

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ BİLİM DALI

DİŞ HEKİMLERİNİN ÖRGÜTSEL ADALET, İŞ YÜKÜ
ALGISI, MOTİVASYONLARININ TIBBİ HATA
TUTUMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mustafa YENİLMEZ

İstanbul
Mart-2021

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ BİLİM DALI

**DIŞ HEKİMLERİNİN ÖRGÜTSEL ADALET, İŞ YÜKÜ ALGISI,
MOTİVASYONLARININ TIBBİ HATA TUTUMLARI ÜZERİNE
ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mustafa YENİLMEZ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Fadime ÇINAR

İstanbul
Mart-2021

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Fadime ÇINAR

(İmza)

Üye Dr. Öğr. Üyesi Kerem TOKER

(İmza)

Üye Dr. Öğr. Üyesi Gülay EKİNCİ

(İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Ali GÜNEŞ

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

“Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Diş Hekimlerinin Örgütsel Adalet, İş Yükü Algısı, Motivasyonlarının Tıbbi Hata Tutumları Üzerine Etkisi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.”

Mustafa YENİLMEZ

ÖN SÖZ

Yüksek lisans tez çalışmam süresince bana yön veren, desteğini ve yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fadime ÇINAR’a çok teşekkür ederim. Tez çalışmam sırasında bana her konuda yardımcı olan değerli eşim Elif YENİLMEZ’e ve Öğr. Gör. Haşim ÇAPAR başta olmak üzere, yüksek lisans eğitimim boyunca aldığım derslerle akademik gelişimime katkıda bulunan İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi’nin değerli öğretim elemanı kadrosuna en içten teşekkürlerimi sunarım.

Mustafa YENİLMEZ
İstanbul-2021

ÖZET
DİŞ HEKİMLERİNİN ÖRGÜTSEL ADALET, İŞ YÜKÜ ALGISI
VE MOTİVASYONLARININ TIBBİ HATA TUTUMLARI
ÜZERİNE ETKİSİ

Mustafa YENİLMEZ
Yüksek Lisans, Sağlık Yönetimi
Tez danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Fadime ÇINAR
Mart-2021, xiii + 114 Sayfa

Bu çalışma, diş hekimlerinin örgütsel adalet, iş yükü algısı ve motivasyonlarının tıbbi hata tutumları üzerine etkisi ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde kamu kurumlarında çalışan ve en az bir yıldır görevli 800 diş hekimleri oluşturmuş olup, toplam evren sayısı üzerinden yapılan G-Power 3.1 güç analizi örneklemin ise 262 diş hekimi olduğu belirlenmiştir. Vardiyalı çalışma sistemi ve pandemi sürecine bağlı olarak araştırma 142 gönüllü katılımcı diş hekimi ile tamamlanmıştır. Araştırmada veriler, 01.08.2020 ile 31.11.2020 tarihleri arasında Kişisel Bilgi Formu, “Örgütsel Adalet Kavramı Ölçeği”, “Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği”, “Çok Boyutlu İş Motivasyonu Ölçeği” ve “Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Yapılan Korelasyon analizleri sonucunda araştırmaya katılan diş hekimlerinin iş yükü algısı ve motivasyon düzeyleri ve tıbbi hata tutumu arasında pozitif yönlü, örgütsel adalet algısı ile tıbbi hata tutumları arasında negatif bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizi sonucunda diş hekimlerinin iş yükü algısının tıbbi hata tutumlarını %56 etkilediği dolayısı ile iş yükü algısının arttıkça tıbbi hata tutumunda bir artış olduğu ($p<0.05$), diş hekimlerinin örgütsel adalet algısının tıbbi hata tutumlarını %35 etkilediği ve örgütsel adalet algısı arttıkça tıbbi hata tutumlarında bir azalış olduğu belirlenmiştir. Ayrıca diş hekimlerinin iş yükü algılarının iş motivasyonunu %63 etkilediği ve diş hekimlerinin iş yükü algısı arttıkça iş motivasyonlarında bir azalış olduğu, diş hekimlerinin örgütsel adalet algısının iş motivasyonunu %53 etkilediği ve diş hekimlerinin örgütsel adalet algısı arttıkça iş motivasyonlarında bir artış olduğu saptanmıştır. Diş hekimlerinin örgütsel adalet algısı ve iş yükü algılarının tıbbi hata tutumları üzerindeki etkisinde motivasyonunun aracılık rolü olduğu belirlenmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda

kamuda çalışan diş hekimlerinin iş yükünün azaltılarak tıbbi hatalara yönelik tutumlarının olumlu yönde geliştirilmesi ve motivasyonlarının arttırılmasına yönelik düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel Adalet, İş Yükü Algısı, Motivasyon, Tıbbi Hata Tutumu



ABSTRACT

**THE EFFECT OF DENISTS 'ORGANIZATIONAL JUSTICE,
WORKLOAD PERCEPTION AND MOTIVATIONS ON THE
MEDICAL ERROR ATTITUDES**

Mustafa YENİLMEZ
Master, Healthcare Management
Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. Fadime ÇINAR
March-2021, xiii + 127 Pages

This study has been conducted to reveal the effect of dentists' organizational justice, workload perception and motivation on medical error attitudes. The universe of the study consists of 800 dentists who have been working in public institutions in Istanbul and have been working for at least one year. The G-Power 3.1 power analysis sample made over the total number of populations was determined to be 262 dentists. Depending on the shift working system and the pandemic process, the research was completed with 142 volunteer dentists. The data in the study based on Personal Information Form, " Organizational Justice Scale ", " Individual Workload Perception Scale ", " Multidimensional Work Motivation Scale " and " Medical Errors Attitude Scale " were collected between the dates 01.08.2020 and 31.11.2020. As a result of the correlation analysis, it was determined that there was a positive relationship between the perception of workload and motivation levels and medical error attitude of the dentists participating in the study, and a negative relationship between the perception of organizational justice and medical error attitudes. As a result of the regression analysis it was determined that the perception of dentists' workload affects their medical error attitudes 56%, so as the perception of workload increases, there is an increase in medical error attitude ($p < 0.05$) and also the perception of organizational justice affects their medical error attitudes by 35%, and as the perception of organizational justice increases, there was a decrease in their medical error attitudes. In addition, it has been determined that the perceptions of dentists 'workload affect their work motivation by 63%, and as the perception of dentists' workload increases, there is a decrease in their work motivation and also the perception of organizational justice of dentists affects their work motivation by 53%, and as the perception of organizational justice increases, there is an increase in work motivation. It has been

determined that the motivation of dentists has a mediating role in the effect of their perception of organizational justice and workload on their medical error attitudes. In line with the findings of the study, it is recommended to make arrangements to improve dentists' attitudes towards medical errors positively and to increase their motivation by reducing the workload of dentists working in the public sector.

Key Words: Organizational Justice, Workload Perception, Motivation, Medical Error Attitude



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
KISALTMALAR	xiii

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. Problem	2
1.2. Amaç	4
1.3. Araştırmanın Önemi.....	5
1.4. Varsayımlar.....	5
1.5. Sınırlılıklar	6
1.6. Tanımlar.....	6

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER.....	7
2.1 Örgütsel Adalet	7
2.1.1 Örgütsel Adaletin Boyutları.....	10
2.1.1.1 Dağıtım Adaleti.....	10
2.1.1.2 İşlemsel (Prosedür) Adalet.....	12
2.1.1.3 Etkileşimsel Adalet.....	14
2.2 İş Yükü Algısı.....	16
2.3 İş Motivasyonu.....	21

2.3.1	Motivasyon Teorileri.....	24
2.3.1.1	Kapsam Teorileri.....	25
2.3.1.2	Süreç Kuramları.....	30
2.4	Tıbbi Hata Tutumu.....	35
2.4.1	Tıbbi Hata.....	35
2.4.2	Tıbbi Hata Sebepleri.....	38
2.4.3	Tıbbi Hatalarda Tutum ve Önemi.....	40

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	46
3.1 Araştırmanın Modeli	46
3.2 Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Araştırma Grubu	47
3.3 Araştırmanın Hipotezleri.....	48
3.4 Veri Toplama Araçları	48
3.4.1 Tanıtıcı Özellikler Formu.....	49
3.4.2 Örgütsel Adalet Kavramı Ölçeği	49
3.4.3 Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği	49
3.4.4 Çok Boyutlu İş Motivasyonu Ölçeği	50
3.4.5 Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği.....	51
3.5 Verilerin Toplanması	51
3.6 Araştırma Verilerinin Analizi	52

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI.....	53
4.1 Tanıtıcı Özellikler	53
4.2 Öne Sürülen Hipotezlerin Test Edilmesi	54

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE DEĞERLENDİRME	78
5.1 Genel Değerlendirme ve Tartışma	78

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ..... 84

KAYNAKÇA 87

EKLER..... 102

ÖZGEÇMİŞ..... 113



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.1: Katılımcılara Ait Demografik Özellikler	53
Tablo 4.2.1: Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistikleri ile Normallik Varsayımları	55
Tablo 4.2.2: Değişkenler Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları	58
Tablo 4.2.3: Anlamlı Uç Değer Varlığının Test Edilmesi	60
Tablo 4.2.4: Kamuda Çalışan Dış Hekimlerinin İş Yükü Algısının Tıbbi Hata Tutumları Üzerindeki Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi.....	62
Tablo 4.2.5: Anlamlı Uç Değer Varlığının Test Edilmesi	64
Tablo 4.2.6: Kamuda Çalışan Dış Hekimlerinin Örgütsel Adalet Algısının Tıbbi Hata Tutumları Üzerindeki Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi.....	65
Tablo 4.2.7: Anlamlı Uç Değer Varlığının Test Edilmesi	68
Tablo 4.2.8: Kamuda Çalışan Dış Hekimlerinin İş Yükü Algısının İş Motivasyonu Üzerindeki Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi.....	69
Tablo 4.2.9: Anlamlı Uç Değer Varlığının Test Edilmesi.....	72
Tablo 4.2.10: Kamuda Çalışan Dış Hekimlerinin Örgütsel Adalet Algısının İş Motivasyonu Üzerindeki Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi.....	74
Tablo 4.2.11: Örgütsel Adalet Algısının Tıbbi Hata Tutumları Üzerindeki Etkisinde İş Motivasyonun Aracılık Rolüne İlişkin Yapısal Eşitlik Modellemesi Sonuçları....	75
Tablo 4.2.12: İş Yükü Algısının Tıbbi Hata Tutumları Üzerindeki Etkisinde İş Motivasyonun Aracılık Rolüne İlişkin Yapısal Eşitlik Modellemesi Sonuçları....	77
Tablo 6.1: Araştırmaya İlişkin Hipotez Sonuçları.....	84

ŞEKİLLER LİSTESİ

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Şekil 3.1: Hipotezlerin İşlendiği Araştırmanın Kavramsal Modeli.....	47
--	----

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Şekil 4.1: Ana Değişkenlerin Normallik Varsayımlarına İlişkin Grafik Gösterimi...	56
Şekil 4.2: Tıbbi Hata Tutumları ile Bireysel İş Yükü Algısı Arasındaki İlişki.....	59
Şekil 4.3: Artıkların (Residuals) Dağılımını Gösteren Grafikler.....	60
Şekil 4.4: Eş-Varyanslılık (Homoscedasticity) Varsayımının İncelenmesi.....	61
Şekil 4.5: Tıbbi Hata Tutumları ile Örgütsel Adalet Algısı Arasındaki İlişki.....	63
Şekil 4.6: Artıkların (Residuals) Dağılımını Gösteren Grafikler.....	64
Şekil 4.7: Eş-Varyanslılık (Homoscedasticity) Varsayımının İncelenmesi.....	65
Şekil 4.8: İş Yükü Algısı ile İş Motivasyonu Arasındaki İlişki.....	67
Şekil 4.9: Artıkların (Residuals) Dağılımını Gösteren Grafikler.....	68
Şekil 4.10: Eş-Varyanslılık (Homoscedasticity) Varsayımının İncelenmesi.....	69
Şekil 4.11: Örgütsel Adalet Algısı ile İş Motivasyonu Arasındaki İlişki.....	71
Şekil 4.12: Artıkların (Residuals) Dağılımını Gösteren Grafikler.....	72
Şekil 4.13: Eş-Varyanslılık (Homoscedasticity) Varsayımının İncelenmesi.....	73
Şekil 4.14: H6 Hipotezine İlişkin Basit Etki ve Aracı Etkili Modeli.....	75
Şekil 4.15: H7 Hipotezine İlişkin Basit Etki ve Aracı Etkili Modeli.....	76

KISALTMALAR LİSTESİ

NHS	: National Health Service
TDK	: Türk Dil Kurumu
WHO	: World Health Organization
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
NCC MERP	: National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention
IOM	: Institute of Medicine
ISMP	: Institute for Safe Medication Practices
Çev	: Çeviren
Ed	: Editör
vd	: Ve Diğerleri

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Sağlık hizmet sunumunda hukuksal sorumluluk ve bilincin artmasıyla birlikte son yıllarda üzerinde en çok durulan ve araştırma yapılan konuların başında malpraktis (tıbbi hata) konusu gelmektedir. Tıbbi hata doktrinde “tıbbi malpraktis” olarak da adlandırılmaktadır. Malpraktis terimi genellikle tıbbi hata anlamında kullanılmasına rağmen köken itibariyle, latince hatalı/yanlış uygulama anlamına gelen “mala praxis” genel bir kavramdan kaynaklanmıştır. Ülkelerin önemli hizmet konularından olan sağlık hizmetinin sunumu sırasında yaşanan tıbbi hatalar hem sağlık çalışanlarını hem de hastalar ve hasta yakınlarını olumsuz etkilemektedir (Caymaz, 2015:1-14). Meydana gelen bir tıbbi hatanın hastalara, hasta yakınlarına, sağlık hizmet sunucularına ve sağlık sistemlerine başta mali olmak üzere birçok olumsuz etkileri olmaktadır. Hasta tedavisinin uzaması, hata kaynaklı sakatlıkların veya komplikasyonların tedavisi ve bunlara bağlı olarak sağlık harcamalarının artması sonucunda tıbbi hataların maliyeti etkilemesine neden olmaktadır. Ayrıca tıbbi hatalar maliyet artışının yanında toplumda manevi hasarlara da neden olmaktadır. Tıbbi hatalar ayrıca sağlık hizmeti sunucularında moral ve motivasyon kaybına, hastalarda ve sağlık çalışanlarında güvensizliğe neden olmasının yanında toplumda da sağlık sisteminden memnuniyetsizliğe neden olmaktadır. Bütün bunlar sağlık çalışanlarında verimsizliğe ve üretkensizliğe, nihayetinde de toplumun sağlık statüsünde olumsuzluklara yol açmaktadır (Top vd., 2008:161-200).

Tıbbi hatalar birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Akalın ‘a (2005) göre tıbbi hataların ana nedenleri;

- i. İnsana bağlı faktörler (yorgunluk, yetersiz eğitim, yeterli özeni göstermeme, önlem almama, dikkatsizlik, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik)
- ii. Kurumsal faktörler (iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri dönüş konularında yetersizlik, personelin yanlış dağıtımı)
- iii. Teknik faktörler (yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, integrasyon eksikliği)

olarak üç başlık altında toplanabilir (Caymaz, 2015:1-14).

Diş hekimliğinde tıbbi hatanın oluşma olasılığı yüksek olan riskli alanların belirlenip değerlendirilmesi gerekmektedir. Tıbbi hata oluşmasına neden olan hızlandırıcı ve/veya hazırlayıcı faktörleri belirlenmesi ve nedenlerine yönelik önlemler alınması gerekmektedir. Diş hekimlerinin tıbbi hata yapmalarına sebep olan başlıca durumlar; mesleki eğitim ve eğitim sonrası sürekli meslek eğitiminin yetersizliğine bağlı bilgi ve beceri eksikliği, sağlık altyapısının yetersizliği ve özellikle yoğun çalışma ortamındaki iş yükünün yarattığı motivasyon eksikliğidir. Bu nedenlere bağlı tıbbi hataların minimal düzeye gelmesi için; risk alanlarının çok iyi bilinmesi, hasta/hekim ilişkisi iyi olması, kayıtların doğru ve detaylı tutulması, hasta/hasta yakını onam ve rızasının alınması ve hatalardan öğrenilen risk yönetiminin yapılmasıdır (Aytepe ve Yaman, 2015:146-150). Diş hekimlerinin çalıştıkları kurumlara yüksek düzeyde bağlılıkları, örgütsel adalet algıları ve arttırılmış motivasyonları önem taşımaktadır.

Tıbbi hata kaynakları ve nedenlerinin belirlemek için diş hekimlerinin tıbbi hata tutumlarının belirlenmesi gerekmektedir. Tıbbi hata kaynaklarının belirlenmesi, risk alanlarının bilinmesi için iyi bir raporlama sisteminin varlığına ihtiyaç vardır. Diş hekimlerinin tıbbi hata tutumlarının olumlu olması tıbbi hata veya tıbbi hataya neden olabilecek durumların ortaya çıkarılmasında önemli faktördür.

1.1. Problem

Günümüzde sağlık sektöründe yoğun iş yükü olması, çok sayıda hastaya hizmet verilmesi sağlık profesyonellerinin hızlı düşünmesi, çabuk karar vermesi ve hasta odaklı çalışması gerekliliğini ortaya koymaktadır. İş yükünde yoğunluk, çok sayıda hastaya sağlık hizmeti sunma gibi nedenler sağlık profesyonellerinde stres, iş kaynaklı gerginlik, öfke, mutsuzluk, tükenmişlik ve dolayısıyla motivasyon düşüklüğü gibi olumsuz durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Sağlık profesyonellerinin yaşadığı bu olumsuz duygular çalışma hayatını da olumsuz yönde etkilemektedir (Koşucu, Göktaş ve Yıldız 2017: 675-681). Bu olumsuz duyguları yaşayan sağlık profesyonellerinden biri de diş hekimleridir. Diş hekimlerinin yoğun ve mali baskı altında yaşadıkları stres, hasta ve hasta yakınlarıyla olduğu kadar bazen hem meslektaşlarıyla hem de yöneticilerle sorunlar yaşamalarına da sebep olabilmektedir.

Yaşanan sorunlar sağlık profesyonellerinin stresini ve işe bağlı gerginliğini artırmaktadır (Başçı, Özyurda ve Yılmazel 2016: 51-58). İş yüküne bağlı yaşanan motivasyon yetersizliği iş yaşamını etkilemenin yanında çalışanın yaşamının tüm alanını da etkileyebilmektedir.

Sağlık profesyonellerinin istihdamının doğru planlanması, sağlık hizmeti ve teknolojiadaki gelişme ve yeniliklere uyum sağlamak amacıyla sürekli eğitimlerin yapılmasının, algılanan iş yükünün normalleşmesine, çalışan ve hasta güvenliğinin sağlanmasında olumlu etkileri bulunmaktadır (Özyer, 2016). Hastaya güvenli bir sağlık hizmeti sunulmasında tüm sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir. Tıbbi hata hasta güvenliğini en fazla tehdit eden unsurdur. Tıbbi hatalar bilgi ve beceri eksikliği, dikkatsizlik, iş yükünün fazla olması, ekip üyeleri arasında iletişimin eksik olması, motivasyon yetersizliği gibi nedenlerden dolayı olmaktadır (Hillin ve Hicks, 2010: 91-6).

Yapılan bir çalışmada hekimler, tıbbi hataları en çok etkileyen olası faktör olarak “kısa zamanda çok sayıda hastayı muayene ve tedavi etme baskısını” algıladıkları, yoğun çalışma ve iş yükünden kaynaklanan bitkinlik, yorgunluk ve motivasyon düşüklüğü en önemli tıbbi hata nedeni olarak değerlendikleri belirtilmiştir (Top vd., 2008:161-200). Avrupa Birliği’nin yaptığı bir araştırmada vatandaşlarının %74’ü diş hekimlerinin, %69’u hekimlerin ve %68’i diğer sağlık personelinin hizmet sunarken hata yapmayacaklarına, Türkiye’de ise vatandaşların %43’ü diş hekimlerinin, %43’ü hekimlerin ve %35’i diğer sağlık personelinin hizmet sunarken hata yapmayacağına inandıkları belirtilmiştir (European Commission 2006). Rosen ve arkadaşları (2005) tarafından 832 hekimin katıldığı bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmada hekimlerin tıbbi hataların önüne geçmek için nelerin düzeltilmesi gerektiği konusunda değerlendirmeleri araştırılmıştır. Araştırma sonucunda, fazla iş yükünün azaltılması, hasta tedavi süreleri için hekimin daha fazla zamanı olması, hastane bilgi sisteminin geliştirilmesi, yöneticilere tıbbi hatalar konusunda daha çok sorumluluk verilip tıbbi hata durumunda ilgili kurumlara rapor etme sorumluluğu verilmesi, hemşire sayısının yeterli düzeye çıkarılması, tıp eğitiminin güçlendirilmesinin tıbbi hataların azaltılmasında önemli olduğunu hekimler tarafından belirtilmiştir (Rosen vd., 2005).

Hasta güvenliğini tehdit eden en önemli faktör olan tıbbi hata, tüm dünyada çözülmesi gereken öncelikli bir sorundur. Tıbbi hatalar önlenabilir olmasına rağmen; her yıl milyonlarca insan tıbbi hatalar nedeniyle hastanede kalış süresinin uzaması,

komplasyonlar sonucu sekel kalması, hatta ölüme kadar varan zararlara neden olmaktadır (Avcı K, Aktan, 2015: 48-54). Sağlık profesyonellerine tıbbi hatanın önlenmesi ve nedenlerinin ortaya çıkarılmasında önemli görevler düşmektedir (Özata, 2009: 417-430).

Tıbbi hataların sıklığının azaltılması, kök/neden analizlerinin yapılabilmesi ve önlenmesi veya zarar oluşmadan fark edilebilmesi için çeşitli yöntemlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Bunun için; sağlık çalışanlarının hataların ve zararlı etkilerinin azaltılması ile ilgili önerileri de içeren gerçek ifadelerin toplandığı, tıbbi hataların çekinmeden ve korkusuzca bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortamın sağlanması gereklidir. Buna ilave olarak sağlık çalışanlarının memnuniyet, iş yükü, tükenmişlik gibi tıbbi hata faktörü olabilecek durumların belirlenmesi kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmetinin sunulmasına rehber olacaktır. Çalışma ortamı ile ilgili iş yükü algısı, örgütsel adalet algısı ve işe motivasyon durumunun belirlenmesi dış hekimlerinin tıbbi hata yapmalarının ve yapılan tıbbi hatalarda gösterecekleri tutumda etkili olacaktır. Yapılan literatür taraması sonucunda dış hekimlerinin örgütsel adalet algısı, iş yükü algısı ve motivasyonlarının tıbbi hata tutumları üzerindeki etkisi ile ilgili çalışmalar ayrı ayrı mevcut olmasına rağmen hepsinin bir arada alındığı çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultudan yola çıkarak bu araştırmada dış hekimlerinin örgütsel adalet algısı, iş yükü algısı ve motivasyonlarının tıbbi hata tutumları üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlandı. Elde edilen sonuçların tıbbi hataların önüne geçebilmek için dış hekimliği alanında tıbbi hataların en aza indirgenmesi ve olasılıkların ortadan kaldırılmasına yönelik düzenlemeler ve planlamalar yapılmasında farkındalık yaratacağı düşünülmektedir.

1.2. Amaç

Bu araştırmada, dış hekimlerinin örgütsel adalet, iş yükü algısı ve motivasyonlarının tıbbi hata tutumları üzerine etkisi ve bu etkide motivasyonun aracı rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Çalışmamıza özgün değer katan en önemli nokta oluşan tıbbi hataların geri dönüşünün olmamasıdır. Kamu kurumlarında dış hekimlerinin yoğun şekilde hasta tedavi ederken nitelikli bir tedavi yapılmasının engellerini ortaya çıkarıp oluşabilecek tıbbi hataları en aza indirmektir. Tıbbi hataların sıklığının azaltılması, nedenlerinin anlaşılması ve önlenmesi veya zarar oluşmadan fark edilebilmesi için çeşitli yöntemlerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bunu başarabilmek için hataların ve zararlı etkilerinin azaltılması ile ilgili önerileri de içeren gerçek ifadelerin toplandığı, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortamın sağlanması gereklidir. Aynı zamanda hastane çalışanlarının memnuniyet, iş yükü, stres gibi tıbbi hata nedeni olabilecek konularda durumlarının belirlenmesi kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulmasında rehber olacaktır. Çalışma ortamı ile ilgili iş yükü algısı, örgütsel adalet algısı ve işe motivasyon durumunun belirlenmesi dış hekimlerinin tıbbi hata yapmalarının ya da yapılan tıbbi hatalarda gösterecekleri tutumda etkili olacaktır.

Literatüre bakıldığında dış hekimliğinde tıbbi hata tutumu hakkında çok fazla çalışma yapılmadığı görülmüştür. Tıbbi hata tutumunda etkisi olabilecek etken ayrı ayrı incelenecek olup literatüre kazandırılacaktır. Literatürde dış hekimlerinin iş yükü, örgütsel adalet ve motivasyonlarını araştıran çalışmalar olmasına karşın tıbbi hata tutumu ile ilişkilendirilen çalışmalar yetersizdir. Bu amaçla bu araştırmanın literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu araştırma tıbbi hataların önüne geçebilmek için dış hekimliği alanında tıbbi hataların en aza indirgenmesi ve olasılıkların ortadan kaldırılmasına yönelik düzenlemeler ve planlamalar yapılmasında farkındalık yaratacağı düşünülmektedir.

1.4. Varsayımlar

Çalışmaya katılan dış hekimlerinin anketleri doğru ve içten cevapladıkları kabul edilmektedir.

1.5. Sınırlılıklar

Bu araştırmanın sınırlılıkları;

- i. Çalışmada bilgilerine başvuralan kesimin hastanelerde çalışan görevli 142 diş hekiminden elde edilen verilerin tek taraflı ve eleştirelilikten uzak olmasına neden olmuştur.
- ii. Çalışma dönem açısından 2020 yılında görevde bulunan diş hekimleri ile sınırlıdır.
- iii. Bu araştırmaya temel oluşturan veriler, bazı çalışmalarda görülmekte olduğu gibi sadece İstanbul’da kamu kurumlarında çalışanlarla yapılmış olup Türkiye genelindeki kamu diş hekimleri ile yapılmamıştır.
- iv. Çalışma bulguları, çalışma anketini oluşturan sorular ile sınırlıdır.
- v. Çalışma sonuçları, araştırma için belirlenmiş amaçlar ile sınırlıdır.
- vi. Çalışma bulguları amaçlara bağlı olarak kullanılan istatistiksel yöntemler ile sınırlıdır.
- vii. Elde edilen sonuçlar İstanbul ilinde ve tüm Türkiye sınırlarında görevli diş hekimleri için genellenemez.

1.6. Tanımlar

Araştırmaya konu olan anahtar kelimeler ve konu ile ilişkili tüm tanımlar genişletilmiş literatür başlığı altında tek tek yapılarak gerekli bilgiler sunulmuştur.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

Bu bölümde dış hekimlerinin tıbbi hata tutumları, iş yükü algıları, örgütsel adalet algıları ve motivasyon düzeylerini ele alan konular ile ilgili genel bilgilere yer verilmiştir.

2.1.Örgütsel Adalet

Adalet kavramı Türk Dil Kurumu tarafından “Yasalarla sahip olunan hakların herkes tarafından kullanılmasının sağlanması, hak ve hukuka uygunluk, hakkı gözetme herkese kendine uygun düşeni ve hakkı olanı verme” olarak tanımlanmıştır (TDK, 2020). Adalet kavramı insanlığın başlangıcından itibaren tanımlanmaya çalışılan bir kavramdır. En eski kanun olarak bilinen Hammurabi kanunlarında da bu kavramdan bahsedilmektedir. Birçok tanımı olan adalet kelimesinin incelendiğinde ‘’adl’’ kökünden geldiğini ve bu sözcüğün ingilizce karşılığı olarak ‘’justice’’ kelimesini görmekteyiz. Bu kelimenin kökü incelendiğinde ‘’Just’’ olduğunu ve anlamının düzenin intizamlı bir şekilde işlemesi için gerekli olan tüm şartların ve her şeyin yapılması anlamında olduğu ortaya çıkmaktadır (İçerli, 2010: 68-69).

Adalet, sadakat, bağlılık gibi nesnel kavramların ölçülmesi neredeyse imkânsız ve bu kavramlar aslında bir algı sorunu olarak karşımıza çıkar. Bu yüzden adalet, çalışanların yöneticilerin davranışlarını nasıl algıladıkları ile ilgilidir. Adaletli olmak için, herkese eşit davranırken; tarafsız olmak, herhangi bir koşulda ve şartta hukuk kurallarına bağlı kalmak ve kimsenin hatalarından fayda sağlamamak gerekmektedir (Tutar, 2007: 98). Kısaca adalet; herkese eşit davranırken doğruluk, dürüstlük ve tarafsızlık ilkelerini temel ilke olarak benimsenmesi ve bir durum karşısında herkesin hakları gözetilerek hak edilen ödül ve cezanın uygulanmasıdır.

Belirli bir amaç için bir araya gelip çalışan kişiler örgütü oluşturur. Örgüt ise bir araya gelen bu kişilere uygun çalışma ve üretim ortamı sağlayan kuruluştur. Bu kuruluştaki çalışanların her alandaki beklentileri örgütün temelini oluşturur. Yöneticiler kurumlarında çalışanların iş ile ilgili tüm çalışmalarından ve beklentilerinden sorumludurlar. Yöneticinin bu sorumluluğu çalışanların adil yönetim konusunda daha duyarlı olmasını sağlar, daha dikkatli davranılmasını zorunlu kılar ve örgütsel adaleti ortaya çıkarır (Abbasoğlu, 2015).

Örgütsel adalet kurumlarda gün geçtikçe daha fazla bilinmekte ve öneme sahip olmakta olup son dönemde birçok çalışmada tanımlanmaya çalışılmaktadır. Örgütsel adalet; çalışanların kurumlarında karşılaştıkları tüm davranışlar ve tutumları algılama şekli olarak tanımlanmıştır. Denk pozisyon ve çalışma ortamında çalışanlara eşit davranılması gerektiğini vurgulayan adalet kavramı, örgüt yapısında ise çalışanların haklarının ve cezalarının örgüte olan yatırımları doğrultusunda olması olarak tanımlanabilir. Diğer bir deyişle çalışan haklarının verilmesi ve korunması, kurumda etik davranışın benimsenmesi ve çalışanın hem bireysel hem örgütsel sonuçları adil olarak algılamasıdır (Bilsel, 2013: 6).

Örgütsel adalet; “Çalışanların çalıştıkları kurumdaki çalışma arkadaşlarıyla ve yöneticileriyle olan ilişkilerinde kendi algılarının nasıl şekillendiğini gösteren sosyal bir olgudur” şeklinde de tanımlanır (Karademir ve Çoban, 2010: 51).

Başka bir tanımda örgütsel adalet; yönetici davranışlarının çalışanlar tarafından etik ve ahlaki olarak kişisel değerlendirmelerine denir. Çalışanların kişisel algıları kendilerine nasıl davranıldığından daha önemlidir yani davranışları nasıl algıladıkları örgütsel adaletin temelini oluşturur (Taşkiran, 2011: 93-95).

Örgütsel adalet, çalışanlar arasında ekonomik uygulamaların tarafsız ve eşit olarak paylaşılması temel alınarak kurum politikasının oluşturulması olarak tanımlanmaktadır. Örgütsel adalet; ödül ve cezaların belli kurallarla dağıtılması ve yönetilmesini sağlayan kurallardır. Bir başka ifadeyle üretime katkısı olan tüm çalışanların katkı oranları seviyesinde ödüllendirmelerden yararlanabilmesini sağlamaktır (Meriçöz, 2015).

Çalışanlar kendileri örgütlerindeki diğer çalışanlarla kıyasladıklarında eşit ücret ödemelerinden tutun sosyal haklara kadar tüm alanlarda eşit davranılıp davranılmadığını kontrol eder ve herkese eşit davranılmasını bekler. Ancak sadece bu

davranışların sonuçları ve karşılaştırması değil aynı zamanda uygulanış şeklide adalet algısının temelini oluşturmaktadır (Özdevecioğlu, 2003: 78). Örgütsel adalet çalışanlara yönetimin ne kadar adaletli davrandığı ve bu davranışın örgütteki yansımaları içine alan bir kavramdır. Aslında örgütsel adalet, adaletli bir yapının örgütte hâkim kılınması ve adaletli kalınmasına teşvik eder. Ayrıca yapılan araştırmada çalışanların verilen kararın adil olduğuna inandığı sürece yönetimin davranışlarını olumsuz olarak değerlendirilmesinin daha az olduğu ortaya çıkmıştır (İşcan ve Naktiyok, 2004: 187).

İnsanın tabiatında bulunan adil davranılma duygusunu temel alan Adams'ın (1965) "Eşitlik Kuramı" örgütsel adalet kavramının başlangıç noktasıdır. Eşitlik Kuramına göre eşitlik bireyin diğer bireylerle olan ilişkisinde herkese eşit davranıldığı hissetmesi, eşitsizlik ise bireyin diğer bireylerle olan ilişkisinde kendisine veya başkasına eşit davranılmadığı düşünmesidir. Çalışanlar kendileri yöneticiler tarafından sağlanan hak ve faydaların dağıtılma şekli adalet algılarını oluşturmaktadır. Bu kurama göre, çalışan kuruma ne kadar iyi performansla ne kadar çok katkı sağlarsa kendisi de o kadar çok kazanması gerektiğini düşünmektedir. Adams, adaleti değerlendirirken; bir kazanımın adaletli olup olmadığını öğrenmek için bir kişinin o iş için her anlamda katkısının kazanımlarına oranı ve bu oranın diğer çalışanlarla karşılaştırılması ile anlaşılabilirliğini söylemiştir. Bu durumun sınırları teknoloji ile birlikte genişleyerek çalışanların başka kurumda çalışan meslektaş veya benzer işlerde çalışan kişilerle kurdukları iletişimle kurumlarını, yöneticilerini ve işlerini değerlendirip yeni bir adalet algılamaları oluşmaktadır (Demirel ve Seçkin, 2011).

Çalışanlar katkı ve kazanımlarının dengesinde bir anormallik veya bir eşitsizlik olduğunu düşünürlerse, bu eşitsizliği karşı bir davranış geliştireceklerdir. Ayrıca bu durum çalışanın motivasyonunu düşürürken kuruma olan aidiyet duygusunu da ortadan kaldıracaktır. Bir diğer ifadeyle, adaletsizlik olduğunu düşünen çalışanlar kurumda iş barışının bozulmasına neden olup organizasyonun örgütsel adaletsizlik algısının oluşacağı süreye kadar geçen sürede kazanımları yok etmeye başlar. Adams'ın Eşitlik Kuramına göre, fazla ödüllendirilen çalışan daha fazla motive olarak performansı artarken az ödüllendirilen çalışan ise ortaya çıkan eşitsizliği ortadan kaldırmak için daha düşük performans ve motivasyonla çalışırlar. Dolayısıyla, çalışanlar bu adaletsiz olduğunu düşündükleri durumu kaldırmak için üç çeşit davranış geliştirirler. Bunlardan ilki katkı ve kazanımları hakkında algılarını değiştirirler. İkinci

olarak, işteki verimlerini düşürüp ücretlerini değiştirebilirler. Sonuncu olarak ise iş değişikliği veya kurum değişikliği yaparak içinde bulunduğu adaletsiz ortamdan uzaklaşmayı kendisine bir yol olarak benimseyebilir. Tüm bunlar göz önüne alındığında örgütsel adalet çalışanın yöneticisinin her anlamda adil olarak algılaması olarak tanımlamak mümkündür (Meriçöz, 2015).

