Yönetici ile İlişkiler	Başarılarınız takdir ediliyor mu? Yönetici, çalışmalarınıza katkıda bulunuyor mu?
İşte İlerleme	Terfilerde nesnel ölçütler uygulanıyor mu?
İletişim	Çevrede olup bitenlerin çoğunu diğer çalışanlardan mı öğreniyorsunuz?
Değişikliğe Karşı Davranış	Değişiklikleri ancak yapıldıktan sonra mı öğreniyorsunuz?
Çalışanların Organizasyona Bağlılığı	İşten ayrılmayı düşünüyor musunuz? Kaç yıldır aynı iş yerindesiniz?
İş Doyumu	Örgütün ilkelerini ve amaçlarını benimsiyor musunuz? İşe devamsızlık oranı yüksek mi? Verilen işi zamanında bitiriyor musunuz?
Bireysel Saygınlık	Kararlarda serbestliğiniz var mı? Kurulusta takdir ve ödül var mı?

Lazor’a göre (1980), örgüt için herhangi bir performans değerlendirme sistemi tasarlanmışsa, tasarlanan bu değerlendirme sisteminde, aşağıda sıralanan özelliklerin bulunmasına dikkat edilmelidir:

- Çalışanın değerlendirdiği faktörler, spesifik bir işle ilgili olmalıdır.
- Yöntem geçerli ve güvenilir olmalıdır.
- Prosedürler organizasyonun tümünde standartlaştırılmalıdır.
- Sistemin yönetimi pratik ve anlaşılması kolay olmalıdır. Bu durumda uygulanacak sistem daha başarılı sonuçlar vermektedir (Aktaran, Aksoy, 2001).

Genel olarak performansın bir diğer ayrımı, "bireysel performans" ile "örgütsel performans" tır. Performansı ölçüp elde edilen verileri değerlendirerek yönetmeyi hedefleyen tüm performans yönetimi çalışmalarında baz alınan performans; bireysel performans olmaktadır. Çünkü kurumun başarısı çalışanlarının başarıları ile doğru orantılıdır. Bir kurumun performansının, çalışanlarının performanslarından ayrı düşünülmesi mümkün değildir. Örgütlerin verimli bir biçimde çalışabilmesi, örgütleri oluşturan insan kaynağının etkili yönetilmesine ve onlardan yararlanabilme derecesine bağlıdır (Can, Akgün ve Kavuncubaşı, 2001). Bu bakımdan bireysel performans ve hastaneler açısından örgütsel performans konularına ayrı ayrı değinmek gerekmektedir.

4.3. Bireysel Performans

Birçok yöneticinin, yanında çalıştırdığı kişilerle ilgili olarak, “istedikleri şekilde çalışmadıklarını, yeteneklerinden tam anlamıyla yararlanamadıklarını, motivasyonlarının az olduğunu” ifade eder yönünde çeşitli şikâyetleri bulunmaktadır. Bir bakıma yöneticilerin bazıları haklı olabilir. Kişiler, çoğunlukla sahip oldukları yetenekleri ortaya çıkarmakta zorlanabilirler.

İşe alımlarda, bir insanın, kişisel ve zihinsel yeteneklerine, inanç ve değerlerine dikkat edilmektedir. Yüksek performanslı örgütleri gerçekleştirmenin temel koşulu yüksek performans becerilerine yani yetkinliklere sahip bireylerle çalışmaktır (Barutçugil, 2002, 46–47). Bireysel performans değerlendirme sistemleri Şekil 2’de görüldüğü gibi, “hedefler” ve “yetkinlikler” temel alınarak yapılandırılmaktadır. Şekille ilgili olarak aşağıda gerekli yoruma yer verilmektedir (Subaşlar, 2005);



Şekil 2. Bireysel Performans Değerlendirme Sistemi

Hedefler, çalışanın bulunduğu pozisyonda yerine getirilmesi beklenen “iş hedefleri”dir ve çalışanın, “neyi gerçekleştirmesi gerektiğini” tanımlamaktadırlar. Çalışan düzeyinde hedef verilebilmesi için, organizasyonel düzeyde hedeflerin tanımlanmış olması gerekmektedir. Bu nokta, bireysel performans değerlendirme sistemi ile kurumsal performans yönetimi sisteminin kesiştiği noktadır. Her organizasyon öncelikle vizyonundan ve misyonundan hareketle stratejik hedeflerini tanımlayarak, sonrasında bu hedefleri departman seviyesine indirgemektedir. Son olarak departman seviyesine indirgenmiş hedefler, birey ve/veya takım seviyesine indirgenmektedir. Bu açıdan bakıldığında, bireysel performans değerlendirecek sistemler kurmaya ve kullanmaya yönelik ihtiyaç, diğer taraftan kurumsal performans değerlendirmeye yönelik sistemlere duyulan ihtiyacı da gündeme getirmektedir.

Wooruffe (1990) yetkinliği, iş performansını etkileyen davranışsal faktörler olarak tanımlamaktadır. En yüksek performansa sahip kişileri ayırt eden bilgi, beceri ve tutumların davranış olarak ifadesidir. Yetkinlikler, bir anlamda, çalışanların işlerini “nasıl yapmaları gerektiğini” tanımlanmaktadır. Şekil.3’de görüldüğü gibi, yetkinlikler 3 ana başlıkta ele alınmaktadır (Aktaran, Öztürk, 2006, 104):



Şekil 3. Yetkinlikler

Temel Yetkinlikler: Tüm çalışanlardan beklenen ve örgütün değerleriyle örtüşen yetkinliklerdir. Örgütte çalışmak için olmazsa olmaz davranışları içermekte ve en alt kademeden en üst kademeye kadar tüm çalışanlardan aynı oranda beklenmektedir. “İletişim”, “takım çalışması” gibi yetkinlikler, temel yetkinliklere örnek teşkil edebilmektedirler.

Yönetmel Yetkinlikler: Şirketin yöneticilerinden beklediği ve yönetim kademelerine göre farklılaşabilen kritik davranışlardır. “Planlama ve organizasyon”, “astlarını geliştirme” gibi yetkinlikler, yönetmel yetkinliklere örnek teşkil edebilmektedirler.

Teknik Yetkinlikler: Çalışılan departman/fonksiyon bazında farklılaşan davranışlardır. Her departmanın ya da fonksiyonun kendine özgü beklenen davranışları vardır ve teknik yetkinlikler bu

farklılıkları ortaya koymaya çalışmaktadır. Satış fonksiyonu için “ikna ve müzakere”, insan kaynakları fonksiyonu için “değişim yönetimi” yetkinlikleri teknik yetkinliklere örnek teşkil edebilmektedirler.

Dolayısıyla, hedefleri ve yetkinlikleri baz alan bir performans değerlendirme sistemi, çalışanların “neyi”, “nasıl” gerçekleştirdiklerini takip etmeye ve değerlendirmeye yönelik bütünsel bir bakış içermektedir. Hedef ve yetkinlik bazlı bir bireysel performans değerlendirme sisteminin işleyişinde genel olarak aşağıdaki adımlar yer almaktadır (Öztürk, 2006):

1. Beklentilerin çalışana iletilmesi: Öncelikle, her değerlendirme dönemi başında çalışana, gerçekleştirmesi beklenen “hedeflerin” ve sergilemesi beklenen “yetkinliklerin” neler olduğu açık ve net olarak anlatılarak, bunlar üzerinde mutabakata varılmalıdır.

2. Performansın izlenmesi ve değerlendirilmesi: Çalışan, değerlendirme dönemi sonunda, kendisi ile üzerinde mutabakata varılmış hedefleri gerçekleştirmesi ve yetkinlikleri sergilemesi açısından değerlendirilmekte ve bu suretle çalışanın güçlü ve gelişime açık yönleri tespit edilmektedir. Ancak değerlendirme aşamasına gelmeden, değerlendirme dönemi boyunca çalışana, yöneticisi tarafından düzenli olarak geribildirim verilmesi ve koçluk yapılması gerekmektedir. Aksi takdirde performans değerlendirme sistemi “gelişim” hedefinden uzaklaşarak, bir “notlama” sisteminden ibaret kalabilmektedir.

3. Performansın geliştirilmesi: Çalışanın, yapılan değerlendirme sonucunda ortaya çıkan gelişime açık yönlerinin nasıl geliştirebileceği belirlenmeli, bu doğrultuda bir planlama yapılmalı ve bu gelişim planı uygulamaya alınmalıdır. Bu süreçte de, geribildirim ve koçluk faaliyetlerinin yönetici tarafından uygulanmasına devam edilmelidir.

