

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME FAKÜLTESİ
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ
DOKTORA PROGRAMI

**HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE PERFORMANS
DEĞERLENDİRME VE TÜRKİYE'DEKİ HASTANELERDE HEMŞİRELİK
HİZMETLERİNİN PERFORMANS DEĞERLENDİRME SİSTEMLERİNE
İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA**

DOKTORA TEZİ

T.C. YÜCEKURUM YÖNETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

ÜLKÜ BAYKAL
88/3301

TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. CAVİDE UYARGİL

İlişik olarak sunduğum "Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinde Performans Değerlendirme ve Türkiye'deki Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Performans Değerlendirme Sistemlerine İlişkin Bir Araştırma" adlı tezin kendi tarafımdan, uygun görülmeyecek herhangi bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlanılan eserlerin kaynaklarda gösterilenlerden ibaret olduğunu belirtir, bunu şerefimle onaylarım.

Ülkü BAYKAL

TEŞEKKÜR

Doktora tez çalışmanın planlanması ve son şeklini almasında çok önemli katkıları ile beni yönlendiren, çalışmamın kolaylıkla sonuçlanmasında değerli görüş ve bilgilerinden yararlandığım hocam, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Cavide UYAR-GİL'e minnet ve şükranlarını sunmayı bir borç bilirim.

Doktora eğitimim süresinde ve tez konumun belirlenmesi aşamalarında değerli önerileriyle destek veren hocam, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Öğretim Üyesi Fulya SARVAN'a, tezimle ilgili araştırmalarımda elindeki tüm kaynaklarını vererek beni yönlendiren ve moral veren hocam, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Öğretim Üyesi Doç. Dr. Sevgi OKTAY'a teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca, bu çalışmalarımda kolaylık sağlayan ve destek veren eşim Yük. Müh. Ünal BAYKAL'a ve emeği geçen herkese teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Şekiller Listesi.....	VII
Tablolar Listesi.....	VIII
Ekler Listesi	X
GİRİŞ	XII

I. BÖLÜM PERFORMANS DEĞERLENDİRME KAVRAMINA GENEL BAKIŞ

1.1. PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN TANIMI.....	1
1.2. PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMİ	3
1.3. PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN SAĞLADIĞI YARARLAR	7
1.4. ETKİN BİR PERFORMANS DEĞERLENDİRME SİSTEMİNDE BULUNMASI GEREKEN ÖZELLİKLER.....	10
1.5. PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN AMAÇLARI.....	14
1.5.1. Örgütsel Amaçlar.....	18
1.5.2. Kişisel Amaçlar.....	19
1.6. PERFORMANS DÜZEYİNİ ETKİLEYEN ETMENLER.....	20
1.6.1. İşgörenin Bireysel Özellikleri	20
1.6.2. Örgütsel Etmenler	22
1.6.3. Çevresel Etmenler.....	24
1.7. PERFORMANS DEĞERLENDİRME SÜRECİ	26
1.7.1. Performans Standartlarının ve Ölçütlerinin Saptanması	30
1.7.2. Performans Değerlendirme ve Sonuçlarının Belirlenmesi Aşaması.....	35
1.7.3. Sonuçların Kullanılması Aşaması	43
1.8. PERFORMANS DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ	44
1.8.1. Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemleri... 44	
1.8.1.1. En Yakın Üstün Değerlendirmesi	45

1.8.1.2.	Küme Değerlendirme Yöntemleri	54
1.8.1.3.	Astlar Tarafından Değerlendirme.....	55
1.8.1.4.	Akranlar ya da İş Arkadaşlarınca Yapılan Değerlendirme.....	56
1.8.1.5.	Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemlerinde Karşılaşılan Sorunlar	57
1.8.2.	Çağdaş Performans Değerlendirme Yöntemleri	58
1.8.2.1.	Amaçlara ve Sonuçlara Göre Yönetim.....	59
1.8.2.2.	İş Planlaması ve Değerlendirme	66
1.8.2.3.	Değerlendirme Merkezleri	67
1.8.3.	Geleneksel ve Çağdaş Performans Değerleme Yöntemlerinin Karşılaştırılması	69
1.9.	PERFORMANS DEĞERLENDİRME UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR	73
1.9.1.	Değerlendiriciden Kaynaklanan Hatalar.....	73
1.9.2.	Sistemden Kaynaklanan Hatalar	76
1.9.3.	Performans Değerlendirme Uygulamalarında Karşılaşılan Problemleri Giderebilmek İçin Alınacak Önlemler	77
1.10.	PERFORMANS DEĞERLENDİRME GÖRÜŞMELERİ	78
1.10.1.	Performans Değerlendirme Görüşmelerinin Aşamaları	79

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTANELER ve HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE PERFORMANS DEĞERLENDİRME

2.1.	SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTANELER	83
2.1.1.	Hastanelerin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi.....	84
2.1.1.1.	Hastanelerin Tanımı	84
2.1.1.2.	Hastanelerin Tarihsel Gelişimi	86
2.1.2.	Hastanelerin Sağlık Sistemi İçindeki Yeri ve Önemi ..	90
2.1.3.	Hastane Yönetimine Genel Bakış	92
2.1.3.1.	Hastane Yönetiminin Doğuşu ve Gerekliliği	92
2.1.3.2.	Hastane Yönetimin Özellikleri.....	94
2.1.4.	Hastane Yönetiminde Etkinlik ve Verimlilik.....	102
2.1.4.1.	Hastanelerin Sunduğu Temel Hizmetler....	102
2.1.4.2.	Hastane Hizmetleri Konusunda Halkın Beklentisi	105
2.1.4.3.	Hastanelerin Verimliliği ve Etkinliği	108

2.1.4.4.	Hastane Hizmetlerinde Kalite	111
2.1.5.	Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlar.....	113
2.1.5.1.	Türkiye’nin Sağlık Sorunları.....	113
2.1.5.2.	Hastanelerde Yaşanan Sorunlar.....	124
2.2.	HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE PERFORMANS DEĞERLENDİRME	127
2.2.1.	Hemşirelik Mesleğinin Tanımı, Felsefesi ve Tarihsel Gelişimi.....	127
2.2.1.1.	Hemşirelik Mesleği ve Hemşirelik Hizmetleri Yöneticisinin Tanımı.....	127
2.2.1.2.	Hemşireliğin Felsefesi	129
2.2.1.3.	Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi.....	131
2.2.2.	Hemşireliğin Hastane Yönetimindeki Yeri ve Önemi.....	134
2.2.3.	Hemşirelik Hizmetlerinin Yönetimi.....	137
2.2.3.1.	Yönetici Hemşirelerin Rollerini	137
2.2.3.2.	Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Görülen Sorunlar.....	141
2.2.3.3.	Hastanelerde ve Hemşirelik Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Yönetimi.....	151
2.2.4.	Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Performans Değerlendirme.....	174
2.2.4.1.	Hemşirelik Hizmetleri Personelinin Performans Değerlendirme Sistemlerine Bakış	179
2.2.4.2.	Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Performans Değerlendirmede Karşılaşılan Sorunlar	190
2.2.4.3.	Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Performans Değerlendirme Görüşmeleri... ..	192

3. BÖLÜM

TÜRKİYE’DEKİ HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN PERFORMANS DEĞERLENDİRME SİSTEMLERİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

3.1.	ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ	195
3.2.	ARAŞTIRMANIN KAPSAMI	197
3.3.	ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ	199
3.3.1.	Araştırmayla İlgili Ön Çalışmalar	199
3.3.2.	Araştırmanın Örneklem Süreci	199
3.3.3.	Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi ve Aracı.....	199
3.3.4.	Araştırma Verilerinin Analizi	200

3.3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	202
3.3.6. Araştırmanın Hipotezleri.....	205
3.4. ARAŞTIRMANIN BULGULARI	208
3.4.1. Hemşirelere Ait Bulgular	209
3.4.1.1. Hemşirelerin Kişisel Durum Değişkenleriyle İlgili Bulgular	211
3.4.1.2. Hemşirelerin Çalışma Koşullarıyla İlgili Bulgular	212
3.4.1.3. Hemşirelerin Performans Değerlendirmeye İlgili Bulguları	215
3.4.2. Yönetici Hemşirelere Ait Bulgular	222
3.4.2.1. Yönetici Hemşirelerin Kişisel Durum Değişkenleriyle İlgili Bulgular	222
3.4.2.2. Yönetici Hemşirelerin Çalışma Koşullarıyla İlgili Bulgular	225
3.4.2.3. Yönetici Hemşirelerin Performans Değerlendirmeye İlgili Bulgular.....	228
3.5. ARAŞTIRMA SONUÇLARININ GENEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ	242
SONUÇ	246
KAYNAKLAR	249
EKLER	261