2.1.1. Örgütsel Adaletin Boyutları

Örgütsel adalet, kurumda adaletin yani tarafsızlığın oluşturulması için geliştirilen bir kavramdır. Örgütsel adaletin araştırmacılar tarafından değerlendirilme süreci incelendiğinde ilk olarak Dağıtımsal Adalet-Adalet Dağıtımı-(Distributive Justice) ve Süreçsel Adalet-İşlemsel Adalet-(Procedural Justice) olmak üzere iki boyutlu inceledikleri görülmektedir (Bakan, 2011: 192). En son olarak da etkileşim adaleti ortaya çıkmıştır. Bu kavramın bazı araştırmacılar tarafından işlemsel adaletin alt boyutu olarak değerlendirilirken bazı araştırmacılar tarafından ise alt boyuttan ziyade ayrı bir boyut olduğu ileri sürülmüştür. Çalışanların iş ve kuruma karşı tutumları dağıtım ve işlemsel adalet boyutlarında ele alınırken, yönetime karşı olan tutumlarda etkileşim boyutunda değerlendirilir (Keleş, 2014).

Literatür incelendiğinde genellikle örgütsel adaletin dağıtımsal adalet (distributive justice), işlemsel adalet (procedural justice) ve etkileşimsel adalet (interactional justice) olarak 3 boyutta incelendiği görülmektedir. Bu çalışmada örgütsel adaletin boyutları bu 3 başlık altında ele alınacaktır.

2.1.1.1.Dağıtım Adaleti

Dağıtım adaleti, çalışanların elde ettikleri kazanımların adalet algılamasını ifade eder. Kurumda dağıtım adaleti ödül ve cezanın nasıl verildiği, statülerin verilmesinde hangi ilkelerin benimsediği, maddi kazançların nasıl paylaştırıldığı ve çalışanların buradan elde ettikleri çıktılara ilişkin adalet algılamalarıdır (Söyük, 2007). Dağıtım adaletinin kapsamı, “görevler, mallar, hizmetler, fırsatlar, cezalar ya da ödüller, roller, statüler, ücretler, terfiler vb. her türlü kazanımın” çalışanlar arasında adil bir şekilde

dağıtılmasıdır (Yıldırım, 2010: 65). Daha öz tarifiyle dağıtım adaleti, çalışanın kazanımlardan ne kadar pay alacağı ve bu payların kime nasıl dağıtılacağı ile ilgilidir (Abbasoğlu, 2015).

Çalışanların performansına göre dağıtım adaleti uygulanarak ödül ve ceza dağıtılmalıdır. Bu durumda herkes aynı şekilde ödül ya da ceza almaz aksine çok çalışana veya az çalışıp örgütün amaçlarından uzaklaşmasına neden olana örgüte kattıkları oranında ödüllendirilir veya cezalandırılırlar (İşcan ve Naktiyok, 2004: 187). Çalışanlar örgüte sağladıkları girdileri ve bunun sonucunda elde ettikleri çıktıları karşılaştırmaktalar. Eğer bu karşılaştırmada herhangi bir eşitsizlik algıarlarsa huzursuz bir çalışma ortamı oluşmasına neden olacak şekilde diğer çalışanlarla girdi ve çıktıları değiştirilmeye çalışırlar (Söyük, 2007).

Örgütsel adalette bireyin adalet algısı önemli bir faktördür. Adalet gibi subjektif kavramlar algılarımıza bağlı değişkenlik gösterir yani durumun adaletli olup olmadığı kişiden kişiye değişebilir (Robbins ve Judge, 2013: 224). Örgütteki kazanımların eşit ve adaletli dağıtıldığına inanan çalışanların iş motivasyonlarının ve performanslarının artmasına neden olacaktır. (Abbasoğlu, 2015). Bu yüzden dağıtım faaliyeti bir kurala bağlanmalıdır.

Dağıtım adaleti belirli kurallar ve hükümlere göre tanımlanan kişilere kazanımların belirli standartlarda dağıtılmasıdır. Araştırmacılar tarafından çeşitli dağıtım kuralları belirlenmiştir. Morton Deutsch, dağıtım kuralını hakçalık, eşitlik ve ihtiyaç şeklinde 3'e ayırmıştır. Çalışanların girdileri oranında kazanımların dağıtılmasına hakçalık demiştir. Eşitlik kuralında ise hakçalıktan farklı olarak herkesin dağılımdan eşit yararlanması savunulur. İhtiyaç kuralında çalışanların mutlu olacağı şekilde kazanımların dağıtılması amaçlanmaktadır. Morton Deutsch temel amaç olarak ekonomik açıdan verimlilik sağlamayı öngörür. Ancak iş birliğinin önemli olduğu örgütlerde dağıtım adaletinin hakçalık ilkesi baskınken, sosyal ilişkinin önemli olduğu örgütlerde dağıtım adaletinin baskın olduğu ilke eşitliktir. İhtiyaç bireyin ön planda olduğu, bireyin gelişimin ve mutluluğunun en önemli amaç olduğu örgütlerde baskın olan ilkedir. Bir yönetici ödül ve terfi dağıtımında subjektif faktörlerin etkisinin olmamasını ancak dağıtım adaleti ilkeleri uygularsa temin edilebilir. Dağıtım adalet ilkesine göre çalışanlara ahlaki ve objektif olarak tanımlanan özellikler göz önünde bulundurularak aynı pozisyon ve konumdaki kişilere eşit davranılmalı, farklı olan kişilere ise, aralarındaki fark oranınca farklı davranılmalıdır (İşcan, 2005: 155).

Dağıtım adaletinde ücret artışları, performans değerlendirmeleri, ödüller ve cezaların verilmiş şekilleri üzerinde durulur ve kazanımların dağıtımında gösterilen dürüstlük ve doğrulukla ilgilidir (Tutar, 2007: 99). Dağıtım adaletindeki kazanımlar olarak sadece organizasyondaki somut kazanımların yanında “terfi” gibi statü ile ilgili imkânlar da vardır. Tüm bu kurallar göz önüne alınınca örgütün adil yönetildiği algısı bulunan örgütlerdeki çalışanların motivasyonları ve performansları olumlu yönde gelişmiş olacaktır. Bu yüzden çalışanların dağıtımsal adaleti olumlu algılamaları için sosyo-psikolojik kazanımların da bu dağılıma dâhil edildiği örgütsel adaletin işlemsel boyutu keşfedilmiştir. (Bilsel, 2013: 19).

2.1.1.2.İşlemsel (Prosedür) Adalet

İşlemsel adalet; yönetimin karar alırken kullandığı prosedürlerle ilgili algılanan adaleti belirtir (Taşkıran, 2011: 106). Diğer bir ifadeyle işlemsel adalet, çalışanların girdileri sonucu kazanımlarının hangi kriterlerle belirlendiğini, kazanımların paylaştırılmasındaki süreçleri ve bu süreçleri ne kadar adaletli algılandığını açıklayan bir kavramdır. Folger ve Crapanzano işlemsel adaleti, örgütteki kazanımlarla ilgili tüm aşamalarda yönetimin kullandığı metod ve süreçlerin bireyler tarafından algılanma durumu olarak tanımlanmıştır. Konovsky, işlemsel adaleti kazanımların dağıtım kararlarının nasıl verildiği ve aynı zamanda nesnel ve öznel durumlarla ilgili olduğunu belirtmiştir (Özdevecioğlu, 2003: 78).

İşlemsel adalet, örgütte yöneticinin çalışanlarla ilgili aldığı kararların adil bir şekilde alınıp alınmadığıyla ilgilenir. İşlemsel adalet kazanımların dağıtılmasında kullanılan sürecin hakkaniyetini açıklar ve bu kavram Prosedür Adaleti Kuramının temelini oluşturmaktadır. Bu kurama göre, çalışanlar karar mekanizmasında etkilerinin olduğunu düşündüklerinde sürecin adil bir şekilde yönetildiğine inanırlar. Çalışanlar, elde ettikleri kazanımların belirlenme sürecini adil olarak nitelendirdiklerinde kendileri için yeterli olmayan ya da olumsuz sonuçla bile karşılaşsalar ortaya çıkan durumu daha olumlu değerlendirmeye meyillidirler. Kısaca çalışanlar kendilerinin dinlendiği, sürece katılımlarının sağlandığı durumları, kendilerinin herhangi bir söz hakkına sahip olmadıkları işlemlerin sonucuna daha göre iyi olsa dahi daha adilane olduğuna inanırlar. Çalışan kendi hakkında verilen kararlarda, bu kararın alınmasında

dikkate alınan hususlar, yöneticinin karar verme metodu ve çalışan hakkında olumsuz karar verilirken nedenini bilirse alınan karar daha olumlu şekilde karşılanabilir (Yıldırım, 2010: 67).

İşlemsel adalette çalışanın kazanımlarının belirlenmesindeki unsurların (ücret, görevde yükselme, maddi kazanımlar vb.) belirlenmesi ve bu unsurların ölçümündeki metod ve süreçlerin yürütülmesinde ne kadar adil davranıldığına algılanma derecesi olarak da tanımlanabilir. Araştırmalarda işlemsel adalette süreçlerin adil olarak algılanması için altı prensibin yerine getirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bunlar;

- i. Tutarlılık: Süreçlerde ve kararlarda tutarlı olunmalıdır. Zamana ve kişiye göre değişmemelidir.
- ii. Önyargılı olmamak: Süreçte herhangi bir inanç ve önyargının etkisinde kalınmamalıdır.
- iii. Doğruluk: Süreçler geçerli bilgiye dayanmalıdır.
- iv. Düzeltibilme: Kararlara itiraz edebilme mekanizmaları olmalı gerekirse düzeltilmelidir.
- v. Temsilcilik: Kararlara bireylerin katılımını sağlamak için temsilcilerinin olması sağlanmalıdır.
- vi. Etik: Süreç sonunda alınan kararların etkilediği çalışanların etik değerleri göz önünde bulundurulmalıdır (Kuzucu, 2013).

İşlemsel adalet dağıtım adaletinden farklı olarak kazanımların dağıtılmasında süreç ve yöntemlerin daha önemli olması çalışanlarda daha etki bırakmasına sebep olmuştur. Bu yüzden süreçte uygulanan prosedürde işlemsel adaletteki prensiplerin uygulanması, ne kadar adaletli bir ortamın olduğunu belirlediği savunulmaktadır (Taşkiran, 2011: 107). Dağıtım adaletinde çalışan yönetimin belirlediği kriterde gösterdiği performans göre belirli bir kazanım elde etmesi garantiyken, işlemsel adalette ise çalışanlar ödülleri belirlenme sürecine ve dağıtım kriterlerinin belirlenmesine katılımını sağlar (İşcan, 2005: 150).

İşlemsel adalette süreç kontrolü ve açıklama etkili faktörlerdir. Süreç kontrolünde çalışanların beklentilerini yöneticilere aktarabilme fırsatı verilirken açıklamada ise yönetici kazanımların dağıtılmasında faktörleri nedenleriyle açıklamasıdır. Çalışanların kazanımların dağıtımında etkilerinin olduğunu ve sonuçları hakkında doyurucu bilgiye sahip olduklarında sürecin adaletli yönetildiğine inanmalarına vesile

olur. Yöneticilerin işlemsel adalet prensiplerine uyması önemlidir (Robbins ve Judge, 2013: 224-225).

İşlemsel adalet ile dağıtımsal adalet karşılaştırıldığında dağıtımsal adaletin bir değerlendirme sonucunda oluşan adalet algısıyken işlemsel adalette ise adaletin sağlanmasında gereken kriterlere ve adil bir ortamın tesis ediliş biçimine odaklanmaktadır. Örneğin; aynı pozisyonda çalışan ve aynı performans üreten çalışanın ödül veya cezası aynı, farklı pozisyon olan ve farklı performans değerlendirmesine tabi tutulup farklı ödül veya ceza uygulanan örgütte dağıtım adaleti açısından bu adil bir yönetim sergilenmiş olur. Fakat tüm bu ödül ve ceza belirlenirken değerlendirilen performans kriterleri yanlış seçilmiş ise işlemsel adalet sağlanmamış olur. Çalışanlar işlemsel adaletsizlik durumunda bu adaletsiz ortamı sağlayan kişiler veya sebep olan kaynaktan daha çok örgüte tepkide bulunurlar (Özdevecioğlu, 2003: 79).

İşlemsel adaleti araştıran birçok araştırma göstermektedir ki, çalışanlar örgütteki karar verme süreçlerinde adaletin olmadığını düşündüklerinde yöneticisi ve kuruma olan bağlılıkları azalmaktadır. Adaletsiz durumu ortadan kaldırmak için daha fazla haksız kazanç elde etme çabasına girmekte, daha az çalışmakta, daha az yardımcı olmakta ve iş yerini değiştirme isteği artmaktadır. Çalışanlar kendilerine gösterilen davranışları dikkatle takip etmekte ve bu davranışlara göre yöneticisi ve kurumla olan ilişkisini düzenlemektedir.

2.1.1.3.Etkileşimsel Adalet

Örgütsel adaletin üçüncü boyutu olarak kurumdaki uygulamalarda yöneticilerin çalışanlara davranışları ve çalışanların bu davranışlara karşı geliştirdikleri adalet algıları olarak etkileşimsel adalet tanımlanmıştır. Dağıtımsal adalet ve işlemsel adalet ile ilgili çalışmalar devam ederken örgütsel adaletin başka bir konusu olarak örgütteki uygulamalarda kişisel ilişkiler odaklı, özellikle yönetici çalışan iletişimi ile ilgili olarak etkileşimsel adalet ortaya çıkmıştır. Etkileşimsel adalet, çalışan ve yönetici iletişimindeki adalet algılamasıdır (Özdevecioğlu, 2003: 79).

İşlemsel adaletin alt boyutu olarak adlandırılan etkileşimsel adalet kurum çalışmalarında insan ilişkilerinin algılanması ile ilgilenmektedir. Etkileşimsel adalet,

Çalışanların kurumu yönetenlerden bekledikleri nezaket, saygı ve sevgi gibi sosyal ilişkilerin yöneticiler tarafından sunulması, kararlardan sonra kararlar hakkında yeterli açıklamanın yapılması ve örgüt işleyişinin her aşamasında anlayışlı olunmasını gerektirir. (Eğilmezkol, 2011: 25)

Etkileşimsel adalette örgütteki yönetici/çalışan ilişkisi gibi i ilişkilere bakılarak değerlendirilir ve örgüt içi sosyal adalette önem verir. Çalışanlar arasındaki ilişki ve bu ilişkiden kaynaklı kazanımlar ön plandadır. Bunun nedeni örgütteki adaletin tam olarak sağlanmasında somut öğelerin tek başına tam bir adalet algısı oluşturamamasıdır (Yeniçeri, Demirel ve Seçkin, 2009: 86).

Etkileşimsel adalette yöneticinin çalışana saygılı davranması, ona değer vermesi, çalışanın dikkatle dinlemesi, kararlarda yeterli açıklamanın yönetici tarafından çalışana yapılması ve empati göstermesi gibi çalışana önemsendiğini hissettirecek şekilde davranılması gerekmektedir (Yıldırım, 2007: 258). Etkileşim adaletinde yönetici çalışan ilişkisinde insancıl tarafına dikkat edilir. Yani bu ilişkide nezaket, saygı ve drrlk gibi değerlere dikkat edilir. Karar alındığında bunu çalışanlara aktarılma biçimiyle etkileşimsel adalet ilgilenir (Yıldırım, 2010: 68).

1993'te Greenberg tarafından yapılan araştırmada etkileşimsel adalet kişiler arası duyarlılık boyutunun değerlendirildiği "kişilerarası" ve açıklama veya sosyal sorumluluk boyutuna bakıldığı "bilgisel" boyut olarak ikiye ayrılmıştır. "Kişilerarası" olarak nitelendirilen boyutta karar merciinin verdiği karardan etkilenecek çalışana nezaket çerçevesinde davranılması ile ilgiliyken "bilgisel" boyutta ise çalışanlara bu kararın açık ve net bir şekilde açıklanıp açıklanmadığı ile ilgilenir (Cihangiroğlu, şahin ve Naktiyok, 2010: 69).

Çalışanlara alınan kararları nasıl ve hangi tarzda iletildiği ve haberdar olduğu etkileşimsel adalet algısını etkilemektedir. Başka bir açıdan etkileşimsel adalet örgütsel adalet boyutlarından sağlanması en kolay olanıdır. Bu boyutta bir çalışanın veya yöneticinin çalışana nasıl davrandığı ile ilgilidir. alışana bilgi, yeterli ve uygun şekilde paylaşılır, despotik kurallar veya ağır cezalar nlenip iletişim sağlanırsa etkileşimsel adalet sağlanmış olur (Kılıçlar, 2011: 25).

Etkileşimsel adaletin sağlanması için "doğruluk" (alınan kararlarda çalışana karşı açık, net ve dürüst olunmalı), "saygı" (alışanlara karşı duyarlı ve saygılı olunmalı, eleştirilere karşı olumlu tavır sergilenmeli), "uygunluk" (yaş, cinsiyet vb. herhangi bir

bilgi ön yargıya neden olamamalı) ve "gerekçelendirme" (alınan kararlarla ilgili çalışana yeterli ölçüde bilgi verilmeli) şartlarının oluşturulması gerekmektedir (Bies ve Moag, 1986: 43-55).

Bir diğer araştırmadan dağıtımsal ve işlemsel adalete göre işten ayrılma hissi ve iş performansı üzerinde etkileşimsel adaletin daha belirgin sonuçlar ortaya çıkardığı görülmektedir. Bu sonuçlar göz önüne alındığında örgütsel adaletin tam olarak değerlendirilmesi için etkileşimsel adaletin gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Karaeminoğulları, 2006: 21).

2.2. İş Yüğü Algısı

Bir kurumun amacı üretim veya hizmet sunumudur yani iş olmazsa bir kurumun bulunmasının anlamı yoktur. İş, bir şey üretmek veya bir hizmeti sunmak için belirli görevlerin belirli sürede yapıldığı aktiviteye denir. İş yüğü, “Belirli bir zamanda, belirli bir kalitede yapılması gereken bir işin gerektirdiği çaba miktarı” şeklinde tanımlanabilir (Korkmaz, 2012: 22). İş yüğü, bir işin yapılabilmesi için çalışan tarafından harcanan çabaya denmektedir. İş yüğü, çalışanın o iş için ayrılan sürede, belirli şartlarda, istenen kalitede yerine getirilmesi esnasındaki iş miktarına denir. Yani iş yüğü, iş gereksinimleri (fiziksel, zihinsel, zaman, hız gibi), çalışma şartları, çalışanın alışkanlıkları ve çalışanın yetenekleri toplamından oluşan bir kavramı tanımlamaktadır. İş yüğü, çalışanın verilen görev için gerekli zihinsel ve fiziksel kaynaklarını ne kadar kullandığını açıklayan kavramdır (Gawron, 2008).

İş yüğü, bir iş için harcanan enerji, zaman, organizasyon açısından verimliliği ifade eden ve işi yaparken işin belli bir kaliteye sahip olması şartıyla belli bir süre de yapılan iş miktarına denir. İş yüğü en yaygın ve en önemli stres faktörüdür (Karacaoğlu ve Çetin, 2015: 48). Çalışan, verilen işi yapabileceği sınırların üzerinde olduğunu algıladığında veya kurumda her çalışana düşen iş miktarı ve zamanın o kişi üzerinde stres oluşturması iş akışını bozabilmektedir (Çiftçioğlu, vd., 2018: 1-8). Kişinin yetenekleri ile ona verilen işin uyuşmaması aşırı iş yükünün meydana gelmesine sebep olur. Çalışandan istenen işte performansında fazla bir talep olursa buna aşırı iş yüğü denir. Fazla iş yüğü çalışma ortamında en önemli stres kaynaklarından biridir. Aşırı iş

yükü, çalışandan istenen hem fiziksel hem zihinsel taleplerin yerine getirelememesine denir (Ordukaya, 2011: 42-48).

Bir insanın çalıştığı işte başarılı olması için o işe karşı yatkın ve o işi yapabilme yeteneğine sahip olmalıdır. O yüzden bir çalışana verilecek işte çalışanın o işi yapabilme yeteneğinin olup olmadığı araştırılmalıdır. İşin ergonomik çıkarları için çalışanın seçimi önemlidir. Diğer bir açıdan iş yükündeki anormalliğin nedeni olarak çalışana verilen işte çalışanın yeterli beceriye sahip olmaması kaynaklı olabilir. Çalışanın yeteneği ile uyumlu, iş yükü ve mesai ayarlanmasının yapılması etkin çalışma ortamı oluşturulmasında önemli bir yer tutmaktadır (Saygılı, 2008).

İş yükü, çalışana verilen iş için ondan istenen tüm taleplere denir. Bu yüzden çalışana verilen görev o kişinin yeteneğine uygun olmalıdır. Kişinin kapasitesinin üzerinde olacak işler ve iş yükünün fazla olduğu işlerde çalışanın daha fazla enerji tüketmesine ve çeşitli sağlık problemleri ile karşılaşması sonucu olarak işin yetişmesinde problemlerle karşılaşmaktadır (Wahyuni, vd., 2018: 12-95).

İş yükünü yapılacak iş miktarı olarak tanımlayan araştırmalar var ancak iş miktarı iş yükünün sadece bir boyutudur. İşin zorluk derecesi iş yükü açıklamasına dahil edilmesi gereken başka bir boyuttur. İş yükünün başka bir boyutu olan enerji, iş yapılırken çalışanın veya sistemin tükettiğidir. İş yükünün ölçülmesinde ve ölçüm modelinin hazırlanmasından çalışanın iş miktarını nasıl algıladığı önemlidir. İş yükünün hesaplanması çalışana aşırı veya az iş yükünün verilip verilmediğini anlamak için önemlidir. İş yükü çalışanın iş için kapasitesi, verilen işin miktarı ve bu iş için çalışana verilen görevler arasındaki ilişki olarak tanımlanabilir. Kurumda çalışanın yetenekleri ile uyumu olmayan görevlerin verilmesi strese neden olduğu gibi olması gerekenden az iş verilmesi de organizasyonda aynı etkiye neden olabilmektedir (Töngür, 2016: 551).

İş yükü iş dünyasında gittikçe etkisini artırmaktadır. Teknolojinin yani insan/makine ortak çalışma ortamının gittikçe artmasıyla iş dünyasında tartışılan konular artık başka bir noktaya gelmiştir. Günümüzde teknolojiye gelişmeler ile birlikte bir işin yapılabilmesi, belirli bir kapasite ve yeterli çaba gerektiren zor ve dinamik bir süreçtir. İş yükü tanımının son yarım yüzyılda yoğun bir ilgi ile sürekli gelişip değişmiştir ama henüz genel kabul görmüş bir tanımla bulunmamaktadır. Literatürdeki tanımlara

bakıldığında ilk olarak giriş yükü (dış faktörler), çalışanın çabası (iç faktörler) ve her ikisinin sonucu olarak performans olarak üç bileşene ayrılmıştır (Xhako, 2017: 27).

Kurumlar arasında artan rekabet ve çalışma ortamındaki şartların her geçen gün değişmesiyle çalışanlardan beklentiler değişmektedir. Çalışanlardan işlerin kaliteli ve zamanında bitirilmesi yönündeki beklenti, iş yükü algısına ilginin artmasına neden olmuştur. Kurumdaki çalışma ortamında geçirilen süreden daha çok, tamamlanması gereken iş ve bu işi bitirmek için harcanan efor nedeniyle iş yükü algısının artmasına neden olmaktadır (Tayfur ve Arslan, 2012: 150). Bugünün iş dünyasında ise iş yükü gittikçe önemini artırmaktadır. Son dönemlerde iş verenler daha çok kazanç isterken, çalışan ise rahat bir ortamda iş yükünün az olmasını arzulamaktadır. Kurum için verimliliği ifade eden iş yükü, çalışan için işin yapabilmek için gereken zaman ve enerji demektir (Çiftçioğlu, vd., 2018: 1-8).

Diğer tanımlarda iş yükü çalışana verilen görevlerden ziyade çalışanın çabası ve performansına dayanmaktadır. Başka bir tanımda iş yükü çalışanların istenilen performansı elde etmeleri esnasında ortaya çıkardıkları maliyet olarak tanımlanmıştır. İş yükünü çalışanın yeterli performansı gösterememesi olarak tanımlayan yazarlarda vardır. Farklı bir bakış açısıyla iş yüküne zaman da katılmış ve iş yükü, çalışanlardan istenen işin yerine getirilirken gereken zaman kaynaklı çalışanların duygusal durumu olarak tanımlanmaktadır (Xhako, 2017: 28).

Araştırmacılar, bir işte fazla iş ve az iş yüklenmesi oluşmaması için bu işte gerekli donanım ve yetenekler belirlenmeye çalışıldı. Ayrıca fazla iş yükü olanların düşük iş yükü olanlardan daha problemlili olduğu düşünülmektedir (Xhako, 2017: 29-30). Bu yüzden iş yükünün yüksek algılanmadığı durumlar çalışanlar ve kurum için ideal ortamdır. Bunun aksine iş yükü algısının yüksek olduğu durumlarda çalışan beklentileri, talepleri ve koşullarının yetersiz kaldığını düşüneceğinden dolayı motive olamazlar (Houdmont, Kerr ve Randall 2012: 182-197).

İş yükü zaman içinde kuruluşlar için önemi artmış, özellikle bazı kurumlar ve iş türü için daha önem arz etmektedir. İletişimin ön planda olduğu sağlık hizmetleri gibi kurumlarda iş yükü algılanmasının diğer kurumlara göre yüksek olduğu iddia edilmektedir. İş yükü kurum ve çalışanlar için olumsuz sonuçları olan bir baskı türüdür. İş yükünün eğitim seviyesi yüksek, içsel motivasyonlu ve işteki pozisyonunun zor olmasını tercih eden çalışanlarda daha fazla görülmektedir (Gryna, 2004: 6). Sağlık

hizmetlerindeki iş yükü ile alakalı çalışmalar ilk olarak 20. yüzyılın ikinci yarısının başlarında yapılmıştır (Balat ve Ok, 2013: 137-144).

Aşırı iş yükü niceliksel ve niteliksel iş yükü şeklinde iki bölümde incelenmektedir: Niceliksel aşırı iş yükü, yapılması gereken işlerin fiziki olarak yoran ve ağır olan işler olması, bu iş için zaman yetersizliği ve belirli bir sürede birbirinden farklı işlerin yapılması olarak tanımlanabilir. Niteliksel aşırı iş yükünde ise zaman baskısı olmadan işin yapılması için gereken özelliklerin çalışanda tam olarak bulunmaması ve yapılacak işin çalışana göre bilgi, yetenek ve diğer özellikleri açısından zor gelmesi olarak tanımlanabilir (Eroğlu, 2007: 455).

Başka bir çalışmada iş yükünün çalışan ister fiziksel ister zihinsel çalışma ortamında bulunsun çalışanın sağlığına, performansına ve verimine etki etmektedir. Bunlar göz önünde bulundurularak iş yükü; fiziksel, çevresel, zihinsel ve konumsal olarak dört faktörle ele alınmıştır (Dağdeviren, Kurt ve Akay, 2005: 521).

Yapılması gereken iş için harcanan enerji vb. ölçülebilen fiziksel kaynakları ifade eden kavrama fiziksel iş yükü denir. Yapılan işe göre itme, çekme, kaldırma, indirme vb. faaliyetleri içeren aktivite fizikseldir. İşin hangi sürede, hangi mesafede ve hangi sıklıkla yapıldığı alakalı olarak iş yükü etkilenmektedir. Yapılan araştırmalarda taşınan yükün ağırlığı çalışanda hastalıklara ve sakatlanmalara neden olabileceği belirtilmiştir. Tüm bu etkenler diğer etkenlerden daha fazla insan sağlığı açısından risk oluşturmaktadır (Öğrücü, 2009: 33-34). Yapılan araştırmalarda vardiyaları farklı olan çalışanlar arasında gündüz çalışanlar diğerlerine göre daha iyi bir bağışıklığa sahip oldukları; kış dönemi hastalıkları (grip vb.) daha az yakalandıkları görülmüştür (Erten, 2018: 28). Hem iş sırasında hemde sonrasındaki kalp ritmi, nefes alış-veriş şekli, hormonal tepkiler, kan basıncı, terleme, yorulma vb. vücudün gösterdiği tepkiler fiziksel iş yükü hakkında bilgi verir. Çalışan üzerinde yapılan çalışmalarda iş yükünün fazla olduğu çalışanlarda kolesterol seviyesinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Gencer, 2017: 52).

Çalışma ortamında oluşan toz, gürültü, ışıklandırma ve gaz gibi ortamın ahengini bozan etkiler kaynaklı iş yüküne çevresel iş yükü denir. Yapılan araştırmada bu tür etkilerin sürekli ve güçlü olması durumunda çalışanın üzerinde olumsuz etkiler bırakmakta ve iş stresini artırmaktadır (Dağdeviren, 2005: 520). Çalışma ortamının ideal sıcaklıkta olmaması, havalandırmanın yeterli olmaması, toz bulunması,

radyasyon, gaz vb. durumlar kaynaklı iş kazaları çalışanda strese neden olmaktadır. Ayrıca bu olumsuz durumlar yorgunluk, tükenmişlik, stres, özgüven kaybı vb. fiziksel ve zihinsel iş yüküne neden olmaktadır (Gencer, 2017: 54). İş yerindeki düzensizlik, temiz olup olmaması, çalışma ortamının yapılan işe uygun olup olmaması, mimari açıdan yapının çalışanı rahatsız edecek bir yapıda olup olmaması gibi tüm büyük küçük ayrıntılar motivasyon ve verimlilik açısından önemlidir. Çalışma ortamının ergonomik açıdan yetersiz olması fiziksel, zihinsel ve duygusal açıdan yorgunluğa sebep verip stres oluşmasına neden olabilmektedir (Keser ve Karaduman, 2014: 181).

Çalışanın kurumdaki görevine bağlı olarak çalışma sırasında oluşan bedensel sıkıntılara konuma bağlı iş yükü denir. Konuma bağlı iş yükü; çalışana verilen görev esnasında çalışanın bu görevi yerine getirirken bedensel problemlerle karşılaştığı iş yükü olarak tanımlanmıştır (İnan, 2017: 187). Çalışırken bireyin oturma şekli, duruş şekli eğer uygun değilse iş yükünün daha çok artmasına neden olabilmektedir. Çalışma pozisyonundaki rahatsızlıklar çalışan üzerindeki iş baskılarından biri olup, iş yükünü direkt etkilemektedir (Dağdeviren, Kurt ve Akay, 2005: 518-525). Çalışan görevini yaparken bedensel aktivitelerin ve çalışma ortamındaki uygunsuzluk kaynaklı duruş pozisyonlarının hatalı olmasından kaynaklanmaktadır (Erten, 2018: 30). Örneğin; çalışma şartları gereği sürekli bilgisayarla çalışan bir bireyin bel, boyun, sırt ağrıları veya göz bozuklukları gibi durumlarla karşılaşabilir (Gencer, 2017: 5).

Son dönemlere geldikçe çalışma hayatında teknolojinin de ilerlemesiyle daha çok makinelerin etkinleşmesinden sonra fiziksel çalışmadan daha çok kontrol, denetleme, takip gibi zihinsel çalışmalar daha fazla ön plana çıkmıştır. Bu yüzden iş yükü sadece fiziksel anlamda değerlendirmek artık yetersiz kalmaktadır. Artan teknolojinin sonucu olarak algılama hızı, algılamada doğruluk, hafıza ve zekâ gibi zihinsel aktivite gerektiren işin zihinsel boyutunu ilgilendiren görevler son dönemde daha çok verilmektedir. Bir doktor için uzun süren bir ameliyat, bir yönetici için saatlerce süren toplantı yüksek düzeyde zihinsel iş yükü oluşturabilmektedir (Gencer, 2017: 52).

Çalışma esnasında iletişim, hesaplama, araştırma, arama, hatırlama, karar verme vb. hem algıları etkileyen hem de zihinsel faaliyetler zihinsel iş yükünü meydana getirir. Yapılan çalışmalarda zihinsel iş yükü çalışana verilen görevde gereken kaynaklar ile eldeki kaynaklar arasındaki fark ile doğru orantılı olduğu belirtilmiştir. Çalışılan işte fiziksel çalışmadan çok zihinsel çalışmanın olması iş yükünün fiziksel çalışılan işlere göre az olduğu anlamına gelmez. Zihinsel işin fazla olduğu işlerde iş yükünü

belirlemek için bir ölçüm aracının olmaması zihinsel iş yükünün belirlenmesini daha karmaşık ve zor hale sokmaktadır (Koruca, Aydın ve Demir, 2015: 526).

Zihinsel iş yükü, süre, zihinsel efor ve stres içeren çok boyutlu bir yapı olarak kabul edilir. Zihinsel iş yükü literatürde araştırıldığında şu tanımlarla karşılaşmaktayız (Karadağ ve Cankul, 2015: 363);

- i. Zihinsel iş yükü, taleplerinin karşılanmasında eldeki kaynakların oranı ve çalışanın kapasitesi arasında bulunan ilişkidir.
- ii. Zihinsel iş yükü, çalışanın herhangi bir dönemdeki performansı veya kapasitesi ile amaçlanan kapasitesi veya performansı arasındaki farktır.
- iii. Zihinsel iş yükü, çalışanın performansının aynı seviyede olmasının sağlayan veya daha iyi bir performansa ulaşması için harcanan zihinsel çabadır.
- iv. Zihinsel iş yükü, hedefe ulaşmak için yapılan tüm işlemlerin maliyetidir.

Bu dört faktörden farklı olarak sağlık alanı gibi hizmet sektörlerinde, hasta, müşteri vb. yüzyüze çalışma ortamının bulunduğu kurumlarda duygusal bir iş yükünün algılanabileceği belirtilmektedir. Duygusal iş yükü davranış şekilleri, duyguların yansıtılma şekli ve görünüm kurallarından oluşup, bu duygularla baş etmesiyle ilgili olan iş yüküdür (Grandey, 2003: 86).

2.3. İş Motivasyonu

Sanayi devriminin sonucu olarak çalışanlardan beklenen uzmanlık seviyesinin ve iş bölümlerinin artması sonucu çalışanlarda işe karşı isteksizlik oluşmaya başlamıştır. Bu durumun tespiti ve ortadan kaldırılması için araştırmacılar, çalışanın verimli çalışmasını sağlamak, ortaya çıkan çalışma isteksizliğinin ortadan nasıl kaldırılacağı ve çalışanların nasıl motive edileceği hakkında birçok araştırma yapmışlardır (Küçük, 2010: 2). Sürecin devamında hayatımıza giren motivasyon kavramı; ilk çıktığında çalışanların ve çevresinin fazlaca ihtiyaçlarının olması ve bunların giderilmesi gerekliliği işverenlerin konusu olmaya başlamıştır. Bu sorun çalışanların işlerinde başarılı olursa ihtiyaçların giderileceği, başarısız olduklarında cezalandırma gibi şeklinde çözülmeye çalışılmıştır (Çelik, 2011: 2).

Motivasyon; hareket etmek, ilerlemek gibi anlamalara gelen latince bir kelimeden (movere) türemiş ve bireyin hedeflediği sonuca ulaşmak için harcadığı çabaların tümü olarak tanımlanabilir (Tengilimoğlu, 2012: 127). Fransızca motive kelimesinden türetilen motivasyon, güdü kelimesiyle aynı anlama gelir ve herhangi bir davranış için bireyin harekete geçmesi anlamına gelmektedir. Yönlendirici güç olarak bilinen motivasyon, bireyin hedefine ulaşması için harekete geçmesini sağlayan itici bir güçtür (Bakan, 2011: 253).