4.4. Bireysel Performans Değerlendirme Sisteminin Kullanım Alanları

Bireysel performans değerlendirmelerinin diğer insan kaynakları sistemleri ile ilişkisinin net olarak tanımlanmış olması gerekmektedir. Hedef ve yetkinlik bazlı bir bireysel performans değerlendirme sisteminin sonuçları, aşağıdaki insan kaynakları sistemlerine girdi sağlayabilir (Bayar, 2004):

Eğitim Yönetimi Sistemi: Bireysel performans değerlendirmesi sonucunda, gelişim ihtiyaçları, eğitim ihtiyaçlarının tespit ve analizine girdi teşkil ederek, eğitim planlarının oluşturulmasında kullanılabilir.

Kariyer Yönetimi Sistemi: Hedef ve yetkinlik bazlı bir performans değerlendirmesinin sonucu, çalışanın organizasyonda yatay ve/veya dikey olarak ne şekilde hareket edebileceğine ilişkin verilen kararlarda belirleyici rol oynayarak, çalışanın bilgi ve becerilerine en uygun işte görevlendirilmesine yardımcı olabilir.

Ödüllendirme Sistemleri: Bireysel performans değerlendirmesi sonuçları, prim gibi maddi veya takdir gibi manevi ödüllendirme sistemlerine veri sağlayabilir.

4.5. Bireysel Performans Değerlendirme Sisteminin Yararları

Schuler, Randall, Jackson ve Susan’a göre (1996), çalışanları ve dolayısıyla organizasyonu geliştirmeyi amaçlayan bireysel performans değerlendirme sistemlerinin, çalışanlara, yöneticilere ve organizasyona olan faydalarını aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür:

Çalışanlara olan faydaları:

- Çalışanın gösterdiği performans hakkında, üstlerinin ne tür düşüncelere sahip olduğunu bilmesini ve “fark edilme”, “tanınma” ihtiyacının karşılanmasını sağlamaktadır.
- Performansları konusunda sorumluluk almaları yönünde çalışanları teşvik etmektedir.

- Çalışanların performansları hakkında geribildirim almalarına ve üstleri ile iki yönlü iletişim kurmalarına olanak tanımaktadır.
- Çalışanların kendilerinden bekleneni bilmelerini sağlayarak, güçlerini doğru yöne kanalizetmelerine yardımcı olmaktadır.
- Çalışanların kariyer gelişimlerine yardımcı olmaktadır.

Yöneticilere olan faydaları:

- Yöneticilerin astları ile ilişkilerini ve iletişimlerini güçlendirmektedir.
- Yöneticilerin, ödüllendirilecek yüksek performanslı çalışanları, doğru bir şekilde tespit etmelerini sağlamaktadır.
- Yöneticilerin, birlikte çalıştıkları kişileri daha iyi tanıyarak, daha doğru görevlendirmeler yapmalarına olanak tanımaktadır.
- Yöneticilerin, kendilerine bağlı çalışanlara daha etkin bir şekilde koçluk ve yönlendirme yapmasına olanak tanımaktadır.
- Yöneticilerin, bireysel verimliliğini artırmaktadır.
- Takım çalışmasını güçlendirmektedir.
- Yöneticilerin, kendi performanslarını da değerlendirmelerine yardımcı olmaktadır.

Organizasyona olan faydaları:

- Kurumsal hedeflerin ve amaçların çalışanlara net olarak duyurulmasını sağlamaktadır.
- Yönetim raporlama ve bilgi sistemine bir kaynak teşkil etmektedir.
- İş yerinde güçlü ve sağlıklı ilişkilerin kurulmasına yardımcı olmaktadır.
- Organizasyonel verimliliği artırmaktadır.
- Organizasyonun hedeflerine ulaşma derecesinin, farklı birimler (takımlar, departmanlar vb.) bazında izlenebilmesini sağlamaktadır.
- Terfi, nakil, ücret artışı ve insan kaynakları alanlarındaki diğer kararlar için bir alt yapı oluşturmaktadır.
- Organizasyon genelinde, eğitim ve gelişim ihtiyaçlarının tespit edilmesine girdi sağlamaktadır.
- İnsan kaynakları sistemlerinin denetimine yardımcı olmaktadır (Aktaran, Bayar, 2004).

4.6. Hastanelerde Örgütsel Performans Ölçümü

Herhangi bir kurum ne kadar gelişmiş bir donanım ve olanaklara sahip olursa olsun, bunları harekete geçiren insan kaynakları olmadıkça, örgütsel amaçlara hizmet edemeyeceği öne sürülebilir. İnsan kaynaklarının etkili ve verimli kullanılması ise, etkili ve verimli personel sistemleri ile mümkündür (Ersoy ve Kavuncubaşı, 1995).

İnsan kaynakları yönetiminin hastanelerdeki mevcut önemi, insan kaynaklarının birçok fonksiyonunu gerçekleştirmede doğrudan ya da dolaylı bilgi sağlayan performans değerlendirme konusunun da önemini artırmaktadır. Hastanelerde, uzmanlık alanlarının çeşitliliği ve uzmanlık seviyelerinin yüksek oluşu, hizmet sunumu içinde örgütlenmelerin olması, hizmetlerin birbiriyle olan fonksiyonel ilişkileri, performans değerlendirme de dahil olmak üzere insan kaynakları yönetiminin tüm işlevlerini etkilemektedir. Bununla birlikte hastanelerde birleşmiş bir performans değerlendirme

yönetimine olan ihtiyaç, geniş çaplı iş sınıflarının çok olduğu bir ortam olmasından kaynaklanmaktadır (Mc. Keown ve Jandrey 1991; Aktaran, Aksoy, 2001).

Sağlık kuruluşları, gelen talepler doğrultusunda, hizmet kalitelerinin düzeylerini hem kanıtlamak, hem de iyileştirmek amacıyla karşılaştırmalı performans ölçüm sistemlerine giderek daha fazla önem vermişlerdir.

Sağlık hizmetlerinde performansın iyileştirilmesine önemli katkı yapacak eğitimlerin uygulamaya geçirilmesindeki en önemli unsur ise tüm ülkedeki sağlık kuruluşlarının gerçek performanslarını izlemeyi sağlayacak ulusal nitelikli ve standardize edilmiş karşılaştırmalı bir ölçüm sisteminin yaygın katılım ile gerçekleştirilmesi olmuştur.

Görüldüğü üzere sağlık kuruluşları, çevresinde ki gelişmeler ve pazarın itici gücü ile gün geçtikçe geleneksel yönetim anlayışından kurtularak, gelişmiş modern yönetim tekniklerini uygular hale gelmektedirler. Maliyet, etkililik, kalite ve verimlilik gibi göstergeleri ile daha iyi performans seviyelerine ulaşmayı hedeflemektedirler. Bu gelişmeler, sağlık kuruluşlarına özgü tekniklerin geliştirilmesini ve uygulanır hale getirilmesini zorunlu kılar. Dolayısıyla, sağlık alanında çalışan uygulayıcı ve akademisyenler, bu yöndeki ihtiyacı karşılayacak modeller ve yaklaşımlar geliştirmeli ve uygulamalıdır (Pakdil, 2002).

Hekimler, sağlık hizmetleri üretiminde ve sunumunda rol oynayan sağlık personelidir. Hastane maliyetlerinin büyük bir kısmı, hekimlerin kararıyla ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle hekim personelinin performansının, hastanenin verimliliği ve etkililiği üzerinde önemli gücünün bulunduğu söylenilebilir. Hastanelerin birincil düzeyde önemli işlevlerinin gerçekleştirilmesinde, hekim personel grubu önemli rol oynamaktadır. Hastanedeki faaliyetlerin önemli bir bölümünün, hekimlerin karar ve talepleri (order) ile gerçekleştirildiği söylenebilir. Yapılan çeşitli araştırmalarda hastane maliyetlerinin % 75'inin hekim kaynaklı olduğu belirlenmiştir (Aksoy, 2001). Bu nedenle hekim performansının değerlendirilmesi hastaneler açısından, daha büyük önem göstermektedir (Aksoy, 2001).

Yine de doktor, hemşire ve hasta üçlüsü, daima birlikte düşünülmekte ve bu üçlü, hastane adı verilen sosyal bir kurumda birleşmektedir.