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1:	Performansı Belirleyen Etmenler ve Etmenler Arasındaki İlişkiler	25
Şekil 1.2:	Performans Değerlendirmenin Örgütsel Sistem İçindeki Yeri	27
Şekil 1.3:	Performans Değerlendirme Süreci	29
Şekil 1.4:	İş Tanımlarından Yararlanmanın Yolları	32
Şekil 1.5:	Kesikli Değerlendirme Ölçeği	46
Şekil 1.6:	Sürekli Değerlendirme Ölçeği	46
Şekil 2.1:	Hastane Organizasyonlarında Matriks Yönetim Yaklaşımı	97
Şekil 2.2:	Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Yatak Dağılımı	120
Şekil 2.3:	Sağlık İnsangücü Piramidi	122
Şekil 2.4:	Hasta Bakım Üçgeni	135
Şekil 2.5:	Yönetici İle İlgili Çevre Unsurları	140
Şekil 2.6:	İnsan Kaynakları Yönetimi	155
Şekil 2.7:	İnsan Kaynakları Yönetimi Bölümünün Başlıca Yürütsel İşlevleri	157
Şekil 2.8:	Performans Değerlendirme Programı	175

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.1: Performans Değerlendirmenin Kullanım Amaçları	17
Tablo 1.2: Değerlendiricilerin Karşılaştırılması	41
Tablo 1.3: Kullanılan Performans Değerlendirme Yöntemlerinin Dağılımı	70
Tablo 1.4: Geleneksel ve Çağdaş Yöntemlerin Karşılaştırılması	70
Tablo 1.5: Performans Değerlendirme Yöntemlerinin Önemli Avantaj ve Dezavantajları	71
Tablo 1.6: Performans Değerlendirme Yöntemlerinin Çeşitli Kriterler Karşısındaki Durumu	72
Tablo 1.7: Değerlendiricilerin Performans Değerlendirme Konusunda Eğitim Alma Durumları	76
Tablo 2.1: Sağlık Harcamalarının Ulusal Gelire Oranı	115

ARAŞTIRMA SONUÇLARIYLA İLGİLİ TABLOLAR

Tablo 1: Araştırma Genelinde Dağıtılan ve Toplanan Anketlerin, Araştırmanın Yapıldığı Hastanelere Göre Dağılımı	198
Tablo 2: Hemşirelerin Kişisel Durum Değişkenlerinin, Araştırmanın Yapıldığı Hastane Gruplarına Göre Dağılımları	210
Tablo 3: Hemşirelerin Çalışma Ortamlarıyla, Çalışmanın Yapıldığı Hastane Gruplarının Karşılaştırılması	213
Tablo 4: Hemşirelerin Performans Değerlendirmeye İlgili Verilerinin Hastane Gruplarına Göre Dağılımı	216
Tablo 5: Yönetici Hemşirelerin Kişisel Durum Değişkenlerinin, Araştırmanın Yapıldığı Hastane Gruplarına Göre Dağılımları	223
Tablo 6: Yönetici Hemşirelerin Çalışma Koşullarının, Araştırmanın Yapıldığı Hastane Gruplarına Göre Dağılımı	226
Tablo 7: Yönetici Hemşirelerin Performans Değerlendirmeye İlgili Verilerinin, Araştırmanın Yapıldığı Hastane Gruplarına Göre Dağılımları	229

Tablo 8: Yönetici Hemşirelerin Performans Değerlendirmeye İlgili Verilerinin Araştırmanın Yapıldığı Hastane Gruplarına Göre Dağılımları	233
Tablo 9: Yönetici Hemşirelerin Performans Değerlendirmeye İlgili Verilerinin Araştırmanın Yapıldığı Hastane Gruplarına Göre Dağılımları	237



EKLER LİSTESİ

Ek 1:	İncelenen Performans Değerlendirme Sistemlerinin Kaynak Listesi	249
Ek 2:	Ünite Hemşirelerine Uygulanan Anket	262
Ek 3:	Yönetici Hemşirelere Uygulanan Anket.....	265
Ek 4:	Hemşirelerin Performans Değerlendirme İle İlgili Verilerinin, Hastane Gruplarına Göre Dağılımı	270
Ek 5:	Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Ait Frekans Dağılımları	271
Ek 6:	Hemşirelerin Çalışma Koşullarıyla İlgili Frekans Dağılımları	273
EK 7:	Hemşirelerin Performans Değerlendirmeye İlgili Frekans Dağılımları	275
Ek 8:	Yönetici Hemşirelerden Elde Edilen Verilerin, Araştırma Yapılan Hastane Gruplarına Göre Dağılımları	279
Ek 9:	Yönetici Hemşirelerden Elde Edilen Verilerin, Araştırma Yapılan Hastane Gruplarına Göre Dağılımları	281
Ek 10:	Yönetici Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Ait Frekans Dağılımları.....	283
Ek 11:	Yönetici Hemşirelerin Çalışma Koşullarıyla İlgili Frekans Dağılımları	285
Ek 12:	Yönetici Hemşirelerin Performans Değerlendirmeye İlgili Frekans Dağılımları	287
Ek 13:	Hemşirelere Ait Bağımsız ve Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırmaları	293
Ek 14:	Yönetici Hemşirelerin Yaş Bağımsız Değişkeniyle, Tüm Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	297
Ek 15:	Yönetici Hemşirelerin Eğitim Düzeyi Bağımsız Değişkeniyle, Tüm Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	300
Ek 16:	Yönetici Hemşirelerin Deneyim Bağımsız Değişkeniyle, Tüm Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	303
Ek 17:	Yöneticilik Pozisyonu Bağımsız Değişkeniyle, Tüm Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	306

Ek 18: Performans Değerlendirmeyle İlgili Bilgi Düzeyi Bağımsız Değişkeniyle, Tüm Bağımlı Değişkenlerin Karşılaştırılması	309
Ek 19: Yönetici ve Servis Hemşiresinin Performansının Değerlendirilmesinde Dikkate Alınabilecek Kriterlerin Listesi	312



GİRİŞ

Yönetim alanındaki gelişmeler, organizasyonların etkinlik ve verimlilik gibi konulara önem vermelerine neden olurken, özellikle bilimsel yönetim akımının, örgütsel etkinlik ve verimliliğin kaynağında kişisel başarıyı görmesi sonucunda yöneticilerin çabaları, işgörenlerin performanslarını belirleme ve bu performansın artırılması üzerinde yoğunlaşmaya başlamıştır.

Günümüzde performans değerlendirmeye, bir yandan insan kaynakları yönetimiyle ilgili çeşitli işlevlerin etkin şekilde yerine getirilmesine olanak sağlaması, diğer yandan da, örgüt ve yönetimi geliştirmenin etkinlik ve verimlilik artışının elde edilmesinde bir araç olarak düşünülmesi nedeniyle, ayrı bir önem verilmektedir. Ancak, performans değerlendirme uygulamaları tarihsel gelişimi içinde, değişiklikler göstermiş, önceleri sınırlı düzeyde amaçlara hizmet eden bir araç olarak ele alınırken, zamanla yönetim açısından önemi artarak, yöneticiler için yerine getirilmesi zorunluluğu bulunan bir işlev haline gelmiştir. Bu gelişim doğrultusunda günümüzde performans değerlendirme uygulamalarında kişisel niteliklerden çok, gerçekleştirilen amaçlar üzerinde durulmaya başlanmış, sadece işgörenleri değil aynı zamanda tüm organizasyonu ilgilendiren bir faaliyet haline gelmiştir.

Sağlık hizmetleri organizasyonlarından olan hastaneler, insan yaşamında sağlığı korumak, hastalık halinde iyileştirmek ve sağlığı geliştirmek açısından büyük önem taşırlar. Hastanelerin toplum sağlık düzeyini yükselterek, verimlilik artışı sağlamaları yoluyla, ülke ekonomisine de olumlu etkileri olmaktadır. Ayrıca, hastane hizmetlerinin maliyetinin yüksek olması da, hastanelerde etkinlik ve verimliliğin önemini artıran diğer bir hususu oluşturmaktadır. Özellikle ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişmemesinde, hastanelerin etkin ve verimli işletilmemelerinin, verilen hizmetin kalitesine fazla önem verilmemesinin büyük rolü bulunmaktadır. Bu açılarından, performans değerlendirmenin hastane hizmetlerinin istenen düzeye getirilebilmesinde büyük katkıları olacaktır.

Bu çalışmada daha genel ve kapsamlı amacımız Türkiye'deki farklı hastane örgütlerinde uygulanan performans değerlendirme sistemlerini inceleyerek, aralarında karşılaştırma yapmak ve sağlık personelinin (işgören ve yönetici açısından) performans değerlendirmeye ilgili beklentilerinin ortaya konulması ile, ülke genelinde hastanelerdeki sicil sistemleriyle ilgili düzenlemelere kaynak oluşturmaktır. Bu düşünceden hareketle, hastanelerde hizmet kalitesi açısından büyük önemi olan hemşirelik hizmetleri personelinin, performans değerlendirme sistemleri hakkındaki bilgi düzeyleri, beklentileri ve önerileri belirlenerek, yapılacak düzenlemeler için veri oluşturulması amaçlanmıştır.