Motivasyon, davranışın önemli unsurlarından biridir. Bireye belirli bir amaç için belirli davranışları yaptıran içgüdeye de motivasyon denmektedir. Motivasyon, bir şeyi amaç edinme veya onu elde etme isteğiyle alakalıdır. Özetle motivasyon kişinin ihtiyaç ve isteklerin dürtüleriyle oluşur (Spector, 2008: 200). Motivasyonda; uyarılma yani kişiyi harekete başlatan güç ve kişiden istenen davranışa katılma gücü olarak iki faktör vardır. Motivasyon, bireyin kendi belirlediği hedefe ulaşmak için içinden ve çevreden gelen faktörlerle heyecan ve azimle ilerlemesi anlamına da gelmektedir (Akçakaya, 2010: 145-174).

Bir diğer tanımlamada motivasyon, bireyin hedefine ulaşmak için kendi arzusu ve isteğiyle hareket etmesi, efor sarfetmesi, bu esnada istekleri ve ihtiyaçları arasındaki çelişkiden etkilenen içten gelen bir güdü olarak belirtilmiştir (Ünsalan ve Şimşeker, 2006: 29). Motivasyonun temelinde; insanın içinde olan özellikleri ile harekete geçmesinin sağlanması, hedefi için hareketinin analizi ve bu hedefe göre hareket etmesi vardır. Davranışların tek kaynağı ve etkisi motivasyon olduğu düşünülmemelidir, motivasyon harekete geçmeyi sağlayan, güç veren, istikamet belirleyen ve bu yolda ilerlememizi sağlayan faktör denilebilir (Aslanadam, 2011: 23).

Motivasyonu bazı değişkenler etkiler bunlar aşağıdakilerdir (Latham, 2007: 128):

- i. Kişinin kendini her anlamda iyi hissetmesi için elde etmesi gereken ihtiyaçlar
- ii. Kişisel özellikler
- iii. Her birey için farklı ve faydalı olan elde ettikleri kazanımlar
- iv. Kişinin iş şartlarının uygunluğu
- v. Şartlarını, bireyin davranışlarını, ihtiyaçlarını, değerlerini, özellikle de amaçlarını etkileyen bilgi
- vi. Etkileşimler ve duygular
- vii. Ödüller ve teşvikler

Kişinin hedefine ulaşmak için önemli bir gayret ve efor ile odaklanması genel motivasyon iken çalışan motivasyonu ise kurumun amaçlarına odaklanması kast edilir (Şimşek ve Çelik, 2009: 64). İş motivasyonu, üzerinde çalışılan işle ilgili davranışların uyarılması, yönlendirilmesi ve devam ettirilmesidir. Çalışmak için güdülenme ise, iş görenin iş veren tarafından belirlenen hedefe ulaşmak için içtenlikle çalışarak istemesidir. Özetle iş motivasyonu, çalışanın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde çalışma ortamında harekete geçme süreci olarak tanımlanabilir (Keser, 2014: 125). Başka bir tanımda çalışan motivasyonu; kurumun belirlediği hedefe varabilmesi için çalışanların güdülenmesi olarak tanımlanmıştır. Bir diğerinde ise çalışanın kurum hedeflerine varılması için çalışmak hususundaki arzusu olarak tanımlanmıştır. Kurumlar için önemli olan motivasyon bir çeşit gözlemlenebilen bir davranış türüdür (Koçel, 2010: 619).

Araştırmalardaki tanımlar göz önüne alındığında motivasyon; kişinin ihtiyaç, istek gibi sebeplerden dolayı bir hedefe ulaşmak için çevresel faktörlerden etkilenmesine rağmen çalışma şevkini artıran içsel bir güdü olarak tanımlanabilir. Artık sistemin önemli bir parçası olan ve çalışanı etkileyen bir faktör olan motivasyonda bir hedefe ulaşılmasında önem arz etmektedir. Bir diğer açıdan bakıldığında motivasyon; hem kurumun hem çalışanın ihtiyaç ve isteklerine cevap verilen bir çalışma ortamında, kişinin maksimum çabayı göstermesi için güdülenmesi olarak tanımlanabilir (Öztekin, 2010: 150).

Çalışanların motivasyon sağlama şekilleri tek düze değildir. Bazı çalışanlar aldıkları ücretle motive olurken bazı çalışanlar takdir edildikçe motive olurlar. Bunların yanı sıra çalışanın ödüllendirilmesi, çalışanın kurumda saygı görmesi ve iş verenle iyi ilişkilere sahip olması çalışanın motivasyonunu olumlu etkiler. Eğer çalışanın motivasyonu yüksekse örgütsel bağlılığı ve iş doyumu artmaktadır (Küçük, 2010: 2).

Motivasyon, kişinin belirli bir yöntemle ve programlı olarak hedefine ulaşmak için kendi isteği ve arzusu ile amacına odaklanması, harekete geçmesi, teşvik olması, güdülenmesi veya çaba göstermesi olarak tanımlanabilir. Hem örgütün hem çalışanın istek ve ihtiyaçlarının karşılanması motivasyonun bir parçasıdır. Motivasyonun sağlanması için çeşitli ve birbirinden farklı etkileme düzeyine sahip yöntem vardır.

Motivasyon ana noktası insan olan durumlarda, ortamlarda etkili bir faktördür (Ünsalan ve Şimşeker, 2006: 29).

2.3.1. Motivasyon Teorileri

Geçmişten günümüze çalışan motivasyonuna ilişkin birçok araştırma yapılmıştır. Ve araştırmalarda motivasyonu ve onunla ilgili durumları açıklamak için çeşitli teoriler ortaya atılmıştır. Motivasyonla ilgili ilk teori 20. yüzyılın başlarında Taylor tarafından ortaya atılan özendirici ücret sistemi olduğu düşünülür. Bu ve benzeri konular birçok araştırmada incelenmiş ve motive eden unsurlar, bunların sonuçları ve modelleri hakkında birden fazla görüş ortaya atılmıştır. Bu çalışmaların temelde ortak noktaya geldikleri unsur ise bireyin ve davranış şekillerinin çok karmaşık yapıda olduğudur. Kişiyi yönlendiren, harekete geçiren veya hareketini durduran faktörleri konu edinen teorilere kapsam teorileri; davranış şekillerinin yönlendirilme şekli veya nasıl yavaşlatılabileceğini konu edinen teorilere süreç teorileri denir. (Gürüz ve Özdemir, 2007: 78).

Kapsam teorileri bireysel ihtiyaçları temel alırken, süreç teorileri ise hareketin başlangıcından bitimine kadar olan süreçteki tüm etkileyen faktörlerin incelenmesidir. Bu teorilerin amacı davranışları önceden bilebilmektir. Kapsam ve Süreç teorileri, bir çalışanın işini başka çalışandan daha iyi neticelendirmesinin sebepleriyle ilgilenir. Bu teorilerde çalışanın çalışma şekli, çalışırken gösterdiği çaba veya çalışma devamlılığı seçimleri öngürülebilir. Bireyi yeteneğinin iş için yeterli olması ve çalışma arkadaşlarına göre performansının düşmesi yönünde etkileri olan faktörlerin ortamda az bulunduğu zaman çalışan motivasyonu da yükseğe yapılan işin çok iyi düzeyde sonuçlanması sağlanır (Spector, 2008: 200).

Lider durumundaki bir yöneticinin astlarını belirli çalışmalar için ikna edebilmesi, o yöneticinin motivasyon sağlama yeteneğinin olduğunu göstermektedir. Yöneticinin çalışanların motivasyonlarını sağlamak için çeşitli tekniklere gereksinim duymaktadır. Çalışanların karakter farklılıkları, ihtiyaçları ve isteklerinin çeşitliliği nedeniyle iş motivasyonlarının artırılması için çeşitli motivasyon kaynakları bulunmaktadır. Örgütlerin amaçlarına ulaşması için çalışanların bu amaca adapte etmek kolay

olmamaktadır. Bu yüzden geleneksel motivasyon unsurlarından farklı olarak, kişiye özel motivasyon unsurlarına ihtiyaç duyulabilir (Ulukuş, 2016: 248).

2.3.1.1.Kapsam Teorileri

Bireyin karakterine odaklanıp onun motivasyonunu neyin sağlayacağına odaklanan teorilere kapsam teorileri denilmektedir. Kapsam teorilerinde insanın gelişimi; fizyolojik ve psikolojik olarak sürekli gelişmesi göz önünde bulundurulur (Bovee, 2007: 328-333). Kapsam teorilerinde kişinin iç etkileriyle ortaya çıkan ve hareketlerine, davranışlarına ve isteklerine istikamet belirleyen etmenleri anlamaya çalışmaktadır. Örgütlerde işverenin iş görenin davranış ve isteklerini anlayarak bu istek ve davranışa paralel hareket etmesi hem işgören için hemde örgüt için olumlu ortamın sağlanmasına vesile olabilmektedir. Eğer yönetici çalışanı belli davranış kalıplarına sokan bu etmenleri belirleyebilirse, elde ettiği verilerle hareket ederek çalışanını örgütün amacına uygun çalışmasını sağlayarak daha iyi yönetmeyi sağlayabilir. Kapsam teorilerinde çalışma ortamı çalışanın isteklerine uygun şekilde dizayn edilmediğinde çalışan motivasyonunun sağlanamamasında önemli etkiye sahip olduğu savunulur. Çalışanların kültür, karakter, ihtiyaç ve isteklerinin farklı olması ve bunların sürekli değişkenlik göstermesine rağmen çalışanın güdülenmesi ve motivasyonunun zaman içindeki değişimlerini açıklamak için çeşitli teoriler ortaya atılmıştır. Kişiyi motive ederek harekete geçmesini sağlayan, istikamet belirleyen ve davranış şeklini değiştiren faktörleri inceleyen teorilere kapsam teorileri denmektedir. Bazı araştırmalarda içerik teorileri olarak da adlandırılmaktadırlar. (Koç ve Topaloğlu, 2012: 205) Kapsam teorileri ihtiyacın hissedilmesi ve ihtiyacın içeriği ile ilgilendirilir.

Kapsam teorileri:

- i. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisi
- ii. Herzberg' in çift faktör teorisi
- iii. Mc. Clelland' ın başarıma ihtiyacı teorisi
- iv. Alderfer' in ERG yaklaşımı

i. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisi: Motivasyon konusundaki çalışmalarında Abraham Maslow, ihtiyaçların insan davranışını yönlendiren en önemli etken olduğunu öne sürmüştür (Keser: 2014: 99).

Maslow 1960 yıllarında bireyin davranışlarına netlik kazandırmak amacıyla klinik bulgulardan faydalanılarak insan davranışlarının temel nedenlerini önem sırasına göre sıralayarak ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisini geliştirmiştir. İhtiyaç hiyerarşisi teorisi, insanların davranışlarını ihtiyaçların belirlediği ve bu ihtiyaçların kategorilere ayrıldığı çalışmadır (Spector, 2008: 200). Bu ihtiyaçların gelişi güzel bir şekilde sıralanamayacağını düşünen Maslow, insanın belli bir hiyerarşik düzen içinde olan gereksinimleri olduğu ve gösterdikleri her davranışın bu gereksinimlerini karşılamak üzere yönlendiğini düşünmüştür (Gürüz ve Özdemir, 2007: 78).

İhtiyaçlar hiyerarşisi teorisi, insan davranışlarının temel nedeni olarak belirlenen ihtiyaçlar bir hiyerarşik ilişki içerisinde; temel olan ihtiyaç en altta olmak üzere üste doğru bir düzen içinde sıralanan ve alttan başlamak şartıyla bir ihtiyacın karşılanmasından sonra üst sıradaki ihtiyaç davranışına etki etmesi olarak ifade edilebilir. Bu temel ihtiyaçlar; fizyolojik, güvenlik, sevgi, saygınlık ve kendini gerçekleştirme ihtiyaçları olarak belirlenmiştir. Teoride yer alan ihtiyaçlar motivasyonun başlangıç noktasıdır çünkü bu ihtiyaçlar insanın hayatını ve refah durumunu etkiler (Ulukuş, 2016: 249).

Bu ihtiyaçlar Maslow tarafından önem sırasına göre aşağıdan yukarıya doğru beş kademe olarak sıralanmıştır. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisindeki ihtiyaçlar sıralaması şöyledir (Eren, 2004: 533):

- i. Fizyolojik İhtiyaçlar: Yeme, İçme, Barınma ihtiyaçları.
- ii. Güvenlik İhtiyaçları: Hastalık, yaşlılık gibi durumlara karşı geleceği garanti altına alma.
- iii. Sosyal İhtiyaç, Ait Olma ve Saygı İhtiyaçları: Resmi ve gayri resmi iş grupları gibi.
- iv. Saygınlık ve Değer İhtiyaçları: Başarı, Saygı görme ihtiyaçları.
- v. Kendini Gerçekleştirme İhtiyaçları: Yaratma ve Başarı ihtiyaçları.

İhtiyaçlar hiyerarşisi teorisinin iki varsayımı vardır. İlki kişi davranışlarını belirleyen etmenin kişinin ihtiyaçları olduğudur. Diğer varsayım ise; Maslow'un belirlediği

ihtiyaçlar ve bu ihtiyaçları sıralama ile ilgili olduğudur. Bu sıralamaya göre giderilen her ihtiyaç, davranışların üzerindeki etkisini kaybeder ve bir üstteki ihtiyaç davranışları etkilemeye başlar. Sıralamada altta olan ihtiyaç giderilmeden sıralamadaki üst sırada bulunan ihtiyacın ortaya çıkmayacak düşüncesi, genel teorilere ters düşmektedir. Bir ihtiyaç ortaya çıktığında daha önceki ihtiyaç azda olsa devam edebilir. İhtiyaçların en zirve de olduğu anlarda belirli bir hiyerarşik düzen olabilir. İhtiyaçlar hiyerarşisi her toplum için birebir benzerdir demek zordur (Oran, 2012: 69).

Birey beş ihtiyacı da aynı zamanda da hissedebilir, bu durumda ilk olarak fizyolojik ihtiyacını tatmin etmeyi isteyecektir. Fizyolojik ihtiyaçlarını elde eden birey, bir üst sıradaki ihtiyacı olan güvenlik ihtiyacını karşılamak için güvenli bir yer aramaya başlar çünkü gelecek kaygısının olmaması motivasyon için önemlidir. Daha sonra bir yere ait olmak ister. Örneğin hayatının çoğunu harcadığı işinde çalışma arkadaşlarıyla sosyal ilişkiler kurup sosyal ortam elde etmeye ve sosyal ihtiyaç, ait olma ve saygı ihtiyaçlarını tatmin etmeye çalışır. İnsanın doğası gereği kendisinin önemli biri olduğunu hissetmek ve girdiği ortamlarda saygı görmek, başarılı olarak atfedilmek ve tanınmış biri olma gibi ihtiyaçlarını gidermek ister. Tüm bu ihtiyaçlar giderildikten sonra artık insan kendini gerçekleştirmek ister (Torun, 2015).

ii. Herzberg' in çift faktör teorisi: İş motivasyonunu daha iyi anlamak için geliştirilen teorilerden biri de; Herzberg'in Çift Faktör teorisi veya Motivasyon ve Hijyen teorisi olarak bilinen teoridir. Tatmin olmayı motivasyonun temeli olarak alan bu teori Herzberg tarafından 1950 yıllarında, ABD'de 200 mühendis ve muhasebeci üzerinde yapılan çalışmanın sonucu olarak ortaya atılmıştır. Bu çalışmada, araştırmaya katılanlara 'İşinizde kendinizi ne zaman son derece iyi ve ne zaman son derece kötü hissettiğinizi açıklayınız?' sorusu sorulmuş ve alınan cevaplar ile insan davranışlarını; motive edici (içsel) faktörler ve hijyen (dışsal) faktörleri etkilediği sonucuna varılmıştır (Ekingen, 2013).

Herzberg'in teorisinde motivasyonda verilen ödüller veya iş şartlarının etkisi olmadığı, işin kendisinden kaynaklandığı belirtilir. İhtiyaçları, kişinin özelliklerinden gelen ihtiyaçlar ve psikolojik olarak büyüme için bireyin yeteneği ile ilgili olan ihtiyaçlar olmak üzere iki kategoriye ayırmıştır. Ücret, denetleme, çalışma arkadaşları ve işletme politikaları gibi bireyin özelliklerinden kaynaklanan ihtiyaçlara hijyen faktörleri denir. Bir diğer faktör olan motivasyon faktörü ise, psikolojik büyüme ile ilgili olup başarı,

tanınma gibi ihtiyaçları ilgilendirir. Herzberg'e göre ite motivasyon sağlamak için hijyen faktörlerinden ziyade motivasyon faktörleri daha önemlidir. Herzberg, içinden memnun olan kişinin başarı, tanınma ve kendini gerçekleştirme gibi ihtiyaçlardan dolayı yüksek motivasyon sağladıklarını dnmtr (Spector, 2008: 203).

Bu teorisinin odak noktası Maslow tarafından ileri sürülen ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisindeki kişilik teorisinin olduğu bilinmektedir. Herzberg teorisini çalışanların daha etkin ve verimli çalışacakları i yeri şartlarının tespiti için geliştirmiştir. Bu teoride çalışma ortamında memnuniyete neden olan ve memnuniyetsizliğe götüren faktörler olarak ikiye ayrılmıştır. Çalışanları daha fazla çalışıp memnuniyete götüren faktrelere motive edici faktörler olarak adlandırılmıştır. alıanı memnuniyetsizliğe götüren ikinci faktörlere ise hijyen faktörleri denilmektedir (Barutcugil, 2004: 167). Herzberg'in teorisine yöneticilerin sadece hijyen faktörleri ile motivasyonu sağlamakta yetersiz kalacaklarını ancak hijyen faktörlerine ek olarak takdir edilme, görevde yükselme ve gelişme için fırsat sunan iler motivasyonu sağlamada daha iyi olabilirler (Keser, 2014: 109).

Eğer bir çalışanın i ile ilgili memnuniyetsizliği artmısa hijyen faktörlerinin yokluğundan bahsedilebilir. Ancak hijyen faktörleri varlığı memnuniyetsizliğin önüne geçerken motivasyonun artmasına neden olamamaktadır. Hem doyum hem de motivasyon yoksa motive edici faktörlerin varlığından bahsedilemez. Hijyen faktörlerine ilave olarak motive edici faktörler bulunduğunda doyum ve motivasyon sağlanabilir. Bu sebeple Herzberg'in çift faktör teorisi, çalışma şartlarının iyi olması veya irket politikasının düzgün işlediği durumlarda motivasyonun sağlanabileceğini söyler (Bykgz, 2008: 42).

Herzberg ve Maslow teorilerinde insanların ihtiyaçlarının giderilmesi ile motive oldukları ortak noktalarıdır. Maslow'un ilk 3 ihtiyaı Herzberg'in hijyen faktörlerine denk gelmekte olup kalan 2 ihtiyaç ise motivasyon faktörlerine karşılık gelmektedir. Ancak Herzberg'e göre sadece st seviyedeki iki ihtiyaın motivasyon sağladığı yönündedir. Motive edici faktörlere bakıldığında psikolojik büyüme sağlayan, memnuniyet artıran yani bizzat için özüne dönük olan faktörlerdir. Hijyen faktörleri ise problemden, acıdan kaynaklanan memnuniyetsizlikle, için çalışma koşullarıyla ve çevresiyle ilgili temel ihtiyaçlarla ilgilidir (Fındıkçı, 1999: 383).

iii. McClelland, Başarma İhtiyacı Teorisi: McClelland'a göre insanları motive etmek için; başarı, güç ve kabul edilme olarak üç faktör vardır. Başarma ihtiyacında birey hedefini belirlerken ulaşılması zor olan ve çok çaba gerektiren önemli bir hedef belirler. Ve belirlediği hedefe ulaşması için gereken bilgi ve yeteneği kazanmak için çalışır. Güç kazanma ihtiyacı, başkalarını etki altına almak ve elinde bulundurduğu gücü aynı seviyede devam ettirme davranışı gösterirler. Gruba kabul edilme ihtiyacı olan kişiler sosyal ilişkileri artırıp toplumun bir parçası olmak için çaba gösterirler. Bu ihtiyaçların bir hiyerarşik düzen içinde olduğu söylenemeyeceğini belirten McClelland, kişilik ihtiyaçlarının bu ihtiyaçları belirlediğini belirtmiştir. Bu ihtiyaçlardan başarma ihtiyacı fazla olan bireylerin daha motive oldukları, daha iyi hedef belirledikleri, hedefe ulaşmak için bilgi ve yeteneği kazanmak için önemli çaba harcayıp, hedefledikleri düzeye ulaşmaya çalışırlar (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2005: 60).

McClelland tarafından ortaya konan başarma ihtiyacı teorisi; bireyin iş hayatında başarıya atfettiği önem ve verdiği değerle ilgilidir. Bu teoriye göre; eğer çalışanın ihtiyacı tespit edilirse iş için doğru personel seçimi yapıp doğru pozisyonda konumlandırmak için sistem geliştirilebilir. Çalışanın iyi bir motivasyona sahip olması için gerekli ortam olduğu zaman çalışan bilgi ve yeteneğini tam olarak işine aktarabilmektedir. McClelland'ın yaptığı araştırmalarda başarı ihtiyacı fazla olan çalışanların lider rolüne daha yatkın oldukları ve kurumlarında daha üst yönetici konumuna yükselme şanslarının diğer çalışanlardan daha fazla olduğu belirtilmiştir (Fındıkçı, 2000: 385).

Bu teorinin temelinde başarı ihtiyacı vardır. Verilen görevi layıkıyla başarma isteği, belirlenen hedefe ulaşma bu teorinin göstergeleridir. Başarı ihtiyacından bahsederken belirtmek istenen; yüksek hedeflerin belirlemek, bu hedeflere ulaşmaya çalışmak, daha önce yapılanın üstünde iş yapmak, yeni bir işe başlamaktır. Eğer çalışanın başarı ihtiyacı varsa şans faktörünün etkin olmadığı ve kişisel becerileriyle başarabileceği işe yönelmek istemektedir. Bu hedefine ulaşmak için gerekli olan şartları kazanmak için önemli çaba gösterir ve bu başarıyı elde ettiklerinde çok mutlu olurlar. Bu bireyler sorumluluk da alabilmektedirler (Ulukuş, 2016: 251).

Ayrıca McClelland ırk, çevre, din, aile ve çocuk yetiştirme şekillerinde başarma ihtiyacının etkileyen faktörler olduğunu belirtmiştir. Başarma motivasyonu yüksek olan bireyin örgüt içinde lider pozisyonuna kendilerini yakın gördükleri ve üst yönetim kadrosuna ulaştıkları belirtilmiştir. Bu teoride öğrenmeyle birlikte ihtiyaçların önem

kazandığı ve motivasyonun bir örgütün başarısında en önemli etmenlerden biri olduğu vurgulanmıştır (Kerman, 2007: 23; Taşdemir, 2013: 36).

iv. Alderfer' in ERG yaklaşımı: Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisinden esinlenerek geliştirdiği teori, Existence, Relatedness ve Growth kelimelerinin baş harfleri bir araya getirilerek teoriye ERG Teorisi denmiştir. Alderfer ihtiyaçları; varlığı sürdürme, ilişkilerde bulunma ve gelişme olarak sınıflandırmıştır. Varlığı sürdürme ihtiyacında yeme, içme, maaş, iş gibi temel ihtiyaçlardır. İlişkilerde bulunma ihtiyacında çevremizde bulunan herkesle sosyal bağlar kurmak ve kişisel ilişkileri sağlamak gibi ihtiyaçları kapsar. Gelişme ihtiyacında ise bireyin kendini geliştirmesi, özgüven kazanması gibi ihtiyaçları kapsar (Torun, 2015).

ERG Teorisi Maslow'un teorisinden esinlenerek yapıldığı gibi ondan farkları da bulunmaktadır. İlk fark ERG teorisi ihtiyaçları Maslow'un teorisinden farklı olarak beş yerine üç kategoride sınıflandırmıştır. Bir diğer fark ise Maslow'un teorisinde alttaki ihtiyaç giderildikten sonra bir üst basamaktaki ihtiyaca geçmekteyken ERG teorisinde başarısız olunan ihtiyaçtan sonra geri çekilerek bir önceki ihtiyacı giderme yoluna gidilir. ERG Teorisinde aynı anda iki veya hepsi birden ihtiyaç olarak bireyi etkileyebilir ve kişi tüm bu ihtiyaçların eksikliğini hissedebilir. Son fark olarak ise ihtiyaçların sürekli ya da geçici ihtiyaçlar olarak değişebildiği belirtilmiştir. Sürekli ihtiyaçlar psikolojik olarak olan ihtiyaçlar yani başarıma, tanınma gibi ihtiyaçlarken, geçici ihtiyaçlar ise anlık giderilmesi gereken acıkma, susama gibi ihtiyaçlara denir (Ekingen, 2013).

2.3.1.2.Süreç Kuramları

Son yıllarda ihtiyaç teorileriyle iş motivasyonu arasındaki ilişkinin yeterince iyi olamadığı görüşü araştırmacılar arasında artması sonucu daha bilişsel temelli teorilerin araştırılmasına neden olmuştur. Süreç teorileri, insan davranışları konusunda kapsam teorilerinin yetersiz kaldığı alanları açıklamak için geliştirilmiştir. Süreç teorisinde hareketin başlangıcından sonuçlanmasına kadar geçen sürede gösterilen davranışlar izlenmektedir. Ve bu davranışlardaki motivasyonu bilişsel faaliyetlerle açıklamaya

çalışır. Süreç teorisinde bireylerin birbirinden farklı dünya görüşü ve kültürü olmasına rağmen herkesin motivasyon sürecinin benzer şekilde olduğu belirtilmektedir. (Koç ve Topaloğlu, 2012: 209)

Süreç teorisinde bireyin motivasyonunu sağlayan hedefin ne olduğu ile ilgilenmektedir. Bu teorilerin odak noktası “beklenti” kavramına dayanmaktadır. Süreç teorilerinde kişinin davranışlarını yönlendirmesini etkileyen çevresel etmenleri de dikkate almaktadır (Eren, 2004: 533). Başlıca süreç teorileri şunlardır:

- i. Beklenti Teorileri
- ii. Adams’ın Eşitlik Teorisi
- iii. Locke’ nin Amaç Teorisi

i. Beklenti Teorileri: Beklenti teorisi, motivasyonu sağlayan içsel faktörlere odaklanarak ödülün davranış türü üzerindeki etkisini açıklamaya çalışır. Beklenti teorisinde ana fikir; bireyin motive olması için hedeflenen sonuca ulaşılabilmesi ve iyi bir ödülün elde edilebileceğine inandığı durumlardır (Spector, 2008: 201). Beklenti teorileri Vroom ile Lawler ve Porter tarafından geliştirilen iki teoriden oluşmaktadır.

a. Vroom’un Bekleyiş Teorisi: Vroom’un 1964 yılında ortaya çıkardığı teoriye göre motivasyon; "valens" ve "beklenti" gibi iki kavrama bağlıdır. Valens kavramı, kişi için hedefin gerçekleşmesinin çabasına değer değmeyeceği anlamında tercih yapması yani sonuca göre tercih yapılması anlamına gelebilir. Vroom beklentiye ise, “belirli bir eylemin belirli bir amaçla sonuçlanacağı ihtimali hakkındaki geçici bir inanç” olarak tanımlamaktadır. Beklentiler, değer biçildikleri oranda hedefin gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini anlatmaktadırlar. Vroom’un geliştirdiği bekleyiş teorisi, bireysel farklılıkların motivasyon üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu teoride; değer, araçsallık ve beklenti faktörlerinin motivasyonu belirlediğini savunmaktadır (Poçan, 2015). Bu faktörler;

- i. Değer: Çalışanın performansına karşılık kazanmayı öngördüğü ücret ve ödüllere verdiği değerdir. Değer skalası -1 ile 1 arasındadır.
- ii. Araçsallık: Çalışanın verilen görevi başarıyla sonuçlandığında ana amacın dışındaki amaçlarına nasıl bir katkısı olacağı ile ilişkili kavramdır.

- iii. Beklenti: Çalışanın gösterdiği çaba ile verilen görevi layıkıyla sonuçlandırabileceğine olan inancının derecesidir. Eğer görevin bitirelemeyeceğini düşünüyorsa 0 değeri alır, başarayacağına inanıyorsa 1 değerini alır.

Bu faktörler şu şekilde; "Motivasyon = Değer X Beklenti X Araçsallık" motivasyonla olan ilişkisini gösterilir. Vroom "Değer X Beklenti" sonucu olarak motivasyon gücünün ortaya çıkacağını belirtmiştir. Motivasyon gücü, çalışana verilen görev için sonuca ulaşma beklentisiyle bu sonuca ulaşırken gösterdiği performansın karşılığı olarak verilecek kazancın çarpımı olduğunu savunmuştur: Motivasyon Gücü = Σ (Değer X Beklenti). Bu üç faktör arasındaki bağlantı, motivasyon düzeyini göstermektedir (Poçan, 2015).

Beklenti, bireyin davranışının sonucu olarak elde edeceği sonuca ilişkin beklentisidir. Araçsallık, kişinin hedeflediği sonuca ulaşma arzusudur. Değer, gösterilen davranışın sonucunda bir kazanım (ödül gibi) elde etmesidir (Öztürk ve İlman, 2016). Örneğin; öğrenci önemli gördüğü derslere çalışarak başarılı olacağını düşünür ve bu beklenti içerisinde çok çaba harcar. Bunun karşılığında belli kazanımlar elde eder. Diğer taraftan, bu başarılı performansın sonucunda araçsallık faktörü ile ikinci derece amaçlarına ulaşma olasılığı artar.

Beklenti teorisine göre hedefe ulaşma beklentisi ile kişinin çabası doğru orantılıdır. Diğer bir durumda ise hedefi sonuçlandırma beklentisi yüksek olmasına rağmen çok fazla istenmeyen bir durumsa çaba göstermesi çok fazla olmayacaktır. Yani beklenti teorisinde iş tatminini sağlayan faktörlerin önemi ile doğru orantılı olarak elde edilen sonuçlara ulaşılmaktadır (Sur ve Palteki, 2013: 158).

b. Lawler ve Porter'in Geliştirilmiş Beklenti Teorisi: Lawler-Porter modelinde Vroom'un modeline ilave olarak performans ve iş doyumu arasındaki incelenmek suretiyle geliştirmiş olarak tanımlanmaktadır. Geliştirilen bu modelde çalışanın motivasyonunu sağlamak için ödüllerin önemli olduğu belirtilmiştir (Alkış ve Öztürk, 2009: 217). Bu modelde yöneticiye; çalışana görevlerinde başarılı olması için, iyi bir eğitim verilmeli ve başaracakları konusunda güven duygusu vermek, ihtiyaçlarını karşılamak gibi görevler vermektedir. Yönetici performans ile ödül arasındaki ilişkileri açığa kavuşturması gerekmektedir. Çalışanın yapacağı işin tanımı ve iş için

ona verilen görevin açıklamasının tam olmaması durumunda iş motivasyonu olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu teoride motivasyon üzerinde etkili olan faktörlerin analizi yapılabilmesine rağmen, verilecek ödülün motivasyona katkısının ne olacağını bilmek imkansızdır. Bireylerin birbirinden farkı nedeniyle verilen ödülün etkiside farklı olmaktadır. Kişinin iyi bir motivasyona ulaşması için performansına karşılık verilen ödülün ve kişinin hedefinin paralel olması önemlidir. (Oksay, 2005: 31)

Lawler ve Porter'ın modeli Vroom modelinin ilk kısmıyla uyumaktadır. Ancak bu teoride birey fazla çaba gösteriyor diye iyi performans göstereceği anlamına gelmemektedir. İyi bir performans için çalışanın iyi bir eğitim ve yeteneğe sahip olması ve örgütte rol çatışmasının olmaması gerekmektedir. Birey yeterli eğitim ve donanıma sahip değilse göstereceği çaba performansını etkilemez. Örneğin sağlık bilgisi olmayan birinin gösterdiği çabanın bir hastayı iyi etmeye yetemeyeceğidir. Örgütte çalışanlardan beklenen uygun davranış modellerinin olmaması rol çatışmasına neden olacaktır. Ortaya çıkan rol çatışması çalışanın işi başaramamasına neden olacaktır (Koçel, 2014: 747). Yönetici çalışanlara uzmanlıklarına, yeteneklerine göre adil bir görev dağılımı yapmalıdır. Bu görev dağılımının problemlili olduğu, çalışanlar arasında net belirlenmemiş yetki ve sorumluluk olan örgütlerde performans olumsuz şekilde etkilenip, çalışanın performansı düşük olur. Bu yüzden görev dağılımının adil olması gerekmektedir (Torun, 2015).

Bu modele göre, bireyin göstereceği eforu; bireyin performansına karşılık elde ettiği ödüle verdiği değer ve bireyin gösterdiği eforun bu ödülü elde etmesine ne kadar katkı sağlayacağı hakkındaki inancı şeklinde iki önemli etmen belirler. Lawler ve Porter'e göre bireyin bilgi ve yeteneği yetersiz ise gösterdiği çabanın iyi bir performans sergilemesini sağlayamayacağıdır. Çalışanın kendi performansı ile arkadaşlarının performansını kıyaslayıp kendisinin hak ettiği ödül hakkında bir algısı oluşur. Çalışan arkadaşlarından daha az ödül alırsa memnun olmayacaktır (Küçüközkan, 2015: 107; Oksay, 2005: 31).

ii. Adams'ın Eşitlik Teorisi: Adams 1965 yılında geliştirdiği Eşitlik Teorisi ile bireyler gösterdikleri performansın değerlendirilmesi esnasında eşit davranıldığını düşündüklerinde motive olduklarını savunmaktadır. Bu teoride çalışanlar kendisine

eşit efor sarf ettiğini düşündüğü çalışanla ödülleri kıyaslar. Adams'ın modeline göre bu kıyaslamada şöyle bir formül olduğu düşünülür:

Kişinin kazanımı/Kişinin performansı = Kıyaslanabilir bir diğer kişinin kazanımı/Kıyaslanabilir bir diğerinin çabaları

Birey bu eşitliğin sağlanıp korunmasını ister. Çalışan bu eşitliğin olmadığı durumlarda gösterdiği çabayı arttırarak ya da azaltarak eşitlemeye çalışır. Adams'ın teorisine değerlendirilen araştırmalarda ödül ve ücretin fazla olduğu durumlarda teoriden farklı sonuçlar çıkmıştır. Çalışanlar bu eşitliği kontrol etme esnasında iki boyut bulunmaktadır. Bunlardan birincisi; girdi olarak yetenek, bilgi, tecrübe ikincisi ise; örgütün çalışma ortamında yaptığı iş sonucunda çıktı olarak vermiş olduğu ücret, statü gibi sosyal yardımları kapsamaktadır. Çalışan iş tatminin sağlanabilmesi için bu iki boyut arasında bir denge oluşturabilmelidir (Poçan, 2015).

- i. Kişinin Elde Ettiği Sonuç <Başkalarının Elde Ettiği Sonuç
- ii. Kişinin Sarf Ettiği Çaba <Başkalarının Sarf Ettiği Çaba
- iii. Kişinin Elde Ettiği Sonuç > Başkalarının Elde Ettiği Sonuç
- iv. Kişinin Sarf Ettiği Çaba > Başkalarının Sarf Ettiği Çaba

Kişinin algısı yukarıdaki durumlardan biri olduğu durumlarda bu eşitsizliği ortadan kaldırmak için davranışlarını yönlendirmektedir (Koçel, 2005: 653).