Her işletme gibi, hastanenin de tutumları, değerleri, duyguları ve davranışları bulunmaktadır. Bu sosyal kurum, sermaye, malzeme ve üretimle ilgili etmenleri de içine alan teknik ve sosyal bir sistem oluşturmaktadır (Güven, 1990).

Sağlık işletmelerinde en temel kaynak, insandır. Hastanenin hastalarına sunduğu hizmet yalnızca çalışanları aracılığıyla gerçekleşebilir. Bir başka deyişle kurumun başarısı, çalışanlarının performanslarının nasıl olduğuna bağlıdır. Çalışan performansı; beceri, iş bilgisi, motivasyon ve kurumun hedeflerine yaptığı katkıyla ölçülmektedir (McKeown ve Landrey, 1991; Aktaran, Aksoy, 2001). Hastanenin başarıyı sağlaması için performans değerlendirme sisteminin etkili bir şekilde tanımlanması gerekmektedir. Etkili bir performans değerlendirme sistemi tasarlama sürecinde, aşağıdaki aşamalar söz konusudur (Kavuncubaşı, 1997, 81):

- 1. İş tanımlarını güncelleme:** Sağlık örgütleri, görev ve sorumlulukların değişkenliği sebebiyle etkinliklerini artırmak için çalışma biçimlerini sürekli olarak yeniden biçimlendirmelidirler.
- 2. Performans değerlendirme formlarını tasarlama:** Yöneticiler çalışanların gelişimine destek olmak için iş performansını ölçüyorlarsa daha fazla işe, özel forma ihtiyaç duyarlar.
- 3. Görev standartlarını kurma:** Bu aşamada, görev mühendislik tekniği, inceleme ve hedef belirleme olmak üzere üç yöntem vardır.
 - a. Görev mühendislik tekniği; ölçülebilir çıktılar ya da iş hedeflerini içerir ve standartlar kurulurken zaman-hareket etüdü gibi çalışmalardan faydalanılır.

- b. İnceleme; öznel, rutin olmayan, nesnel olarak ölçümü zor ve davranış tutum ağırlıklı görevler için uygundur.
- c. Hedef belirleme; iş standartları kurmak için kullanılabilen, amaç tabanlı bir tekniktir.

Sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumunda verimlilik ve kalite sorunu, en önemli sorunların başında gelmektedir. Toplum ve toplumsal gruplar ve kamu yönetimi, sağlık hizmetlerinin üretimine, maliyetine ve kalitesine daha fazla ağırlık vermeye başlamıştır. Sağlık örgütleri, kendilerini daha fazla karmaşıklaştıran, maliyet ve kalite konusunda artan toplumsal ve mesleki baskıların egemen olduğu bir çevre içinde bulmaktadırlar. Bu baskılar, hastane yönetimlerini rutin bürokratik görevleri bir yana bırakarak, stratejik öneme sahip yeni roller üstlenmeye zorlamaktadır. Hastanelerin temel görevinin, etkili ve verimli sağlık hizmeti üretilmesi yoluyla, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi olduğu söylenebilir. Bu temel görevi gerçekleştirmek ise öncelikli olarak hastane yönetiminin sorumluluğudur (Ersoy, 1993, 67–68). Hastaneler belirli bir amacı gerçekleştirmek için kurulurlar. Hastanelerin tanımlanmış amaçlarını gerçekleştirme düzeyi ise örgütsel başarı olarak tanımlanabilir. Örgütün amaçlarını ne derece iyi gerçekleştirdiği, özellikle diğer alt sistemlerle ilişkisi yönünden, yönetim alt sistemi açısından daha büyük önem taşımaktadır (Schoot, Scortell, 1983; Aktaran, Kavuncubaşı, 1997, 81–82). Örgütsel performans, verimlilik ve kalite hedeflerinin eş zamanda gerçekleştirilmesi olarak kabul edilmiştir (Flood, Schoot, 1983; Aktaran, Kavuncubaşı, 1997, 82). Hastanelerde örgütsel performans başarımının ölçümünde kullanılan bileşenler başlıklar altında şu şekilde açıklanabilirler:

1. Verimlilik

Bir üretim ya da hizmet sisteminin ürettiği çıktı ile bu çıktıyı yaratmak için kullanılan girdi arasındaki ilişkidir. Bu nedenle verimlilik, çeşitli mal ve hizmetlerin üretimindeki kaynakların- emek, sermaye, arazi, malzeme, enerji, bilgi- etken kullanımını ifade etmektedir. Bu ilişki, genellikle Şekil.4’de görüldüğü gibi ifade edilmektedir (Prokopenko, 2003, 21).

$$\text{Verimlilik} = \frac{\text{Çıktı}}{\text{Girdi}}$$

Şekil 4. Verimlilik

Bir örgütte verimliliğin sağlanabilmesi için bir takım kavramlarla olan ilişki düzeyine bakılmaktadır diğer bir deyişle, bazı ölçütlere hangi oranda yaklaşabildiğinin kapsamlı bir şekilde ölçüsü verilmelidir. Bu ölçütler şu şekilde açıklanmaktadır (Prokopenko, 2003, 22):

Amaçlar: Gerçekleşme derecesi

Etkenlik: Yararlı çıktı sağlamak için kaynakların ne ölçüde etkili kullanıldığı.

Etkililik: Gerçekleşmesi mümkün olana kıyasla gerçekleşen.

Karşılaştırılabilirlik: Verimlilik performansının zaman içinde gerçekleşme durumu

2. Kalite

Hastanelerin işletme konusunda başarılı bir performans elde edebilmeleri ve en önemli unsurlarından biri olan kaliteyi sağlayabilmeleri için, hastalara verilen hizmet, bilimsel kurallara ve standartlara uygunluk ve hastaların bireysel beklentilerini karşılayabilme arasında iyi bir denge kurmaları gerekmektedir.

Donabedian (1990), sağlık hizmetlerinin yedi özelliğinin kaliteyi belirlediğini ileri sürmektedir. Bu özellikler şunlardır: Etkenlik (efficiency); sağlık durumunu yükseltebilecek en iyi bakımı sağlayabilme becerisi. Etkililik; sağlık durumunda sağlanabilir iyileştirmeyi gerçekleştirebilme derecesi. Verimlilik; en az giderle, en fazla faydayı sağlama, optimallik (optimality); maliyet ve yararlar arasında en iyi dengenin sağlanması. Kabul edilebilirlik (acceptability); hasta-hekim ilişkileri,

kolay hizmet kullanabilme, bakım maliyeti vb. açılardan hastanın tercihlerine ve isteklerine uygunluk. Eşitlik (equity); hizmet sunumunda ve kullanımında adaletin sağlanması.

Hastalara sağlanan tıbbi bakımın kalitesi, hizmet üretimi sürecinin ortaya çıkarttığı sonuçların incelenmesi ve standartlarla karşılaştırılmasıyla ölçülebilir. Tıbbi bakım uygulamasının ölçümü ve değerlendirilmesi ile elde edilen sonuçların, standartlara uygunluk düzeyi hizmet kalitesi hakkında önemli ipuçları sağlamaktadır. Hastanelerde tıbbi bakımın kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler: tıbbi bakımın girdi- yapı ve sonuç boyutları ile ilişkilendirilerek geliştirilir (Kavuncubaşı, 1997, 83).

3. Veri Zarflama Analizi ve VZA ile Örgütsel Başarı Ölçümü

Veri Zarflama Analizi –VZA (Data Envelopment Analysis), birden fazla girdi ve çıktıya sahip örgütler kümesinde, hem girdilerin hem de çıktıların nesnel biçimde bir verimlilik indeksi içinde birleştirilemediği durumlarda göreceli ya da teknik verimlilik ölçümü için kullanılan bir yöntemdir. Yöntem, Charnes, Cooper ve Rhodas tarafından geliştirilmiştir (Yolalan, 1991, 715). Charnes ve Cooper’a (1985) göre bir ekonomik birimin % 100 verimli olması için iki koşul gereklidir:

1. O birimin çıktılarından hiçbirisinin, gerek bir veya daha fazla girdisinin arttırılması gerekse, diğer çıktılarından her hangi birisinin azaltılması nedeniyle arttırılamaması.

2. O birimin girdilerinden hiçbirisinin, gerek bir veya daha fazla çıktısının azaltılması gerekse, diğer girdilerinden her hangi birisinin artırılması ile azaltılamaması.