Bu nedenlerden dolayı yapılması planlanan çalışmamız üç bölümden oluşmaktadır. Öncelikle, performans değerlendirme konusuyla ilgili olarak kuramsal bir inceleme yapılmış, yerli ve yabancı kaynaklar değerlendirilerek, "Performans Değerlendirmeye Genel Bakış" başlığında sunulmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yeri olan hastaneler tanımlanarak gelişimlerine, sağlık sistemi içindeki yeri ve önemine değinilmiştir. Ayrıca, hastane yönetimi ele alınmış, hastanelerde etkinlik, verimlilik ve kalite sağlama üzerinde durularak, sağlık hizmetlerinde ve hastanelerde görülen sorunlar incelenmeye çalışılmıştır. İkinci bölümde ayrıca, çalışma grubunu oluşturması açısından hemşirelik hizmetleriyle ilgili açıklamalarda bulunularak, hemşirelik hizmetleri grubunun hastane yönetimi açısından yeri ve önemine, hemşirelik hizmetleri yönetimine ve bu alanda ortaya çıkan sorunlara değinilmiştir. Performans değerlendirmeye yakın ilgisinin olması nedeniyle, hemşirelik hizmetlerinde insan kaynakları yönetimi de ele alınmıştır. Son aşamada, hemşirelik hizmetlerinde Türkiye'de ve bazı yabancı ülkelerde kullanılmakta olan performans değerlendirme sistemleri incelenmiştir.

Çalışmanın üçüncü ve son bölümünde ise, hastanelerimizde kullanılmakta olan performans değerlendirme sistemleri işgörenlerin ve yöneticilerin görüş açılarından incelenerek, onların bu konudaki görüş ve isteklerine yer verilmiştir. Hastanelerimizdeki durumu saptamaya yönelik yaptığımız bu uygulamada, çalışma grubu olarak, hastanelerde insan gücünün çoğunluğunu oluşturan hemşirelik hizmetleri grubu tercih edilmiştir. Üçüncü bölümde sonuçları verilen çalışma, ülkemizdeki hastaneleri temsil eden dört ana hastane grubunda (Üniversite Hastaneleri, Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Hastaneleri, Sosyal Sigortalar Kurumu Hastaneleri ve Özel Hastaneler olmak üzere) uygulanarak (429 adet) hemşire ve (218 adet) yönetici hemşireden elde edilen anketler,

bu kuruluşlardan konuyla ilgili olarak toplanan belgeler ve gözlemlerle tamamlanmıştır.

Kısaca belirtirsek, performans değerlendirme kuramsal olarak ele alınarak, hastanelerde uygulanmakta olan performans değerlendirme sistemlerinin incelenmesi amacıyla, hemşirelik hizmetleri grubunda konuyla ilgili bir araştırma gerçekleştirilmiş ve elde edilen sonuçlar değerlendirilerek hastanelerimizde geliştirilecek etkin performans değerlendirme sistemleri için yararlanılabilecek bir kaynak oluşturulmuştur.



I. BÖLÜM

PERFORMANS DEĞERLENDİRME KAVRAMINA GENEL BAKIŞ

1.1. PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN TANIMI

Çağımızda örgütler, işgörenlerinin görevlerini ne ölçüde yaptıklarını belirlemeye çalışmakta ve personel yönetimi işlevlerinden işgören değerlendirilmesine ayrı bir önem vermektedirler. Bilim ve teknolojiye hızlı gelişmeler karşısında örgütlerin hayatiyetlerini sürdürebilmeleri için daha etkin ve verimli bir çalışma göstermeleri zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Bu zorunluluk ise, onları daha nitelikli ve başarılı işgörenleri bünyelerine katmaya yöneltmektedir. İşgörenler örgütte kendilerine verilen belirli bir etkinliği (iş) yerine getirmekle yükümlüdürler. Ancak, bu yerine getirmenin ölçütü örgüt tarafından önceden belirlenerek standart hale getirilmektedir. Örgüt, işgörenin başarı düzeyini buna göre belirlemekte işgören hakkında başarılı (performans yüksek) ya da başarısız (performansı düşük) kanaatine varmaktadır.

Performans değerlendirmenin tanımına geçmeden önce, performans değerlendirmeye ilgili olarak kullanılan birçok ifadeye açıklık getirmemizin yararı olacaktır. Performans değerlendirme-başarı değerlendirme (performance evaluation, performance appraisal), liyakat takdiri (merit rating), işgören değerlendirme (personel evaluation) gibi ifadeler arasında esasen bir farklılık söz konusu değildir.

Bu çalışmamızda, daha yerleşik ve konuyu açıklayıcı bir terim olması nedeniyle "performans değerlendirme" ifadesinin kullanılması uygun görülmüştür. Aşağıda değişik düşünürlere göre, performans ve performans değerlendirme ifadesi açıklanmaya çalışılmaktadır.

Performans sözcük anlamıyla, icra etme, bir şeyin üstesinden gelme veya bir eylemi başarıyla yerine getirme, insan ya da makinanın bazı şeyleri iyi yapma yeteneği şeklinde kullanılmaktadır(1).

(1) Susan Haingay, et al, Longman, Active Study Dictionary of English, Glasgow, Longman, Group UK Limited, 1991,s.496.

Performans, bir işgörenin göreve atanmadaki başarısını belirtmektedir(2).

Erdoğan, performansı "bireyin kendisi için tanımlanan özellik ve yeteneklere uygun olan işi kabul edilebilir sınırlar içinde gerçekleştirmesi" olarak tanımlamaktadır(3).

Burada işgörene verilen sorumlulukların (yani onun iş tanımında belirtilen işin) işgörenin bilgi, beceri ve yeteneklerine uygun olması ayrıca işletme tarafından işin gerçekleştirilme derecesiyle ilgili standartların belirlenmiş olması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Performansın yüksek yada düşük olmasından söz edebilmek için örgüt tarafından önceden belirlenmiş göstergelerin (standartların) olması gerekmekte ve bu göstergeye göre her işgörenin işindeki performansı değerlendirilmektedir.

Performans değerlendirme, işgörenin işiyle ilgili üstünlük ve yetersizliğinin sistematik tanımlanmasıdır(4).

Performans değerlendirme "bireyin işinde gösterdiği başarı ve gelişme gizli gücüne bağlı olarak yapılan sistematik değerlendirme"dir(5).

Performans değerlendirme "işgörenin yönetsel amaçlarla işe ve/veya kişiliğine ilişkin tutum, davranış ve başarısının belirtilmesi sonucu elde edilen bilgilerin bireysel ve örgütsel gelişim amacıyla kullanımını sağlayan sistematik işlevlerin tümüdür"(6).

Dicle'ye göre, "çağdaş anlamda performans değerlendirme, işgörenin işteki başarı düzeyini nesnel olarak saptamaya ve kişi ile örgütü birlikte geliştirmek amacıyla kullanılan bir yönetim ve denetim aracıdır"(7).

Performans değerlendirme, "yöneticinin daha önceden belirlenmiş standartlarla işgörene ilişkin sonuç raporlarından aldığı bilgilere dayanarak, onun iş davranışlarını analiz ederek, başarısını ölçme ve değerlendirme olgusudur"(8).

(2) Wayne F. Cascio, *Managing Human Resources Productivity, Quality of Work Life, Profits*, 2.B., Denver, Mc Graw Hill Book Co., 1989, s.309.

(3) İlhan Erdoğan, *İşletmelerde Personel Seçimi ve Başarı Değerleme Teknikleri*, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No. 248, İstanbul, Küre Matbaası. 1991, s.134.

(4) Cascio., a.g.e., s.309.

(5) İsmail Durak Ataay, *İşdeğerleme ve Başarı Değerleme Yöntemleri*, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No.235, 1.C, İstanbul, Küre Matbaacılık, 1990, s.234.

(6) Ülkü Gönenli, "Başarı Değerlemede Klasik ve Modern Yöntemler ve Bir Örnek Olay" Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, İ.Ü. İşletme Fakültesi, İstanbul, 1977, s.6.

(7) Ülkü Dicle, *Yönetsel Başarının Değerlendirilmesi ve Türkiye Uygulaması*, ODTÜ. İdari Bilimler Fakültesi Yayın No. 43, Ankara, 1982, s.16.

(8) Erdoğan.,a.g.e., s.153,

Performans değerlendirme günümüzde örgütlerin etkinlik ve verimliliklerini artırmada önemli bir araç durumuna gelmiştir. Örgüt başarısı temelde işgörenin başarısıyla doğru orantılıdır. Bu tanımlamalardan sonra, performans değerlendirmeyi, bireyin işi üzerindeki performansı ve yeterliliği ile geleceğe yönelik gelişme potansiyelinin belirlenmesi için yapılan düzenli çalışmalar olarak tanımlayabiliriz.