Eşitlik teorisinde, eşitlik algılarındaki eşitlik veya eşitsizlik çalışanın işle ilgili tüm algısını etkilemektedir. Paranın da çalışanın ölçümleyebildiği bir ödül olduğu için eşitlik teorisinde maddi ödüller ve bu ödülün dağıtım şekli önemlidir (Şimşek, Akgemici ve Çelik, 2005: 147-148).

iii. Locke'un Amaç Teorisi: Edwin Locke tarafından 1960 yılların sonlarında ortaya çıkarılan amaç teorisinde işteki motivasyonun temel kaynağı örgütteki herkesin bir amaca doğru çalışmasının olduğunu gösterdi. Bu teoride çalışana; belirlenen amacın, iş için neler yapılması ve ne kadar çaba gösterilmesi gerektiği bilgisini sunduğu belirtilmektedir. Yani özel amaçlar ve zor amaçlar eğer başlangıçta kabul edilmişse kolay amaçlara göre daha iyi bir performansa neden olurlar. Bu teoride en önemli hususlardan biri yönetim ile çalışanın amaçlarının benzer olmasına özen gösterilmelidir. Örgütün ortak bir amaç veya amaçları gerçekleştirmek için amaç

belirlenirken tüm çalışan kademesinin bu kararlara katılmasının sağlanması önemlidir. (Ekingen, 2013)

Bu amaçları belirlerken dikkat edilmesi gereken üç faktör vardır. Bunlardan ilki belirginlik derecesi yani amacın ne kadar net olduğu ile ilgilidir. Çalışanın rahat algıladığı daha belirgin amaç için daha iyi motive olmaktadır. Bir diğer faktör ise güçlük derecesi ise amacın ideal güçlükte olmasına odaklanır. Yani amaç elde edilebilecek zorlukta ama kabul edilecek kolaylıkta olmalıdır. Son faktörde kabul derecesi, amacın çalışan tarafından kabul görme seviyesi ile ilişkidir. Çalışanın kabul etme derecesi yüksek olan işe daha çok motive olmaktadır (Öztürk ve İlman, 2016).

2.4.Tıbbi Hata Tutumu

2.4.1. Tıbbi Hata

Sağlık hizmeti bireyin hastalıktan korunması eğer hastalanmışsa iyileştirilmesi ve rehabilite edilmesi amacıyla verilmektedir. Sağlık hizmetleri ciddi hastalıkların tedavisinde yüksek riskli endüstri sınıfına girmektedir. Bu endüstri grubu öldürme veya sakat bırakma ihtimali olan gruptur. Son yıllarda sağlık sisteminin daha karmaşık hale gelmesi sağlık hizmet sunumunda istenmeyen olayların meydana gelmesi ile sonuçlanabilmektedir (Çakmak, Konca ve Teleş, 2018: 423-448).

Hekimlik her anında risk olan mesleklerdendir. Hekimlikte insan hayatını ilgilendirmesi sebebiyle herhangi bir risk veya hata kabul edilmez. Tıbbi hata yapılan işlemin her alanında risk barındırdığı için tedavinin her aşamasında risk bulunmakta bu yüzden her aşamada görevli sağlık personeli özenli ve dikkatli olmak zorundadır. Tıbbi hata kavramını sağlık hizmetinin multidisipliner yapısı nedeniyle tek bir neden bağlayamayız (Banaz, 2020).

Tıbbi hatalı uygulamalar, milattan Önce 7000 yıllarında Hammurabi Kanunlarında yazılı olarak ele alınmış, daha sonra eski Mısır ve Roma kanunlarında da yer almıştır. 14. yüzyıla gelindiğinde ise İngiliz kanunlarında tıbbi uygulamalar ile ilgili hata kayıtlarına rastlanmıştır, 1883 yılında bilinen ilk tıbbi hata tanımını, yargıç Tindal

yapmış ve ilk ceza 1901 yılında İngiltere’de hastası konusunda ihmalkâr davranan bir hekime verilmiştir (Kahriman ve Öztürk, 2016: 2884-2894).

Dünya Tabipler Birliği (The World Medical Association) 1992 yılındaki 44. genel kurulunda “Tıpta Yanlış Uygulama” konulu bir duyuru yayımlamış ve malpraktis, “Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” şeklinde tanımlanmıştır (Sayek, 1998). Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Ortak Komisyonu’na (The Joint Commisionon Accreditation of Healthcare Organizations) göre tıbbi hatanın; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde tanımlandığı ifade edilmektedir (Croke, 2006: 3-7). Uluslararası Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından tıbbi hatanın, “bir amacı başarmak için yanlış bir planı kullanma ya da planlanmış bir eylemi kasıtlı olarak ihmal ederek tamamlamak” şeklinde tanımlandığı belirtilmektedir (Johnson, Adkinson ve Chung, 2014: 1877-1882).

Tıbbi hata ile malpraktis çoğu kez aynı anlamda kullanılsa bile birbirinden farklıdır. Malpraktis, sağlık çalışanının bilgisizlik, dikkatsizlik, tedbirsizlik, özensizlik veya bulunduğu ortamdaki koşullara bağlı olarak hastasına tıbbi standartlar çerçevesinde uygulaması gereken işlemleri yapmaması veya uyguladığı tedaviden dolayı hastada bir zararın meydana gelmesi sonucunda zararın öngörülebilir ve engellenebilir olmasına rağmen gerekenin yapılmaması sonucu ortaya çıkmaktadır (Bilge, 2012).

Tıbbi hata teriminin farklı yaklaşımlarla birçok tanımlaması yapılmıştır. İlk dönemlerde tıbbi hatalar Hipokrat’ın “prium no nocere” “öncelikle zarar verme” prensibi kaynaklı olarak hasta deneyimleri göz ardı edilerek sonuca dayalı bir yaklaşımla tanımlanmıştır. (Grober ve Bohnen, 2005: 39-44). 1950’li yıllarda ise tıbbi hata tedavi sürecinin bir sonucu veya bedeli olarak görülmektedir. 1960’lı yıllara geldiğimizde ise hata sonucu olarak karşılaşılan durumunu boyutlarına bakılmaksızın olayların değerlendirilmesinin, maruz kalınan riskin ve toplam insidasın belirlenmesinde önemli olduğunu belirtmiştir (Schimmel, 2003: 58-63).

1970’lerde ise California Medical Association isimli bir Amerikan sigorta şirketi sağlık hizmetinde yapılan hata sonucu oluşan sekellere “potansiyel olarak telafi edilebilir olay (potentially compensatable event)” olarak tanımlamıştır. 1990’lı

yıllarda tıbbi hata, sağlık hizmet sunum kalitesinin veya ihmali nedeniyle oluşan olęülebiilen yaralanma “istenmeyen olay (adverse effect)” olarak tanımlanmıştır. Wilson ve arkadaşları (1995) ise istemeyen olayı sağlık hizmeti sunumu sırasında ortaya çıkan uzun süren hastane yatışı, sakatlanma ya da ölüm ile sonuçlanan istenmeyen yaralanma veya komplikasyon olarak tanımlamıştır. Başka bir tanım da ise istenmeyen olay sunulan sağlık hizmeti sonucu meydana gelen yaralanma olarak ifade edilmiştir. Ayrıca hata sonucu meydana gelen istenmeyen olaylar önlenabilir istenmeyen olay olarak adlandırılmaktadır (Kohn, Corrigan ve Donaldson, 2000: 26-48). Günümüze baktığımızda ise tıbbi hatalar “zararlı aşama (noxious episode)” olarak tanımlamıştır (Uğrak, 2019).

Tıbbi hatanın ilk dönemlerde sonuç odaklı değerlendirilmesi maliyet, yaralanma, ölüm ve buna benzer durumların zarar boyutuna göre incelenmesi açısından önemli ancak son dönemlerde kalite yönetimi devreye girmesiyle bu tür olayların sebeplerinin ortaya çıkarılması zorunluluk haline gelmiştir. Tıbbi hatalar tedavinin tüm aşamalarında meydana gelebilir ama her tıbbi hata yaralanma ile sonuçlanmamaktadır. Yaralanmayla sonuçlanmayan bu hatalar genellikle “yakın tehlike (near miss, close call, potential adverse events, warning event)” olarak adlandırılmaktadır (Grober ve Bohnen, 2005: 39-44).

Yakın tehlike hastaya olumsuz sonuçları olabilecekken olumsuz bir durumla karşılaşılmayan olay olarak tanımlanmaktadır. Bu açıdan bakıldığında tıbbi hata ile başlayan yakın tehlike veya istenmeyen olay ile sonuçlanan süreçler çok benzerdir. Bu nedenle tıbbi hatanın tanımı süreç ve sonuç odaklı olarak yapılmalıdır. Daha kapsamlı bir tanım da tıbbi hata, sağlık hizmet sunan sağlık çalışanı tarafından yanlış değerlendirilen bir hastanın olumsuz bir sonucunun olup olmadığına bakılmaksızın, olumsuz etkileri muhtemel olan işlem veya ihmali olarak tanımlanmaktadır. Literatürdeki tıbbi hata tanımları araştırıldığında çalışmada tıbbi hatayı “istenmeyen sonuçlara yardım eden veya yardım edebilecek planlama ve uygulama sürecindeki görev veya ihmali kaynaklı eylemler” olarak tanımlanmıştır. Bu tanım ile tıbbi hata hem sonuç hem de süreç odaklı tanımlanmaya çalışılmıştır. Ayrıca tıbbi hatanın her zaman istenmeyen olay ile sonuçlanmayacağı da ifade edilmiştir (Grober ve Bohnen, 2005: 39-44).

2.4.2. Tıbbi Hata Sebepleri

Sağlık hizmeti çok komplike bir organizasyon olması nedeniyle bu organizasyonda olan herhangi bir aksama veya eksiklik tıbbi hataya neden olabilmektedir. Tıbbi hata tanımlamalarında sıralanan nedenlerin yanlış uygulama, aksama, eksiklik gibi nedenler bulunmakta, bunlara ilave olarak yapılması gerekenin yapılmaması veya yapılmaması gerekeninde yapılması gibi nedenler sıralanmaktadır. Aynı şekilde tecrübesizlik, yetenek eksikliği, ilgisizlik ve teknolojinin tam olarak kullanılmaması veya eksik kullanılması kaynaklı hastanın tedavi olamaması, tedavisinin uzaması, sağlığının bozulması ve devamında hastanın ölümüne neden olunması tıbbi hata sınıfına girmektedir (Özdilek, 2009).

Tıbbi hata sebepleri personel azlığı, yorgunluk, baskı ve iş yükünün fazla olmasıdır. 1991 yılında Harvard Practice Study tarafından yapılan bir çalışma, yapılan tıbbi hatalarının yarısının önlenabilir olduğu gösterilmiştir. Hekimlerin tıbbi hataları önleme ve yönetme konusundaki tutumlarını ve tıbbi hatalarla karşılaştıklarında doktorların davranışlarını araştırmak amacıyla gerçekleştirilen çalışmada hekimlerin %73,9'u muayene ve tedavi sürelerinin daha fazla olması, %96,8'i tıbbi hataların tekrarının azaltılması için daha fazla araştırma yapılması gerektiğini düşünülmektedir (Flotta, vd., 2012: 258-265). Katılımcılar tıbbi hataların en önemli etkenleri yorgunluk, stres ve çalışma şartları olduğunu ifade etmiştir. Türkiye'de tıbbi hataların başlıca nedenleri eğitim yetersizliği, sağlık personel sayısının yetersizliği, hasta sayısının fazlalığı, çalışma koşullarının uygunsuzluğu, malzeme ve araç-gereçlere ilişkin sorunlar gösterilmektedir (Akalın, 2005: 141-146).

Tıbbi uygulama hataları, sağlık hizmeti sunulurken sağlık personeli tarafından uygulanan tedavi esnasında yapılan tıbbi hata sonucu hastalığın istenmeyen şekilde normalin dışında seyretmesi, yaşam kalitesinin düşmesi, çeşitli morbiditelerin görülmesi hatta mortalitelere varması ile sonuçlanabilir (Çetin, 2006: 31-42). Tıbbi hatalar insan hatasından, teknoloji hatalarından veya sistemden kaynaklanabilmektedir. Tıbbi hatalar, kök nedenleri veya hata türleri açısından iki farklı şekilde sınıflandırılabilir (Akalın, 2005: 141-146).

Kök nedenlerine göre tıbbi hatalar;

- i. İşe bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma)
- ii. İhmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama)
- iii. Uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama) olarak üç grupta toplanabilir.

Hata türü açısından ise;

- i. İlaç hataları
- ii. Cerrahi hatalar
- iii. Tanı koymada hatalar
- iv. Sistem yetersizliğine bağlı hatalar
- v. Diğer hatalar (hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu, hasta düşmesi vb) olmak üzere beş grupta incelenebilir.

Tıbbi uygulama hataları tanı, tedavi, korucu tedavi ve diğer hatalar olmak üzere dörde ayrılır. Tanı hataları, yanlış ve/veya geçersiz test ve tekniklerin uygulanması veya uygun testlerin yanlış uygulanması ya da yorumlanması, eksik veya gecikmiş tanı konulması gibi nedenlerle gündeme gelir ve yanlış tanı, yetersiz ve yanlış tedavi ile sonuçlanarak tedavi hatalarına sebebiyet verir. Tedavi hataları, yanlış veya yetersiz tedavi uygulaması şeklinde olabileceği gibi uygulanan ilaç dozundaki hata ile, uygulanan cerrahi girişim tekniğinin seçimi ile, tedavinin geciktirilmesi ile de ilgili olabilmektedir. Koruyucu tedavi hataları ise yetersiz izlem, tedavi ve hastalık takibinin yanlış ve/veya yetersiz yapılması, gecikmiş veya eksik profilaksi sebebiyle gündeme gelmektedir. Bunların yanı sıra kullanılan ekipman ile ilgili veya sistemle ilgili hatalar da yine çeşitli tıbbi hatalı uygulamalara neden olmaktadır. Tıbbi hatalı uygulamaları, medikasyon hataları ve cerrahi hatalar olarak da ikiye ayırarak inceleyebiliriz. Bunlardan medikasyon hataları, yatarak ve ayakta tedavi gören hastalarda en sık görülen hatalardır. İlaçların uygulanmaları ile ilgili hatalardır ve çoğu önlenebilmektedir (Bilge, 2012).

Gerçekleştirilen bir araştırmada katılımcılar, yoğun hasta bakmak, bitkinlik, yorgunluk, motivasyon düşüklüğünü tıbbi hata nedenleri olarak ifade etmişlerdir (Top, vd., 2008: 161-200). Dedeoğlu (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hekimler, tıbbi hatanın en büyük nedeni olarak iş yükünün fazla olmasını belirtmişlerdir (Banaz, 2020).

Reason tarafından sağlık kurumlarında; aktif ve gizli ihmal olmak üzere iki tür ihmal tanımlanmaktadır. Aktif ihmaller; hafıza yanlışları, prosedürlerdeki bilişsel hatalarla ilgili olabilir. Gizli ihmaller ise; ağır çalışma koşulları, stresli çalışma ortamı ve zayıf iletişim şeklinde çalışma şartları ile ilgilidir. Sağlık çalışanları hatalardan utanmakta, hatalarını gizlemeye çalışmakta, başkasını suçlama eğiliminde veya başka çıkış yolları aramaktadır. Tıbbi hatalar genel olarak, uygulama ve planlama hataları olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir. Uygulama hataları; planlanan tedavinin planlandığı şekilde tamamlanmaması sonucu amacına ulaşmaması; planlama hataları ise amaca ulaşmada yanlış planlama ya da yanlış bir plan kullanılması şeklinde meydana gelmektedir (Güleç, 2012).

2.4.3. Tıbbi Hatalarda Tutum ve Önemi

Dünya’da her yıl yüz milyonlarca hasta tıbbi hataya maruz kalmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre gelişmiş ülkelerde her 100 hastanın 7’si, gelişmekte olan ülkelerde her 100 hastanın 10’u sağlık bakımları kaynaklı enfeksiyondan etkilenmektedir (WHO, 2014). 1999 yılında Uluslararası Tıp Enstitüsü’nün (Institute of Medicine) yayımladığı bir rapor da ABD’de ölüm nedenleri sıralamasında tıbbi hata kaynaklı ölüm sayısının kaza kaynaklı, kanser kaynaklı ve HIV kaynaklı ölümlerden daha üst sırada belirtilmiştir (Kohn, Corrigan ve Donaldson, 2000: 26-48).

Almanya’da ise neredeyse her yıl yapılan tıbbi hata miktarının dörtte biri ölümlerle sonuçlanmaktadır. ABD’de yapılan araştırmaya göre 100-300 yataklı hastanelerde her yıl 1 ile 3 milyon dolar arası tıbbi hata kaynaklı maliyet oluşmaktadır. İngiltere’de ise malpraktis davalarının sonucu olarak her yıl ödenen tazminat miktarları %20 oranında artmaktadır. ABD’de son 10 yılda tıbbi hata 2.6 kat artmıştır. Uluslararası Tıp Enstitüsü’nün (Institute of Medicine) 2006 yılında yayımladığı “Preventing Medication Errors” adlı raporda da tıbbi hatadan dolayı sağlık harcamalarının ekstra maliyetlerle karşılaşmasına neden olduğu belirtilmiştir (Anderson ve Townsend, 2010: 23-28).

Naessens ve arkadaşları (2009), taburcu olan hastaların yaklaşık %4’ünün tedavi süreçleriyle ilişkili bir yan etki yaşadığını tespit etmiştir. İngiltere’de yılda 40.000, Kanada’da 5000 ile 10000 arasında tıbbi hata kaynaklı ölüm rapor edilmektedir.

İngiltere’de hastaneye yatan hastaların %10’undan fazlasında tıbbi hata görülmekte, Avustralya’da hastaneye yatan hastalar arasında istenmeyen olay hızının ise %16.6 olduğu saptanmıştır (Korkmazer, vd., 2016: 141-154, Kahriman, Öztürk, 2016: 2884-2894).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2004 raporunda, ABD, Kanada, Avustralya, İngiltere, Yeni Zelanda ve Danimarka’da yapılan çalışmalarda, tıbbi hataların görülme sıklığının %3,2 ile %16,6 arasında olduğu; dünyada yaklaşık %10’u tıbbi hatadan etkilendiği; hatalı uygulamaların %14’ünün ölümle, %70’inin ise hastanın yaşamında sekillere neden olduğundan bahsedilmiştir (Türkmen, vd., 2011: 38-46).

Ülkemizde ise tıbbi hatanın sayısı ve sonuçları tam bilinmemekte olup diğer ülkelerle aynı seviyede olduğu varsayılmaktadır (Ersun, vd., 2013: 33-45). Türkiye’de yapılan araştırmada hemşirelerin neredeyse yarısı ilaç hatası yaptığı belirtilmiştir (Ateş, 2010). Yapılan bir diğer araştırmada Türkiye’de sağlık çalışanlarının %21,9 u çalışma hayatları süresince en az bir tıbbi hata yaptığını belirtilmiştir (Kahriman, Öztürk, 2016: 2884-2894).

Tıbbi hataların anında tespit edilmesi, kök neden analizlerinin yapılması tıbbi hatanın çözümüne yönelik önerilerin ortaya konması için önemlidir. Hatalar ne kadar kısa sürede belirlenirse hastaların zarar görmesinin önüne geçmek kolaylaşır. Tüm bu hataların önlenmesi ve oluşan zararların en aza indirilmesi veya tamamen ortadan kaldırılması için oluşan tıbbi hataların rapor edilmesi ve analiz edilmesi en önemli unsurdur (Kardaş Özdemir, Akgün Şahin, 2015: 139-144). Dünya sağlık örgütü sağlık kayıtlarındaki yetersizliğin aynı hataların tekrar edilmesine ve bu tekrarlar sebebiyle hastaların zarar görmesi ya da ölmesine neden olmaktadır (WHO, 2014).

Yapılan çalışmalarda sağlık profesyonelleri tıbbi hatayı raporlamayı önemsemedikleri ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanlarının tıbbi hatayı raporlama konusundaki düşünceleri üzerine yapılan araştırmada tıbbi hataların oluşmasında kurumsal faktörlerin etkili olduğu belirtilmiştir (Wolf vd., 2000: 288-290). Bir diğer çalışmada tıbbi hatayı raporlamayan hemşirelerin gerekçeleri arasında en fazla suçlanma korkusu ve karşılaşılabilecekleri olumsuz durumlar olduğu belirtilmiştir (Chiang, Pepper, 2006: 392-399). Yapılan bir diğer çalışmada hasta-hasta yakını ile güvensiz bir ortam oluşabileceği ve tartışma ortamının meydana gelebileceği ve yönetimin çalışana karşı olumsuz tutum sergileyeceği veya işten çıkarılabileceği inancıyla hemşirelerin tıbbi

hatayı raporlamaktan çekindikleri belirtilmiştir (Yung vd., 2016: 580-588). Başka bir araştırmada oluşan her hatanın hemşirelere mal edileceği düşüncesi ile tıbbi hatanın rapor edilmediği belirtilmiştir (You vd., 2015: 276-283).

Türkiye’de yapılan araştırmada hemşirelerin %57 si tıbbi hata ile karşılaştıkları ancak bu hemşirelerden %19 unun hatayı rapor ettiği belirtilmiştir (Dilmen, 2016). Yapılan araştırmalara göre Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetlerine 1994-1999 yılları arasında 931 şikâyet dosyası ulaştığını, bu şikâyetlerin 205’inin kadın-doğum, 155’inin genel cerrahi, 109’unun dahiliye, 92’sinin ortopedi, 52’sinin çocuk hastalıkları, 30’unun göz ve anestezi, gelen şikâyetlerin 21’inin nöroloji, 17’sinin üroloji, 7’sinin diş, 15’inin kulak burun boğaz, 26’sının enfeksiyon, 9’unun psikiyatri, kalan bölümünün ise diğer branşlarda yapıldığı belirlenmiştir (Ertem, Öksel ve Akbıyık, 2009: 1-10). Türkiye’de 1973 ile 2013 yılları arasında yargı kararlarına yansıyan tıbbi malpraktis dosyalarında dava edilen temel dalların dağılımları; Kadın Doğum %26,7, Genel Cerrahi %9,8, Anestezi %7,1, Ortopedi ve Travmatoloji %6,2 şeklindedir (Gökcan, 2014).

Sağlık çalışanlarının tıbbi hata raporu hazırlama konusunda ne düşündüklerini araştırmada, kurumdaki durumlara bağlı faktörlerin etkili olduğu belirlenmiştir (Güleç, 2012). Kılıç’ın (2009) yaptığı çalışmada ise; hemşirelerin %56,4’ü, hekimlerin %46,9’u bir hata oluştuğu zaman önlenirse bildirilmesine gerek olmadığını düşünmektedir. Yapılan bir çalışmada, Avustralya’da hastane olay raporlama sistemi farkındalığı, hekimlerde %96, hemşirelerde %99,8’dir. Buna karşın olay raporlama ise hekimlerde %64,6, hemşirelerde %89,2 oranındadır (Evans, vd., 2006: 39-43). Yapılan diğer bir araştırmaya göre diş hekimleri ilaç hatalarını %1,08, hasta güvenliği hatalarını %1,01 olarak raporlamışlardır (Çakmak, Konca ve Teleş, 2018: 423-448).

Yapılan bir çalışma ile katılımcıların %92’si tıbbi hataların sağlık sistemlerindeki en önemli sorunlardan biri olduğu düşünülmektedir. Tıbbi hataların hekim tarafından bildirilmemesinin algılanan nedenlerine gelince, katılımcıların %51’i hastanın dava edebileceği, %46’sı hasta öfkesi, %40’ı hastanın hatanın ortaya çıkmasından haberdar olmaması, %26’sı hastanın hatayı anlamada başarısız olması, %11’i hastanın hatanın ortaya çıkması hakkında bilgi sahibi olmaması gibi nedenleri ifade edilmiştir (Tagaddosinejad, vd. 2013: 20-27). Yapılan araştırmada hekimlerin %17,8’i tedaviyi uzatan ve rahatsızlığa neden olan küçük bir hatayı bildirirken, %3,8’i sakatlığa ve ölüme neden olan büyük bir hata bildirimini yaptığını ifade edilmiştir. Tüm bunların

aksine, katılımcıların %16,9'u tedaviyi uzatan ve rahatsızlığa neden olan küçük bir hatayı bildirmediğini ve %3,8'i sakatlığa ve ölüme neden olan büyük bir hatayı bildirmediğini belirtilmiştir (Kaldjian, vd., 2007: 988-996).

Avrupa Komisyonu (2006) tarafından 2005'te Türkiye'nin de dâhil olduğu 25 Avrupa ülkesi vatandaşlarının tıbbi hata algıları ile ilgili yapılan bir araştırmada Türk vatandaşlarının %43'ü dış hekimlerinin ve hekimlerin, %35'i de tıbbi personelin kendilerine tedavi uygularken tıbbi hata yapmayacaklarına inandıklarını söylemiştir. Türk vatandaşları sağlık personelinin kendilerine tedavi uygularken hata yapmayacaklarına en az inanan iki ülke vatandaşından birisidir (European Commission 2006).

Tıbbi hatalar tekrarlayan işlemler nedeniyle ekstra maliyetlere neden olmaktadır (Top vd., 2008: 161-200). Ayrıca sağlık çalışanlarında motivasyon kaybına, hasta- hekim ilişkisinin zedelenmesine ve toplumun sağlık sektörüne olan inancının azalmasına neden olmaktadır. Törüner ve Uysal'ın çalışmasında da her zaman sistem üzerinden bildirim yaparım diyenlerin oranı %47,9'dur (Törüner ve Uysal, 2012: 29-35). Hata bildirimini gönüllü olduğu için meydana gelen hataların veya son anda fark edilen hataların büyük bir kısmı bildirilmemektedir. Bazı hatalar ise fark edilmediği ya da önemsenmediği için bildirilmemektedir (Gök ve Sarı, 2016: 165-173).

Bir diğer araştırmada ilaç hatalarını bildirmemelerinin nedenleri arasında, hatayı nasıl yazacağını bilmemesi, bunu iş yükü ve bir ceza faktörü olarak görmesinin etkili olduğu belirtilmiştir (Oğuz, 2007: 184). NHS ise ilaç hatalarının bildirilmemesinin nedenleri olarak; Hatanın farkına varmakla ilgili bilgi eksikliği, bildirimin yapılmasının önemini, bildirimin nasıl yapılacağını bilmemesi, hatadan hastanın zarar görmediğine dair bir yaklaşım, dava açılması korkusu, bildirim mekanizmasını yeterince bilmemek, kendine olan saygısını kaybetme, bildirim iş yükü olarak görme, hata bildiriminde geri bildirim konusunda bilgi eksikliği (Gök ve Sarı, 2016: 165-173).

2008 yılında İngiltere'de bildirim arttırmaya yönelik yapılması gerekenler olarak şunlar belirlenmiştir: Çalışanlara geribildirimde bulunma, suçlayıcı olmak yerine hatadan ders çıkarmak, çalışanların hata bildirim konusuna ilgisini çekme, bildirim sistemini kolaylaştırma ve bildirimleri kullanma (Williamsom, 2009: 155-171). Tıbbi hataların raporlanması tüm bu olumsuzlukların ortadan kalkması açısından büyük önem arz etmektedir. Sağlık kurumlarında tıbbi hata raporlama oranları çok düşüktür.

Sağlık çalışanları, yöneticiler ve arkadaşları tarafından kınama, dışlanma ve ceza alma gibi durumlar yüzünden bildirim yapmaktan çekinmektedirler. Bildirimi yapılmayan tüm hatalar sağlık çalışanları ve hastaların güvenliğini tehlikeye atmaktadır (Bairam, Taleghani, 2016: 713-714).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, hasta güvenliği “sağlık bakımı sürecinde hastaya önlenabilir zararın olmaması” olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliğini sağlamak için tıbbi hataların ortaya çıkma nedeni, oranı ve ortaya çıktığında oluşan zararı tespit edebilmek önemlidir. Bu bilgiler elde etmek ve hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak için iyi bir hata raporlama sisteminin oluşturulması ve iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Hasta ve çalışanlara zarar veren veya zarar vermesi muhtemel olaylar kontrol altına alınması ve aynı hataların tekrar görülmemesi için etkin bir güvenlik raporlama sistemi kurulmalı ve yönetilmelidir. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Nisan 2011’de Güvenlik Raporlama Sistemi’ni kullanıma sunmuştur. Güvenlik Raporlama Sistemi; sağlık kurumlarında meydana gelen olumsuz olayların analiz edilmesi ve tekrarları veya benzerleri ile karşılaşmak için kurulan bir sistemdir. (İstanbul, Yıldız ve Zora, 2012: 1-17).

Sağlık sisteminde kalite ve güvenliğin artırılması için güvenlik raporlama sistemlerinin önemli bir rolü bulunmaktadır. ABD’ de yapılan araştırmaya göre tıbbi hatanın insandan çok sistem kaynaklı olduğu söylenmiştir. Yaşanan bu sorunları hasta güvenliğini gözlemleyen ve geliştiren bir kurumun olmamasına bağlanmıştır. Sözü edilen bu kurumun görevleri olarak hasta güvenliği hedeflerinin belirlenmesi, hataların tanımlanması ve hasta güvenliği konusunda eğitim yöntemlerini belirlemesi bulunmaktadır (Özgönül, 2010). Hasta güvenliğinin sağlanması için sağlık kurumunda güvenlik kültürünün geliştirilmesi önemli faktörlerden biridir (Bodur, vd., 2012: 37-42). Tıbbi hatalar bireylerin dikkatsizliği ve yetersizliğinden ziyade daha çok sistemden kaynaklandığı görülmektedir (Kohn, Corrigan ve Donaldson, 2000: 26-48). Sağlık bakım sürecindeki sorunların ortadan kaldırılması için sistemik bir yaklaşımla tıbbi hataların neden geliştiğinin ortaya konması için veri ve kanıt toplanması gerekmektedir (Akgün ve Al-Assaf, 2007: 42-47).

Hasta güvenliğine ilişkin tüm sorunları tam ve açık olarak tanımlanması, riskli süreç ve uygulamaların belirlenmesi hasta güvenliği sisteminin gelişmesi için çok önemlidir. Olay raporlama sistemin önemli parçasıdır. Türkiye’de tıbbi hataların raporlanmasında etkili ve güvenilir bir sistem henüz bulunmamaktadır. Sağlık çalışanlarının %24’ünün

çalıştığı kurumda olay raporlama sisteminin varlığından habersiz olduğunu saptamıştır (Altındış, 2010: 17-32).

Etkili bir hata bildirim sistemi geliştirmek için DSÖ, NCC MERP, IOM ve Güvenli İlaç Uygulamaları Enstitüsü (Institute for Safe Medication Practices ISMP) aşağıda verilen önerileri geliştirmiştir:

- i. Cezalandırmamalı
- ii. Gizlilik olmalı
- iii. Bağımsız olmalı
- iv. Analizi yapıp geri bildirimde bulunulmalı
- v. Güven sağlamalı
- vi. Zamanında olmalı
- vii. Sistem yaklaşımı içerisinde değerlendirilmeli
- viii. Yanıt vermeye hazır olmalı
- ix. Hata bildirimini serbest metin tarzında olmalı, seçenekler arasında tercih yapılan şeklinde olmamalıdır (Yılmaz, 2009: 265).

248 hekimin katılımıyla gerçekleştirdiği araştırmasında hekimler, tıbbi hataların başlıca nedeninin çalışma şartları olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerin tıbbi hata tutumları olumlu fakat hata raporlamasının nasıl yapılacağını bilen hekim sayısı %22,6'dır. Hızla artan teknolojik gelişmeler ve çabuk değişen çevre koşulları nedeniyle sağlık çalışanları baskı altında karar almaları sonucu olarak hata yapılabilir. Tüm bu olumsuz etmenler hem sağlık kurumuna olan güveni sarsmakta hem de sağlık maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır. Hasta güvenliğinde temel amaç hastanın ve yakınlarının hataya maruz kalmadan önlenmesi, hatanın hastaya ulaşmadan engellenmesi ve hatayı ortaya çıkaran nedenlerin saf dışı bırakılmasıdır (Aslan, 2019).

Tıbbi hata hasta güvenliğinin temelini oluşturduğu için bu hataların bildirilmesi ve bu bildirim sayesinde hataların yapılmadan önüne geçilmesi için çalışanların tıbbi hata tutumlarının belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin net olarak ortaya konması gerekmektedir. Diş hekimliği alanında tıbbi hata raporlama durumunun araştırılmadığı ve bu konuda hataların önlenmesine bir nebze katkı olması amacıyla diş hekimlerinin tıbbi hata tutumları belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırma yöntemi ele alındı. Araştırmanın modeli, araştırma evreni, araştırma örnekleme, veri toplama araçları, araştırmada kullanılan ölçek ve veri çözümleme teknikleriyle ilgili ayrıntılı bilgilere bu bölümde yer verildi.

3.1 Araştırmanın Modeli

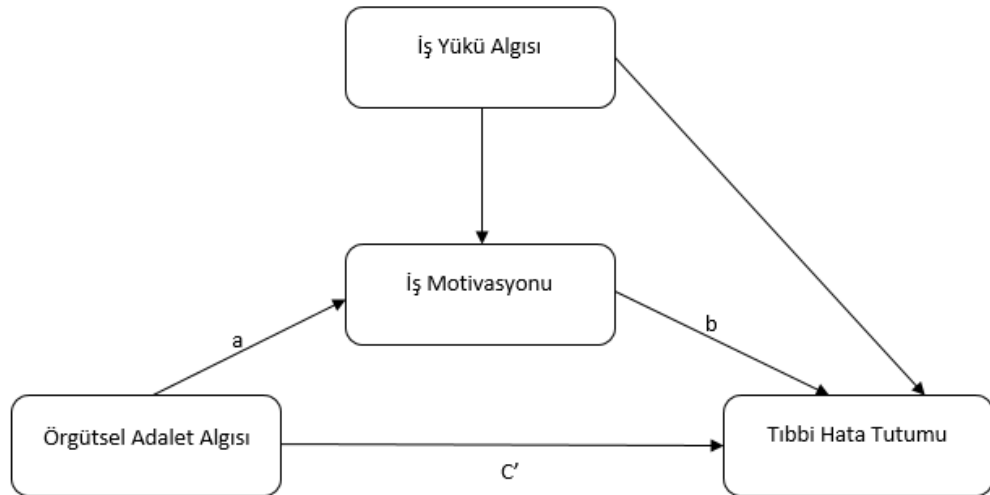
Araştırmada istatistiksel ilişki tartışılmadan önce nedensellik ilişkileri için kuramsal bir çerçeve oluşturmak ve yorumlar üretilebilmek amacıyla değişkenler arasında nasıl bir bağlantı olduğu üzerinde duruldu. Bu nedenle nedensellik analizlerinde değişkenlerin hangisinin diğerini ne zaman ne kadar etkilediği saptandı. Litaratürde MacKinnon'un (2008, s.6) araştırmalarda değişkenlerin bağımlı ve bağımsız olarak farklılaştığını ve aralarındaki ilişkinin negatif ve pozitif olarak bir yönü olduğunu belirterek araştırmaların bu yönden ele alınmasını vurgulamıştır. Yine Aldag ve Steams, (1988, s.263), değişkenlerin birbirlerini etkilemesinin (yönü artı eksi olarak işaretlenerek) 0-1 arasında bir ölçek üzerinde hareket ile temsil ettiğini ve eğer işaretin yönü artı işaretli ise doğrudan etki, eğer yön eksi işaretli ise ters yönde etki olduğunu belirtmişlerdir. Litaratürde, Hayes (2009, s. 408) ara değişkenin bağımlı değişken ile bağımsız değişkenin arasındaki ilişkide müdahaleci olarak rol aldığını belirtmiş ve Baron ve Kenny (1986, s.1176) ara değişken modelinde üç temel ilişkinin varlığını vurgulamışlardır.