VZA yaklaşımında teknik verimlilik ölçümü, benzer karar alma birimlerinin gözlenen girdi ve çıktı miktarları esas alınarak gerçekleştirilmektedir. Kalite ve verimlilik durumunu aynı anda sağlayan karar alma birimlerinin belirlenmesi için VZA formülasyonunda kalite değişkenlerinin birer çıktı olarak eklenmesi gerekmektedir. VZA verili girdilerle, bir örgütün azami ne miktarda hizmet üretebileceği ortaya konulmaktadır (Kavuncubaşı, 1997, 85).

Performansın tanımı, çoğunlukla odaklanılan alana bağlıdır. Örneğin, hasta için performans kriteri; hizmetin kalitesi, doktor için istenen klinik çıktıların başarılı sonuçları, hastane için mali yapısının güçlülüğüken, ödeyici içinse; müşteri memnuniyeti ve düşük maliyetlerdir.

4.7. Sağlık İşletmelerinde Performans Ölçüm Kriterleri

Sağlık işletmelerinde, performans ölçüm kriterleri iç ve dış değerlendirmeler olarak iki boyutu kapsamaktadır (Tarcan, 2006, 94).

İçsel performans kriteri- *maliyet ve kalite*- örgüt içinde geliştirilmekte ve ölçülmektedir. Örneğin, içsel maliyet ölçütleri genelde üretimi, verimliliği ve kullanımı kapsarken, diğer taraftan içsel kalite kriterleri genelde, süreç ve hizmet kalitesinin sağlanmasıyla ilgilidir.

Dışsal performans kriteri- *finansal statü ve kalite*- örgütten ayrı bağımsız organizasyonlar tarafından tanımlanmakta ve ölçülmektedir. Dışsal kalite kriterleri sağlık bakım örgütünün sunduğu hizmetlerin müşterilerce nasıl algılandığına ve bu hizmetlerden memnuniyet seviyesine odaklanmaktadır. Çizelge 2’de Performans Ölçütlerinin Sınıflandırılması verilmektedir.

Çizelge 2. Performans Ölçütlerinin Sınıflandırılması

Kriterler	Maliyet - Finansal Performans	Kalite Performansı
İçsel Kriterler	Üretim verimliliği	Süreç kalitesi
	Kullanım	Hizmet kalitesi
Dışsal Kriterler	Finansal statü	Müşterilerce algılanan kalite
	Pazar payı	Müşteri tatmini

İçsel ve dışsal performans kriterleri birbirleriyle yakından alakalıdır (Gitlow, 1987, Aktaran, Tarcan, 2006, 95) ve aşağıdaki gibi açıklanmaktadır:

1. İçsel Performans Kriterleri; İçsel maliyet ölçütleri ve İçsel kalite ölçütleri olarak ikiye ayrılmaktadır (Tarcan, 2006, 95):

a. İçsel maliyet- finansal performans ölçütleri:

Bu ölçütler, üretim verimliliği ve kullanım ile yakından ilişkilidir. Üretim verimliliği; hastane yatış günü, vaka karması, gün başına hasta maliyeti ve vaka başına toplam maliyet konularını kapsamaktadır.

Kullanım ölçütleri ise ne kadar işgücünün, tesis ve malzemenin işte görevlendirildiği ile ilgilidir.

b. İçsel kalite performansı ölçütleri:

İçsel kalite ölçütleri, hem hizmet sağlama sürecinin yeterliliği, hem de hizmetin karakteristikleri ile ilgili bilgileri kapsamaktadır (Donabedian, 1982; Aktaran, Tarcan, 2006, 103). Hizmet sürecinin kalitesi şunları kapsar; uygun ekipman, zamanında bakım, yeterli miktarda hizmet, sektörün genel kabul görmüş uygulamalarına uygunluk.

2. Dışsal Performans Kriterleri; Dışsal maliyet ölçütleri ve Dışsal kalite ölçütleri olarak ikiye ayrılmaktadır:

a. Dışsal maliyet- finansal performans ölçütleri:

Bu ölçütlerde kendi içinde ikiye ayrılmaktadır: Finansal statü ve Pazar payı. Vaka karması, imkanların ve hizmet kapasitesinin genişliği, finansal performansın önemli belirleyicilerindendir. Hastanenin pazar payı ise, müşteri/hastalarla olan ilişkisi ile yakından bağlantılıdır. Burada hizmetliliğin çeşitliliği, kalitesi, yatak kapasitesinin yeterliliği, yerleşim yeri, hastanenin tipi gibi özellikler, pazar payının belirlenmesinde etkili faktörler olarak yer almaktadır.

b. Dışsal kalite performansı ölçütleri:

Müşterilerce algılanan kalite ve Müşteri tatmini olmak üzere incelenmektedir. Müşterilerce/hastalarca algılanan kalite konusunda yapılan en son çalışmalar, Parasuman, Zeithaml ve Berry (1988) tarafından hizmet sektöründe kalite ölçümü için geliştirilmiş bir araç olan SERVQUAL'ın kullanımına öncülük etmiştir. Bu araç hizmet işletmelerinde müşterilerin kalite ile ilgili değerlendirmelerini ölçmek için tasarlanmıştır. SERVQUAL'ın boyutları; somutluk, güvenilirlik, duyarlılık, özgüven ve empatidir (Aktaran, Tarcan, 2006, 112).

Davies- Avery ve Steward (1978), müşteri/hasta tatmini konusunda çeşitli araştırmalar yapmışlar ve bunların sonucunda bazı boyutları ortaya çıkarmışlardır. Bu araştırmalara göre, bir hastaya verilen bakımın miktarını gösteren ve bakım sanatı olarak adlandırılan kavram, memnuniyetin en sık ölçülen boyutlarından biridir. Bunu sırasıyla, bakımın teknik kalitesini ve hizmet sunucusunun kabiliyet ve yeteneklerini ölçen boyutlar, ulaşılabilirlik, parasal boyut, fiziksel çevre, elde edilebilirlik, devamlılık ve bakımın sonuçlarını ölçen boyutlar takip etmektedir (Aktaran, Tarcan, 2006, 113).

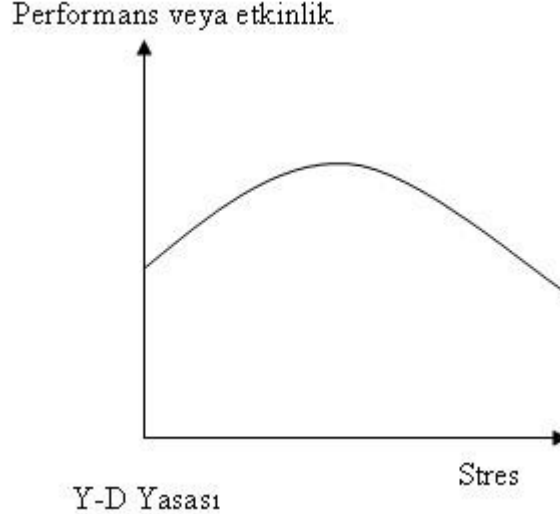
5. STRES VE PERFORMANS İLİŞKİSİ

İnsanların aile hayatını ve kişisel sağlığını olumsuz etkileyen stres, oldukça tehlikeli bir hastalığa benzemektedir. Çalışanların birinde görülen stres, diğerlerini de etkileyebilmektedir. Üstesinden gelindiği takdirde zarar vermemekte, ancak üstesinden gelineemediği durumda pek çok olumsuz etkileri ortaya çıkmaktadır. Bu olumsuzlukları Schafer (1987) şöyle sıralamaktadır; verim düşüklüğü, iş gitmede isteksizlik, iş hastalıklarının artması, iş ile ilgili yetersizlik duygusu, kararlarda isabetsizlik, sinirlilik vs (Aktaran, Ataklı, 1996, 60).

Stres tüm personeli, bireysel ve kurumsal verim açısından olumsuz yönde etkilemektedir. Örgüt büyüdükçe ve karmaşıktıkça, örgütte ki stres kaynakları da artmaktadır. Ölçüleri belirlenmiş ve sınırları korunmuş stresin, birey üzerinde fiziksel, psikolojik ve davranışsal açıdan çeşitli yararları bulunmaktadır. Stresle başa çıkmak, stres düzeyini/eşiğini çalışan açısından yararlı olabilecek düzeyde tutmak demektir (Aydın ve Yıldız, 2000, 111). Duyular yoluyla etkilenme, yenilikler ve çatışmalar, gerilim düzeyini yükseltirken, tek düzelik, sezinleme yeteneği ve uyum, bu düzeyi düşürmektedir. Gerilim eşiğini aşmayan ılımlı bir gerilim, insanı bir "molekül yığını" olmaktan kurtararak, performansını yükseltmektedir. Gerilim düşük olduğunda, vücut işe karşı tüm duyarlılıklarını kaybetmektedir. Neticede, verimlilik ve performans düşmekte, iş görenler, işe karşı, kendilerinde motivasyon eksikliği hissetmektedirler (Tutar, 2000, 255–256).