1.2. PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMİ

Performans değerlendirme, diğer tüm yönetim fonksiyonları gibi örgütün başarıya ulaşması için, örgütteki bireylerin başarısı ile örgütün başarısı arasında uyum sağlamayı gerektirmektedir. Yani, bireylerin performanslarının artmasıyla, örgütünde bir bütün olarak başarısı artacaktır. Örgüt, varlığını sürdürebilmek için, çalıştırdığı bireylerin görevlerini ne ölçüde yerine getirdiklerini kontrol etmek zorunluluğundadır.

Örgütlerin toplumsal gelişimle ilgili sorumluluk düzeyleri son yıllarda tartışılmaya başlanılmıştır. Burada üzerinde durulan konu, iyi bir toplumsal yapıyı oluşturmada, örgütlerin yapılanmalarının nasıl olması gerektiği ve örgütlere düşen görevlerin neler olduğudur. Organizasyonların ve işgörenlerin çağdaş yaklaşımlar içinde sahip oldukları serbestlik, onların kendilerini geliştirmeleri için toplumsal bir baskı yaratmaktadır. Toplumsal kalkınmanın hızlanmasında, çağdaş yaklaşımların sonucunda işgörenlere verilen bireysel sorumluluk ve serbestliğin büyük katkıları olmaktadır(9). Toplumsal kalkınmayı sağlamada bireylere düşen bu önemli rol nedeniyle, örgütlerde işgörenlerin performanslarının değerlendirilmesi, çağdaş personel yönetiminin ayrılmaz bir ögesi olmuş ve örgütsel yaşamın beraberinde getirdiği bir zorunluluk haline gelmiştir.

Performans değerlendirmede temel ilke olarak, karşılaştırma ögesi bulunmaktadır. İşgörenlerin işlerinde yaptıkları ile yapmaları gerekenleri, diğer bir ifadeyle, var olan durum ile olması gereken performans düzeylerinin karşılaştırılması söz konusudur. Performans değerlendirme, işgörenin kendine verilen işi yerine getirme düzeyi ile, örgütün o işin yapılmasına yönelik olarak belirlediği standartların arasında bir değerlendirme yapmayı gerektirmektedir.

Performans değerlendirmenin günümüze kadar olan gelişimine bakıldığında karşılaştırmının farklı biçimlerde algılandığı görülür. Önceleri öznel bir yaklaşımla yürütülen performans değerlendirme uygulaması, uzun süre gelişigüzel olmaktan kurtulamamış ve çoğunlukla değerlendirenlerin önyargılarının etkisiyle gerçek amaçlarından saptı-

(9) Donna J. Wood, "Toward Improving Corporate Social Performance", *Business Horizons*, Vol. 34, No.4, July-August, 1991, s.66.

rılarak, birer baskı aracı durumuna getirilmiştir. Daha sonraları işgörenlerin performansı, oldukça mekanik ve basit ölçme araçlarıyla ölçülmeye çalışılmış ve konunun insancıl yönü geniş ölçüde göz ardı edilmiştir. Ayrıca, performans değerlendirmenin gizliliği de önemli bir ilke olarak benimsenmiştir. Doğal olarak da, değerlendirmenin gizliliği değerlendirmeyi yapanların elinde bir silah ve korkutma aracı olmuştur. Günümüzde performans değerlendirme, örgütü ve örgüt yönetimini geliştirme çabalarının önemli bir ögesi olarak algılanmaya başlanmış olup, örgüt ve yönetimde verimlilik ve etkinliği artırmanın yollarından biri olarak kabul edilmektedir. Bu amaçla da kişileri değil, performansı ölçmek, cezalandırmak değil, eksiklikleri gidermek ve geliştirmek amacına yönelik olarak uygulanmaya başlanmıştır(10).

Performans değerlendirmenin yukarıda belirtmeye çalıştığımız, zaman içinde değişen önemini, değişik yönetim biçimleri altında geçirdiği evrimi vurgulayarak da ele almak mümkün olabilmektedir.

Klasik yönetim anlayışında, işgörenin etkin ve verimli çalışmasının sağlanmasında, parasal özendirme yollarının etkili olduğu düşüncesi hakim olmakta ve çalışanların değerlendirilmeleri daha subjektif temellere dayanmaktaydı. Daha sonraki dönemlerde, performans değerlendirme klasik yönetim kuramından geliştirilmiş olan yeni tekniklerin uygulanması ile öznellikten (subjektiflikten) olabildiğince kurtarılmaya çalışılmıştır. Bu yaklaşımlardan biri olan, insan ilişkileri ekolü, klasik yönetim biçiminin teknik odaklı yaklaşımından sonra önemli bir aşama yapmış, işgörenlerin "kendilerini önemli hissetmeleri" için büyük çaba harcayarak onlarda sorumluluk duygusu yaratmayı amaçlamıştır. Ancak, gerçek anlamda sorumluluk verilmeksizin bu duygu yaratılmak istendiğinden başarılı olamamıştır(11).

II. Dünya savaşından günümüze kadar, işletmeler kusursuz performans değerlendirme sistemlerini oluşturmak için büyük çabalar içine girmişlerdir. Var olan sistemler gereksinimi karşılar gibi görünselerde, özellikle büyük şirketlerin yeni sistem arayışlarını önleyememişlerdir. Bu şirketler, kötü bir sistemle yapılan performans değerlendirmelerin sonucunda, aşırı ücret dengesizlikleri, yüksek personel devri vb. gibi olumsuzlukları gidermek amacıyla, kusursuz performans değerlendirme sistemlerine ulaşmaya çalışmaktadırlar(12).

(10) Dicle., a.g.e., s.15.

(11) Gönenli., a.g.e., s.7-8.

(12) Richard Girard, "Is there a need for performance appraisals?", *Personnel Journal*, August, 1988, s.29.

Burke ve Wilcox (1969) ise, işgörenlerin performans değerlendirmeyi algılayışları ve değerlendirmeye karşı tutumlarıyla ilgili olarak yaptıkları bir araştırmalarında, işgörenlerin tepkilerinin sıklıkla, üstlerinin onları kendi-kendilerine değerlendirmelerinden kaynaklandığını, işgörenlerin performans değerlendirmenin geri besleme (feedback) etkisini kullanmak istediklerini ve performanslarını ilerletmeye istekli olduklarını belirlemişlerdir(13).

Araştırma sonuçlarında da görüldüğü gibi, işgörenler yöneticilerinin kendi performanslarını değerlendirirken subjektif verilerden (kendi görüşleri doğrultusunda) yararlanmalarından ve geri besleme sağlamadan değerlendirmeyi tamamlamalarından rahatsız olmaktadır. Ayrıca, işgörenler geri besleme sağlanması ile kendilerini geliştirme çabasına girmek istemektedirler. Üçüncü bölümde daha ayrıntılı açıklandığı gibi, araştırma sonuçları da bu sonuçları destekler nitelikte olup, işgörenlerin değerlendirme sonuçlarının kendilerine iletilmesini istedikleri belirlenmiştir.

Performans değerlendirmenin, yöneticilerce yararlanılan, var olanla olması gerekeni karşılaştırma ortamı yaratan, başarının engellerini ve eksikliklerini saptayarak gerekli önlemlerin alınmasını kolaylaştıran ve kişi ile örgütü geliştirmeye olanak sağlayan bir denetim aracı olduğu belirtilmektedir(14). Bu nedenle de, işgörenlerin görev ve sorumluluklarına karar verilmeli, görevlerini yapmasında gereksinim duyabileceği uygun araç ve gereçler sağlanmalı kısaca, işle ilgili tüm nitelik ve niceliklerin uygun şekilde oluşturulması gerekmektedir. Yöneticilerin, işgörenlerin daha yüksek performans göstermelerinde, iyi ve nitelikli bir iş tanımının geliştirilmesi gerektiği konusunda duyarlı olmaları zorunluluğu bulunmaktadır(15).

İyi bir iş tanımı, birçok fonksiyona hizmet edebilmektedir. Özellikle iş değerlemesi için temel bilginin sağlanmasında, olumlu faaliyetlerin ve çalışana uygun iş olanaklarının raporlanmasında, işgörenlerin gereksinimlerinin planlanmasında ve ayrıca da, işgörenin performansının değerlendirilmesinde önemli bir araç olarak kullanılmaktadır. İş tanımları, işin içeriği ile performans arasında dengeli bir bağlantı oluşturmakta, böylece de, performans değerlendirme işlemini güçlendirmektedir(16).

(13) Michael H. Bottomley, *Personnel Management*, New York, Mac Donald and Evans Ltd., 1983, s.106.

(14) Dicle., a.g.e., s.16.

(15) Philp C. Grant, "How to manage employee job performance?", *Personnel Administrator, Personnel and Productivity*, Vol.26., No.8., August, 1981, s.60.

(16) James A. Buford -Bettye B. Barkhalter-Grover T.Jacobs, "Link Job Descriptions to Performance Appraisals", *Personnel Journal*, Vol., 67, No. 6, June, 1988,s.132.