Buna göre;

- i. Bağımsız değişken ara değişkeni doğrudan etkilemeli ve bağımsız değişkendeki değişim bağımlı değişkende değişime neden olmalı,
- ii. Ara değişken bağımlı değişkeni doğrudan etkilemeli ve ara değişkendeki değişim bağımlı değişkende değişime neden olmalı,
- iii. Bağımsız değişken bağımlı değişkeni doğrudan etkilemeli,

- iv. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi, ara değişken de bağımsız değişken olarak ele alındığında azalmalı veya ortadan kalkmalıdır

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin gönüllü katılımları ile gerçekleştirilen ve ‘Diş Hekimlerinin Örgütsel Adalet, İş Yükü Algısı, Motivasyonlarının Tıbbi Hata Tutumları Üzerine Etkisi” nin ele alındığı bu araştırmada nicel araştırma modellerinden çoklu değişkenlerin incelenmesinde nedensel süreçlere odaklanan yapısal eşitlik modeli ile regresyon ve korelasyon teknikleri kullanıldı. Korelasyon tekniği, iki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkinin olup olmadığını varsa miktarını ve yönünü belirleyen istatistiki bir tekniktir. Regresyon tekniği ise değişkenlerin birbirini bağımlı ve bağımsız olmak üzere aralarındaki ilişkiyi açıklayan matematiksel bir yöntemdir (Büyüköztürk, 2018)



Şekil 3.1: Hipotezlerin İşlendiği Araştırmanın Kavramsal Modeli

3.2 Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Araştırma Grubu

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde kamu kurumlarında çalışan ve en az bir yıldır görevli 800 diş hekimleri oluşturmuştur. Evren büyüklüğünün belli olduğu durumlarda yapılan G-power analizinde %5 hata, %95 güvenirlik düzeyi esas alındığında gerekli olan örneklem sayısının 260 olduğu saptandı. Araştırmanın örneklem yönteminde, kolayda örneklem yöntemi uygulanmış olup, minimum 260 diş hekimine ulaşılması

hedeflendi. Ancak vardiyalı sistem ve katılımın gönüllülük esasına dayalı olması nedeniyle 142 katılımcının anketlere verdiği cevaplar değerlendirmeye alındı.

3.3 Araştırmanın Hipotezleri

Bu tezin amacı kapsamında ileri sürülen hipotezler aşağıdaki gibidir:

H₁: Kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısı, örgütsel adalet algısı, motivasyon düzeyleri ve tıbbi hata tutumu arasında pozitif bir ilişki vardır.

H₂: Kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısının tıbbi hata tutumları üzerine etkisi vardır.

H₃: Kamuda çalışan dış hekimlerinin örgütsel adalet algısının tıbbi hata tutumlarını üzerine etkisi vardır.

H₄: Kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısının iş motivasyonları üzerinde etkisi vardır.

H₅: Kamuda çalışan dış hekimlerinin örgütsel adalet algısının iş motivasyonları üzerine etkisi vardır.

H₆: Kamuda çalışan dış hekimlerinin iş motivasyonları örgütsel adalet algısı ile tıbbi hata tutumları arasında aracı role sahiptir.

H₇: Kamuda çalışan dış hekimlerinin iş motivasyonları iş yükü algısı ile tıbbi hata tutumları arasında aracı role sahiptir.

3.4 Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak “Örgütsel Adalet Kavramı Ölçeği” “Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği”, “Çok Boyutlu İş Motivasyonu Ölçeği”, Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ve dış hekimlerinin bireysel bilgilerini içeren “Tanıtıcı Özellikler Formu” (EK 1) kullanılmıştır.

3.4.1 Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan bu formda diş hekimlerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, meslekte çalışma sürelerini belirlemeye yönelik toplam üç adet soru yer aldı.

3.4.2 Örgütsel Adalet Kavramı Ölçeği

Donovan, Drasgow ve Munson (1998) tarafından geliştirilen ve Wasti (2001) tarafından Türkçeye çevrilmiş ve uyarlanmıştır. Ölçek, ‘yöneticilerle ilişkiler’ ve ‘çalışanlar arası ilişkiler’ alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin “yöneticilerle ilişkiler” alt boyutunun Cronbach alpha güvenirlik katsayısının 0.93 olduğu ve on dört maddeden oluştuğu; “çalışanlar arası ilişkiler” alt boyutunun ise Cronbach alpha güvenirlik katsayısının 0.81 ve dört maddeden oluştuğu belirlenmiştir. Ölçekteki maddeler Likert tipi hiçbir zaman (1) seçeneğinden, her zaman (5) seçeneğine doğru sıralanan beşli derecelendirmeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanlarda, 1.00-1.80 arası hiç katılmıyorum, 1.81-2.60 katılmıyorum, 2.61-3.40 kararsızım, 3.41-4.20 katılıyorum ve 4.21-5.00 arası ise tamamen katılıyorum şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça, örgütsel adaletle ilişkin algı da olumlu bir şekilde artış göstermekte; tersinde ise olumsuz örgütsel adalet algısı ortaya çıkmaktadır. Ölçekte 18 soru yer almaktadır (Wasti, 2001, 33-50).

3.4.3 Bireysel İş Yükü Algısı Ölçeği

Bireysel İş Yükü Algı Ölçeği, sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algılarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 2003 yılında, Cox tarafından geliştirilmiş olup 2007 yılında yine Cox ve arkadaşları tarafından geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (Cox vd. 2007). Türkiye’de ise ölçeğin geçerlik ve güvenirlik

çalışması Saygılı tarafından yapılmıştır (Saygılı, 2008). Bireysel İş Yükü Algı Ölçeğinin; çalışanların iş ortamı algılarını ölçmek amacıyla, yönetici desteği, meslektaş desteği, birim desteği, çalışma ortamı iş yükü özellikleri ve mevcut işi sürdürme şeklinde beş alt boyuttan oluşmaktadır. Yönetici desteği alt boyutu sekiz, birim desteği alt boyutu altı, meslektaş desteği alt boyutu sekiz, çalışma ortamı alt boyutu altı sorudan oluşmaktadır. Mevcut işi sürdürme niyeti bölümü ise üç sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin tamamı 31 sorudan oluşmakta olup beşli likert tipindedir. Hiç katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4) ve Tamamen katılıyorum (5) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 31, en yüksek puan 155'tir. Mevcut işi sürdürme niyeti puan ortalamasının artması, mevcut işi sürdürme niyetinin azaldığını göstermektedir. Diğer alt boyut puan ortalamalarındaki artış ise olumlu algılanmaktadır.

3.4.4 Çok Boyutlu İş Motivasyonu Ölçeği

Çalışanların motivasyon durumlarını belirlemek için Gagne ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen “Çok Boyutlu İş Motivasyonu Ölçeği” Çivilidağ ve Şekercioğlu, (2017) tarafından Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. 1.,3. ve 5. sorular olumsuz olup tersten hesaplanarak ortalama sonuç elde edilmektedir. Ayrıca bu ölçekte de “Kişisel Düzenleme, Dışsal Maddesel, Dışsal Sosyal, Motive Olmama, İçe Yansıtılan, İçsel Motivasyon” olmak üzere 6 alt boyut bulunmaktadır. Yedili likert tipde olup, 19 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddeye ilişkin cevaplama 7 derece üzerinden hiç uygun değil (1), çoğunlukla uygun değil (2), uygun değil (3), orta (4), uygun (5), oldukça uygun (6) ve tamamen uygun (7) arasında yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan ise 133 'dür. Ölçeğe ilişkin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,76 olarak bildirilmiştir. Ayrıca motive olmama alt boyutu için 0,72 içsel motivasyon alt boyutu için 0,73, dışsal düzenleme-sosyal alt boyutu için 0,78, kişisel düzenleme alt boyutu için 0,76, dışsal düzenleme-maddesel alt boyutu için 0,80 ve içe yansıtılan düzenleme alt boyutu için 0,73 olduğu belirlenmiştir. (Çivilidağ ve Şekercioğlu, 2017).

3.4.5 Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği

Güleç ve İntepeler (2013) tarafından geliştirilmiş olup 16 madde ve 3 alt boyuttan (tıbbi hata algısı, tıbbi hata yaklaşımı, tıbbi hata nedenleri) oluşmaktadır. Ölçek beşli Likert tipindedir. Maddeler (1) hiç katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) kararsızım, (4) katılıyorum ve (5) tamamen katılıyorum şeklindedir. Ölçekteki iki madde (10. ve 13. madde) ters olarak puanlanmaktadır. Ölçek hesaplamasında ölçek toplam puanı alınmakta ve elde edilen ham puan ölçek madde sayısına bölünerek ölçek puanı elde edilmektedir. Alt boyut puan hesaplamasında da alt boyut puanı toplanarak alt boyut madde sayısına bölünür ve elde edilen puan 1-5 arasında değerlendirilir. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten ortalama 3'ün altında puan alanların tıbbi hata tutumları olumsuz, 3 ve üzeri puan alanların tıbbi hata tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz tutum, tıbbi hataların ve hata bildirimini öneminin farkındalığının düşük olduğu anlamına gelirken; olumlu tutum, tıbbi hataların ve hata bildirimini öneminin farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,75'tir Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenirlik sayısı, tıbbi hata algısı boyutunda 0,74, tıbbi hataya yaklaşım boyutunda 0,62, tıbbi hata nedenleri boyutunda ise 0,60 olarak bulunmuştur (Güleç & Seren-İntepeler, 2013,26-41).

3.5 Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması süreci, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığının 29.05.2020 tarihli 20292139-050.01.04 sayılı etik kurul onayı ile pandemi şartları da göz önüne alınarak Google Formlar üzerinden İstanbul'da kamuda çalışanlara ulaşılarak online anket yöntemi ile toplandı. Veri toplama formlarının doldurulmasına ilişkin açıklama yapıldı. Katılımın gönüllülük esasına göre olduğu belirtildikten sonra, araştırmaya katılmada istekli olan katılımcıların online onamı alındı. Araştırmacının kontrolünde online yöntemle ile yapılan çalışmada yanıtlama süresini yaklaşık 5-7 dakikalık zaman aldı.

3.6 Araştırma Verilerinin Analizi

Verilerin analizinde “SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22 Paket Programı”, “IBM SPSS AMOS 23 Graphics” kullanıldı (Arbuckle, 2014; Kirkpatrick, 2015). Öncelikle, araştırmaya katılan kamuda çalışan dış hekimlerinin bireysel özellikleriyle ilgili tanımlayıcı bulgularına yönelik frekans ve yüzdelerden faydalanıldı. Ölçek puanları ise ortalama, standart sapma olarak yorumlandı. Analiz öncesi verilerin Kolmogorov-Smirnov testi ile normal dağılımı incelendi ve normal dağılım gösterdiği saptandı. Kamuda çalışan dış hekimlerinin *Örgütsel adalet algısı*, *Bireysel iş yükü algısı*, *İş motivasyonu* ve *Tıbbi Hata Tutumları* arasında ilişki olup olmadığı ve ilişkinin kuvveti ile yönünü belirlemek için *Pearson ve Spearman Korelasyon Katsayısı Analizi*’nden yararlanıldı. Dış hekimlerinin örgütsel adalet, iş yükü algısı, motivasyonlarının tıbbi hata tutumları üzerine etkisini ortaya koymak için *Basit Doğrusal Regresyon* analizi yapıldı. Yapılan bütün istatistiksel testlerde alfa düzeyi 0,05 ve 0,01 olarak belirlendi. Kamuda çalışan dış hekimlerinin iş motivasyonunun örgütsel adalet algısı ile tıbbi hata tutumları arasında aracılık edip etmediği ile iş motivasyonunun iş yükü algısı ile tıbbi hata tutumları arasında aracılık edip etmediğini test etmek için IBM SPSS AMOS 23 Graphics ile aracılık rolü araştırıldı.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde saha araştırmasının sonucunda elde edilen bulguların analizine yer verildi. Öncelikle araştırmada yer alan katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin veriler ve araştırmanın temel hipotezlerine yönelik analiz sonuçları hakkında bilgiler sunuldu.

4.1 Tanıtıcı Özellikler

Bu tez kapsamında bilgilerine başvurulacak katılımcıların, cinsiyet, yaş, medeni durum ve meslekte çalışma yılı gibi demografik özellikleri Tablo 4.1.1’de verildi.

Tablo 4.1.1: Katılımcılara Ait Tanıtıcı Özellikler (n=142)

Değişken	Demografik Bilgiler	Sayısı(n)	%
Cinsiyet	Kadın	93	%65,49
	Erkek	49	%34,51
Yaş	18–24 yaş arası	4	%2,82
	25–31 yaş arası	47	%33,10
	32–38 yaş arası	35	%24,65
	39–45 yaş arası	28	%19,75
	46 yaş ve üstü	28	%19,75
Durum Medeni	Bekar	56	%39,44
	Evli	86	%60,56
Meslekte Çalışma Yılı	1-5 yıl	37	%26,06
	6-10 yıl	33	%23,24
	11-15 yıl	17	%11,97
	16-20 yıl	13	%9,15
	20 yıl ve üstü	42	%29,58

Tablo 4.1.1 incelendiğinde kadın katılımcıların %65,49 (n=93) ile erkek katılımcılardan %34,51 (n=49) daha fazla olduğu saptandı. Yaş değişkeni açısından Tablo 4.1.1 incelendiğinde ise en yüksek katılımcı kitlesinin 25-31 yaş grubunda %33,10 (n=47) yer aldığı buna karşın en düşük katılımcı kitlesinin ise 18-24 yaş arası grubunda %2,82 (n=4) yer aldığı belirlendi. Katılımcıların çoğunluğunun %60,56 (n=86) evli olduğu buna karşın yarısından azı ise bekar %39,44 (n=56) olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmaya katılım sağlayan diş hekimlerinin yarısından fazlası %50,7 (n=72) meslekte 10 yıldan daha fazla bir çalışma yaşamına sahip iken, yarısından daha azı %49,3 (n=70) ise meslekte 10 yıldan daha az bir çalışma yaşamına sahiptir (Bkz. Tablo 4.1.1).

4.2 Hipotez Testleri

Bu tezin gereç ve yöntem kısmında ileri sürülen hipotezlerin test edilmesi ile ilgili analiz ve bulgular bu alt bölümde yer almaktadır.

Hipotez 1 (H_1) aşağıdaki gibidir:

H_1 : Kamuda çalışan diş hekimlerinin iş yükü algısı, örgütsel adalet algısı, motivasyon düzeyleri ve tıbbi hata tutumu arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.

H_1 Hipotezinin test edilmesi için verilen değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisine yönelik analiz yapıldı. Bu ilişkinin saptanması için verilen değişkenlerin normallik testleri yapıldı ve ölçek puan ortalamaları belirlendi. Verilerin normal dağılım göstermesi durumunda *Pearson Korelasyon Katsayısı (r)*, normal dağılım göstermemesi durumunda ise *Spearman Korelasyon Katsayısı (ρ)* kullanıldı.

Tablo 4.2.1’de değişkenlerin normallik varsayımları için gerekli olan bilgiler yer almaktadır.

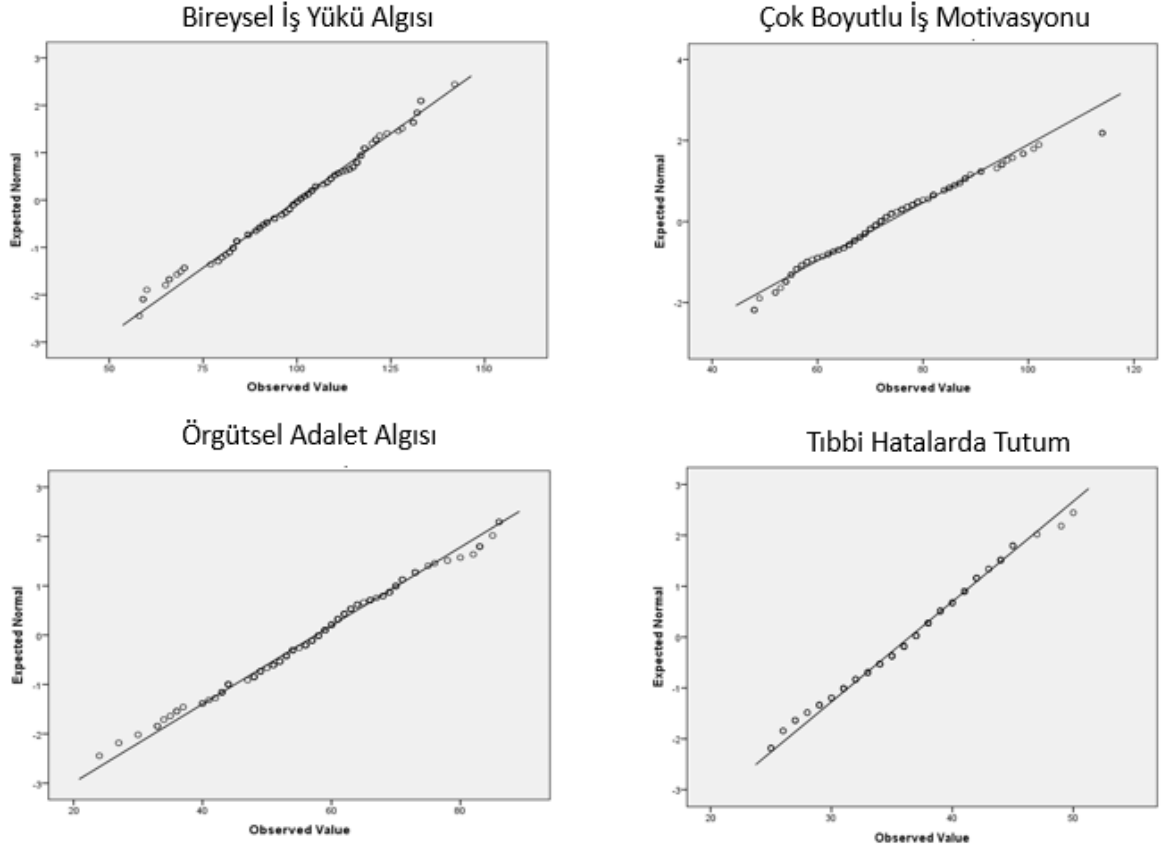
Tablo 4.2.1 Ölçeklerden Elde Edilen Puan Ortalamaları ile Normallik Varsayımları (n=142)

Değişkenler	$\bar{x}$	SS	Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
Bireysel İş Yüğü Algısı	100,226	17,636	-0,226	-0,208
Yönetici Desteği*	25,401	7,334	-0.282	-0.327
Birim Desteği*	24,343	5,077	-0.456	0.052
Meslektaş Desteği*	23,416	5,320	-0,497	0,388
Çalışma Ortamı İş Yüğü*	18,569	3,938	-0,366	0,021
Mevcut İşi Sürdürme*	8,948	1,384	-0,329	-0,647
Çok Boyutlu İş Motivasyonu	73,467	13,963	0,525	0,265
Motive Olmama*	6,868	3,811	1,051	1,049
Dışsal Düzenleme-Sosyal*	9,452	4,462	0,377	-0,485
Dışsal Düzenleme-Maddesel*	9,708	3,656	0,381	0,788
İçe Yansıtılan Düzenleme*	19,073	4,221	0,098	0,249
Kişisel Düzenleme*	16,219	2,904	-0,109	-0,741
İçsel Motivasyon*	12,146	4,229	-0,269	-0,725
Örgütsel Adalet Algısı	57,583	12,582	-0,069	0,057
Tıbbi Hatalarda Tutum	36,459	5,075	-0,132	-0,094
Tıbbi Hata Algısı*	5,824	1,123	0,668	1,177
Tıbbi Hata Yaklaşımı*	15,379	3,498	0,146	1,379
Tıbbi Hata Nedenleri*	15,255	2,626	0,172	-0,217

$\bar{x}$ =Ortalama; SS=Standart Sapma; *=Bir alt boyut

Gerek Tablo 4.2.1 gerek ise Şekil 4.1 incelendiğinde değişkenlerin normallik varsayımlarını karşıladığı görülmektedir. Tablo 4.1.1’de yer alan Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) değerlerine bakıldığında; bu değerlerin normal

dağılım için gerekli olan -1,5 ile +1,5 arasında yer aldığı görülmektedir (Manning ve Munro, 2007). Şekil 4.1’de yer alan grafiklerin de elde edilen normal dağılım sonuçlarını desteklediği görülmektedir.



Şekil 4.1: Ana Değişkenlerin Normallik Varsayımlarına İlişkin Grafik Gösterimi

Değişkenlerin tamamı normal dağılım gösterdiği için korelasyon ilişkisi *Pearson Korelasyon Katsayısı* (r) olan parametrik test ile incelenmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.2.2’de özetlenmiştir.

Tablo 4.2.2 *incelendiğinde*; bazı değişkenlerin istatistiksel olarak birbirleri ile anlamlı bir şekilde ilişkili olmadığı bazıların ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif ve negatif ilişkili olduğu görülmektedir. Birbirleri ile pozitif veya negatif ilişkili olan değişkenler koyu renk ile gösterilmiştir. Tablo 4.2.2’de ilgileşim sonuçları görülmektedir ve r değerleri incelendiğinde, tüm değişkenlerin aralarında $p < 0,05$, ve $p < 0,01$,

düzeyinde bireysel iş yükü algısı ile çok boyutlu iş motivasyonu, bireysel iş yükü ile örgütsel adalet, örgütsel adalet ile tıbbi hatalarda tutum arasında negatif bir ilişki var iken diğer değişkenler arasında pozitif bir korelasyon olduğu görülmektedir. İlişkilerin gücüne bakıldığında, en düşük ilişkinin tıbbi hata tutum ölçeğinin alt boyutu olan tıbbi hata nedenleri ile bireysel iş yükü algısı ölçeği (0,168), çok boyutlu iş motivasyonu ile bireysel iş yükü algısı ölçeğinin (0,162) arasında olduğu, en yüksek ilişkinin ise bireysel iş yükü algısı ile örgütsel adalet algısı ölçeği (0,845) ve bireysel iş yükü algısı ölçeği ile iş yükü algısı ölçeğinin alt boyutu olan yönetici desteği (0,869) arasında olduğu saptandı. Tüm diğer değişkenler arasındaki ilişkilerin ise orta ve yüksek düzeyde oldukları yine Tablo 4.2.2’de belirtilmektedir. Korelasyon analizi sonucunda bazı değişkenlerin istatistiksel olarak ilişkili bazılarının ise istatistiksel olarak ilişkisiz olduğu görülmüş bu sebeple ileri sürülen *H1 Hipotezi* kısmen doğrulandı (Pallant, 2016).

Tablo 4.2.2: Değişkenler Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları (n=142)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
Örgütsel Adalet Algısı (1)	1																	
Bireysel İş Yükü Algısı (2)	-,845**	1																
Çok Boyutlu İş Motivasyonu (3)	,184*	-,162*	1															
Tıbbi Hatalarda Tutum (4)	-,229**	,622**	-,008	1														
Yönetici Desteği (5)	,830**	,869**	,143	-,003	1													
Birim Desteği (6)	,602**	,822**	,133	-,040	,576**	1												
Meslektaş Desteği (7)	,956**	,797**	,177*	-,019	,794**	,570**	1											
Çalışma Ortamı İş Yükü (8)	,593**	,771**	,180*	,146	,583**	,551**	,595**	1										
Mevcut İş Sürdürme (9)	,192*	,282**	-,134	,015	,180*	,261**	,154	,204*	1									
Motive Olmama (10)	-,348**	-,434**	,203*	,226**	-,297**	-,414**	-,332**	-,353**	-,276**	1								
Dışsal Düzenleme Sosyal (11)	,106	,094	,798**	-,070	,087	,104	,078	,075	-,122	,195*	1							
Dışsal Düzenleme Madesel (12)	,098	,065	,698**	-,017	,046	,121	,070	,042	-,163	,131	,581**	1						
İçe Yansıtılan Düzenleme (13)	,276**	,303**	,790**	-,105	,233**	,265**	,294**	,315**	,078	-,120	,537**	,428**	1					
Kişisel Düzenleme (14)	,363**	,389**	,417**	-,073	,330**	,300**	,399**	,362**	,249**	-,464**	,161	,049	,570**	1				
İçsel Motivasyon (15)	,193**	,198*	,596**	,021	,149	,123	,173**	,231**	-,164	-,118	,249**	,241**	,371**	,326**	1			
Tıbbi Hata Algısı (16)	,240**	,155	-,101	,044	,155	,069	,216**	,102	,051	,066	-,207*	-,117	-,048	-,069	,020	1		
Tıbbi Hata Yaklaşımı (17)	-,182*	-,121	-,033	,842**	-,119	-,127	-,169*	-,037	-,060	,244**	-,021	,027	-,141	-,150	-,084	-,247**	1	
Tıbbi Hata Nedenleri (18)	,122	,168*	,072	,794**	,087	,062	,096	,286**	,086	,087	-,020	-,020	,004	,090	,142	-,010	-,403**	1

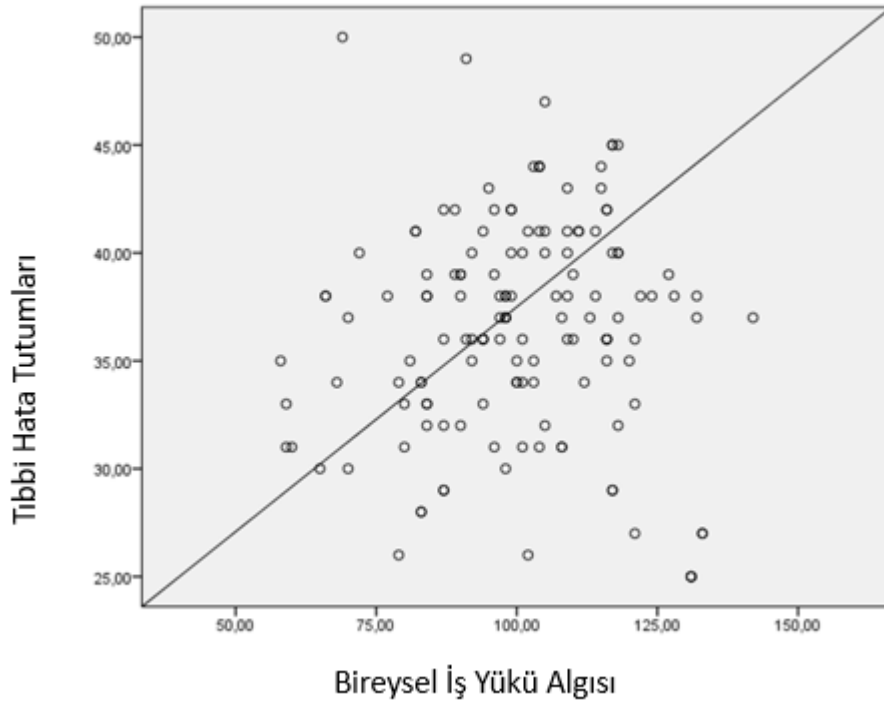
**p<0,01, *p<0,05

Hipotez 2 (H_2) aşağıdaki gibidir:

H_2 : Kamuda alışan diş hekimlerinin iş yükü algısı tıbbi hata tutumlarını etkiler.

H_2 Hipotezinin test edilmesi için kamuda çalışan diş hekimlerinin iş yükü algısının tıbbi hata tutumları üzerindeki etkisi araştırıldı. Etkinin araştırılması için Basit Doğrusal Regresyon analizi yapılmıştır. Basit Doğrusal Regresyon analizinin yapılması için gerekli olan bazı varsayımlar mevcuttur. Bu varsayımlar aşağıdaki gibidir:

i. Doğrusal Bir İlişkinin Var Olması: Değişkenler arasında doğrusal bir ilişkinin olup olmadığını test etmek için SPSS’te yer alan saçılım grafiklerinden yararlanılmıştır. Buna göre şekil 4.2’de değişkenlerin ilişkisini gösteren saçılım grafikleri yer almaktadır.



şekil 4.2: Tıbbi Hata Tutumları ile Bireysel İş Yükü Algısı Arasındaki İlişki

şekil 4.2’den de görüldüğü üzere kamuda çalışan diş hekimlerinin bireysel iş yükü algısı ile tıbbi hata tutumları arasında pozitif doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir.

Buna göre Basit Doğrusal Regresyon Analizi'nin yapılması için gerekli olan birinci varsayımın sağlandığı ifade edilebilir.

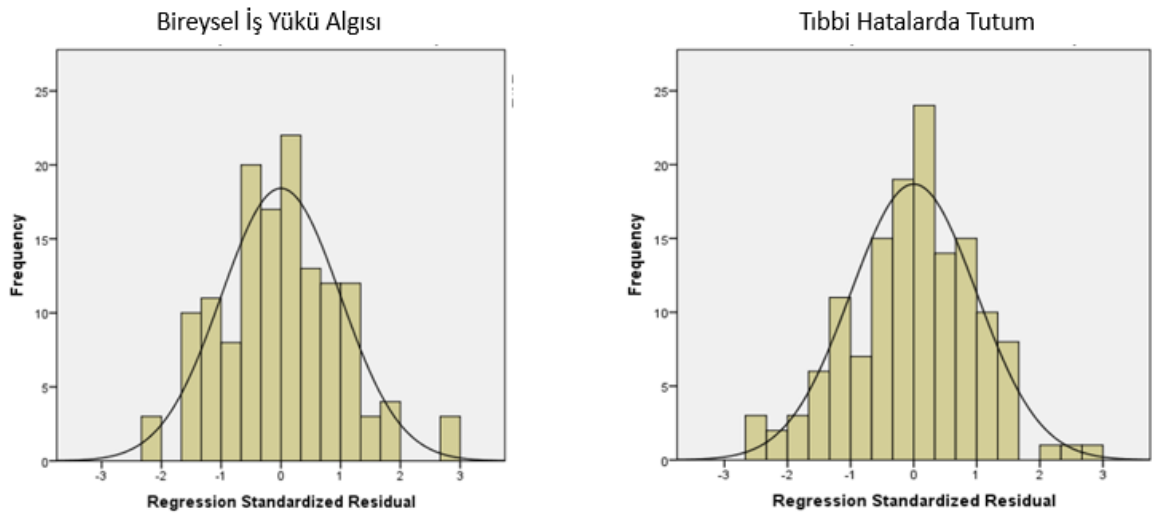
ii. **Anlamlı Uç Değerlerin Olmaması:** Anlamlı uç değerlerin varlığını test etmek için yapılan regresyon tablosundan çıkan Cook's Distance Testi Maksimum değerinin 1'in üzerinde olmaması beklenir. Buna göre SPSS ile yapılan Regresyon Analizine göre her iki değişken için de Cook's Distance değerinin maksimum değeri 1'in altında olduğu belirlendi. İlgili değerler koyu ile belirtildi (Bkz. Tablo 4.2.3). Buna göre değişkenlerde anlamlı bir uç değer olmadığı saptandı.

Tablo 4.2.3: Anlamlı Uç Değer Varlığının Test Edilmesi

	Minimum	Maksimum	$\bar{x}$	SS	n
Cook's Distance (Bağımsız Değişken için)	0,001	0,105	0,993	1,406	142
Cook's Distance (Bağımlı Değişken için)	0,000	0,217	0,010	0,025	142

$\bar{x}$ =Ortalama; SS=Standart Sapma; n=Örneklem Sayısı

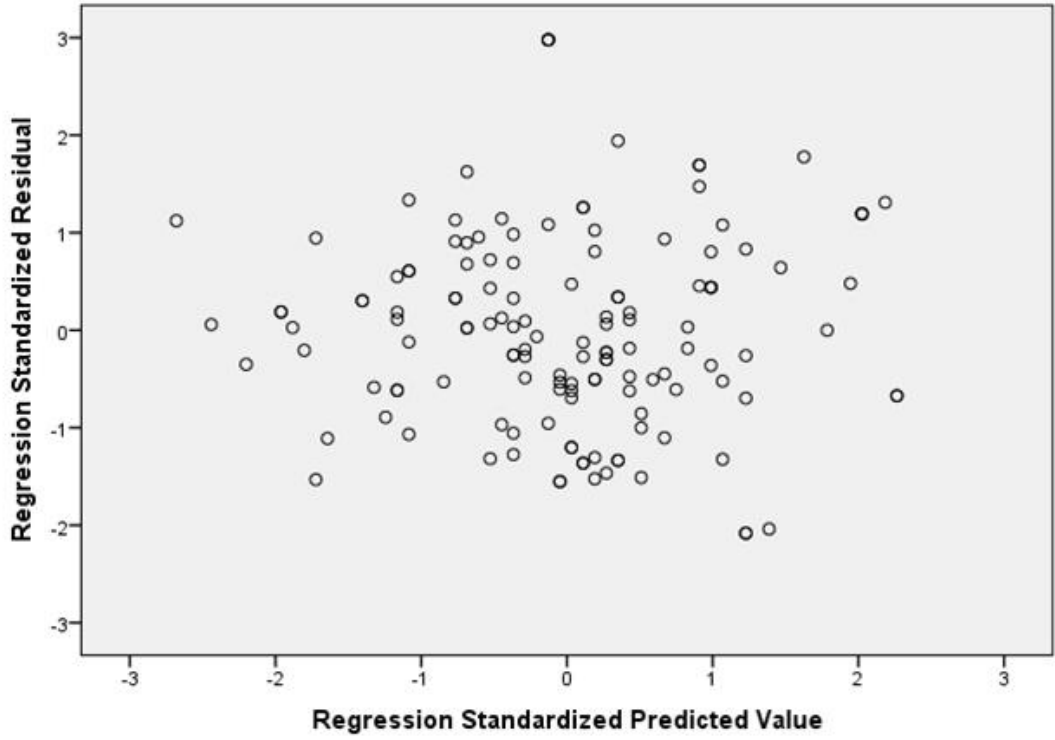
iii. **Artıkların (Residuals) Normal Dağılmalı**



Şekil 4.3: Artıkların (Residuals) Dağılımını Gösteren Grafikler

Şekil 4.3'ten de görüldüğü gibi değişkenlerin hatalarına ilişkin dağılım grafiklerinin normal dağıldığını böylece regresyon için gerekli olan üçüncü varsayımın sağlandığı saptandı.

iv. Eş-Varyanslılık (Homoscedasticity) Olmalı



Şekil 4.4: Eş-Varyanslılık (Homoscedasticity) Varsayımının İncelenmesi

Şekil 4.4 incelendiğinde mükemmel olmasa da eş varyanslı yani her tarafa yayılmış bir dağılım olduğunu dolayısı ile dördüncü varsayımın da yerine getirildiği ifade edilebilir. Bütün varsayımlar sağlanmıştır. Dolayısı ile H_2 Hipotezinin test edilmesi için kamuda çalışan diş hekimlerinin iş yükü algısının tıbbi hata tutumları üzerindeki etkisini araştırmak üzere SPSS ile Basit Doğrusal Regresyon analizi yapıldı. Bu analizlerin sonucu Tablo 4.2.4'te verilmiştir.