İdarede verim ve başarının en önemli unsurlarından biri beşer unsurudur. Çağdaş yönetici, hizmeti en uygun yer ve zamanda, hızlı, ucuz, verimli ve kaliteli bir biçimde sunmak ya da üretimi artırmak düşüncesindedir. Hizmetin kalitesini yükseltmek veya üretimi artırmak, öteki etmenlerin yanında en önce insan ögesine bağlıdır. Çalışanların performansının ne denli etkili olduğu stres ve verimlilik düzeyleri arasındaki ilişki ile açıklanabilmektedir. (TODAİE, 1965, 12).

Stresin performans ve etkinlik üzerinde yararlı ve zararlı etkiler gösterdiği bilinmektedir. Bu konuda ilk kez 1908 yılında, Harward fizyoloji laboratuvarında R.B.Yerken ve J.D.Dodson araştırma yapmışlardır (Şahin, 1994, 27). Y-D Yasası olarak bilinen bu araştırmanın sonucuna göre, belli bir noktadan sonra (kırılma noktası) stres artarsa, performans ve etkinlik azalmaktadır. Kurum açısından olaya baktığımızda kurumların en önemli beklentileri kar ve verimliliğidir. Bu noktada çalışanların göstereceği performans önemlidir. Aşırı stres, yargı ve karar verme gibi, zihinsel beceri gerektiren işlerde, dikkat azalmasına neden olduğu için, işletme için zarar verici sonuçlar ortaya çıkartmaktadır. Bu ilişki aşağıdaki şekilde görülmektedir (Sabuncuoğlu, 1995, 152–161).



Şekil 5. Stres ve Performans Arasındaki İlişki

Bazı araştırmalar doyum ile performans arasında güçsüz bir ilişkiye rastlamış ve yüksek performans düzeyi olan kişilerin fazla doyum alacakları sonucuna varmışlardır. Lawler ve Porter ise (1967), bu iki değişken arasında üçüncü bir değişken olan ödülü de alarak performans- doyum arasındaki ilişkiyi açıklamışlardır. Teoriye göre, performans, ödüle yol açar ve eğer ödüller adaletli olarak algılanıyorsa, sonuçta iş doyumunu elde edilir. Yüksek çaba performansa yol açar, bu da dairesel bir ilişki içinde doyum artışına neden olur (Aktaran, Davis, 1983, 566).

Kiev ve Kohn (1979), stres ve performans arasındaki ilişkinin olumsuz yönleri olduğu gibi, olumlu yönlerinin de bulunduğunu belirtmektedirler. Stresin normal düzeyde görünmesi halinde, bireyi

uyaran, motive eden bir unsur özelliğinde olduğu söylenebilir. Stresin belirli bir noktaya kadar performansı artırdığı, belirli bir noktadan sonra ise performansı düşürdüğünü savunmaktadırlar. Stresin düşük düzeyde olması, çalışanların cansız, soğuk ve ilgisiz davranmalarına neden olmaktadır (Aktaran, Işıksan, 2002, 64). Stres düzeyindeki belli artışlar, performansa ve bireysel başarıda önemli artışlara yol açmaktadır. Bu sınırlar, artı ya da eksi yönde aşılsa, performansta ve başarıda azalmalar ortaya çıkmaktadır (Şahin, 1994, 32).

Herhangi bir işte iyi bir sonuç elde etmek için, belli bir heyecan düzeyine gereksinim bulunmaktadır. Bu düzey aşıldığında işte başarı azalmakta, endişeli, yorgun ve yanılmaya daha yatkın olunmaktadır. Burada, zaman kavramı bir uyarıcı olabileceği gibi bir engel de olabilmektedir (Ertekin, 1993, 63).

Sonuç olarak, stresin çalışanların performanslarına olan olumsuz etkilerini aşağıdaki başlıklar altında toplayabiliriz (Aydın, 2002, 105–109):

- **İşe gitmede isteksizlik**

Kendisinde stres yaratan kişi, herhangi bir grupla, durumla veya ortamla yüz yüze gelme konusunda endişe yaşamakta ve işe karşı olumsuz tutumlara yönelmektedir. İşine isteksiz olarak başlayan birey, çalışma süresince de etkili ve verimli olamamaktadır.

- **Örgütten ayrılma**

Bireyler, bir örgütün üyesi olarak, topluma katkıda bulundukları sürece, örgütten bir karşılık beklerler. Bu beklentilerinin karşılanmaması durumu stres kaynağı olarak kişinin performansını etkilediği gibi, daha uygun bir iş arayışı içinde olmasına ve ilk fırsatta örgütten ayrılmasına neden olabilmektedir.

- **Yetersizlik duygusu**

Bireyin sahip olduğu yeterlik ve yetenekler işin gereklerini karşılamıyorsa, bireyde veya yöneticide sürekli bir yetersizlik duygusu yaratabilmektedir. Bu duygu işgörenin kendine olan güvenini, saygısını zedeleyerek, işinde başarısız ve verimsiz olmasına neden olmaktadır.

- **İşbirliği sağlayamama**

İşbirliği birden çok işgörenin, birbirinden haberli olarak, ortak bir amacı gerçekleştirmek üzere hareket etmesidir. İşbirliğinin gerçekleşebilmesi için, işgörenin buna özendirilmesi gerekir. Çeşitli nedenlerle stres içinde bulunan bireyler, başkalarıyla iş amaçlı işbirliği kurmada isteksiz ve gönülsüz davranırlar ki bu durum, örgütsel amaçları gerçekleştirmelerini engeller veya tamamen ortadan kaldırır.

- **İşte hata yapma**

Stresten kaynaklanan dikkatsizlik ve konsantrasyon zayıflığı, yapılan işte hata yapma eğilimini artırmaktadır. Hata yapma, bireyin kendine olan güvenini sarsar, örgütün, zaman, para ve kaynak savurganlığına sebep olur.

- **İşten uzaklaşma**

Stres içindeki birey, stres kaynağından uzaklaşma isteği içindedir. Birey, yasal olarak, izin, rapor v.b. yollarla ya da işe devamsızlık, geç kalma, işten kaçma, viziteye çıkma, uydurma gerekçelerle hastalık konusunda rapor ve izin alma gibi yollardan bazılarına başvurmaktadır.

- **İsabetsiz kararlar verme**

Karar verme, bir sorunun çözümü için, birçok seçenek arasından en uygununu tanımlayabilmeyi ve seçmeyi içerir. Stres altındaki bireyler, sorunu tam olarak, tanımlayamamakta ve uygun seçeneği bulmada gereken dikkat ve yoğunluğa sahip olamamaktadırlar.

▪ Nitelik ve nicelik düşmesi

Bazen stres içindeki birey nicel olarak standart üretimini gerçekleştirse bile, içinde bulunduğu stresin fiziksel, psikolojik ve davranışsal etkileri nedeniyle üretimin niteliğinde bir düşme görülür. Bu durumda, bireyin performansında, stresin doğrudan etkilerinin olduğu önemli bir düşme görülür. Örgütlerin verimsizliğinde, nitelik ve nicelik dengesizliğinin çok önemli bir etkisi bulunmaktadır.

Performansı etkileyen stres faktörlerinden bir diğeri de, vardiya ile çalışma sistemidir. Uyku düzenindeki bozukluklar, gece vardiyalarındaki beslenme alışkanlıkları yüzünden oluşan mide rahatsızlıkları, sosyal yaşam ile yaşanan uyumsuzlukların yarattığı stres, önlem alınmazsa ciddi boyutta işe yansımaktadır. Uyku, hemen hemen her gün aynı saatte gerçekleşen periyodik bir durumdur. Uyku alışkanlık olarak da kabul edilmektedir. Genellikle, gün sonunda başlayarak, 6– 8 saat sürmektedir. Minimum uyku 4, maksimum uyku 11 saat olarak kabul edilmektedir. Uyku sırasında vücudun tüm organları dinlenmektedir. Bu sırada vücut ısısı azalmaktadır. Vücut ısısı mükemmel bir biyolojik saattir. Gececilerin biyolojik saati geride, gündüzcülerin biyolojik saati ileridedir. Gündüzcüler için uyku başlangıcı, ortalama olarak 22.00, gececiler için 00.01'dir. Çalışma günlerinde bu farklara katlanılır ama tatil günlerinde, akşam yatma ve sabah uyanma saatleri mümkün olduğunca ileriye çekilmek istenmektedir. Adeta uykuyla savaşıma durumu söz konusu olmaktadır. Uykusuzluk ciddi bir hata ve stres faktörüdür. İyi ve kaliteli bir uyku, dikkatin toplanmasını, öğrenmeyi, hafızayı ve duygusal dengeyi olumlu olarak etkilemektedir (Torum, 2002).