Performans değerlendirme, basit formların veya ölçme araçlarının kullanılmasını aşarak, iş analizlerinin ve görev (iş) tanımlarının hazırlanmasını, örgütsel amaçların ve ölçütlerin belirlenmesini içeren oldukça güç ve karmaşık bir süreçtir. Son yıllarda, performans değerlendirmenin yönetim alanına getirdiği önemli gelişmeler kısaca aşağıdaki gibi özetlenebilmektedir(17).

- Dikkatler, performans değerlendirmenin felsefe, amaç ve ilkeleri üzerinde yoğunlaştırılmıştır.

- Performans değerlendirme yöntemleri ile amaçlar arasında, daha yakın bağıntı kurulmaya çalışılmıştır.

- İşgörenlerin kişisel özelliklerinin ölçülmesi yerine, işteki başarının ve elde edilen sonuçların değerlendirilmesine daha çok önem verilmiştir.

- Performans değerlendirme sonuçlarının gizli tutulması yerine açık değerlendirmenin yapılmasına, üstlerin tek başlarına değerlendirmeleri yerine katılmalı bir değerlendirme sisteminin uygulanmasına geçilmeye başlanmıştır.

- Performans değerlendirme bir amaç olmaktan çıkarılarak, bir yönetim aracı durumuna getirilmiştir.

- Performans değerlendirme, işgören için bir korku, baskı ve cezalandırma aracı olmaktan çok, örgütün geliştirilmesi için bir araç olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Performans değerlendirmeyle ilgili olarak ülkemizdeki ilk uygulamalara, devlet memurlarının sicilleriyle ilgili yönetmeliklerde (1909-1914) rastlanmaktadır. Cumhuriyet döneminde oluşturulan devlet memurlarıyla ilgili sicil yönetmeliği (657 sayılı devlet memurları kanunundaki sicil yönetmeliği) performans değerlendirme uygulamasının esaslarını belirlemektedir. Devlet memurları kanununun, bölüm 6'da açıklanmakta olan 109. maddesinden başlayarak 123. maddeyi de kapsayan içerik dahilinde, memur kütüğü sicil dosyası ve önemi, sicil amirleri, sicil raporlarında belirtilecek hususlar, sicil not defteri, sicil raporlarının doldurulması, memurların uyarılmaları, itiraz hakkı, olumlu ve olumsuz sicil sınırları, olumsuz sicil alma halindeki uygulamalar, sicil yönetmeliği takdirname ve ödül gibi hususlara değinilmektedir(18). Tüm bu düzenlemeler karşısında

(17) Dicle., a.g.e., s.17.

(18) Devlet Memurları Kanunu (en son değişikliklere göre), Ankara, Yetkin Hukuk Yayınları, 1989, s.107-111.

özellikle kamu sektöründe, performans değerlendirme çalışmalarının önceki yıllarda başlamış olmasının yanısıra uygulamanın etkinliği ve güvenilirliği istenen düzeyde olmayıp birçok problem görülmekte ve de, değerlendirme sonuçlarından yeterince yararlanılamamaktadır. Oysa, günümüzde performans değerlendirme sonuçları, işletmenin başarıya ulaşmasında önemli rol oynamaktadır. Nitelikli işgörenlere sahip olma ve onlardan en iyi şekilde (en etkin ve verimli) yararlanabilmek için, işletmelerin sağlıklı işleyen ve işgörene geri besleme (feedback-dönüt) sağlayan performans değerlendirme yaklaşımlarını uygulama yoluna gittikleri görülmektedir.

1.3. PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN SAĞLADIĞI YARARLAR

Performans değerlendirme, her örgüt için kaçınılmaz bir yönetim fonksiyonu ve her kademedeki yönetici için, büyük yararlıklar sağlayan bir araçtır. Örgütlerin etkinliğine ilişkin kuramsal açıklamaların ve araştırmaların bulgularına dayanılarak, performans değerlendirmenin yararlarını ele aldığımızda farklı bakış açılarıyla karşılaşılmaktadır. Bu nedenle de, performans değerlendirmenin yararları değişik yazarlar açısından ele alındığında aşağıdaki gibi, bir gruplandırmaya gidilebilmektedir.

Performans değerlendirme sonuçlarından elde edilen bilgiler aşağıda belirtilen şu sorunların çözümünü kolaylaştırmakta ve yeni işgörenlerin işe kabul edilmelerinde, deneme süresindeki personelin denetiminde, ücret düzenlemelerinde, personel eğitimi ve geliştirilmesinin sağlanmasında, işgören gözetiminin ve denetiminin düzenlenmesi ve etkinleştirilmesinde, yükselme (terfi), iş değiştirme ve işten çıkarmalarda, işgörenlerle ilgili veri toplanmasında kullanılan önemli kaynaklardan biri olmaktadır(19).

Bazı yazarlar ise, performans değerlendirme çalışmalarının aşağıda belirtilen yararları sağladığı üzerinde durmaktadırlar(20).

- Performans değerlendirme üstleri, işgörenleri hakkında uyarmaktadır. İşgörenlerin kişisel yeteneklerini tanımasına yardım ederek, işgörenin zayıf ve kuvvetli yönlerini tanıtıcı bilgiler sağlamaktadır.

- Eğitim gereksinimlerinin saptanmasında ve etkin bir eğitim programının düzenlenmesinde kullanılmaktadır.

(19) Ataay., a.g.e., s.235.

(20) Ibid., s.236.

- İşgörenlerin kapasiteleri ve başarıları konusunda bilgi kaynağı olarak kullanılarak, özellikle işgörenlerle yapılacak görüşmelerde bu kaynaktan yararlanılmaktadır.

- Yöneticilerin, dengeli ve tutarlı kararlara varmalarını sağlamak için dayanak oluşturmaktadır.

- Yükselme ve başarı standartlarının belirlenmesini sağlayarak, üstün yetenekli işgörenlerin tanınmasına yardımcı olmaktadır.

- İşgörenlerin, işletme bölümleri arasında nakledilmesinde bir ölçü olarak kullanılmaktadır.

- İşgörenleri, kötü yönleri ve uygun olmayan davranışları konusunda uyarmaktadır.

- Dürüst bir yönetim anlayışını yayarak, güven yaratır ve işgören moralinin yükseltilmesini sağlar, sonuç olarak yöneticilerle işgörenlerin kaynaşmalarına olanak yaratmaktadır.

Cascio Wayne'ye göre, performans değerlendirmenin şu yararları bulunmaktadır(21).

- Performans değerlendirmeler, göze çarpan işgörenleri terfi ettirmek, düşük ya da sınırdakileri işten uzaklaştırmak, eğitmek, bölüm değiştirmek veya cezalandırmak gibi personel kararlarının verilmesini destekleyecek bilgiler sağlamaktadır.

- Performans değerlendirme sonuçları, işgöreni işe alınırken yapılan testleri, destekler özellikte olduğundan, işgörenin işe kabulünde rol oynamaktadır.

- Performans değerlendirme, personelin gelişimini sağlayacak geri besleme (feedback-dönüt) olanağı yaratmaktadır.

- Performans değerlendirme sonuçları, eğitim programlarının saptanmasına yardım etmektedir.

- Performans değerlendirme sonuçları, kurumda doğru belirlendiğinde, organizasyonel problemlerin tanımlanmasına da yardımcı olmaktadır.

Yukarda belirtildiği gibi Wayne, performans değerlendirme sonuçlarının işgörenle ilgili kararların verilmesinde, işgörenin gelişiminin

desteklenmesinde, eğitim programlarının yönlendirilmesinde ve örgütsel problemlerin tanımlanmasında yararlı veriler sağladığı üzerinde durmaktadır.

Performans değerlendirme sisteminin en büyük yararı, işgörene kendi durumunu bildirmesidir. Bunun en iyi şekilde yapılabilmesi için yapıcı nitelikte ve işgörenin gelişmesini hedef alan performans değerlendirme görüşmesinin yapılması gerekmektedir(22). Böylece, bir geri besleme olanağı sağlanmış olacaktır.

Performans değerlendirmenin işgörene dolayısıyla da örgüte getireceği en büyük yarar, geri besleme (feedback-dönüt) sağlaması ve özellikle de, yapıcı, gelişmeye yönelik performans değerlendirme görüşmesine veri sunarak destek olmasıdır. İyi bir performans değerlendirmenin ve performans değerlendirme görüşmesinin uygulanması, hem işgören hem de örgüt açısından birçok yararlıklar sağlayacaktır.

Performans değerlendirmenin sağladığı yararları bir başka yazar açısından ele alırsak(23);

- Performans değerlendirme, yönetsel kararların alınmasına olanak sağlamaktadır. Örgütün verimlilik ve etkinliğinin artırılması, büyük oranda işgören başarısının artırılması ile sağlanabilmektedir. Performans değerlendirme yöneticilere kişisel başarıları ve örgütün genel başarısı hakkında bilgiler sunacak bir bilgi toplama ve denetim aracı durumundadır.