Tablo 4.2.4: Kamuda Çalışan Dış Hekimlerinin İş Yükü Algısının Tıbbi Hata Tutumları Üzerindeki Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi

R ^{2*}	Ayarlanmış R ²		F istatistikleri		Sabit	
0,202	0,194*		F(1,135)=35,320		50,593	
Bağımsız değişken	Standardize β katsayısı	edilmemiş	Standardize β katsayısı	edilmiş	t testi	p
İş Yükü Algısı	0,60		0,56		10,845	0,000

*p<0,01

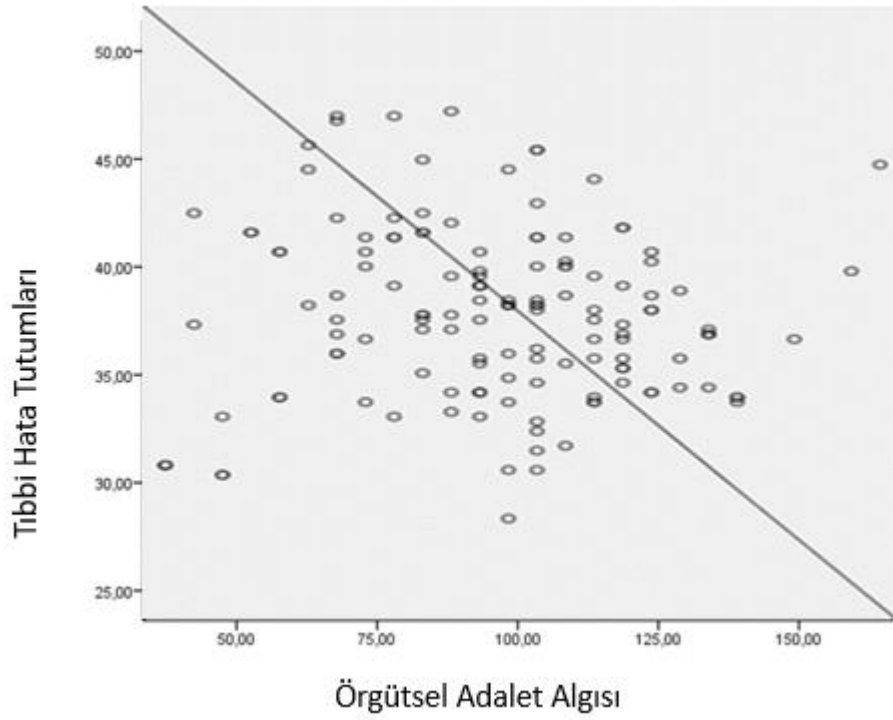
Elde edilen basit doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre (Standardize Edilmiş $R^2=0,194$) istatistiksel olarak anlamlı derecede sıfırdan farklı çıktı, $F(1,135)=35,320$; ($p=0,001$) ve bağımlı değişken olan kamuda çalışan dış hekimlerinin tıbbi hata tutumlarına ait olan varyansın %19'u (Standardize Edilmiş $R^2=0,194$) bağımsız değişken olan iş yükü algısı tarafından açıklandığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.2.4). Buna göre kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısı tıbbi hata tutumlarını %56 etkilemektedir. Dolayısı ile iş yükü algısının arttıkça tıbbi hata tutumların da bir artış olduğu ifade edilebilir. Elde edilen sonuçlara dayanarak ileri sürülmüş olan H_2 Hipotezinin doğrulandığı saptandı.

Hipotez 3 (H_3) aşağıdaki gibidir:

H_3 : Kamuda çalışan dış hekimlerinin örgütsel adalet algısı tıbbi hata tutumlarını etkiler.

H_3 Hipotezinin test edilmesi için kamuda çalışan dış hekimlerinin örgütsel adalet algısının tıbbi hata tutumları üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Etkinin araştırılması için Basit Doğrusal Regresyon analizi yapılmıştır. Basit Doğrusal Regresyon analizinin yapılması için gerekli olan bazı varsayımlar mevcuttur. Bu varsayımlar aşağıdaki gibidir:

i. Doğrusal Bir İlişkinin Var Olması: Değişkenler arasında doğrusal bir ilişkinin olup olmadığını test etmek için SPSS'te yer alan saçılım grafiklerinden yararlanılmıştır. Buna göre Şekil 4.5'te değişkenlerin ilişkisini gösteren saçılım grafikleri yer almaktadır.



Şekil 4.5: Tıbbi Hata Tutumları ile Örgütsel Adalet Algısı Arasındaki İlişki

Şekil 4.5'ten de görüldüğü üzere kamuda çalışan dış hekimlerinin örgütsel adalet algısı ile tıbbi hata tutumları arasında negatif doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre Basit Doğrusal Regresyon Analizi'nin yapılması için gerekli olan birinci varsayımın sağlandığı belirlendi.

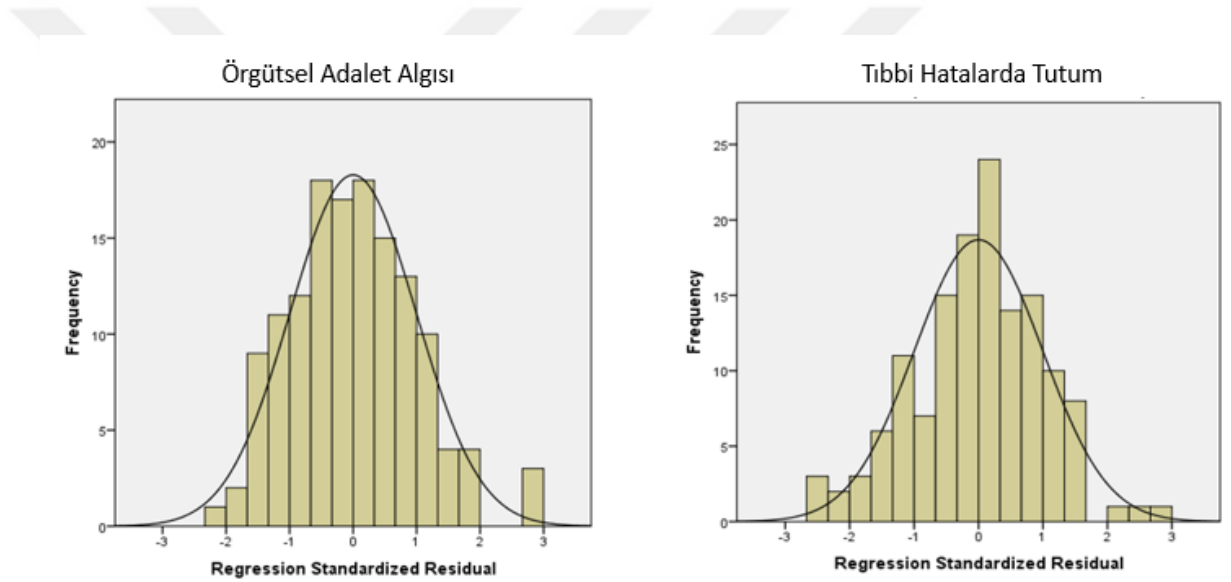
ii. Anlamlı Uç Değerlerin Olmaması: Anlamlı uç değerlerin varlığını test etmek için yapılan regresyon tablosundan çıkan Cook's Distance Testi Maksimum değerinin 1'in üzerinde olmaması beklenir. Buna göre SPSS ile yapılan Regresyon Analizine göre her iki değişken için de Cook's Distance değerinin maksimum değeri 1'in altında olduğu görülmüştür. İlgili değerler koyu ile yazılmıştır (Bkz. Tablo 4.2.5). Buna göre değişkenlerde anlamlı bir uç değer olmadığı belirlendi.

Tablo 4.2.5: Anlamlı Uç Değer Varlığının Test Edilmesi

	Minimum	Maksimum	$\bar{x}$	SS	n
Cook's Distance (Bağımsız Değişken için)	0,001	0,095	0,653	1,121	142
Cook's Distance (Bağımlı Değişken için)	0,000	0,217	0,010	0,025	142

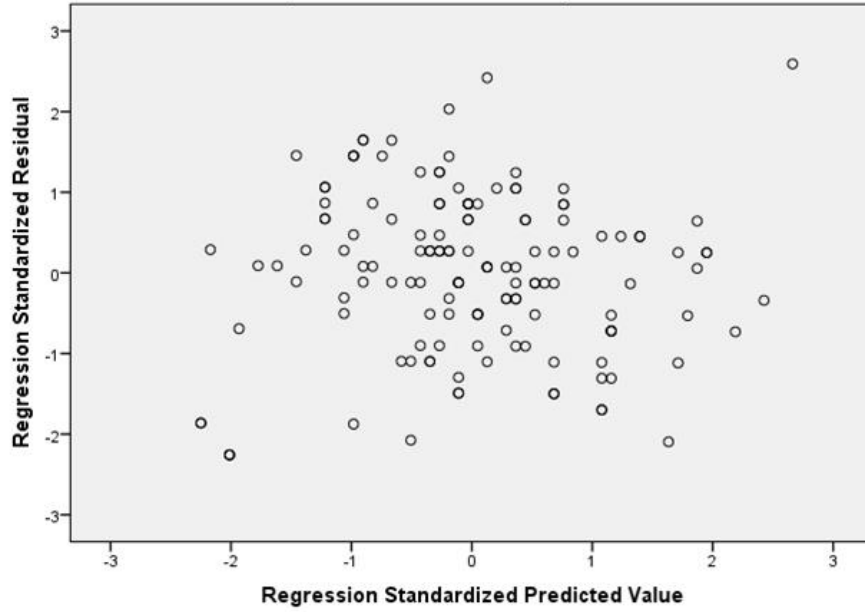
$\bar{x}$ =Ortalama; SS=Standart Sapma; n=Örneklem Sayısı

iii. Artıkların (Residuals) Normal Dağılımlı

**Şekil 4.6: Artıkların (Residuals) Dağılımını Gösteren Grafikler**

Şekil 4.6'dan da görüldüğü gibi değişkenlerin hatalarına ilişkin dağılım grafiklerinin normal dağıldığını böylece regresyon için gerekli olan üçüncü varsayımın sağlandığı görülmektedir.

iv. *Eş-Varyanslılık (Homoscedasticity) Olmalı*



Şekil 4.7: Eş-Varyanslılık (Homoscedasticity) Varsayımının İncelenmesi

Şekil 4.7 incelendiğinde gayet anlamlı bir şekilde eş varyanslı bir görünüm olduğu görülmektedir. Yani her tarafa yayılmış bir dağılım olduğunu dolayısı ile dördüncü varsayımın da yerine getirildiği söylenebilir. Bütün varsayımlar sağlanmıştır. Dolayısı ile H_3 Hipotezinin test edilmesi için kamuda çalışan dış hekimlerinin örgütsel adalet algısının tıbbi hata tutumları üzerindeki etkisini araştırmak üzere SPSS ile Basit Doğrusal Regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizlerin sonucu Tablo 4.2.6’de verilmiştir.

Tablo 4.2.6: Kamuda Çalışan Dış Hekimlerinin Örgütsel Adalet Algısının Tıbbi Hata Tutumları Üzerindeki Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi

R^2		Ayarlanmış R^2		F istatistikleri		Sabit	
0,185		0,179*		F(1,135)=25,098		19,102	
Bağımsız değişken		Standardize β katsayısı	edilmemiş	Standardize β katsayısı	edilmiş	t testi	p
Örgütsel Adalet Algısı		-0,35		-0,30		6,113	0,001

*p<0,01

Elde edilen basit doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre Standardize Edilmiş $R^2=0,179$ istatistiksel olarak anlamlı derecede sıfırdan farklı çıktı, $F(1,135)=25,098$; ($p=0,001$) ve bağımlı değişken olan kamuda çalışan dış hekimlerinin tıbbi hata tutumlarına ait olan varyansın %18'i (Standardize Edilmiş $R^2=0,179$) bağımsız değişken olan örgütsel adalet algısı tarafından açıklandığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.2.6). Buna göre kamuda çalışan dış hekimlerinin örgütsel adalet algısı tıbbi hata tutumlarını %35 etkilemektedir. Dolayısı ile örgütsel adalet algısı arttıkça tıbbi hatalarda da bir azalış olduğu ifade edilebilir. Elde edilen sonuçlara dayanarak ileri sürülmüş olan H_3 Hipotezinin doğrulandığı söylenebilir.

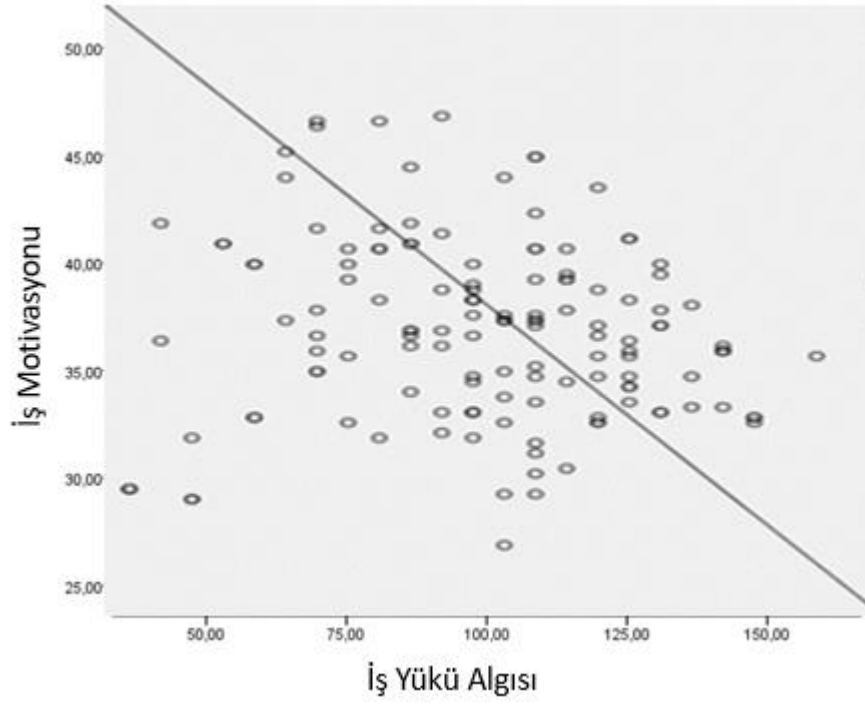
Hipotez 4 (H_4) aşağıdaki gibidir:

H_4 : Kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısı iş motivasyonunu etkiler.

H_4 Hipotezinin test edilmesi için kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısının iş motivasyonu üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Etkinin araştırılması için Basit Doğrusal Regresyon analizi yapılmıştır.

Basit Doğrusal Regresyon analizinin yapılması için gerekli olan bazı varsayımlar mevcuttur. Bu varsayımlar aşağıdaki gibidir:

- i. ***Doğrusal Bir İlişkinin Var Olması:*** Değişkenler arasında doğrusal bir ilişkinin olup olmadığını test etmek için SPSS'te yer alan saçılım grafiklerinden yararlanılmıştır. Buna göre Şekil 4.8'de değişkenlerin ilişkisini gösteren saçılım grafikleri yer almaktadır.



Şekil 4.8: İş Yükü Algısı ile İş Motivasyonu Arasındaki İlişki

Şekil 4.8’den de görüldüğü üzere kamuda çalışan diş hekimlerinin iş yükü algısı ile iş motivasyonu arasında negatif doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre Basit Doğrusal Regresyon Analizi’nin yapılması için gerekli olan birinci varsayımın sağlandığı görülmektedir.

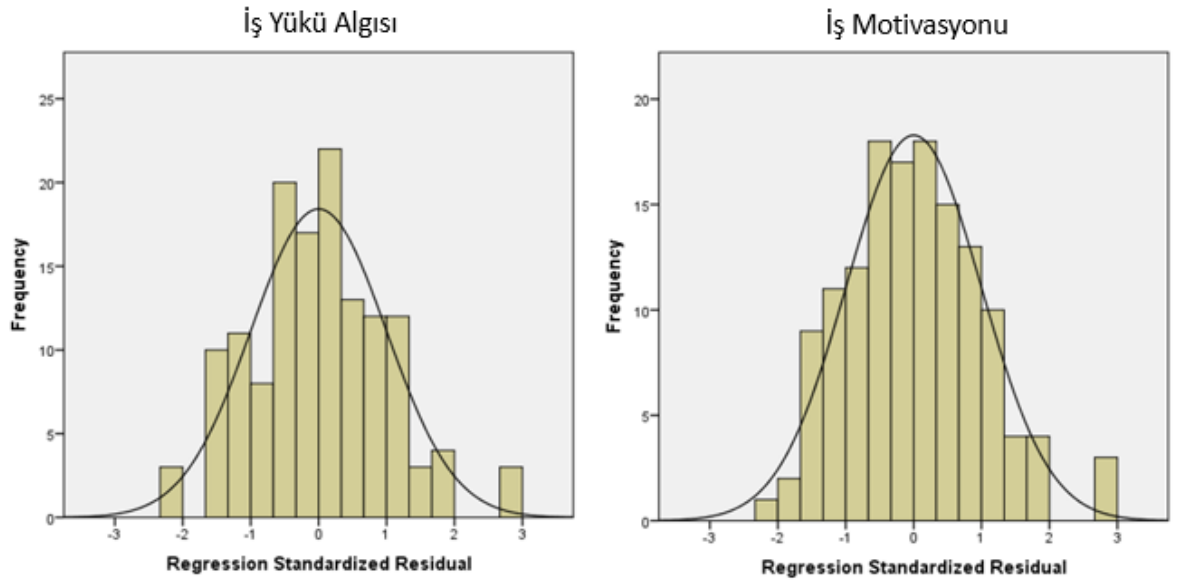
ii. **Anlamlı Uç Değerlerin Olmaması:** Anlamlı uç değerlerin varlığını test etmek için yapılan regresyon tablosundan çıkan Cook’s Distance Testi Maksimum değerinin 1’in üzerinde olmaması beklenir. Buna göre SPSS ile yapılan Regresyon Analizine göre her iki değişken için de Cook’s Distance değerinin maksimum değeri 1’in altında olduğu görüşmüştür. İlgili değerler koyu ile yazılmıştır (Bkz. Tablo 4.2.7). Buna göre değişkenlerde anlamlı bir uç değer olmadığı belirlendi.

Tablo 4.2.7: Anlamli Uç Değer Varlığının Test Edilmesi

	Minimum	Maksimum	$\bar{x}$	SS	n
Cook's Distance (Bağımsız Değişken için)	0,000	0,165	0,417	1,251	142
Cook's Distance (Bağımlı Değişken için)	0,001	0,412	0,019	0,096	142

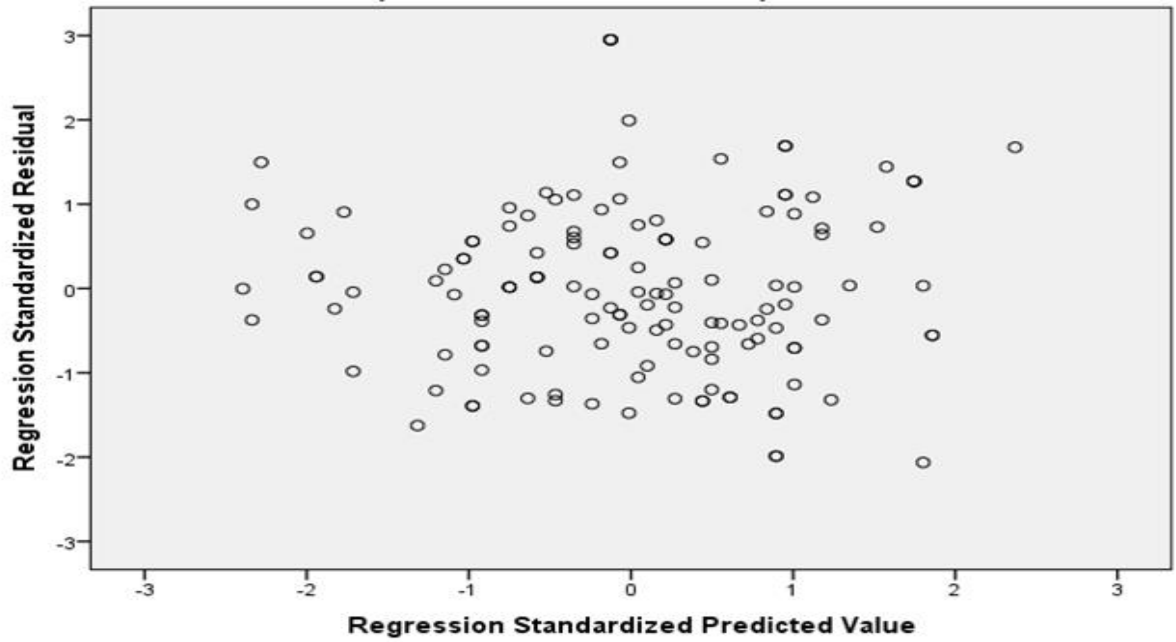
$\bar{x}$ =Ortalama; SS=Standart Sapma; n=Örneklem Sayısı

iii. *Artıkların (Residuals) Normal Dağılım Göstermesi Gerekir*

**Şekil 4.9: Artıkların (Residuals) Dağılımını Gösteren Grafikler**

Şekil 4.9'dan da görüldüğü gibi değişkenlerin hatalarına ilişkin dağılım grafiklerinin normal dağıldığını böylece regresyon için gerekli olan üçüncü varsayımın sağlandığı görülmektedir.

iv. *Eş-Varyanslılık (Homoscedasticity) Olmalı*



Şekil 4.10: Eş-Varyanslılık (Homoscedasticity) Varsayımının İncelenmesi

Şekil 4.10 incelendiğinde gayet anlamlı bir şekilde eş varyanslı bir görünüm olduğu görülmektedir. Yani her tarafa yayılmış bir dağılım olduğunu dolayısı ile dördüncü varsayımın da yerine getirildiği söylenebilir. Bütün varsayımlar sağlanmıştır. Dolayısı ile H_4 Hipotezinin test edilmesi için kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısının iş motivasyonu üzerindeki etkisini araştırmak üzere SPSS ile Basit Doğrusal Regresyon analizi yapıldı. Bu analizlerin sonucu Tablo 4.2.8’de verilmiştir.

Tablo 4.2.8: Kamuda Çalışan Dış Hekimlerinin İş Yükü Algısının İş Motivasyonu Üzerindeki Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi

R^2	Ayarlanmış R^2		F istatistikleri		Sabit	
0,362	0,345*		F(1,135)=32,102		22,005	
Bağımsız değişken	Standardize β katsayısı	edilmemiş	Standardize β katsayısı	edilmiş	t testi	p
İş Yükü Algısı	-0,63		-0,59		8,054	0,000

*p<0,01

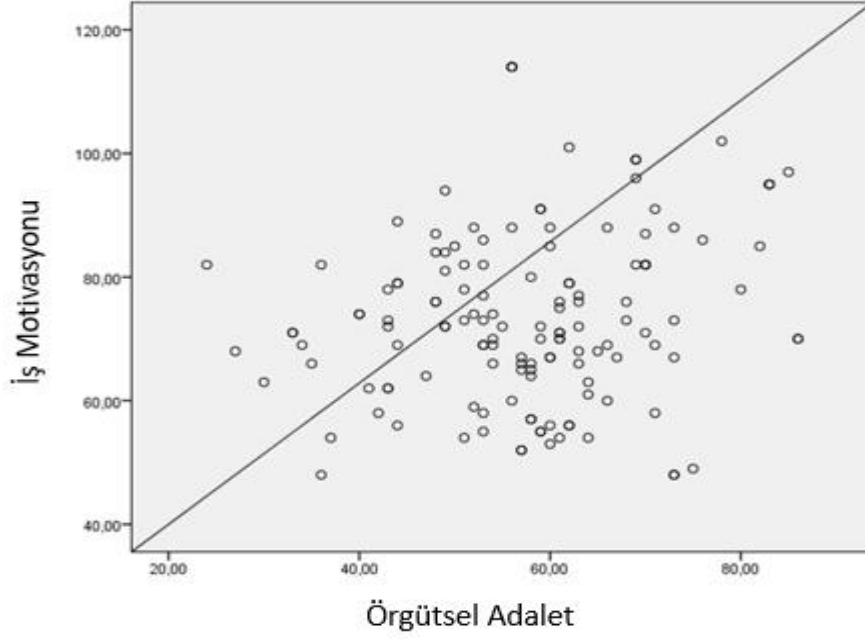
Elde edilen basit doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre Standardize Edilmiş $R^2=0,345$ istatistiksel olarak anlamlı derecede sıfırdan farklı çıktı, $F(1,135)=32,102$; ($p=0,000$) ve bağımlı değişken olan kamuda çalışan dış hekimlerinin iş motivasyonuna ait olan varyansın %34'ü (Standardize Edilmiş $R^2=0,345$) bağımsız değişken olan iş yükü algısı tarafından açıklandığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.2.8). Buna göre kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısı iş motivasyonunu %63 etkilemektedir. Dolayısı ile kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısı arttıkça iş motivasyonlarında bir azalış olduğu ifade edilebilir. Elde edilen sonuçlara dayanarak ileri sürülmüş olan H_4 Hipotezinin doğrulandığı söylenebilir.

Hipotez 5 (H_5) aşağıdaki gibidir:

H_5 : Kamuda çalışan dış hekimlerinin örgütsel adalet algısı iş motivasyonunu etkiler.

H_5 Hipotezinin test edilmesi için kamuda çalışan dış hekimlerinin örgütsel adalet algısının iş motivasyonu üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Etkinin araştırılması için Basit Doğrusal Regresyon analizi yapıldı. Basit Doğrusal Regresyon analizinin yapılması için gerekli olan bazı varsayımlar mevcuttur. Bu varsayımlar aşağıdaki gibidir:

i. ***Doğrusal Bir İlişkinin Var Olması:*** Değişkenler arasında doğrusal bir ilişkinin olup olmadığını test etmek için SPSS'te yer alan saçılım grafiklerinden yararlanılmıştır. Buna göre Şekil 4.11'de değişkenlerin ilişkisini gösteren saçılım grafikleri yer almaktadır.



Şekil 4.11: Örgütsel Adalet Algısı ile İş Motivasyonu Arasındaki İlişki

Şekil 4.11’den de görüldüğü üzere kamuda çalışan diş hekimlerinin örgütsel adalet algısı ile iş motivasyonu arasında pozitif doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre Basit Doğrusal Regresyon Analizi’nin yapılması için gerekli olan birinci varsayımın sağlandığı görülmektedir.

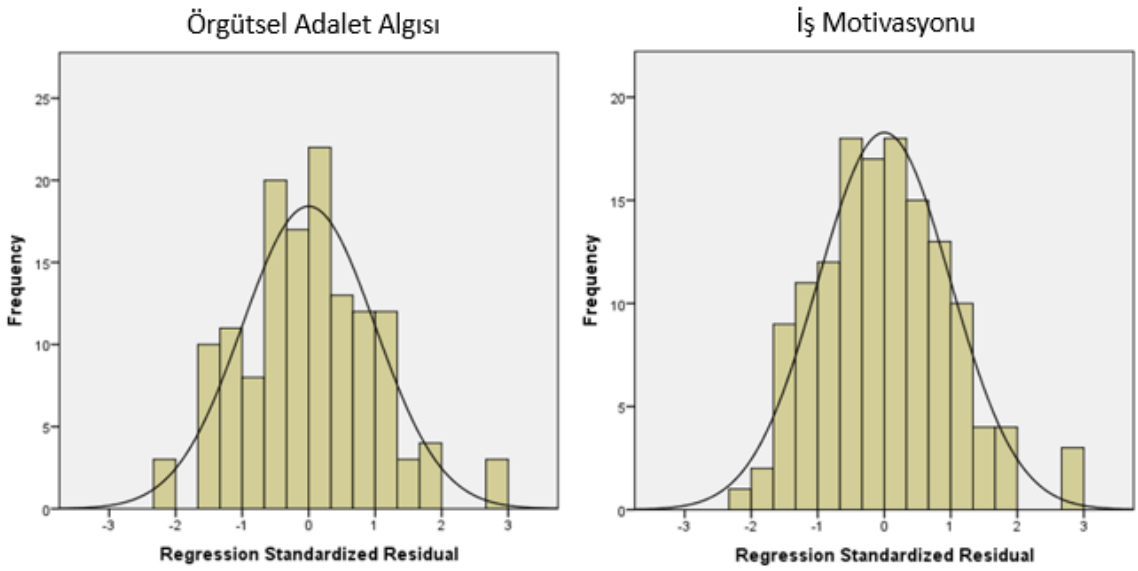
ii. Anlamlı Uç Değerlerin Olmaması: Anlamlı uç değerlerin varlığını test etmek için yapılan regresyon tablosundan çıkan Cook’s Distance Testi Maksimum değerinin 1’in üzerinde olmaması beklenir. Buna göre SPSS ile yapılan Regresyon Analizine göre her iki değişken için de Cook’s Distance değerinin maksimum değeri 1’in altında olduğu görüşmüştür. İlgili değerler koyu ile yazılmıştır (Bkz. Tablo 4.2.9). Buna göre değişkenlerde anlamlı bir uç değer olmadığı belirlendi.

Tablo 4.2.9: Anlamlı Uç Değer Varlığının Test Edilmesi

	Minimum	Maksimum	$\bar{x}$	SS	n
Cook's Distance (Bağımsız Değişken için)	0,000	0,231	0,524	0,426	142
Cook's Distance (Bağımlı Değişken için)	0,001	0,412	0,019	0,096	142

$\bar{x}$ =Ortalama; SS=Standart Sapma; n=Örneklem Sayısı

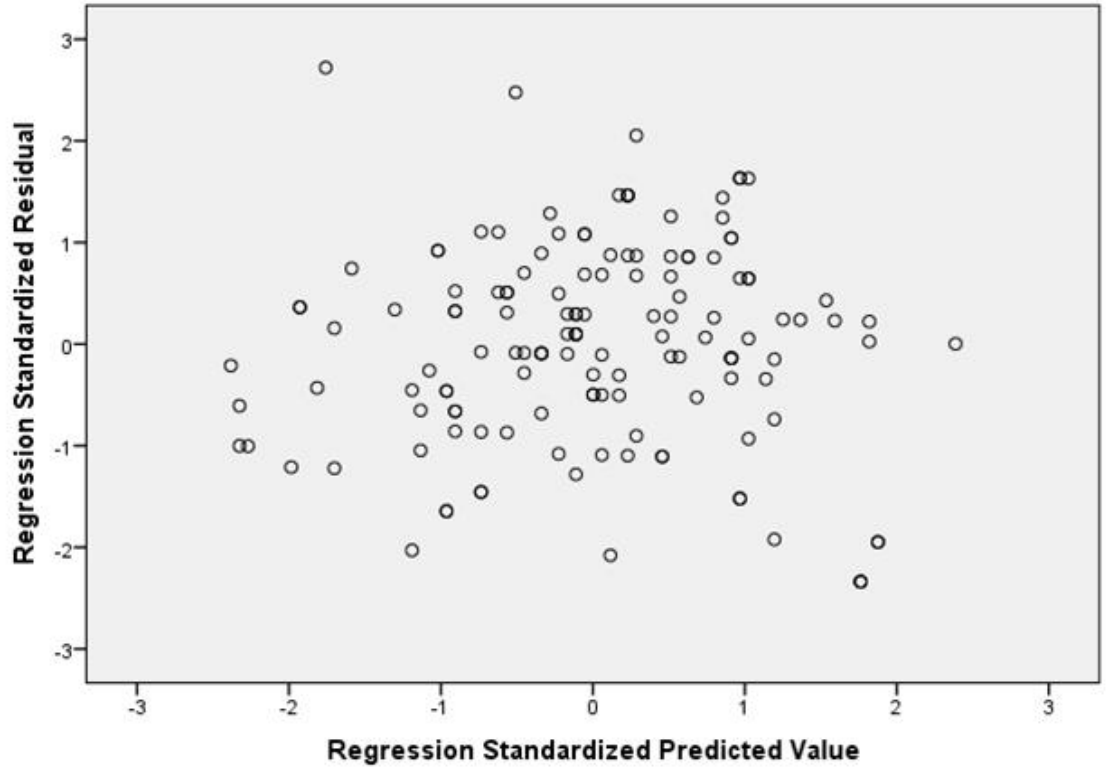
iii. Artıkların (Residuals) Normal Dağılım Göstermesi Gerekir



Şekil 4.12: Artıkların (Residuals) Dağılımını Gösteren Grafikler

Şekil 4.12'den de görüldüğü gibi değişkenlerin hatalarına ilişkin dağılım grafiklerinin normal dağıldığını böylece regresyon için gerekli olan üçüncü varsayımın sağlandığı görülmektedir.

iv. *Eş-Varyanslılık (Homoscedasticity) Olmalı*



Şekil 4.13: Eş-Varyanslılık (Homoscedasticity) Varsayımının İncelenmesi

Şekil 4.13 incelendiğinde anlamlı bir şekilde eş varyanslı bir görünüm olduğu görülmektedir. Yani her tarafa yayılmış bir dağılım olduğunu dolayısı ile dördüncü varsayımın da yerine getirildiği söylenebilir. Bütün varsayımlar sağlanmıştır. Dolayısı ile H_5 Hipotezinin test edilmesi için kamuda çalışan diş hekimlerinin örgütsel adalet algısının iş motivasyonu üzerindeki etkisini araştırmak üzere SPSS ile Basit Doğrusal Regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizlerin sonucu Tablo 4.2.10'da verilmiştir.

Tablo 4.2.10: Kamuda Çalışan Dış Hekimlerinin Örgütsel Adalet Algısının İş Motivasyonu Üzerindeki Etkisine İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi

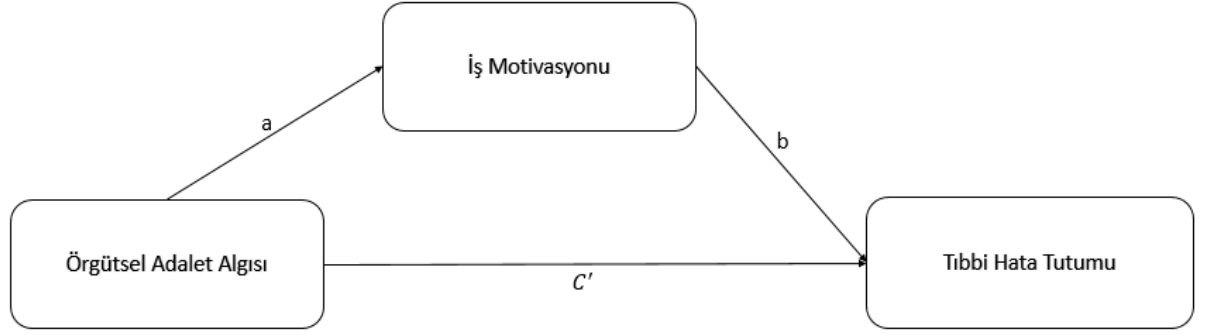
R ²		Ayarlanmış R ²		F istatistikleri		Sabit	
0,298		0,291		F(1,135)=27,708		19,355	
Bağımsız değişken		Standardize β katsayısı	edilmemiş	Standardize β katsayısı	edilmiş	t testi	p
Örgütsel Algısı	Adalet	0,58*		0,53		6,108	0,000

Elde edilen basit doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre Standardize Edilmiş $R^2=0,298$ istatistiksel olarak anlamlı derecede sıfırdan farklı çıktı, $F(1,135)=27,708$; ($p=0,000$) ve bağımlı değişken olan kamuda çalışan dış hekimlerinin iş motivasyonuna ait olan varyansın %29'u (Standardize Edilmiş $R^2=0,291$) bağımsız değişken olan örgütsel adalet algısı tarafından açıklandığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.2.10). Buna göre kamuda çalışan dış hekimlerinin örgütsel adalet algısı iş motivasyonunu %53 etkilemektedir. Dolayısı ile kamuda çalışan dış hekimlerinin örgütsel adalet algısı arttıkça iş motivasyonlarında bir artış olduğu ifade edilebilir. Elde edilen sonuçlara dayanarak ileri sürülmüş olan H_5 Hipotezinin doğrulandığı söylenebilir.