6. ARAŞTIRMA ANKETİ

Araştırma için, hastanelerde görev yapan doktorların ve hemşirelerin stres kaynakları ve bu kaynakların performanslarını etkileme durumuna ilişkin görüşlerini tespit edecek bir anket geliştirilmiştir.

Bu anketle ilgili olarak ayrıntılı bilgi araştırmanın özet bölümünde yer almaktadır.

7. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırmanın bulgularından ulaşılan sonuçlara ve önerilere yer verilmiştir.

7.1. Sonuçlar

Araştırma sonuçları; doktorların ve hemşirelerin çalıştıkları acil servis, ameliyathane, anestezi, biokimya, brakiterapi, cerrahi, çocuk, dahiliye, diş, doğumhane, eğitim, endoskopi, enfeksiyon, fizik tedavi, gastroentoloji, gebelik, göğüs, göz, hematoloji, kadın hastalıkları, kan merkezi, kemoterapi, klinik, mikrobiyoloji, nükleer tıp, onkoloji, ortopedi, patoloji, radyoloji, sterilizasyon, ultrason, üroloji, yoğun bakım gibi birimlerden elde edilen bulgulara dayanmaktadır. Bu bulgulardan elde edilen sonuçlar aşağıda genel hatlarıyla özetlenerek verilmiştir.

Devlet hastanelerinde çalışan doktorların ve hemşirelerin stres kaynakları ve stresin performansları üzerindeki etkilerine ilişkin görüşlerini belirlemek için kullanılan anket formlarından elde edilen puan ortalamalarına ve t-testi sonuçlarına bakıldığında araştırmaya katılan doktor ve hemşireler arasında cinsiyet, yaş ve medeni durum özelliklerine göre stres kaynakları ve stresin iş performanslarına olan etkileri bakımından fark bulunmamaktadır.

Doktorlarda ve hemşirelerde çalışma koşulları açısından, stres kaynakları ile ilgili görüşlerin medeni durum değişkenine göre t-testi sonuçlarında fark görülmemektedir. Görev değişkenine göre t-testi sonuçlarında, ücret yetersizliği, çalışanlar arasındaki iletişimsizlik, çalışanların birbirine olan güvensizliği, çalışma ortamında rekabet olması, çalışanların birbirine saygı göstermemesi ve hizmet içi eğitimlerin azlığı konularında manidar farklar görülmektedir.

Doktorların ve hemşirelerin iş süreçlerine ilişkin stres kaynaklarından elde edilen bulgulara göre doktor ve hemşireler; vicdani sorumluluk duygusu ile hasta ve hasta yakınlarının olumsuz tutum ve davranışlarını en önemli stres kaynağı olarak değerlendirmektedirler.

Doktorların ve hemşirelerin iş süreci açısından stres kaynakları ile ilgili görüşlerinin cinsiyet değişkenine göre t-testi sonuçlarında; ağrı ve acı çeken hastaları görmek, hastaların doktorlardan yersiz ilaç yazdırma taleplerinde bulunması, hastaların doktorlardan yersiz rapor taleplerinde bulunması, mesleki ve kişisel çatışmalar, meslekte kendini yetersiz hissetme, meslekle ilgili gelişmeleri takip etme gereği konularında manidar farklar görülmektedir. Medeni durum değişkenine göre t-testi sonuçlarında; ölen bir hastanın yarattığı duygusal baskı bakımından manidar farklar görülmektedir. Görev değişkenine göre t-testi sonuçlarında; hasta yakınlarının olumsuz davranışları, hastaların olumsuz tutum ve davranışları (öfke vs.), ölen bir hastanın yarattığı duygusal baskı, zaman baskısı altında çalışmak, çalışanlar arası yaşanan çatışmalar ve meslekle ilgili gelişmeleri takip etme gereği bakımından manidar fark bulunmuştur.

Doktorlarda ve hemşirelerde stresin performanslarını etkilemesi ile ilgili bulgulara göre, doktorlar kendilerini yorgun hissettiklerini söylemektedirler. Çalışma koşullarından ve iş sürecinden gelen stres kaynakları neticesinde, meslekten soğuma ve motivasyon kaybı yaşadıklarını belirtmektedirler. Hemşireler de, doktorlar gibi kendilerini yorgun hissetmekte, meslekten soğumakta ayrıca gelecek endişesi yaşamaktadırlar.

Doktorların ve hemşirelerin, cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinin stresin performansa olan etkisi üzerine t-testi sonuçlarında; işte hata yapma, insanlarla uğraşma/ ilgilenmeyi istememe, dikkat dağınıklığı yaşama, motivasyon kaybı, hiçbir şekilde rahatlayamama, her şeyi olumsuz tarafından görme, kendilerini daima yorgun hissetme gibi tutumlarda farklılık saptanmamıştır. Fakat görev değişkenine göre, stresin performansa olan etkisi üzerinde t-testi sonuçlarında; çalışma arkadaşlarıyla çatışmalar yaşama, kolay karar verememe, insanlarla uğraşma/ ilgilenmeyi istememe, dikkat dağınıklığı yaşama, hiçbir şekilde rahatlayamama, her şeyi olumsuz tarafından görme, değişime uyum sağlayamama, kendilerini yetersiz hissetme, gereksiz yere çatışma çıkarma, kimseyi görmek istememe gibi tutumlarda manidar fark görülmektedir.

Doktorlar ve hemşireler anket uygulaması sırasında, kişisel olarak bazı yorumlarda bulunmuşlardır. Bu yorumlara aşağıda yer verilmektedir:

Hemşireler genellikle doktorların hastalarıyla yakından ilgilenmeyip, aralarında mesafe bıraktıklarını, böylece hastaların doktorlarından alacakları bilgileri kendilerinden almaya çalıştıklarını, bu durumun da etkili bir stres kaynağı olduğunu ifade etmektedirler. Karşı karşıya oldukları hastalık risklerine rağmen ücretin yetersiz olduğunu belirten hemşireler, aynı işi yaptıkları halde, performans değerlendirmesi sonucu birbirlerinden farklı ücretler aldıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca döner sermaye gelirlerinin zamanında verilmemesi de stres nedeni olarak görülen bir diğer konudur. Doktorlar ise, ekonomik olanakların yetersizliği nedeniyle, kongre ve toplantılara katılamamayı stres kaynağı olarak görmektedirler.

Hizmet içi eğitimler konusunda doktorların ve hemşirelerin görüşleri arasında farklar bulunmaktadır. Doktorlar da hemşireler de yapılan hizmet içi eğitimlerin istedikleri konularda olmadığını dile getirmişlerdir. Ancak hemşireler doktorlardan farklı olarak, eğitimlerin sayıca fazla, nitelik olarak eksik olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, sektörde eleman sayısının azlığından dolayı diledikleri eğitimlere katılamadıklarını ifade etmişlerdir.

Hemşireler, hemşirelik mesleğinin hak ettiği yerde olmadığını, yardımcı sağlık personeli gibi görülerek, meslek olarak kabul edilmediğini düşünmektedirler. Hemşireler kendilerine karşı oldukça

saygısız tutum içerisinde bulunduğunu, hasta ve hasta yakınlarının sık sık kötü sözlerine maruz kaldıklarını belirterek, istedikleri bölümlerde çalıştırılmadıklarını, bu yüzden verimli olamadıklarını dile getirmektedirler. Çalışma saatlerinin düzensizliğinin ve nöbet sürelerinin gereği gibi ayarlanamamış olmasının stres kaynağı olduğunu belirtmektedirler. Sosyal etkinlikler açısından olanakların çok az olması da, bir diğer yakınma konusudur.

Doktorlar, çalışma sırasında alet ve cihazların bozulmasından rahatsızlık duyduklarını ifade etmekte, ayrıca, hastaların randevu saatlerine uymamaları ve istenildiği şekilde hazırlanarak gelmemeleri konularını önemli stres kaynağı olarak ifade etmektedirler.