- Performans değerlendirme, örgütte uygulanmakta olan yönetim ve işgören politikalarının ne ölçüde başarılı olduğunun bir göstergesidir. İşe alma, seçme, terfi, eğitim, ücret v.b. konularda bilgi sağlayarak, gerekli düzeltme ve geliştirme alanlarını göstermektedir.

- Performans değerlendirme uygulaması, doğrudan doğruya kişilerin performansını etkileyen önemli bir faktör olmaktadır. Klasik bir performans değerlendirmenin tersine, çağdaş anlamda bir performans değerlendirme işgörenlerin amaçlarını açıkça ortaya koymalarına ve kendi kendilerine yön vermelerine, denetlemelerine ve yeteneklerini özgürce kullanmalarına olanak sağlamaktadır.

Yukarıda değişik görüş açılarından ele aldığımız, performans değerlendirmenin yararlarını kısaca özetlersek, performans değerlendirmenin yararlarını 3 ana başlık altında toplayabiliriz(24);

(22) Selçuk Yalçın, **Personel Yönetimi**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No. 246, İstanbul, Küre Matbaacılık, 1991, s. 95.

(23) Dicle., a.g.e., s.18.

(24) Cavide Uyargil, "Hemşirelikte Yönetim Kursu Notları", Yayınlanmamış Kurs Notları, İstanbul, 1992.

- Yöneticiye sağladığı yararlar; yöneticinin bireysel performansını geliştirir, departmanın (bölümün) başarısını artırır, haberleşmeyi ve kişiler arası ilişkileri geliştirir, astların güçlü/güçsüz yönlerinin tanısını kolaylaştırır, var olan/potansiyel sorunların tanınmasını kolaylaştırır, departmanın eğitim ihtiyaçlarını belirler, yöneticinin kendi güçlü/güçsüz yönlerinin tanınmasını kolaylaştırır, yetki devrini kolaylaştırarak, yöneticilik yeteneğinin daha iyi kullanılmasına yardımcı olur.
- Astlara sağladığı yararlar ise; astın görüşlerini bildirmesine olanak sağlar, astların güçlü/güçsüz yönlerini tanımlarını kolaylaştırır, iş tatminlerini artırır, öz güvenlerini geliştirir, iş bilgilerini geliştirir, işletme/departman amaçlarını tartışmasına olanak vererek, işletmedeki rolleri daha açık tanınmasını sağlar.
- Örgüte sağladığı yararları belirtirsek; karlılığı artırır, etkinliği sağlar, kalitenin geliştirilmesine imkan verir, eğitim gereksinimlerinin daha güvenilir bir biçimde belirlenmesini sağlar, bütçenin daha kolay hazırlanmasına olanak yaratır, insan gücü planlamasının gerektirdiği bilgileri sağlayarak, kısa dönemli gereksinimlere uyumu kolaylaştırır.

Sonuç olarak, performans değerlendirmenin işgörenler, yöneticiler ve örgüt açısından getirdiği birçok yararlıklar vardır. Ençok üzerinde durulan nokta, işgörenlerin durumları hakkında bilgi verilmesi ve geri besleme (feedback) mekanizmasının devreye sokulmasıyla işgören gelişimini sağlamasıdır. İşgörenin daha güvenli ve doyumlu çalışması örgütsel etkinlik ve verimliliği artıracığından dolayısıyla örgütsel gelişim (büyüme) de sağlanacaktır. Bunu sağlamada üzerinde durulması gereken bir nokta da, olumlu ve yapıcı bir performans değerlendirme görüşmesinin yapılması ile, performans değerlendirmeden elde edilen bilgilerin en iyi şekilde kullanılması imkanının yaratılabilmesidir.

1.4. ETKİN BİR PERFORMANS DEĞERLENDİRME SİSTEMİNDE BULUNMASI GEREKEN ÖZELLİKLER

Etkin bir performans değerlendirme sistemiyle, işgörenin etkinliği ölçülmekte bireysel davranışları incelenerek, gelecekteki pozisyonlara ve organizasyonel yapıya hazırlanması için gerekli önlemler alınmaktadır. Performans değerlendirme sonucu elde edilen bilgiler, işgörenlerin yerleştirilmesi, işten çıkartılması, başka bölüm ve statülere geçirilmesi

vb. personel yönetimi fonksiyonları için kullanılabilir. Hangi amaçlarla yapılırsa yapılsın, etkin bir performans değerlendirme sisteminde bulunması gereken özellikleri kısaca aşağıdaki şekilde özetlemek mümkün olabilmektedir.

- **Uygunluk (Relevance)** : Belirli bir işin, performans standartları ve organizasyonun hedefleri arasındaki ve de iş analiziyle değerlendirme formunda sınıflandırılmış iş boyutları arasındaki bağıntıların açıklanmasını belirtmektedir. Uygunluk, "belirli bir iş üzerindeki başarı ve başarısızlık arasındaki farkı gerçekte ne yaratır?" sorusunun yanıtının bulunması olarakta belirtilebilir(25). Uygunluk aynı zamanda, iş analizlerinin performans standartlarının ve değerlendirme sisteminin düzenli kontrolünü ve güncelleştirilmesini gerektirmektedir.

- **Geçerlilik (Validity)** : İşletmeye uygun olarak düzenlenmiş olan performans değerlendirme yönteminin sonucu ideal ve gerçekçi olduğu oranda yöntem geçerlidir. Diğer bir açıdanda, değerlendirmenin organizasyonun amaçlarına uygun olması ve yönetici tarafından anlaşılabilir olarak kullanılıyor olması gerekmektedir. Geçerlilik bir yerde "ölçümün zorluğu ile ölçümün yetersizliği arasında denge kurma olayıdır" şeklinde de belirtilmektedir(26).

Dicle, geçerliliği "değerlendirme sonucu elde edilen bilgilerin, değerlendirilen kişilerin gerçek başarılarını yansıtabilme derecesi" olarak belirtmektedir. Değerlendirme sonuçlarının daha nesnel ve somut performans ölçütleriyle karşılaştırılmasıyla, kullanılmış olan performans değerlendirme yönteminin ne ölçüde geçerli olduğu saptanabilmektedir(27).

Performans değerlendirmenin geçerliliğini artırmanın en önemli yolu, iş analizlerinin geliştirilerek bundan hareketle performans standartlarının geliştirilmesi, bunların açık ve anlaşılır bir şekilde uygulanabilmesidir. Yöneticiler ayrıca performans değerlendirme uygulaması sırasında ortaya çıkabilecek olan hatalardan da olabildiğince kaçınmalıdırlar.

- **Duyarlılık (Sensitivity)** : Bir performans değerlendirme sisteminin, etkisiz (ineffective) işgörenlerden, etkili (effective) olanları ayırabilme yeteneğini belirtmektedir. Performans değerlendirme yönteminde duyarlılık olmaması halinde, en iyi çalışanla kötü çalışan arasında farklılığın olmadığı kabul edileceğinden, elde edilen değerlendirme sonuçları yönetimle ilgili hiçbir kararda kullanılamayacaktır. Burada üzerinde durulacak en

(25) Cascio., a.g.e., s.312.

(26) Erdoğan., a.g.e., s.221-222.

(27) Dicle., a.g.e., s.31.

önemli nokta, değerlendirmenin hangi amaçla yapılmakta olduğudur. Yöneticilerin, performans değerlendirme bilgilerini farklı şekilde işleme tabi tutmaları sonucunda, yönetsel kararlar ve çalışanın gelişimi için yapılan değerlendirmeler arasında çatışma görülebilmektedir. Wayne'ye göre, pratikte genellikle performans değerlendirme sonucunda bilgiler toplanmakta ve bazı yönetsel kararlarda bu bilgiler kullanılmaktadır(28).

- **Güvenirlik (Reliability)** : İşgörenin değişmemesi halinde, bireysel değerlerin de değişmemesi hali olarak yorumlanmaktadır. Performans değerlendirme ölçümünde süreklilik olarak yani, işgörenin özelliklerinde değişiklik olmadan, değerlendirmenin de değişmemesi hali olarak ele alınmaktadır(29).

Güvenilir sonuçlar elde edebilmek için, her yöneticinin, çalışanın yaptığı işi, içinde bulunduğu koşulları gözleyebilmesi için yeterince zamanı olmalı ve gözleme olanağı bulunmalıdır. Bu olanağı sahip olamadan kaynaklanan gerçeği bilememe durumu, sistemin güvenilirmez oluşu şeklinde değerlendirilmektedir(30).

Performans değerlendirme araçlarında yer alan nitelikler arasında çelişkilerin bulunması, değerlendirme yönetiminin güvenilirliğini azaltacağından, bu şekildeki tutarsızlıkların giderilmesi ise, yöntemin güvenilirliğini artıracaktır(31). Performans değerlendirme araçlarının güvenilirliği, aynı işgören için farklı zamanlarda değerlendirme işlemini tekrarlayarak, sonuçlar arasında tutarlılığı sağlayıcı düzenlemeler yaparak artırılabilir.