Hipotez 6 (H_6) aşağıdaki gibidir:

H_6 : Dış hekimlerinin iş motivasyonu örgütsel adalet algısı ile tıbbi hata tutumları arasında aracı role sahiptir.

H_6 Hipotezine ilişkin Basit Etki Modeli ve Aracı Etki Modeli Şekil 4.14'de gösterilmektedir. İlgili modelin doğruluğunu sınamak yani kamuda çalışan dış hekimlerinin örgütsel adalet algısı ile tıbbi hata tutumları arasında iş motivasyonunun aracılık rolünü araştırmak için AMOS Paket Programı ile Yapısal Eşitlik Modellemesi yapılmıştır. Buna göre ilgili hipotezin sonuçları Tablo 4.2.11'de verilmiştir.



Şekil 4.14: H6 Hipotezine İlişkin Basit Etki ve Aracı Etkili Modeli

Tablo 4.2.11: Örgütsel Adalet Algısının Tıbbi Hata Tutumları Üzerindeki Etkisinde İş Motivasyonun Aracılık Rolüne İlişkin Yapısal Eşitlik Modellemesi Sonuçları

	Sonuç Değişkenleri			
	İş Motivasyonu		Tıbbi Hata Tutumları	
	β	SH	β	SH
Örgütsel Adalet Algısı (c yolu)			-0,350*	0,043
R ²			0,185	
Örgütsel Adalet Algısı (a yolu)	0,580*	0,012		
R ²	0,580			
Örgütsel Adalet Algısı (c' yolu)			-0,240*	0,059
İş Motivasyonu (b yolu)			0,219*	0,042
R ²			0,203	
Dolaylı Etki			0,186* (0,042-0,213)	

*p<0,01

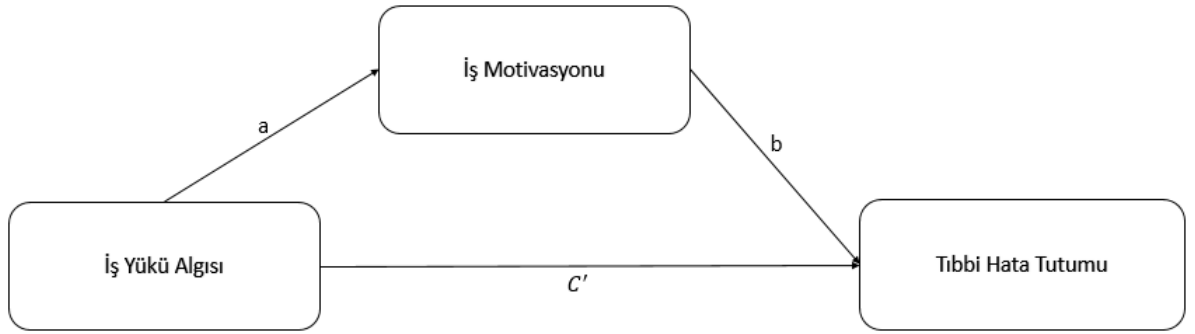
Tablo 4.2.11 incelendiğinde örgütsel adalet algısının tıbbi hata tutumları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı negatif ve bir etkiye sahip olduğu, örgütsel adalet algısının iş motivasyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif ve bir etkiye sahip olduğu, ve dolaylı etkinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu 0,186 (0,042-0,213) yani kamuda çalışan diş hekimlerinin örgütsel adalet algısının tıbbi hata tutumları

üzerindeki etkisinde iş motivasyonunun aracılık rolü vardır. Buna göre ileri sürülmüş olan H_6 Hipotezi doğrulanmıştır.

Hipotez 7 (H_7) aşağıdaki gibidir:

H_7 : Kamuda çalışan dış hekimlerinin iş motivasyonu iş yükü algısı ile tıbbi hata tutumları arasında aracı role sahiptir.

H_7 Hipotezine ilişkin Basit Etki Modeli ve Aracı Etkili Modeli ise Şekil 4.15'te gösterilmektedir. İlgili modelin doğruluğunu sınamak yani kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısı ile tıbbi hata tutumları arasında iş motivasyonunun aracılık rolünü araştırmak için AMOS Paket Programı ile Yapısal Eşitlik Modellemesi yapılmıştır. Buna göre ilgili hipotezin sonuçları Tablo 4.2.12'de verilmiştir.



Şekil 4.15: H_7 Hipotezine İlişkin Basit Etki ve Aracı Etkili Modeli

Tablo 4.2.12: İş Yüğü Algısının Tıbbi Hata Tutumları Üzerindeki Etkisinde İş Motivasyonunun Aracılık Rolüne İlişkin Yapısal Eşitlik Modellemesi Sonuçları

	Sonuç Değişkenleri			
	İş Motivasyonu		Tıbbi Hata Tutumları	
	β	SH	β	SH
İş Yüğü Algısı (c yolu)			0,601*	0,009
R ²			0,206	
İş Yüğü Algısı (a yolu)	-0,634*	0,005		
R ²	0,362			
İş Yüğü Algısı (c' yolu)			0,350*	0,353
İş Motivasyonu (b yolu)			-0,312*	0,123
R ²			0,297	
Dolaylı Etki			0,172* (0,035-0,159)	

*p<0,01

Tablo 4.2.12 incelendiğinde kamuda çalışan diş hekimlerinin iş yüğü algısının tıbbi hata tutumları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkiye sahip olduğu, iş yüğü algısının iş motivasyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı negatif bir etkiye sahip olduğu, ve dolaylı etkinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu 0,172 (0,035-0,159) görülmektedir. Bu bulgular ışığında kamuda çalışan diş hekimlerinin iş yüğü algısının tıbbi hata tutumları üzerindeki etkisinde iş motivasyonunun aracılık rolü vardır. Buna göre ileri sürülmüş olan H_7 Hipotezi doğrulanmıştır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE DEĞERLENDİRME

Bu bölümde araştırmaya ilişkin sonuçlara, tartışmalara ve bulgular üzerinden düzenlenen önerilere yer verilmiştir.

5.1 Genel Değerlendirme ve Tartışma

Sağlık hizmetleri tüm ülkelerin öncelikli konusu olmakla birlikte, hizmetin sunumu sırasında yaşanan tıbbi hatalar hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları olumsuz şekilde etkilemektedir. Özellikle yoğun iş yükü, sağlık profesyonellerinin performansını ve hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuz sonuçlar daha sonra hasta güvenliğini etkilemektedir (Balanuye, 2014). Çalışanlarda iş yükü fazlalığı, anksiyetiye, depresyona, tükenmişlik sendromuna, iş veriminin düşmesine, somatizasyon bozukluklarına neden olmaktadır (Kopuz, 2013). İş yükü işe bağlı gerginliği arttırmakta ve buna bağlı olumsuz sonuçlar görülmektedir. Stres, işyerinde cezalandırılma korkusu, yönetimden kaynaklı sorunlar işe bağlı gerginliği arttırmaktadır. İş yükü ve işe bağlı gerginlik tıbbi hataların oluşumuna neden olmaktadır (Erçevik, 2010). Sağlık personelinin kendilerini çalıştıkları kuruma ait hissetmeleri örgütsel adaletle sağlanabilir. Eğer adalet sağlanmazsa kuruma olan bağlılık azalacağından hata yapmaya yatkınlık artacağı gibi bu hataları önemsemenin azalmasına neden olacaktır (Uluköy, 2014: 213-226). Tıbbi hataların zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması, sorunun çözümüne yönelik önerilerin belirlenebilmesi için son derece önem taşımaktadır (Akgün ve Al-Assaf, 2007). Bu araştırma ile diş hekimlerinin örgütsel adalet, iş yükü algısı, motivasyonlarının tıbbi hata tutumları üzerine etkisinin tespit edilmesi amaçlandı. Bu amaç ile yola çıkılarak yapılan bu araştırmanın verilerinden elde edilen bulgular literatür ışığında tartışıldı.

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin %65,49'u (n=93) kadın, %34,51'i (n=49) erkek idi. Tüm türkiyede kamu özel ayrımı yapılmaksızın yapılan çalışmada erkek (%56)

kadın (%44) oranının neredeyse eşit durumdadır (Erçin, Berkmen ve Arhun, 2020: 49-53). Örneklem seçiminde sadece kamu kurumlarında çalışan diş hekimlerinin bulunması bu farka neden olduğu düşünülebilir. Kadınların kamudaki çalışma şartlarını özel sektöre göre daha risksiz alan olarak bulmaları bunun nedeni olarak düşünülebilir.

Örneklem grubunun yaş ortalamasına bakıldığında en yüksek ortalamanın 25-31 yaş aralığı (%33,10) ikinci en yüksek ortalamanın ise %24,65 ortalama ile 32-38 yaş aralığı olduğu tespit edilmiştir. Kamuda çalışanların yaş aralığının daha düşük olmasının nedeni son yıllarda kamuya atanan diş hekimi sayısının önceki yıllara göre çok olması nedeniyle olabileceği gibi insanların ekonomik kaygılar nedeniyle üniversiteden mezun olduklarında kısa sürede iyi bir gelir elde etmek, özel kurumlarda daha düşük ücretle çalışma gerekliliği veya özel bir işletme açma maliyetinin yüksek olması etkili olduğu düşünülebilir. Örneklem grubunun medeni durum dağılımında evli (%60,86) diş hekimlerinin bekar (39,44) diş hekimlerinden fazla olduğu saptanmıştır. Bu durumun nedeni olarak kamuda çalışmanın aile hayatında daha rahat bir ortamın elde edilmesine olanak sağlamasının etkili olduğu düşünülmektedir. Örneklemdeki meslekte çalışma yılının 20 yıl ve üzeri (%29,58) olanların en büyük çoğunluğu oluşturduğu gözükmemektedir. Bu durumun nedeni olarak diş hekimliğinde özel sektörde çalışma şartlarının ileri yaşlara göre zor olduğu ve kamudan emekli olmanın özel sektörden emekli olmaktan daha iyi sonuçları olduğu için diş hekimlerinin mesleğinin son yıllarında kamuya atanma isteklerinin fazla olabileceği ve bu yüzden atanma sayısının fazla olabileceği düşünülebilir. 1-5 yıl (%26,06) ve 6-10 yıl (23,24) olarak en fazla 10 yıllık çalışanların neredeyse örneklemin yarısını oluşturduğu gözükmemektedir. Örneklemin yaş ortalaması ile doğru orantılı olduğu gözükmemektedir.

Araştırmaya katılan diş hekimlerinin “Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği” puan ortalamasının $36,459 \pm 5,075$ olarak olumlu tutumlarının olduğu, “Örgütsel Adalet Kavramı Ölçeği” algısı puan ortalamasının, $57,583 \pm 12,582$ olarak yüksek düzeyde “Bireysel İş Yüğü Algı Ölçeği”, $100,226 \pm 17,636$ olarak orta düzeyde “Çok Boyutlu İş Motivasyonu Ölçeği” $73,467 \pm 13,963$ orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızda bireysel iş yükü algısı ile çok boyutlu iş motivasyonu arasında negatif bir ilişkinin olduğu iş yükü arttıkça motivasyonun azaldığını tespit edilmiştir. Yine

örgütsel adalet algısının azaldığı durumda bireysel iş yükü algısının arttığı tespit edilmiştir. Örgütsel adalet algısının olmaması durumunda motive olunamadığı tespit edilmiştir. Diğer değişkenler arasında pozitif bir korelasyon olduğu görülmektedir. İlişkilerin gücüne bakıldığında, en düşük ilişkinin tıbbi hata tutum ölçeğinin alt boyutu olan tıbbi hata nedenleri ile bireysel iş yükü algısı ölçeği (0,168), çok boyutlu iş motivasyonu ile bireysel iş yükü algısı ölçeğinin (0,162) arasında olduğu, en yüksek ilişkinin ise bireysel iş yükü algısı ile örgütsel adalet algısı ölçeği (0,845) ve bireysel iş yükü algısı ölçeği ile iş yükü algısı ölçeğinin alt boyutu olan yönetici desteği (0,869) arasında olduğu saptandı. Tüm diğer değişkenler arasındaki ilişkilerin ise orta ve yüksek düzeyde oldukları tespit edilmiştir.

Bu çalışmada dış hekimlerinin tıbbi hata tutumlarının yüksek olduğu saptanırken; örneklem grupları farklı olmak ile beraber Kandemir ve Yüksel'in (2020) ve Dığın ve Özkan'ın (2010) çalışmalarında hemşirelerin tıbbi hata tutumunun olumlu olduğu saptanmıştır. Banaz (2020) çalışmasında keimlerin tıbbi hata tutumlarının ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Özlük'ün (2020) çalışmasında tecrübeli hemşirelerin yaşca genç olan hemşirelere göre tıbbi hata tutumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Şahin vd.,'nın (2020) ebeklik öğrencilerinde eğitim düzeyleri artıkça tıbbi hata tutumları artmakta olduğu saptanmıştır. Araştırmamıza katılan kamuda çalışan dış hekimlerinin tıbbi hata tutumlarının yüksek olmasına rağmen araştırmamızda yaş ortalamasının düşük çıktığı göz önüne alınınca kamu dış hekimlerinin tıbbi hata tutumlarının yükseltilmesi için hizmet içi eğitimlerin yapılmasının katkısı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda dış hekimlerinin örgütsel adalet algılarının yüksek olduğu saptanmıştır. Örneklem grubu farklı olan Şahin ve Taşkaya'nın (2010) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algılarının yüksek seviyeye yakın olduğu saptanmıştır. Keklik ve Us'un (2013) yılında yaptığı çalışmada yüksek ücret alanların düşük ücret alanlara göre örgütsel adalet algılarının yüksek olduğu saptanmıştır. Orhaner, vd. (2020) hekimlerle yaptığı araştırmada performans sisteminin örgütsel adaletsizliği neden olduğu saptanmıştır. 2013 yılında yapılan çalışmada yüksek gelirlilerin adalet duygusu daha iyi iken 2020 yılında hekimlerle yapılan araştırmada örgütsel adalet düzeyinin düştüğü saptanmıştır. Dış hekimlerinin örgütsel adalet algılarının yüksek olması diğer sağlık çalışanlarından daha iyi gelir elde ettikleri düşüncesi oluşturabilir. Günümüze doğru değişen durumun iyiye yönlendirilmesi için gerekli düzenlemelerin

yapılması gerekmektedir. Araştırmaya katılan kamuda çalışan dış hekimlerinin örgütsel adalet algısı tıbbi hata tutumlarını %35 etkilemektedir. Literatürde dış hekimlerinin örgütsel adalet algısı tıbbi hata tutumu üzerindeki etkisi araştırıldığında bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Diğer sağlık çalışanları hakkında inceleme yapıldığında da bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda araştırmamız literatüre bir katkı olabilir.

Çalışmamıza katılan dış hekimlerinin, bireysel iş yükü algı ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde olduğu saptandı. Karacabay, vd. (2020) hemşirelerin iş yükü algılarının düşük olduğu belirlenmiştir. Şahin'in (2019) 112 çalışanları ile yaptığı çalışmada iş yükünün çok yüksek olmadığı saptanmıştır. Tan ve arkadaşları (2012), çalışmalarında hemşirelerin çalışma ortamı algılarını yüksek olarak belirlemişlerdir. Çalışmamız literatürle farklılık göstermektedir. Bu sonucun; dış hekimlerinin iş yükü algısının, işten beklentiler, değerler, inançlar, iş ortamı ve iş doyumundan etkilenme durumundan kaynaklandığı düşünülebilir.

Hicks ve arkadaşları (2008), tıbbi hataların en fazla oluşma nedenleri arasında, dikkatsizlik ve iş yükünün fazla olmasını göstermişlerdir. Nath ve Marcus (2006), çalışmalarında kayıtların düzenli tutulmaması ve iş yükünün fazla olmasının tıbbi hataya neden olduğunu saptamıştır. Saygılı ve Çelik (2011), çalışmalarında iş yükü artışının tedavi ve bakımın bölünmesine ve dikkatin dağılmasına ve dolayısı ile hatalar yapılmasına neden olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısı tıbbi hata tutumlarını %56 etkilemektedir. Literatürde dış hekimlerinin iş yükü algısının tıbbi hata tutumu üzerindeki etkisi araştırıldığında bir araştırmaya rastlanılmamakla birlikte hemşireler üzerinde Göl'ün (2019) ve Özyer'in (2016) yılında yapılan araştırmalarında iş yükü algısı ile tıbbi hata tutumları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Araştırmamızdan farklı bir sonucun ortaya çıkmasının nedeni olarak örneklem grubunun farklı olması kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda araştırmamız literatüre bir sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısı iş motivasyonunu %34 etkilemektedir. Dolayısı ile kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısı arttıkça iş motivasyonlarında bir azalış olduğu ifade edilebilir. Literatürde dış hekimlerinin iş yükü algısının motivasyon üzerindeki etkisi araştırıldığında bir araştırmaya

rastlanılmamakla birlikte sağlık çalışanları üzerinde Kahveci'nin (2016) yılında yaptığı araştırmada iş yükü algısı artıkça motivasyonun azaldığı yönünde bulunmuştur. Araştırmamıza paralel çıkan bu sonucun aslında diş hekimlerinin de dahil olduğu tüm sağlık çalışanlarının iş yükü kaynaklı motivasyon kaybına uğradıkları düşünülebilir.

Araştırmaya kamuda çalışan diş hekimlerinin örgütsel adalet algısı iş motivasyonunu %53 etkilemektedir. Dolayısı ile kamuda çalışan diş hekimlerinin örgütsel adalet algısı arttıkça iş motivasyonlarında bir artış olduğu ifade edilebilir. Literatürde diş hekimlerinin örgütsel adalet algısının motivasyon üzerindeki etkisi araştırıldığında bir araştırmaya rastlanılmamakla birlikte Akman'ın (2017) yılında hemşireler zernde yaptığı araştırmada ve Tarsuslu'nun (2016) hastane çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada örgütsel adalet algısının motivasyonun etkilediği belirtilmiştir. Araştırmamıza paralel çıkan bu sonucun aslında diş hekimlerinin de dahil olduğu tüm sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algılarının motivasyonu etkiledikleri düşünülebilir.

Araştırmaya kamuda çalışan diş hekimlerinin örgütsel adalet algısının tıbbi hata tutumları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı negatif ve bir etkiye sahip olduğu, örgütsel adalet algısının iş motivasyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif ve bir etkiye sahip olduğu ve dolaylı etkinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu yani kamuda çalışan diş hekimlerinin örgütsel adalet algısının tıbbi hata tutumları üzerindeki etkisinde iş motivasyonunun aracılık rolü vardır. Literatürde rgtsel adalet algısının tıbbi hata tutumları üzerindeki etkisinde iş motivasyonunun aracılık rolü araştırıldığında bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Diğer sağlık çalışanları hakkında inceleme yapıldığında da bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda araştırmamız literatüre bir katkı olabilir.

Araştırmaya katılan kamuda çalışan diş hekimlerinin iş yükü algısının tıbbi hata tutumları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir etkiye sahip olduğu, iş yükü algısının iş motivasyonu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı negatif bir etkiye sahip olduğu ve dolaylı etkinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bu bulgular ışığında kamuda çalışan diş hekimlerinin iş yükü algısının tıbbi hata tutumları üzerindeki etkisinde iş motivasyonunun aracılık rolü vardır. Literatürde iş yükü algısının tıbbi hata tutumları üzerindeki etkisinde iş motivasyonunun aracılık rolü

araştırıldığında bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Diğer sağlık çalışanları hakkında inceleme yapıldığında da bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda araştırmamız literatüre bir katkı olabilir.



ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ

Çalışma kapsamındaki dış hekimlerinin örgütsel adalet, iş yükü algısı, motivasyonlarının tıbbi hata tutumları üzerine etkisinin olduğu saptanmıştır. Tablo 6.1’de dış hekimlerinin örgütsel adalet, iş yükü algısı, motivasyonlarının tıbbi hata tutumları üzerine etkisine yönelik oluşturulan hipotezlerin sonuçları şu şekildedir:

Tablo 6.1: Araştırmaya İlişkin Hipotez Sonuçları

HİPOTEZLER	SONUÇ
H1: Kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısı, örgütsel adalet algısı, motivasyon düzeyleri ve tıbbi hata tutumu arasında pozitif bir ilişki vardır.	KISMEN KABUL
H2: Kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısının tıbbi hata tutumları üzerine etkisi vardır.	KABUL
H3: Kamuda çalışan dış hekimlerinin örgütsel adalet algısının tıbbi hata tutumlarını üzerine etkisi vardır.	KABUL
H4: Kamuda çalışan dış hekimlerinin iş yükü algısının iş motivasyonları üzerinde etkisi vardır.	KABUL
H5: Kamuda çalışan dış hekimlerinin örgütsel adalet algısının iş motivasyonları üzerine etkisi vardır.	KABUL
H6: Kamuda çalışan dış hekimlerinin iş motivasyonları örgütsel adalet algısı ile tıbbi hata tutumları arasında aracı role sahiptir.	KABUL
H7: Kamuda çalışan dış hekimlerinin iş motivasyonları iş yükü algısı ile tıbbi hata tutumları arasında aracı role sahiptir.	KABUL

İş yükü fazlalığı iş verimini kötü etkilemekte ve bunun sonucunda istenmedik hatalar oluşabilmektedir. Olumsuz iş yükü algısı diş hekimlerinin performansını negatif yönde etkilemektedir. Dolayısıyla birinde meydana gelebilecek olumsuz bir durum diğerlerinde de olumsuzluklara neden olabilmektedir. Bu kavramlar durağan değil, değişkendir. Bu nedenle yapılan bu çalışmanın, ileride farklı örneklem grupları ile tekrarlanırken rehber olması beklenmektedir. Diş hekimlerinin tıbbi hata tutumları üzerine yapılan çalışmada elde edilen sonuçlara bakılarak şu önerilerde bulunulabileceği düşünülmektedir;

- i. Diş hekimlerinin örgütsel adalet düzeylerinin artırılması için örgütsel adaletin tüm boyutları dikkate alınarak ücret, görevlendirme ve karara dahil edilme gibi imkanlara sahip olmasının sağlanması
- ii. Örgütsel adaletin tüm boyutlarını kapsayacak şekilde bir çalışma usul ve esaslarının net ve belirgin şekilde belirlenmesi
- iii. Araştırmamızda negatif ilişki gösteren örgütsel adalet ile tıbbi hata tutumu arasındaki ilişkinin daha kapsamlı araştırma çalışmalarının yapılması
- iv. Diş hekimlerinin iş yükünü azaltacak verilerin toplanması için saha çalışmalarının yapılması
- v. Motivasyon kaybına neden olacak etmenlerin; çalışma ortamının kötü olması, yardımcı personel sayısının yetersiz olması, ücret politikasının baskısının elemine edilmesi için çalışmaların yapılması
- vi. Tıbbi hata raporlama sistemlerinin daha efektif kullanılması için hizmet içi eğitimlerin verilmesi
- vii. Tıbbi hata raporlamaların önemini belirtecek hizmeti içi eğitimlerin verilmesi
- viii. Hasta ve hekim güvenliği için raporlama sisteminin katkılarının anlatılması yönünde çalışmalar yapılması önerilir.
- ix. Diş hekimliği alanında sosyal bilimler konusunda daha çok araştırmanın yapılması tıbbi hata yapmanın azaltılması ve tıbbi hata tutumunun geliştirilmesi için çalışmaların artırılması

Diş hekimlerinin ve tüm sağıık çalışanlarının tıbbi hata tutumlarının geliştirilmesi toplumun güvenli sağıık hizmeti almasına ve maddi zararların önüne geçilmesine sebep olacaktır.



KAYNAKÇA

- Abbasoğlu Ş. (2015). *İş Görenlerde Örgütsel Adalet Algısı ve Örgütsel Adaletin İş Motivasyonu Üzerindeki Etkisi, Bir Devlet Hastanesi Örneği*. Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Akalın, E. (2005). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5 (3): 141-146.
- Akçakaya, M. (2010). Örgütlerde Uygulanan Personel Güçlendirme Yöntemleri: Türk Kamu Yönetiminde Personel Güçlendirme. *Karadeniz Araştırmaları*, 25: 145-174.
- Akgün, S., Al-Assaf, A.F. (2007). Sağlık Kuruluşunda Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz? *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 3: 42-47.
- Akman, F. (2017). *Sağlık Kurumlarında Hemşirelerin Örgütsel Adalet Algıları ve Örgütsel Adaletin İş Motivasyonuna Etkisi; Özel Hastaneler Alan Araştırması*. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Alkış, H., Öztürk, Y. (2009). Otel İşletmelerinde Motivasyon Faktörleri Üzerine Bir Araştırma, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 8 (28): 217.
- Altındış, S. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1: 17-33.
- Anderson, P., Townsend, T. (2010). Medication Errors: Don't Let Them Happen to You. *American Nurse Today*, 5 (3): 23-28.
- Arbuckle, J. L. (2014). Amos (Version 23.0) [Computer Program]. Chicago: IBM SPSS.
- Aslan, Y. (2019). *Bir Üniversite Hastanesinde Bildirimi Yapılan Hata/Olayların "Dünya Sağlık Örgütü Hasta Güvenliği Uluslararası Sınıflandırması"na Göre Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Aslanadam, B. (2011). *Sağlık Personelinin Motivasyonu ve Buna İlişkin Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Ateş, Ç. (2010). *Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hemşirelerin İlaç Uygulama Hataları ve Hata Nedenlerinin Belirlenmesi*. Gazi Üniversitesi, Ankara.

- Avcı, K., Aktan, T. (2015). Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5 (2): 48-54.
- Aytepe, F.Z., Yaman, E. (2015). Diş Hekimliğinde Malpraktis. *Türkiye Klinikleri Dishekimligi Bilimleri Dergisi*, 21(2): 146-150.
- Bairami, F., Molavi Taleghani, Y. (2016). Improving Medical Error Reporting: A Successful Experience From Iran. *Iran Journal of Public Health*, 45 (5): 713-714.
- Bakan, İ. (2011). *Örgütsel Bağlılık*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Balanuye, B. (2014). *Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Balat, Ş., Ok, H. (2013). Yatan Hasta Katlarındaki Kat Sekreterlerinin İş Yükü Analizi. *Muş Alparslan Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 1 (2): 137-144.
- Banaz, M. (2020). *Hekimlerin Defansif Tıp ve Tıbbi Hata Tutumlarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Başçı, A.B.A., Özyurda, F., Yılmazel, G. (2016). Ankara Üniversitesi Hemşirelerinde İşe Bağlı Gerginlik Düzeyi ve Rol Çatışması-Rol Belirsizliği Durumu ve Diğer Etmenler. G.O.P Taksim E.A.H. *JAREN*, 2 (2): 51-58.
- Bies, R. J., Moag, J. S. (1986). Interactional Justice: Communication Criteria of Fairness. *Research on Negotiation in Organizations JAI Press*, 43-55.
- Bilge, Y. (2012). *Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları*. Ankara: Matbaa Promosyon ve Reklam Hizmetleri.
- Bilsel, M.A. (2013). *Örgütsel Adalet Algısının Banka Çalışanlarının Performans ve Motivasyonlarına etkisi: Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Bodur, S., vd. (2012). Ebelik ve Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusundaki Tutumu. *Genel Tıp Dergisi*, 22 (2): 37-42.
- Bovee, C.L. (2007). Excellence in Business. *Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River*, 3: 328-333.

- Büyüköz, T. (2008). *Sektörel Bazda Kademe Yöneticilerinin Motivasyon Düzeylerinin Herzberg'in Çift Faktör Kuramı Bağlamında Değerlendirilmesi*. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.
- Caymaz, M. (2015). Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(4): 1-14.
- Chiang, H.Y., Pepper, G.A. (2006). Barriers to Nurses' Reporting of Medication Administration Errors in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (4): 392-399.
- Cihangiroğlu, N., Şahin, B., Naktiyok, A. (2010). Hekimlerin Örgütsel Algıları Üzerine Bir Araştırma. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 6 (12): 67-82.
- Cox KS, Teasley SL, Lacey SR, Sexton KA, Carroll CA. (2007). Work environment perceptions of pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(1), 179-182.
- Çakır, A., Tütüncü, Ö. (2009). İzmir İli Hastanelerinde Hasta Güvenliği Algısı. *I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi*, 189- 204.
- Çakmak, C., Konca, M., Teleş, M. (2018). Türkiye Ulusal Raporlama Sistemi (GRS) Üzerinden Tıbbi Hataların Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21 (3): 423-448.
- Çelik, A. (2011). *Spor Kulüp Yöneticilerinin Çatışmayı Yönetme Stratejilerinin Mükemmeliyetçilik Özellikleri ve Motivasyon Düzeyleriyle İlişkisi*. Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Çetin, G. (2006). Tıbbi Malpraktis, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu. *Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi Sempozyum Dizisi*, 48:31-42.
- Çiftçioğlu, G., vd. (2018). Hastanelerde Görevli Sağlık Çalışanlarının Bireysel İş Yükü Algıları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 5 (1): 1-8.
- Çivilidağ, A., & Şekercioğlu, G. (2017). Çok Boyutlu İş Motivasyonu Ölçeğinin Türk kültürüne Uyarlanması. *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi*, 7(1), 143-156.
- Croke, M.E. (2006). Nursing malpractice: Determining Liability Elements for Negligent Acts. *The Journal of Legal Nurse Consulting*, 17 (3): 3-7.

- Dağdeviren, M., Kurt, M., Akay, D. (2005). Çalışanların Toplam İş Yükü Seviyelerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Model Uygulaması. *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 20 (4): 517-525.
- Dedeoğlu, A. K. (2012). *Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Ölçümü: Ankara İli Özel Hastaneler Uygulaması*. Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi, Ankara.
- Demirel Y., Seçkin Z. (2011). *Örgütsel Adaletin Bilgi Paylaşımı Üzerine Etkisi: İlaç Sektörü Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma*. Ahmet Yesevi Üniversitesi, Kazakistan.
- Dıgın, F., Özkan, Z.K., (2010). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. *Lokman Hekim Dergisi*, 10 (1): 64-69.
- Dilmen, B. (2016). *Hemşirelik Öğrencileri ve Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılamalarının Değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Eğilmez, G. (2011). *Çalışma Yaşamında Örgütsel Adalet ve Örgütsel Bağlılık: Bir Kamu Bankasındaki Çalışanların Örgütsel Adalet ve Örgütsel Bağlılık Algılamalarının Analizine Yönelik Bir Çalışma*. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Ekingen, E. (2013). *Sağlık İşletmelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Çalışan Motivasyonu Üzerine Etkisi: Batman Bölge Devlet Hastanesinde Bir Araştırma*. Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van.
- Erçevik, R. (2010). *Hemşirelerde İşe Bağlı Gerginlik, Tükenmişlik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Erçin, Ö., Berkmen, B., Arhun, N. (2020). Türkiye'deki Diş Hekimlerinin Posterior Kompozit Uygulama Eğitimleri ve Adeziv Tercihleri. *7 Tepe Klinik Yeditepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 17 (1): 49-53.
- Eren, E. (2004). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Eroğlu, F. (2007). *Davranış Bilimleri 7. Baskı*, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Ersun, A., vd. (2013). Çocuk Hemşirelerinin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29 (2): 33-45.

- Ertem, G., Oksel, E., Akbıyık, A. (2009). Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. *Dirim Tıp Gazatesi*, 84(1): 1-10.
- Erten, M. (2018). *Bağımsız Denetçilerde Rol Belirsizliği, Rol Çatışması ve Algılanan İş Yükünün İş Tatmini Üzerindeki Etkisi*. Işık Üniversitesi, İstanbul.
- European Commission (2006) Medical Errors. http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_241_en.pdf
- Evans, S.M., vd. (2006). Attitudes and Barriers to Incident Reporting: a Collaborative Hospital Study. *Quality & Safety in Health Care*, 15 (1): 39-43.
- Fındıkçı, İ. (1999). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: Alfa Basım Yayın.
- Fındıkçı, İ. (2000). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: Alfa Aktüel Kitabevi.
- Flotta, D., vd. (2012). Patient Safety and Medical Errors: Knowledge, Attitudes And Behavior Among Italian Hospital Physicians. *International Journal For Quality In Health Care*, 24 (3): 258-265.
- Gawron, VJ. (2008). *Human Performance, Workload, and Situational Awareness Measures Handbook*. (Edt 2), Boca Raton-USA, CRC Press.
- Gencer, Z. (2017). *Personel Güçlendirmenin İş Aile Çatışmasına Etkisi ve Aşırı İş Yükünün Aracılık Rolü: Isparta İlindeki Sağlık Kurumlarında Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Gök, D., Yıldırım Sarı, H. (2016). Pediatriye İlaç Hataları ve Hata Bildirimi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Has. Dergisi*, 6 (3): 165-173.
- Gökcan, H.T. (2014). *Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Göl, E. (2019). *Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde İş Yükü, Tıbbi Hata Tutumları ve İş Kazaları Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Grandey, A. A. (2003). When “the show must go on”: Surface Acting and Deep Acting as Determinants of Emotional Exhaustion and Peer-Rated Service Delivery. *Academy of Management Journal*, 46 (1): 86-96.

- Grober, E. D., Bohnen, J. M. A. (2005). Defining Medical Error. *Canadian Journal of Surgery*, 48 (1): 39-44.
- Gryna, F.M. (2004). Work Overload! Redesigning Jobs To Minimize Stress And Burnout, *ASQ Quality Press*, 6.
- Güleç, D., & Seren-İntepeler, Ş. (2013). Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(3), 26-41.
- Gürüz, D., Özdemir, G. (2007). *İletişimci Gözüyle İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: MediaCat Yayınları.
- Hicks, R.W., vd. (2008). Medication Errors Involving Patient-Controlled Analgesia. *Am J Health-Syst Pharm*, 65: 429-440.
- Hillin, E., Hicks, R.W. (2010). Medication Errors From an Emergency Room Setting: Safety Solution for Nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22 (2): 91-6.
- Houdmont, J., Kerr, R., Randall, R., (2012). Organizational Psychosocial Hazard Exposures in UK Policing: Management Standards Indicator Tool Reference Values. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 35 (1): 182-197.
- İçerli, L. (2010). Örgütsel Adalet: Kuramsal Bir Yaklaşım, *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 5(1): 68-69.
- İnan, İ. (2017). İş Yükü Algısı ve Kariyer Bağlılığının Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Beş Yıldızlı Otel Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10 (1): 184-198.
- İstanbulu, İ.T., Yıldız, H., Zora, H. (2012). Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi'nde Uygulanan Güvenlik Raporlama Sisteminin Geliştirilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4 (2): 1 – 17.
- İşcan, Ö. F. (2005). Siyasal Arena Metaforu Olarak Örgütler ve Örgütsel Siyasetin Örgütsel Adalet Algısına Etkisi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 60(1): 150-171.

- İşcan, Ö. F., Naktiyok, A. (2004). Çalışanların Örgütsel Bağdaşımının Belirleyicileri Olarak Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Adalet Algıları. *Ankara Üniversitesi S.B.F. Dergisi*, 59(1): 182– 201.
- Kahriman, İ., Öztürk, H. (2016). Evaluating Medial Errors Made by Nurses During Their Diagnosis, Treatment and Care Practices. *Journal of Clinical Nursing*, 25: 2884-2894.
- Kahveci, Ç. (2016). *Sağlık Çalışanlarında İş Yükünün Motivasyona Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Kaldjian, L. C., vd. (2007). Disclosing Medical Errors to Patients: Attitudes And Practices Of Physicians And Trainees. *Journal Of General Internal Medicine*, 22 (7): 988-996.
- Kandemir, A., Yüksel, S. (2020). Cerrahi Hemşirelerinin Tıbbi Hata Tutum ve Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23 (2): 287-297.
- Karacabay, K., vd. (2020). Cerrahi Hemşirelerinin İş Yükü Algıları ile Tıbbi Hata Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3): 404-417.
- Karacaoğlu, K., Çetin, İ. (2015). İş Yükü ve Rol Belirsizliğinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisi: Afad Örneği. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 5: 46-69.
- Karadağ, M., Cankul, İ.H. (2015). Hekimlerde Zihinsel İş Yükü Değerlendirmesi. *The Journal Of Academic Social Science Studies*, 35: 361-370.
- Karademir, T., Çoban, B. (2010). Sporun Yönetmel Yapısında Örgütsel Adalet Kuramına Bakış. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 4(1): 51.
- Karaeminoğulları, A. (2006). *Öğretim Elemanlarının Örgütsel Adalet Algıları ile Sergiledikleri Üretkenliğe Aykırı Davranışlar Arasındaki İlişki ve Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Kardaş Özdemir, F., Akgün Şahin, Z. ((2015). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Algıları: Kars İli Örneği. *ODÜ Tıp Dergisi*, 2: 139-144.