Türkiye’de başarılı bir sağlık sisteminin oluşturulamadığı görüşünde birleşmekte olan doktorlardan ve hemşirelerden bazıları, bu konuyla ilgili görüşlerini şu ifadelerle belirtmektedirler;

- Ülkemizde, belirli bir sağlık politikası olmamasının temel nedeni, etkili planlamaların yapılamamasıdır.
- Diğer ülkelerin sağlık hizmetleri finansmanında ve sunumunda herkesin hakkını gözeten, herkesi kapsayan planlamalar yapılmaktadır. Gelişmişlik düzeylerindeki en önemli ölçüt, eşit sağlık hizmeti sunumu olmaktadır. Türkiye’de ise bu durum çok farklılıklar içermektedir.
- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi konusunda kanun uygulanması için bir an önce gerekli tedbirlerin alınması ve hayata geçirilmesi gerekmektedir.
- Genel Sağlık Sigortası önemli bir atılım. Düşünce olarak güzel ve uygulanması gerekir ancak, Türkiye’de altyapı sorunu var. Siyaset ve politika doğru noktalarda devreye girmeli.
- Ülkemizde hiçbir alanda tam bir oluşum sağlanamıyor. Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak da tam sistem oturacakken başka bir uygulamaya geçiliyor.
- Herkese, her zaman, her yerde sağlık hizmeti sunulabilmeli. Bunun için çalışmalar yapanlara sadece destek olunmalı.

Bazı doktorlar ve hemşireler kendilerine düşünceleri sorulmadan işleyişle ilgili olarak karar alınması konusunda rahatsızlıklarını dile getirmişler ve bu araştırma kapsamında uygulanan anketle düşünceleri sorulduğu için teşekkür etmişlerdir.

7.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçlarına dayanarak öneriler, “bu tür çalışmalar yapacak araştırmacılara” ve “uygulamada; çalışan yöneticilere, ilgili kurum ve kuruluşlara” olmak üzere iki grupta ele alınmıştır.

Bundan sonra benzer bir çalışmayı yürütecek araştırmacıların, araştırma kapsamında hazırlayacakları anketlerde, kurumsal politikaların olumlu yönde iyileştirilmesine ve çözüm önerilerinin elde edilebilmesine katkı sağlayıcı şekildeki sorularına yer verilerek, bu türde çalışmalar yapacak olanlara gereken destek sağlanabilir ve ortaya çıkan sonuçların uygulanabilir olanları derhal hayata geçirilebilir.

Uygulamada çalışan yöneticilere, karar verici sağlık kurum ve kuruluşlarına ise şu önerilerde bulunulabilir.

Doktorların ve hemşirelerin sorunlarına ilişkin en önemli stres kaynağı, ücret yetersizliğidir. Bu durum, hastane yöneticileri tarafından giderilememektedir. İyileştirmeler ancak, devletin resmi sağlık politikası içerisinde yer alabildiği zaman mümkün olabilmektedir. İlgili kurumlar, hastanelerdeki hizmet kalitesini artırmak için bu durumu dikkate alabilirler.

Hastanelerdeki araç-gereç yetersizliği ya da mevcut ekipmanın bozuk olması, doktor ve hemşireler için önemli bir sorun oluşturmaktadır. Gerek duyulan araçların tamamlanması stresi azaltmada önemli rol oynayacaktır.

Çalışma saatlerinin düzensizliği en önemli stres kaynaklarından bir diğeridir. Yöneticiler, doktorların ve hemşirelerin aile ve sosyal yaşamı olduğunu düşünerek, iş yükü ve çalışma saatleri gibi koşulları yeniden gözden geçirebilir, durumun iyileştirmesine katkı sağlayıcı önlemler alabilirler.

Önemli bir diğer stres kaynağı ise, hizmetiçi eğitimlerin kurumsal düzeyde planlanamamasıdır. Kurumların ve çalışanların, değişime ve gelişmelere uyum sağlamalarında, hizmet içi eğitimlerin önemli bir katkısı vardır. Çalışanların yurtiçi ve yurtdışı kongre, sempozyum, konferans, panel, uygulama eğitim gibi etkinliklere katılmaları ve kendilerini mesleki konularda yetiştirebilmelerine destek sağlanabilir. Bu kapsamda hizmet içi eğitimler için standart bir uygulama getirilebilir, eğitim programları amaca hizmet edebilecek biçimde hazırlanabilir ve etkinliklerin kapsamı yeniden belirlenebilir.

Türkiye’de başarılı bir sağlık politikasının oluşturulamadığı konusunda görüş bildiren sağlık personelinin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Bu konuyla ilgili olarak şöyle bir durum ortaya çıkmaktadır:

Türkiye’de sağlık kuruluşlarının çoğunda, personelin kontrolü Sağlık Bakanlığı’nın elinde bulunmaktadır. Bu durum hükümetlerin siyasi menfaatlerini artırmakta ve sağlık sorunlarının çözümünde yetersizliklere yol açmaktadır. Sağlık politikaları, sorunlara gerçekçi çözümler üretememektedir. Türkiye’de sağlık ve ekonomi politikaları birbirinden ayrı düşünülememektedir. Ekonomik açıdan zayıf bir ülke olmamız sebebiyle, sağlık politikalarında da bu zayıflık kendini göstermektedir. Yıllardır, sektördeki çeşitli uygulamaların sonuçsuz kalmasının nedeni, sağlık hizmetlerine ve sağlık eğitimine bütçeden yeteri kadar kaynak ayrılmaması ve planlamaların isabetli bir şekilde yürütülememesidir. Şu an, sadece parası olanların sağlık bakımından sorun yaşamadığı kusurlu bir sistemle karşı karşıyayız diyebiliriz. Bu nedenle, hükümetlerin bu konuda izleyeceği politikalar; toplum yapımıza gereken sağlık hizmetlerinin şeklini en kısa sürede belirlemek, sektöre bütçeden yeterli payı ayırmak, belirlenen hizmet şeklinin uygulamaya geçirilmesinde tarafsızlığını koruyarak, gereken desteği vermek olmalıdır.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- Akal. Z. (2000), **İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi; Çok Yönlü Performans Göstergeleri**, Ankara: MPM Yayını.
- Akal. Z. (1992), **İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi; Çok Yönlü Performans Göstergeleri**, Ankara: MPM Yayını.
- Aksoy. B.(2001), “Hastanelerde Hekim Performansının Değerlendirilmesi”. Başkent Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Yüksek Lisans Programı, Ankara.
- Argon. T. (2004), **İnsan Kaynakları Yönetimi**, Ankara: Nobel Basımevi.
- Artan, İnci, (1986), **Örgütsel Davranış, Örgütsel Stres Kaynakları ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama**, İstanbul: Basisen Eğitim ve Kültür Yayınları.
- Arzık. C.A. (1990), “Bir Akıl Hastanesi Kapalı Servisinin İyileştirme Çalışması”, **Psikiatri Dergisi** I: I.
- Ataklı. A. (1999), "Stres Kaynakları, Stresin Öğretmenlik Mesleğindeki Yeri, Okul Yönetici ve Velilerin Anlayışlık Düzeyi Üzerine Öğretmenlerin Görüşleri", **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt 32, Sayı 2, Haziran, s.60.
- Aydın. M.,Yıldız.M. (2000), **Poliste Stres Yönetimi**, Yirmibirinci Yüzyılda Polis, Ankara: Sibel Matbaası, s. 111.