- **Kabul olunabilirlik : (Acceptability)** : Pratikte performans değerlendirme sisteminde bulunması gerekenlerin en önemli özelliklerdendir. Çünkü insansal öğelere dayanan programlar, onları kullanacak olanların desteğine gereksinim duymaktadır. İnsansal unsurlar, yöntemin kullanımında engeller çıkarabileceğinden, performans değerlendirme sisteminin doğru ve kabul edilebilir olması gerekmektedir. Örgütler genellikle insan unsurundan çok, teknik doğruluk üzerinde daha fazla durmakta, yönetici ve işgörenlerin sistemi benimseyip benimsemediklerine önem vermemektedirler. Performans değerlendirme sisteminde, yöneticinin sorumluluğu ve çalışanlardan istenilen iş davranışlarının düzeyi olabildiğince açık tanımlandığında, yöneticinin üç tür düşünce sergilediği görülmektedir(32).

(28) Cascio., a.g.e., s.313.

(29) Erdoğan., a.g.e., s.223.

(30) Cascio., a.g.e., s.313.

(31) Dicle., a.g.e., s.30.

(32) Cascio., a.g.e., s.313.

- Yöneticiler, ne istediklerini işgörenlerin açıkça bilmemeleri halinde, sistemin sorunlarını tartışamayacaklarını ve tartışmak için sorunları çok güç bulacaklarını düşünmektedirler.

- Yöneticiler, ne istediklerini işgörenlerin açıkça bilmeleri halinde işgörenlerin onları artık sayıp sevmeyeceklerinden korkmaktadırlar.

- Bazı yöneticiler ise, terfilerde amaçları önceden saptayarak esnekliklerini kaybettiklerini düşünmektedirler. Terfi sırasında objektif ve esnek davranamayacaklarını düşünen bu yöneticiler, iki görüş ortaya atarak, "Eğer ben işgörene ne istediğimi söylersem, o zaman işgörenler yalnızca onları yapacaklar" veya "Ben onların ne yaptıklarını göreceğim ve ondan sonra onlara, beğenip beğenmediğini söyleyeceğim" gibi düşüncelerden hareket ederek, performans değerlendirmeyi ele almaktadırlar.

Yöneticiler (özellikle klasik yönetim anlayışını sürdüren yöneticiler) genelde güç ve otoriteyi ellerinde bulundurarak, işgörenler üzerinde hakimiyet kurma yaklaşımında bulunmaktadır. Bunun içinde birçok konuda işgörenle iletişimini koparmakta, onları geri besleme (feedback-dönüt) vererek bilgilendirmek istenmemekte böylece, personelin bilmesinin getirdiği eksiklikten güç sağlamaya çalışmaktadırlar. Yukarda açıkladığımız düşüncelerin temelinde yatan etken, yöneticinin tutucu, kapalı ve otokratik bir yönetim anlayışına hakim olmasıdır. Bu durum ise, performans değerlendirmenin kabul olunabilirlik özelliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

- **Uygulanabilme (Practicality)** : Yöneticilerin ve işgörenlerin kolay anlamalarını ve kullanmalarını ifade etmektedir. Diğer özellikler kadar aranmasada, dikkate alınmasında yarar bulunmaktadır. Performans değerlendirme standartlarının kolay anlaşılması ve kolay değerlendirilmesi yani uygulanabilme özelliğinin yüksek olması performans değerlendirmenin başarısını artıracaktır(33).

Özetle yukarda açıklamaya çalıştığımız, etkin bir performans değerlendirmede bulunması gereken hususlar; uygunluk, geçerlilik, duyarlılık, güvenilirlik, kabul olunabilirlik ve uygulanabilirliktir. Daha etkili bir performans değerlendirme sisteminin oluşturulabilmesi için, bu özelliklerin bulundurulmasına dikkat edilmelidir. Bunların bulundurulması, performans değerlendirme sisteminden sağlanacak yararlılıkların artmasına da neden olacaktır.

(33) Ibid., s.314.

1.5. PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN AMAÇLARI

Gerek kuramsal düzeyde, gerekse uygulama düzeyinde performans değerlendirmenin amaçları üzerinde henüz tam bir görüş birliğine varılamamıştır. Performans değerlendirmenin amaçları üzerinde yazılan yazılarda, uzun bir amaçlar sıralamasıyla genel bazı gruplamalara yönelen yaklaşımlar bulunmaktadır. Amaçların uzun sıralamalar oluşturması, performans değerlendirmenin anlaşılmasını güçleştirmektedir. Bu nedenle bazı yazarlar, performans değerlendirmenin daha iyi anlaşılabilmesini sağlamak için amaçların sınıflandırılması yoluna gitmişlerdir.

Performans değerlendirmenin amaçları, belirtilmek istendiğinde aşağıdaki gibi uzun bir sıralama oluşturulmaktadır(34).

- Performans değerlendirme, işe yeni başlayan işgörenlerin işletmede görevlerine devam edip-etmeyecekleri kararının verilmesinde, yöneticiye yardımcı olmak.

- Performans değerlendirme, personeli işe alma yöntemlerinin ne derece etkin ve başarılı sonuçlar verdiğinin araştırılmasında yol göstermek.

- İşgörenin, ücret artışlarını saptamak.

- İşgörenin, hangi iş de daha başarılı olacağının belirlemek.

- İşgörenlerin, daha üst görevlere yükseltilmesi kararının verilmesinde yararlanmak.

- İşgörenlerin, eksik yönlerini belirleyerek, işgörene yol gösterilmesinde ve başarısının artırılabilmesi için gerekenlerin belirlenmesinde kullanılmak.

- İşgörenlerin, üstleri önünde ne kadar başarılı olduklarını ortaya koyarak, işgörenlerin güdülendirilmesine yardımcı olmak.

- Üst, değerlendirme sırasında yapmakta olduğu görevleri daha yakından inceleme olanağı bulacağı için, üstün kendi başarısını arttırmak.

- Örgütün ana amaçlarının saptanmasında ve örgüt yapısının oluşturulmasında tepe yöneticilere geri besleme (feedback-dönüt) sağlamak.

(34) Gönenli., a.g.e., s.10.

- Örgüte yararı olmayan ve işine son verilmesi gereken işgörenlerin belirlenmesi ve işten çıkarılmaları kararını vermek gibi, amaçlara ulaşmada performans değerlendirmenin kullanılması yoluna gidilmektedir.

Gönenli, "Performans değerlendirmede klasik ve modern yöntemler" adlı çalışmasında performans değerlendirmenin amaçlarını iki grup halinde toplamaktadır(35).

- **Yönetmel Amaçlar ;** performans değerlendirmeye sadece yönetmel amaçlarla yaklaşılması, beraberinde bazı sorunları da getirmektedir. Yönetmel amaçlar, ücret yönetimi, yer değiştirme(transfer ya da nakil) ve işten çıkarma gibi bazı alt başlıklara ayrılmaktadır. Yönetmel amaçlarla, performans değerlendirmenin yapılmasında yöneticinin kişisel yapısı ve yönetim biçimi çok farklı değerlendirmelere yol açacağından bazı olumsuzlukların doğmasına neden olacaktır. Bunu önleyebilmek için, performans değerlendirme sonuçlarının belli oranda işgören geliştirmeye dönük kullanılmaları gerekmektedir.

- **Güdülendirme ve İşgören Geliştirme Amacı:** Performans değerlendirme sonuçlarının güdülendirme ve işgören geliştirme amacıyla kullanılmaları geri besleme (feedback-dönüt) mekanizmasıyla sağlanmaktadır. Geri beslemeden etkin bir şekilde yararlanabilmek için, geri beslemenin hatadan hemen sonra verilmesi gerekmektedir. Bir süre sonra hatta, işgörenin hatası değerlendirilmesini etkileyecek şekilde bir bütün olarak geri bildirildiğinde, işgören için yararlı olmayacaktır. İşgörenler hatalarını kabul ettiklerinde, davranış şekillerini değiştirecek ve etkin şekilde olumlu bir güdülenme sağlanmış olacaktır.

Performans değerlendirme çalışmaları Ataay'ın sınıflamasına göre, şu amaçları gerçekleştirmek düşüncesiyle uygulanmaktadır(36).

- **Performans değerlendirme,** "işgörenin içindeki başarısını ve gelecek için potansiyel gücünü değerlemek"tedir. İşgörenin bugünkü performansının ölçülmesiyle, geçmişteki davranışları değerlendirilmekte ve gelecekte oluşabilecek sorunlarla ilgili potansiyeli belirlenmeye çalışılmaktadır. İşgörenin bugünkü başarısı, içindeki performans düzeyini göstermektedir. Bunun içinde, hangi kriterlerin üstüne çıkması halinde başarılı kabul edileceğinin belirlenmesi gerekmektedir.

(35) Gönenli., a.g.e., s.13-15.

(36) Ataay., a.g.e., s.237.

- Performans değerlendirme, işgörenlere yönelik, geliştirme ve yetiştirme programlarının hazırlanması için veri sağlayarak, eğitim gereksiniminin saptanmasına yardım etmektedir. Bu programlar, belli eğitim kurslarına katılma biçiminde gerçekleştirilerek, işgörenin gelişimini desteklemektedir.