- Keklik, B., Coşkun Us, N. (2013). Örgütsel Adalet Algılamalarının İş Tatminine Etkisi: Hastane Çalışanları Arasında Bir Çalışma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(2): 143-161.
- Keleş Y. (2014). *Örgütsel Adaletin Duygusal Emek Üzerindeki Etkisi: Antalya''daki Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Araştırma*. Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Kerman, E. (2007). *İş Motivasyonu ve Sonuçları: Bir Uygulama, Dönem Projesi*. Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Keser, A. (2014). *Çalışma Psikolojisi*. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Keser, A., Karaduman, M. (2014). İş Yaşamında Yalnızlık Algısının Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ile İlişkisi ve Öğretmenler Üzerinde Bir Araştırma. *HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 3 (7): 178- 197.
- Kılıç, H. (2009). *Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire ve Doktorların Hasta Güvenliği Hakkındaki Bilgilerin ve Tıbbi Hataların Bildirilmesi Hakkındaki Görüşleri* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Kılıçlar, A. (2011). Yöneticiye Duyulan Güven ile Örgütsel Adalet İlişkisinin Öğretmenler Açısından İncelenmesi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 3(3): 23-36.
- Kirkpatrick, Lee A., 1958- author. (2015). A Simple guide to IBM SPSS: for version 22.0. Australia: Cengage Learning,
- Koç, H., Topaloğlu, M. (2012). *İşletmeciler İçin Yönetim Bilimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Koçel, T. (2005). *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Koçel, T. (2010). *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Koçel, T. (2014). *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000). *Errors in Health Care: A Leading Cause of Death and Injury*. Ed: Kohn LT., Corrigan JM., Donaldson MS. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington: Institute of Medicine National Academy Press, 26-48.

- Kopuz, E. (2013). *Hemşirelerin İşe Bağlı Gerginlik Düzeyinin Belirlenmesi ve Stresle Baş Etme Tutumlarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Korkmaz, Z. (2012). *Yenidoğan Hemşirelerinde İş Analizi ve İş Yüğü*. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Korkmazer, F., Yıldız, A., Ekingen, E. (2016). Sağlık Personeli Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4 (2): 141-154.
- Koruca, H., Aydın, L., Demir, H. (2015). Bir Mobilya Fabrikasında İşgörenlerin Fiziksel ve Psikolojik İş Yüğü Seviyelerinin Belirlenmesi ve Uygun İstasyonlarda Çalıştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, 3 (3): 523-531.
- Koşucu, S.N., Göktaş, S.B., Yıldız, T. (2017). Cerrahi ve Dahiliye Servislerinde Çalışan Hemşirelerin İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 42 (4): 675-681.
- Kuzucu, E. (2013). *Örgütsel Adalet Algısının Örgütsel Vatandaşlık Davranışına Etkisinde Lider-Üye Etkileşiminin Aracılık Rolü Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşireler Üzerinde Araştırma*. Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Küçük, S. (2010). *Çalışanların İş Tatmin Düzeyleri ve Örgütsel Bağlılıklarının, Çalışma Motivasyonuna Olan Etkileri*. Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Küçüközkan, Y. (2015). Liderlik ve Motivasyon Teorileri: Kuramsal Bir Çerçeve. *Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1 (2): 86-115.
- Johnson, S.P., Adkinson, J.M., Chung, K.C. (2014). Addressing Medical Errors in Hand Surgery. *J Hand Surg Am*, 39 (9): 1877-1882. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.01.027>
- Latham, G. P. (2007). *Work Motivation: History, Theory, Research, and Practice*. California: Sage Publications, 128-130.
- Manning, M., Munro, D. (2006). *The Survey Researcher's SPSS Cookbook* (Edition Unstated Edition). Frenchs Forest, N.S.W.: Pearson.

- Meriçöz, S. (2015). *alışanların Örgütsel Adalet Algılarının İş Tatminine ve İş Performansına Olan Etkisi: Ampirik Bir alışma*. Baheşehir Üniversitesi, İstanbul.
- Naessens, J.M., vd. (2009). A Comparison of Hospital Adverse Events Identified by Three Widely Used Detection Methods. *International Journal for Quality in Health Care*, 21 (4): 301-307.
- Nath, S.B., Marcus, S.C. (2006). Medical Errors in Psychiatry. *Harv Rev Psychiatry*, 14 (4): 204-211.
- Oğuz, Ö. (2007). *İlaç Hataları ve Hataların Raporlanmasına Yönelik Hemşirelerin Alışkanlık ve Deneyimlerinin Belirlenmesi ve İlaç Hatalarının Önlenmesine İlişkin Stratejilerin Geliştirilmesi*. Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Oksay, A. (2005). *alışanlarda İş Tatmini: Sağlık Sektörü Üzerine Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Oran, F. . (2012). *Örgütsel Bağlılık ve İş Motivasyonu İlişkisi: Kamu Sektöründe Bir Uygulama*. Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Ordukaya, H. (2011). Fiziksel İş Yüğü ve Ergonomi. *Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi*, 273: 42-48.
- Orhaner, E., Birsen, K., Kurumlu, Y. (2020). Performansa Dayalı Ödeme Sisteminde Hekimlerin Örgütsel Adalet Algısı. *Turkish Journal of Public Health*, 18(2): 172-191.
- Öğrü İldız, G. (2009). *Proje Yönetimi: İnşaat Firmalarında Proje Müdürlerinin İş Yüğü, İş Stresi, İş Tatmini ve Motivasyon İlişkisi*. Doktora Tezi. Kültür Üniversitesi, İstanbul.
- Özata, M. (2009). Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapmaya Eğilimlerinin ve Hasta Bakımında Gösterdikleri Özenin Belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 12 (1-2): 417-430.
- Özdevecioğlu, M. (2003). Algılanan Örgütsel Adaletin Bireyler Arası Saldırgan Davranışlar Üzerindeki Etkilerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21: 77–96.

- Özdilek, A.O. (2009). Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu. http://www.turkhukuksitesi.com/makale_300.html (09.05.2009).
- Özgönül, M.L. (2010). *Türkiye’de Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Özlük, B. (2020). Farklı Kuşaktaki Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(1): 8-14.
- Öztekin, A. (2010). *Yönetim Bilimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Öztürk, Z., İlman, E. (2016). *Sağlık Yönetimi ve İşletmeciliği Bölümünde Okuyan Öğrencilerin Bölümü Tercih Nedenleri ile Beklenti ve Motivasyon Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma*. Hitit Üniversitesi, Çorum.
- Özyer, Y. (2016). *Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerde İş Yükü Algısı İşe Bağlı Gerginlik ve Tıbbi Hata Tutumları*. Yüksek Lisans Tezi. Ordu Üniversitesi, Ordu.
- Pallant, J. Çeviren: Balcı, S. ve Ahi, B. (2016). *SPSS Survival Manual A Step By Step Guide To Data Analysis Using IBM SPSS* (Sixth Edition). United Kingdom: Open University Press.
- Poçan, R. (2015). *Motivasyonun İş Sağlığı ve Güvenliği Açısından Önemi*. İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, İstanbul.
- Robbins, S. P., Judge, T. A. (2013). *Organizational Behavior* (Eds. Prof. Dr. İnci Erdem). Pearson, 14: 204-226.
- Rosen A.B., vd. (2005). Physicians' Views Of Interventions To Reduce Medical Errors: Does Evidence Of Effective Ness Matter? *Acad Med.*, 80 (2): 189-192.
- Sabuncuoğlu, Z., Tüz, M.V. (2005). *Örgütsel Psikoloji*. Bursa: Furkan Ofset.
- Sayek, F. (1998). Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. *TTB Yayınları*. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/uluslararasi_belgeler.pdf (Haziran 1998).
- Saygılı, M. (2008). *Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları ile İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- Saygılı, M., Çelik, Y. (2011). Hastane Çalışanlarının Çalışma Ortamlarına İlişkin Algıları ile İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14 (1): 40-44.
- Schimmel, E. M. (2003). The Hazards of Hospitalization. 1964. *Qual Saf Health Care*, 12 (1): 58-63.
- Söyük, S. (2007). *Örgütsel Adaletin İş Tatmini Üzerine Etkisi ve İstanbul İlindeki Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelere Yönelik Bir Çalışma*. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Spector, P. E. (2008). *Industrial and Organizational Psychology*. U.S.: Phoenix Colar, 200- 214.
- Sur, H., Palteki, T. (2013). *Hastane Yönetimi*. İstanbul: Nobel Yayınevi.
- Şahin, B., Taşkaya, S. (2010). Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algılarını Etkileyen Faktörlerin Yapısal Eşitlik Modeli ile İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 13(2): 85-114.
- Şahin, E., vd. (2020). Ebelik Öğrencilerinin Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliğine Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. *Life Sciences (NWSALS)*, 15(3): 9-18.
- Şahin, H. (2019). *Çalışmaya Tutkunluk ve İş Yükünün İşte Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanları Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Şimşek M.Ş., Çelik A. (2009). *Yönetim ve Organizasyon*. Konya: Eğitim Akademi Yayınları.
- Şimşek, Ş., Akgemici, T., Çelik, A. (2005). *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Tagaddosinejad, F., vd. (2013). Disclosure Of Medical Errors: Attitudes Of Iranian Internists And 100 Surgeons. *International Journal Of Medical Toxicologyand Forensic Medicine*, 3 (1): 20-27.
- Tan, M., Polat, H., Şahin, Z.A. (2012). Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4 (1): 67-78.

- Tarsuslu, S. (2016). *Hastane Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algılamalarının Örgütsel Motivasyon Üzerine Etkilerinin İncelenmesi: Isparta İl Merkezi Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Taşdemir, S. (2013). *Motivasyon Kavramına Genel Bir Bakış, Motivasyon Araçları ve Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu Ölçeğinde Bir Model Önerisi*. Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu İdari Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Taşkıran, E. (2011). *Liderlik ve Örgütsel Sessizlik Arasındaki Etkileşim, Örgütsel Adaletin Rolü*. İstanbul: Beta Basım Yayın.
- Tayfur, Ö., Arslan, M. (2012). Algılanan İş Yükünün Tükenmişlik Üzerine Etkisi: İş-Aile Çatışmasının Aracı Rolü. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30 (1): 147-172.
- TDK, <http://www.tdk.gov.tr> (31.10.2020).
- Tengilimoğlu, D., Atilla, A., Bektaş, M. (2012). *İşletme Yönetimi*. İstanbul: Seçkin Yayıncılık.
- Top, M., Gider, Ö., Taş, Y., Çimen, S. (2008). Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2): 161-200.
- Torun, D. (2015). *Yönetim Sürecinde Yönetici İletişim Becerilerinin Çalışan Motivasyonu Üzerindeki Etkileri ve Sağlık Kurumlarında Bir Uygulama*. İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul.
- Töngür, A. (2016). İş Yükü, Kişilerarası Çatışma ve Performans: Bankacılık Sektörünün Karşılaştırmalı Analizi. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7 (13): 547-565.
- Törüner, E.K., Uysal, G. (2012). Causes, Reporting, and Prevention of Medication Errors From a Pediatric Nurse Perspective. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 29 (4): 29-35.
- Tutar, H. (2007). Erzurum’da Devlet ve Özel Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin İşlem Adaleti, İş Tatmini ve Duygusal Bağlılık Durumlarının İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*, 12 (3): 97-120.

- Türkmen, E., vd. (2011). Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (4): 38-46.
- Uğrak, U. (2019). *Hekimlerin Tıbbi Hata Algı ve Tutumları ile Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Uluköy, M. (2014). Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algısı ile Tükenmişlik Duyguları Arasındaki İlişki: Bir Uygulama. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 39: 213-226.
- Ulukuş, K. S. (2016). Motivasyon Teorileri ve Lider Yöneticilik Unsurlarının Bireylerin Motivasyonuna Etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4 (25): 247-262.
- Ünsalan, E., Şimşekler, B. (2006). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Ankara: Detay Yayınevi.
- Vural, F., vd. (2014). Sağlık Çalışanlarının Hasta Güvenliği İklimi Algıları ve Tıbbi Hataların Raporlanmasını. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (2): 152-157.
- Wahyuni, D., vd. (2018). The Workload Analysis in Welding Workshop. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science, Medan-Indonesia*, (Proceeding), 12-95.
- Wasti S. A. (2001). Örgütsel Adalet Kavramı ve Tercüme Bir Ölçeğin Türkçe'de Güvenirlilik ve Geçerlik Analizi. *Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 1(1): 33-50.
- WHO (2014). 10 facts on patient safety.
http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/
- Williamson, S. (2009). *Reporting Medication Errors and Near Misses*. In: Courtenay M, Griffi M (eds), *Medication Safety: An Essential Guide*. Cambridge University Press, 155-171.
- Wilson, R. M., vd. (1995). The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*, 163 (9): 458-471.

- Wolf, Z.R., Serembus, J.F., Smetzer, J., Cohen, H., Cohen, M. (2000). Responses and Concern of Healthcare Providers to Medication Errors. *Clinical Nurse Specialist*, 14 (6): 288-290.
- Xhako, D. (2017). *The Moderating Effect Of Perceived Organizational Support (Pos) In The Impact Of Workload And Workfamily Conflict On Organizational Commitment A Research In Hospital Nurse Staffing*. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Yeniçeri, Ö., Demirel, Y., Seçkin, Z. (2009). Örgütsel Adalet ile Duygusal Tükenmişlik Arasındaki İlişki: İmalat Sanayi Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *KMU İİBF Dergisi*, 11(16): 83-99.
- Yıldırım, A. (2010). *Etik Liderlik ve Örgütsel Adalet İlişkisi Üzerine Bir Uygulama*. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Karaman.
- Yıldırım, F. (2003). Çalışma Yaşamında Örgüte Bağlılık ile Örgütsel Adalet, Örgüt Temelli Özsaygı ve Bazı Kişisel ve Örgütsel Değişkenlerin İlişkisi. *Mülkiye Dergisi*, 371–402.
- Yıldırım, F. (2007). İş Doyumu ve Örgütsel Adalet İlişkisi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 62 (1): 253-274.
- Yılmaz, A. (2009). *Hemşirelerin İlaç Hataları Bildirimi Önündeki Engellere İlişkin Algıları*. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- You, M.A., Choe, M.H., Park, G.O., Kim, S.H., Son, Y.J. (2015). Perceptions Regarding Medication Administration Errors Among Hospital Staff Nurses of South Korea. *International Journal of Quality in Health Care*, 27 (4): 276-283.
- Yung, H.P., Yu, S., Chu, C., Hou, I-C., Tang, F.I. (2016). Nurses' Attitudes and Perceived Barriers to the Reporting of Medication Administration Errors. *Journal of Nursing Management*, 24 (5): 580-588.

EK-1: Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 03/07/2020-E.1550



Sayı : 20292139-050.01.04
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Mustafa YENİLMEZ

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

Kurulumuz 29.05.2020 tarihinde toplanarak, "Diş Hekimlerinin Örgütsel Adalet, İş Yükü Algısı ve Motivasyonlarının Tıbbi Hata Tutumları Üzerine Etkisi" başlıklı araştırmamızda kullanmak üzere kurula sunmuş olduğunuz Etik Kurul Başvuru Formunuzu onaylayarak imza altına almıştır. Araştırmamızın Etik Kurul Onay Formu ekte yer almaktadır. Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek: 29-Mustafa YENİLMEZ (3 sayfa)

03/07/2020 Yemirli Katip

: Zeynep Funda TEZ

Mevcut Elektronik İmzalar

Kurula Değerlendirme İmzası: <https://www.iza.edu.tr/VeriSeti/Imza/555VFFH>

Adres: İhsanî Caddesi No: 281 Kağıthane/Kadıköy/İstanbul
Telefon No : 444 97 96 - Faks No : +90 (212) 691 92 29
E-Posta : bilgi@iza.edu.tr - İnternet Adresi : www.iza.edu.tr
Kop : iza@hbf1.kap.tr

Ayrıntılı Bilgi : Zeynep Funda TEZ
Uzman : Yemirli Katip
Tel : 2126829606



29.05.2020 tarihli ve 2020/05 sayılı Etik Kurulu kararı ektir.

 Istanbul Zaim Universitesi	İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU																	
ARAŞTIRMA ETİK KURUL ONAY FORMU																		
Tarih:	29.05.2020																	
Sayı:	2020/05																	
Ekler:	EK 1: Başvuru Dilekçesi EK 2: Etik Davranış Beyan Formu EK 3: Etik Kurul Başvuru Formu EK 4: Anketler (11 Sayfa)																	
Yer:	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Rektörlüğü																	
İlg:	Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü'nün 24.05.2020 tarihli ve 2118 sayılı yazısı																	
Katılımcılar:	<table border="0"> <tr> <td>1. Prof. Dr. Nasuh USLU</td> <td>Kurul Başkanı/Rektör Yardımcısı</td> </tr> <tr> <td>2. Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ</td> <td>Üye/Dekan V.</td> </tr> <tr> <td>3. Prof. Dr. Mustafa ATEŞ</td> <td>Üye/Dekan V.</td> </tr> <tr> <td>4. Prof. Dr. Kadir CANATAN</td> <td>Üye/Öğretim Üyesi</td> </tr> <tr> <td>5. Prof. Dr. Yahya Kemal YOGURTÇU</td> <td>Üye/Öğretim Üyesi</td> </tr> <tr> <td>6. Prof. Dr. Ali GÜNEŞ</td> <td>Üye/Müdür V.</td> </tr> <tr> <td>7. Bilal ŞAMAT</td> <td>Üye/ Hukuk Müşaviri</td> </tr> <tr> <td>8. Zeynep Funda TEZ</td> <td>Raporör</td> </tr> </table>		1. Prof. Dr. Nasuh USLU	Kurul Başkanı/Rektör Yardımcısı	2. Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ	Üye/Dekan V.	3. Prof. Dr. Mustafa ATEŞ	Üye/Dekan V.	4. Prof. Dr. Kadir CANATAN	Üye/Öğretim Üyesi	5. Prof. Dr. Yahya Kemal YOGURTÇU	Üye/Öğretim Üyesi	6. Prof. Dr. Ali GÜNEŞ	Üye/Müdür V.	7. Bilal ŞAMAT	Üye/ Hukuk Müşaviri	8. Zeynep Funda TEZ	Raporör
1. Prof. Dr. Nasuh USLU	Kurul Başkanı/Rektör Yardımcısı																	
2. Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ	Üye/Dekan V.																	
3. Prof. Dr. Mustafa ATEŞ	Üye/Dekan V.																	
4. Prof. Dr. Kadir CANATAN	Üye/Öğretim Üyesi																	
5. Prof. Dr. Yahya Kemal YOGURTÇU	Üye/Öğretim Üyesi																	
6. Prof. Dr. Ali GÜNEŞ	Üye/Müdür V.																	
7. Bilal ŞAMAT	Üye/ Hukuk Müşaviri																	
8. Zeynep Funda TEZ	Raporör																	
Planlanan araştırma önerisi özeti aşağıdaki gibidir.																		
Araştırmanın Niteliği:	Yüksek Lisans Tezi																	
Araştırmanın Başlığı:	Dış Hekimlerinin Örgütsel Adalet, İş Yükü Algısı ve Motivasyonlarının Tıbbi Hata Tutumları Üzerine Etkisi																	
Araştırmacılar ve adres bilgisi:	Öğrenci, Mustafa YENİLMEZ İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi e-mail: y Danışma İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü e-mail:																	
Araştırmanın Süresi (ay):	3																	
Araştırmanın Amacı:	Hipokrat yemininde hekimler, hastaların güvenliği için onlara herhangi bir zarar vermeyeceklerine dair yemin etmelerine rağmen, uygulamada sağlık hizmetleri sunumunda tıbbi hatalar her zaman var olmuştur. Bu çalışmada dış hekimlerinin örgütsel adalet, iş yükü algısı ve motivasyonlarının tıbbi hata tutumlarına etkisini belirlemek amacıyla planlandı.																	

29.05.2020 tarihli ve 2020/05 sayılı Etik Kurulu kararı ektir.

Araştırma Etiği:	Araştırmaya kurum izni alındıktan sonra başlanacaktır. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacak, gerekli her türlü yükümlülük özenle yerine getirilecektir. Çalışmanın bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçladığı, çalışma sonuçlarının sadece bilimsel amaçlarla kullanılacağı, çalışmanın sonuçlarının katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacağı, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, cevapların tamamen gizli tutulacağı, çalışmaya katılanların kimliklerini açık edici davranışlardan kaçınılacağı ve çalışmaya katılanların katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeleri durumunda istedikleri zaman katılımlarını sona erdirebilecekleri bilgileri uygulanacak anketlerin başında yer almaktadır.
Araştırmada Kullanılacak Ölçme Araçları (adları) ve Kaynakları:	1.Bireysel Tanıtım Formu (Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır) 2. Örgütsel Adalet Ölçeği Wasti, S.A. (2001). Örgütsel adalet kavramı ve tecrüme bir ölçeğin Türkçe’de güvenilirlik ve geçerlik analizi. Yönetim Araştırmaları Dergisi, 1, 33-50 3.Bireysel İş Yüklü Algısı Ölçeği Saygılı, M. (2008) Hastane çalışanlarının çalışma ortamına ilişkin algıları ile iş doyumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 4.Çok Boyutlu İş Motivasyonu Ölçeği Çivilidag, A., Şekercioglu, G. (2017) Çok Boyutlu İş Motivasyonu Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması Mediterranean Journal of Humanities, VII/1,143-156 5.Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Güleç, D. (2012). Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi (Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir) https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi
Araştırmaya Katılacak Örneklem Sayısı, Örneklem Nereden ve Nasıl Seçileceği:	Istanbul ilinde kamu hastaneleri ve ağız dış sağlığı merkezlerinde çalışan 1300 diş hekimi bulunmaktadır (İl sağlık müdürlüğü personel daire başkanlığı). Bu sayı üzerinden (evren belli olduğu için) GPower 3.1 programı ile örneklem hesaplaması yapıldığında %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile örneklem sayısının 297 olduğu belirlenmiştir. Covid-19 Pandemisi nedeniyle Google formlar üzerinden çevirim içi olarak İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne kayıtlı mail adresleri veya telefon numaraları yoluyla gönderilmesi planlanmaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına göre, Onam formu kaydı alındıktan diş hekimlerinin anket sorularını cevaplaması istenecektir. Araştırmaya katılması planlanan diş hekimlerinin özellikleri; • Diş hekimlerinin en az bir yıllık bir deneyiminin olması, • Diş hekimlerinin iletişim probleminin olmaması (işitme,dil,anlama vb.) • Çalışmaya katılmaya gönüllü olması.
Uygulamanın veya Ölçeklerin Doldurma Süresi	15-20 dakika olarak belirlenmiştir.
KARAR	ARAŞTIRMA İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİNİN ETİK DURUŞUNA AYKIRI DEĞİLDİR.

29.05.2020 tarihli ve 2020/05 sayılı Etik Kurulu kararı ekidir.

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla taşınmaktadır.)

Tarih: 29/05/2020

Sayı: 2020/05

İlgi: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğünün 24.05.2020 tarihli ve 2118 sayılı yazısı

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu tarafından hazırlanmıştır.

e-imzalıdır
Başkan
Prof. Dr. Nasuh USLU

e-imzalıdır
Üye
Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ

e-imzalıdır
Üye
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ

e-imzalıdır
Üye
Prof. Dr. Kadir CANATAN

e-imzalıdır
Üye
Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU

e-imzalıdır
Üye
Prof. Dr. Ali GÜNEŞ

e-imzalıdır
Üye
Av. Bilal ŞAMAT

EK-2: Anket Formu

1. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

Cinsiyet : Kadın () Erkek ()

Medeni Durum : Bekar () Evli ()

Yaş : 18-24 yaş () 25-31 yaş () 32-38 yaş () 39-45 yaş () 46 ve üzeri yaş ()

Meslekte Çalışma Yılı : 1-5 yıl () 6-10 () 11-15 () 16-20 () 20 üstü ()

Çalıştığınız Kurum : Kamu () Özel ()

Çalıştığınız İl : İstanbul () Diğer (.....)

2. ÖRGÜTSEL ADALET KAVRAMI ÖLÇEĞİ

Bu bölümde çalıştığınız kuruluş hakkındaki düşüncelerinizi öğrenmek istiyoruz. Kuruluşunuz çoğu zaman nasıldır?

1-Çalışanların iyi iş yapmaları takdir edilir.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

2-Yöneticilerim çalışanlarına bağırır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

3-Yöneticilerim adam kayırır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

4-Çalışanlara güvenilir.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

5-Çalışanların şikayetleri etkin bir şekilde halledilir.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

6-Çalışanlara çocuk muamelesi yapılır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

7-Çok çalışanların kıymeti bilinir.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

8-Sorular ve problemlere çabuk yanıt verilir.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

9-Çalışanlara yalan söylenir.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

10-Çalışanların önerileri göz önüne alınmaz.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

11-Yöneticilerim çalışanlara hakaret eder.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

12-Çalışanlara saygılı davranılır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

13-Yöneticilerim çalışanları kovmak ya da işten çıkarmakla tehdit ederler.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

14-Çalışanlara adil davranılır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

15-Kuruluştaki çalışanlar birbirine yardım ederler.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

16-Çalışanlar birbiriyle münakaşa ederler.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

17-Kuruluştaki çalışanlar birbirlerini aşağılarlar.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

18-Kuruluştaki çalışanlar birbirlerine saygılı davranırlar.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

3. BİREYSEL İŞ YÜKÜ ALGI ÖLÇEĞİ

Bu sorulara son 6 ayda ki günlük iş yükünüzü düşünerek cevap veriniz

1- Yöneticim izinliyken, herhangi bir problemle karşılaştığımda yöneticime ulaşabilirim.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

2- Çalışma ortamımla ilgili şikayetimi yöneticime ilettiğimde bana anlayış gösterir.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

3-Yöneticimin desteğini hissettiğim için şu an ki pozisyonumda kalmaktayım.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

4-Tedavilerinden memnun olmayan hasta ve hasta yakınları olduğunda yöneticimiz bize

yardımcı olur.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

5-Yöneticimiz kliniğimizde ki personel yetersizliğini zamanında gidermek için gerekeni yapar.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

6-Yöneticimiz nöbetlerde ihtiyaç duyulan yeterli personeli sağlamak için gerekli çalışmayı yapar.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

7-Yöneticimiz klinikteki temel hasta tedavisini sağlama konusunda işin ehlidir/uzmanıdır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

8-Yöneticimiz ihtiyaç duyulduğunda hasta bakımına destek verir.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

9-Kurumumuzda görevlendirmeler adil bir şekilde yapılır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

10-Mesleki profesyonelliğine saygı duyduğum dış hekimleri ile çalışıyorum.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

11-Kendimi iş yoğunluğundan bunalmış hissettiğimde diğer dış hekimlerinin bana yardım edeceklerini bilirim.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

12-Nöbeti devraldığım meslektaşım nöbet devrinde bana herhangi bir iş bırakmaz

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

13-Kurumumuzdaki dış hekimleri ile iyi bir ekibiz.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

14-Birlikte çalıştığım dış hekimleri alanımıza özgü hasta tedavisinde gerekli bilgi ve beceriye sahiptir.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

15-Kurumumuzdaki dış hekimi arkadaşlarım, ailemden birisine tedavi uygularsa kendimi rahat hissederim.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

16-Kurumumuzdaki dış hekimi arkadaşlarım, şu an ki işimde kalmamın önemli bir nedenidir.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

17-Kliniğimizde her zaman bana yardımcı olacak destek elemanı bulunur.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

18-Hasta bakımı için ihtiyaç duyduğum her ekipman-donanım(aeratrör, anguldruva, mikromotor, periapikal röntgen cihazı) merkezimizde mevcuttur.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

19-Kliniğimizde ki hastaların ihtiyaç duyması halinde kurumumuzda hasta hakları personeli hazır bulunur.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

20-Bir hastada yaşam tehlikesi (mavi kod, yaşamı tehdit eden tanı alması gibi) olduğunda görevli personel hazır bulunur.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

21-Hasta tedavisinde kullanılan gerekli tüm malzemeler (kompozit, amalgam, kanal dolgu patı v.b) ihtiyaç duyduğumda hazırdır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

22-Kurum deposu tedavi sürecinde yeterli desteği sağlar.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

23-Mesai saatim içerisinde en az 30 dk mola(yeme/içme) verilir.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

24-Çalışma ortamımın ideal olduğunu düşünüyorum.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

25-Buradaki iş yükümden dolayı kurum değişikliği düşünüyorum.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

26-Çalışma ortamımdan dolayı, zaman zaman hastaları tedavilerinde olumsuz yönde etkileyecek uygulamalar yapabilmekteyim.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

27-Yöneticime veya Sorumlu Hekimime iş yükümün ağır olduğunu dile getirdim.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

28-Hastalarımın yeterli psikolojik, duygusal desteği sağlayabilirim.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

29-İş yükümü düşündüğümde en az bir (1) yıl şu an ki kliniğimizde ve/veya pozisyonumda kalmayı planlamıyorum.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

30-İş yükümü düşündüğümde en az bir (1) yıl şu an ki pozisyonumda kalmayı planlıyorum.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

31- İş yükümü düşündüğümde önümüzdeki bir (1) yıl içinde farklı bir klinik ve/veya kurumda yeni bir görev/pozisyon arama niyetindeyim.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

4. ÇOK BOYUTLU İŞ MOTİVASYONU ÖLÇEĞİ

Bu soru listesini "şu an ki işinizde neden çaba sarf ediyorsunuz?" sorusunu düşünerek yanıtlayın.

1-Zamanımı israf ettiğimi düşündüğüm için işimde çaba sarf etmiyorum.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

2-İlginç olduğu için işimde çaba sarf ediyorum.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

3-Çaba sarf etmeye değer olmadığını düşündüğüm için işimde az çaba gösteriyorum.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

4-Heyecan verici olduğu için işimde çaba sarf ediyorum.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

5-İşim anlamsız olmasına rağmen neden bu işi yaptığımı bilmiyorum.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

6-İşimi yaparken eğlendiğim için işimde çaba sarf ediyorum.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

7-Başkalarının (amir, meslektaş, aile vb.) onayını almak için işimde çaba sarf ediyorum.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

8-İşimde çaba sarf etmenin benim için özel bir anlamı var.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

9-Başkalarının (amir, meslektaş, aile vb.) bana daha fazla saygı duyması için işimde çaba sarf ediyorum.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

10-Bu iş kişisel değerlerimle uyumlu olduğu için işimde çaba sarf ediyorum.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

11-Başkalarının(amir, meslektaş, aile vb.) bana yönelik eleştirilerinden kaçınmak için işimde

çaba sarf ediyorum.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

12-Bu işte çaba sarf etmemin kişisel olarak önemli olduğunu düşündüğüm için işimde çaba gösteriyorum.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

13-Ancak işimde yeterince çaba sarf edersem başkaları (işveren, amir vb.) beni ekonomik olarak ödüllendirirler.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

14-İşimde çaba sarf ederim aksi halde kendimi kötü hissederim.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

15-Kendimi kanıtlamak zorunda olduğum için işimde çaba sarf ederim.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

16-Şimdiki işimde çaba sarf ederim aksi halde, kendimi mahcup hissederim

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

17-İşimde yeterince çaba sarf etmezsem işimi kaybetme riskim olur.

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

18-İşim, kendimle gurur duymamı sağladığı için işimde çaba sarf ediyorum

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

19-Kendimi kanıtlamak zorunda olduğum için işimde çaba sarf ediyorum

Hiç uygun değil() Çoğunukla uygun değil () Uygun değil () Orta () Uygun () Oldukça uygun() Tamamen uygun ()

5. TIBBİ HATALARDA TUTUM ÖLÇEĞİ

1-Tıbbi hatayı yapan kişi suçsuzdur.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

2-Bir tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunmalıdır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

3-Tıbbi hatalar ve nedenleri çalışanlarla açıkça tartışılmalıdır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

4-Tıbbi hatalar, hata yapan kişinin iletişim eksikliğinden kaynaklanır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

5-Tıbbi hatalar sistem yetersizliklerinden kaynaklanır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

6-Tıbbi hatalar hata yapan kişinin bilgi eksikliğinden kaynaklanır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

7-Tedavi edilen hasta sayısının fazla olması tıbbi hata sayısını artırır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

8-Yapılan tüm hataların bildirilmesinden yanayım.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

9-Günlük çalışma saatinin uzun olması tıbbi hataları artırır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

10-Yaptığım tıbbi hataları bildirmekten kaçınırım.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

11-Kurum yöneticileri hatalardan öğrenmeyi destekleyen bir yaklaşım sergilemelidirler.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

12-Yapılan tıbbi hatalar ve nedenleri yöneticiler arasında tartışılmalıdır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

13-Eğer tıbbi hata oluşmadan önlenilmiş ise bildirilmesine gerek yoktur.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

14-Yapılan tıbbi hatalar hastaya hasta yakınına açıklanmalıdır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

15-Yapılan birçok tıbbi hata aslında önlenabilir durumlardan kaynaklanmaktadır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

16-Tıbbi hataların bildirilmesi hasta güvenliğini artırır.

Kesinlikle katılıyorum () Katılıyorum () Kararsızım () Katılmıyorum () Kesinlikle katılmıyorum ()

ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı : Mustafa Yenilmez

2. Doğum Tarihi :

3. Unvanı : Diş Hekimi

4. Öğrenim Durumu : Yüksek Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Diş Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	2005-2011
Yüksek Lisans	Sağlık Yönetimi	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi	2018-2012
Doktora			

5. Yönetilen Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri

5.1. Yüksek Lisans Tezleri

1. YENİLMEZ, Mustafa. *Diş Hekimlerinin Örgütsel Adalet, İş Yükü Algısı, Motivasyonlarının Tıbbi Hata Tutumları Üzerine Etkisi*. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

6. Yayınlar

6.1 Sözlü Bildiriler

YENİLMEZ, Mustafa ÇINAR FADİME Diş Hekimlerinin Tıbbi Hata Tutumlarının İncelenmesi I. Sağlık Çalışanları Kongresi 3-5 Mart 2020

YENİLMEZ, Mustafa ÇINAR FADİME Diş Hekimlerinin Kültürlerarası Yeterliliklerinin İncelenmesi I. Sağlık Çalışanları Kongresi 3-5 Mart 2020

7. İdari Görevler

Sağlık Bakanlığı İstanbul Ahmet Yüksel Özemre ADSM Başhekimliği (03.2018-Halen)

Sağlık Bakanlığı İstanbul Küçükçekmece ADSH Sorumlu Hekimlik (01.2016-03.2018)

8. Bilimsel Kuruluşlara Üyelikleri

-

9. Katılım Belgeleri / Sertifikalar

“I. Sağlık Çalışanları Kongresi”, Antalya, Mart 2020.

“Liderlik Eğitimi”, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Eylül 2019.