- Aydın. İ.(2002), **İş Yaşamında Stres**, Ankara: Pegem A Yayıncılık , 2. bsk.
- Baltaş. A., Baltaş. Z. (1999), **Stres ve Başa Çıkma Yolları**. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Baltaş. A., Baltaş. Z. (2000), **Stres ve Başa Çıkma Yolları**, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Barutçugil. İ. (2002), **Performans Yönetimi**, İstanbul: KariyerYayıncılık, 2.Baskı.
- Başaran. İ. E.(1989), **Yönetim**, Ankara:Gül Yayınevi, 2. Baskı.
- Bayar. B (2004),“**Performans Yönetimine Bütünsel Bir Bakış**”, Ernst & Young İnsan Kaynakları Danışmanlığı Müdürlüğü: İstanbul (www.insankaynaklari.com. 29/04/2004)
- Bayram. L. (2002) “**Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemlerine Yeni Bir Alternatif: 360 Derece Performans Değerlendirme**”, Sayıştay Dergisi, Sayı: 62.
- Bilgin. K.U. (2002), **Kamu Performans Yönetimi, Memur Hak ve Yükümlülüklerinin Performansa Etkisi**, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü, Ankara.
- Birkök. C. (29 Şubat 2000), “**Poliste Çatışma ve Stres Yönetimi**”, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, ISSN: 1303-5134, Adapazarı Polis Teşkilatına Verilen Konferans Metni, ASM (Abasıyanık Sanat Merkezi), Adapazarı.
- Can.H, Akgün.A ve Kavuncubaşı.Ş. (2002), **2001 Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi**, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Davis.K. (1983), **İşletmelerde İnsan Davranışı** (Çeviren Kemal Tosun Başkanlığında bir ekip), İstanbul: İ.Ü.İ.F. Yayın No:136.
- Demir. A. (Temmuz-Ağustos 2003) “Hemşirelerin Çalışma Ortamlarında Stres Oluşturan Faktörlerin İrdelenmesi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt 18, Sayı 4.
- Demir. Ö ve Acar. M. (1997), **Sosyal Bilimler Sözlüğü**, Vadi Yayınları.
- Demir. A. (Temmuz-Ağustos 2003), “**Hemşirelerin Çalışma Ortamlarında Stres Oluşturan Faktörlerin İrdelenmesi**”, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt 18, Sayı 4.
- Diker. T. (1997), “**Stres ve Yönetimi**”, Polis Dergisi, s. 11.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2002), **Ebelik ve Hemşirelik Hizmetleri: Stratejik Yönergeler 2002-2008**, Cenevre.
- Erdoğan. I. (1991), **İşletmelerde Personel Seçimi ve Başarı Değerleme Teknikleri**. İstanbul.
- Eren. B. (2001), “Bir Hekim Organizasyonu Olarak Hastane”, (www.merih.net/ml/wberner21.htm, 5 Mart 2007).
- Erhan. S. (1978), **Hemşirelik Tarihi**, İstanbul: Divan Matbaacılık.
- Erkan. N. (1997), **Ergonomi**, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi No. 373, Genişletilmiş 4. Baskı.
- Ersoy. K ve Kavuncubaşı. Ş. (1995), “**Hastanelerde İş Değeri ve Ücret Arasındaki Uyum**”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi: Cilt 3, Sayı 11.
- Ertekin. Y.(1993), **Örgüt İklimi**, Ankara: Doğan Basımevi.
- Güney. S (1998), **Davranış Bilimleri ve Yönetim Psikolojisi Terimler Sözlüğü**, Ankara: Ocak Yayınları.

- Gürsoy. G. (2002) **“Tıpta Bugünden Geleceğe” 2000–2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir, Oluşturulabilir?** Ankara: Türk Tabipler Birliği.
- Güven. K. (1990), **“Hastanelerde Çalışan Doktor, Hemşire ve Bu Meslekleri Seçen Öğrencilerin Tutum ve Değerlerinin Karşılaştırmalı Analizleri”** İstanbul işletme Fakültesi Doktora Tezi.
- Hayran. O(1997), **Sağlık Hizmetleri Hastane Yöneticiliği**, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.
- **Hemşirelik Kanunu**, (25.02.1954), Yayın No: 6283.
- Işıkhan. V. (2000), **“Sosyal Hizmet Uzmanlarının İş Doyumları”**, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, Ankara:1.
- Işıkhan.V.(2002), **“Çalışma Hayatında Stres Olgusu ve Başa Çıkma Yolları”** TİSK İşveren Dergisi, sayı 10.
- Işıkhan.V. (2004), **Çalışma Hayatında Stres ve Başa Çıkma Yolları**, Ankara: Sandal Yayınları.
- **İdari Reform ve Reorganizasyon Hakkında Ön Rapor.** (1965) TODAİE Yayını
- Kaldırımcı. N. (1983), **“Örgütsel Davranış Açısından Stres”**, Erciyes Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi, Sayı: 5, (Aralık); .65–89.
- Kavuncubaşı. Ş. (1997),**“Hastanelerde Örgütsel Performans Ölçümü: Hastaneler Arası Kalite ve Verimlilik Karşılaştırması”**, Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu.
- Koç. S., Yeğen. Ö. (2002), **İşyeri Stresi, Hemşirelikte İşle İlgili Stres ve Stres Yönetimi**, İstanbul: Acıbadem Hastanesi Yayını.
- Monadori. A. (1967), **“Medicine Nei Secoli”**, Hamlyn Publishing Group (Türkçe Çeviri: **Tıp Tarihi**, Dr. Nilgün Güdücü, © Hürriyet Gazetecilik ve Matbaacılık A.Ş. Roche'un Katkılarıyla Yayınlanmıştır, 1998).
- Özgen. H., Öztürk. A. (1994), **“Devlet Hastanelerinde Karşılaşılan Yönetim Sorunları ve Bir Model Önerisi”**, Verimlilik Dergisi, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi, Cilt 23, 1.
- Özkan. S (2004), **“Performans Yönetimi”**, Performans Stratejileri Dergisi, [Cilt 38, Sayı 3.](#)
- Öztürk. A. (1994), **“İşletmelerde Stres Yönetimi: Performansa Etkisi Bakımından Analizler”**, Verimlilik Dergisi, Sayı 4.
- Öztürk. Ü. (2006), **Organizasyonlarda Performans Yönetimi**, İstanbul: Sistem Yayıncılık
- Pakdil. F. (2002), **“Hizmet İşletmelerinde Performans İyileştirme ve Hastaneler İçin Bir Model Önerisi”**, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Bursa.
- Prokopenko. J. (2003),**Verimlilik Yönetimi**, Ankara: Milli Prodüktivite Yayınları, No:476, 5. baskı, çevirenler; Olcay Baykal, Nevda Atalay, Erdemir Fidan.
- Sabuncuoğlu. Z. (1991), **Personel Yönetimi**, Bursa: 6. Baskı, s.90.

- Sabuncuoğlu. Z., Tüz.M. (1995), **Örgütsel Psikoloji**, Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği**, Yayın No:499.
- Sayın, K.Ş., Yeğinboy, Y. (1995 b), **Hastane İşletmelerinde Maliyet Giderlerinin Yönetim Açısından Önemi: Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.
- Seviğ. Ü. (1999) “Sağlık hizmetleri ve Hemşirelik” **Toplum ve Hekim Dergisi**. Ocak – Şubat: Cilt: 14, Sayı: 1
- Soyer. A. (2005), **Hekimlerin Sınıfsal Kökeni**, İstanbul: Ekim, Araştırma Dizisi 11, birinci baskı, Sorun Yayınları.
- Şahin H. N. (1994), **"Stres Nedir? Ne Değildir?"**, **Stresle Başa Çıkma**, Ed., Nesrin H. Şahin, Ankara: Türk Psikologları Derneği Yayınları.
- Türk Hemşireler Derneği. (1981), **Hemşireliğin İşlevleri, Standartları ve Niteliklerini Kapsayan Bir Rehber**, Ankara
- **T.C. Anayasası**. (1982), Ankara: Akım Kitapçılık, Kanun Kitapları Serisi.
- Tarcan. M. (2006), **“Sağlık Kurumlarında Performans Ölçüm Kriterleri: Gözden Geçirme ve Araştırma Önerileri”**, Verimlilik Dergisi, Ankara: MPM Yayınları, No: 2006/ 2.
- Tarhan. N. (2002). **Stresi Mutluluğa Dönüştürmek**. Timaş Yayınları, 2002
- Terzi. C., Saçaklıoğlu. F., Sayek. İ. (2002), **“2020 Yılında Türkiye’de Tıp Eğitimi 2000–2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir, Oluşturulabilir?”**, Ankara: Türk Tabipler Birliği.
- Timur. H. (1983), “Personel Başarı Değerlendirmesi ve Türk Adli Yargı Örneği”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt:7, Sayı:1-2.
- Tutar. H. (2000), **Kriz ve Stres Ortamında Yönetim**, İstanbul: Hayat Yayıncılık
- Ulukuş. K. S (2004) **Polis Odaklı Halkla İlişkiler ve Stres Yönetimi**. Ankara: Başkent Yayıncılık.
- Yamak. U. (2001), **Üretim Yönetimi**, İstanbul: Sinerji Yayınları, 3. bs.
- Yılmazcan. N. (1999), **“Sağlık işletmelerinde Stres ve Yönetimi”**, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Zülal. A. (2002), **“İş Sağlığı ve Güvenliği”**, Bilim ve Teknik Dergisi, Aralık, Sayı 421.