- Yöneticilerin, işgörenlerini iyi tanımalarına, işgörenlerin özendirilmesi ve daha üst pozisyonlara geçmeleri için önerilere dayanak oluşturmaktadır. Günümüzde birçok işletmenin yönetim politikaları, "işletme içinden yükselme"yi desteklemektedir. Performans değerlendirmeler, bu tür uygulamaları kolaylaştırmakta, yükselmesi gereken işgörenlerin saptanmasına yardımcı olmaktadır.

- İşletmede yapılacak ücret artışlarını belirlemede, prim ve kâra katılma konusundaki uygulamalarda nesnel ölçütlerin kullanılmasına olanak sağlamaktadır.

Yukardaki sınıflamada, performans değerlendirmenin, işgörenin potansiyel gücünü belirlemek, eğitim gereksinimlerini saptamak, terfiye ve ücret politikalarına dayanak oluşturmak gibi amaçları üzerinde durulduğu görülmektedir. Oysa, burada performans değerlendirmenin işgörene bir geri bildirim sağlanması ve işgören gelişiminin desteklenmesinin üzerinde önemle durulması gereken bir konu olduğuna değinilmemiştir.

Performans değerlendirme, yönetsel kararların verilmesi için uygulanmasına gereksinim duyulan bir süreçtir. Bu kararlardan bazıları, işgörenin çıkarına yönelik bazıları ise, işletmenin geleceğine yönelik temelleri oluşturmaktadır. Performans değerlendirmenin amaçlarını Erdoğan aşağıda genel başlıklarıyla belirtildiği gibi iki grup altında toplamaktadır(37).

- **İşgören davranışının analizi:** Performans değerlendirmedeki esas amaç, işgörenin örgütteki konumuna göre genel davranışlarının incelenmesi, bir yerde işgörenin örgüt tarafından saptanan standartlara ve diğer iş arkadaşlarına göre yargılanması olmaktadır. Performans değerlendirme sonucunda işgören hakkında elde edilecek bilgiler doğrultusunda, çalışanların birbirleriyle karşılaştırılmaları olanağı doğacağından, kimin hangi yönde geliştirileceğine karar verilmesi de kolaylaşacaktır.

- **İşe ilişkin düzenlemeler yapmada performans değerlendirme:** Performans değerlendirmenin sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda yönetsel bazı düzenlemelerin yapılması, örgütsel yaşamda olağan

bir durumdur. Yapılmakta olan düzenlemelerin, işgörenle ilgili yönü bulunmaktayken, esas görünen yön çalışma ortamı, iş prensipleri ve işgörenlerin eğitime, yetiştirilmesine ilişkin önlemler şeklinde olmaktadır.

M. Armstrong'a göre, performans değerlendirmenin amaçları üç grupta toplanmakta olup(38);

- İşgörenin güçlerini ve zayıflıklarını tanımlayarak, güçlerini geliştirmeye ve zayıflıklarının üstesinden gelmeye yönelik performans gelişimine yardım etmek.

- İşgörenin şimdi veya gelecekteki büyük sorumlulukları için potansiyelini tanımlamak ve bu potansiyelin geliştirilmesini sağlamak için ne yapılacağına rehberlik etmek.

- Performans düzeyi ile verilecek ücret düzeyini dengeleyebilecek ücret artışlarını belirlemede dayanak olmak şeklinde belirtmektedir.

ABD'de 1977 yılında yapılmış olan bir araştırmanın sonuçlarına göre performans değerlendirmenin kullanım amaçları aşağıdaki tablo da gösterilmektedir(39).

Tablo 1.1: Performans Değerlendirmenin Kullanım Amaçları.

<u>Amaç</u>	<u>Küçük Kuruluşlar</u>	<u>Büyük Kuruluşlar</u>	<u>Toplam Ortalama</u>
- Ücret	84.6	62.2	71.3
- Başarı geliştirme	49.2	60.6	55.2
- Bilgi sağlama	10.6	37.8	29.3
- Yükselme	29.1	21.1	25.1
- Veri kaynağı	11.4	10.0	10.7
- Eğitim	8.0	9.4	8.7
- İş aktarma	7.4	8.3	7.9
- İş gücü planlama	6.3	6.1	6.2
- İşten çıkarma	2.3	2.2	2.3
- Araştırma	2.9	0	1.4

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, performans değerlendirme sıklıkla ücretleme düzenlemelerinde, işgören başarısının geliştirilmesinde, personel hakkında bilgi sağlamada ve terfilerde kullanılmaktadır. Başarı

(38) Michael Armstrong, *A Handbook of Human Resource Management*, Kogan Page Ltd., 1990, s.166.

(39) H. Slan Locher-S. Kenneth Tell, "Performance Appraisal- A Survey of Current Practices", *Personnel Journal*, May 1977, Vol. 56. Number 5, s.245-246.

geliştirmek amacıyla kullanımın, büyük firmalarda daha sık olması performans değerlendirme sonucunun olumlu bir gelişme sağlayarak, verimlilik ve etkinlik artışını yaratmasının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir ya da tersine büyük şirketlerin kalite, etkinlik ve verimlilik konusunda daha duyarlı yaklaşıtları şeklinde yorumlanabilir.

Dicle ise, performans değerlendirmenin günümüzde kullanıldığı alanları ve gerçekleştirdiği amaçları iki ana kümede toplamaktadır(40). Çalışmamızda, performans değerlendirmenin amaçlarıyla ilgili bu sınıflandırmanın esas alınması uygun görülerek, daha ayrıntılı olarak ele alınmasına çalışılacaktır.

1.5.1. Örgütsel Amaçlar : Örgütsel amaçları da kendi içinde iki alt başlığa ayırarak incelemek mümkün olabilmektedir.

a) Performans değerlendirmenin ölçmeye ilişkin amaçlarının esası, işgörenlerle ilgili yönetsel kararların alınmasında gereksinme duyulacak olan bilgilerin toplanması ve gerekli karşılaştırmaların yapılabilmesinde nesnel ölçütlerin elde edilmesi olmaktadır. Bunun yanı sıra;

- İşe yerleştirme, adaylık, işe kabul, yükselme, ücretleme, özendirici ücret sistemleri, ödüllendirme, cezalandırma ve yer değiştirme gibi çeşitli personel yönetimiyle ilgili kararların verilmesinde gereksinim duyulacak bilgileri ve nesnel ölçütleri sağlamak.

- Örgütte etkin bir denetim sisteminin oluşturulmasında, nesnel ölçütlerin geliştirilmesini sağlayarak, elde edilen sonuçların ölçütlere uygunluk derecesini ve sapmalarını göstermek.

- İşgörenler hakkında gelecekte kullanabilmek üzere çeşitli bilgilerin elde edilmesini sağlamak.

- Örgütün genel durumu ve sorunlarına ilişkin veri sunarak, gelecekte ortaya çıkabilecek olayların önceden tahmin edilmesine olanak sağlamak.

- Örgütte eğitim gereksinimlerinin saptanmasında ve uygulanan eğitim programlarının etkinliğinin değerlendirilmesinde rol oynamak.

- Örgütün işgücü ve yönetim potansiyeli hakkında güvenilir veriler elde etmek.

(40) Dicle., a.g.e., s.19-21.

- Örgütte uygulanan personel politikasının değerlendirilmesine ve daha etkin politika ve programların geliştirilmesine olanak sağlamak şeklinde belirtilebilmektedir.

b) Örgütsel amaçlardan geliştirmeye yönelik amaçlar ise, örgütün işgücü kaynaklarının daha verimli ve etkin bir biçimde kullanılmasına ve dolayısıyla da işgörenleri ve örgütü geliştirmeye yönelik olanlardır. Günümüzde performans değerlendirmeye örgüt geliştirmenin bir amacı olarak bakılmakta ve bu yöndeki uygulamalar yaygınlaşmaktadır.

- Daha etkin personel politika, plan ve programlarının, ücret sistemlerinin, eğitim programlarının işe alma, seçme, yerleştirme, yükseltme ve ödüllendirme uygulamalarının geliştirilmesine olanak sağlamaktadır.

- Örgütte yönetimin gereksinmelerini karşılayabilecek bilgi sisteminin geliştirilmesine ve iletişim ağının kurulmasına katkıda bulunmaktadır.

- İş ile işgören arasında gerekli uyumun sağlanmasına yardımcı olarak, problemlerin giderilmesini sağlamaktadır.

- Örgütün amaçları ve gereksinimleri ile işgörenlerin amaç ve gereksinimlerinin bütünleştirilmesi için gerekli ortamın hazırlanmasına katkıda bulunmaktadır.

- Ayrıca, işgörenlerin amaçlarına ve yaptıkları işe anlam kazandırarak motivasyonlarının, işten elde ettikleri doyumun artırılmasını sağlayarak verimlilik ve etkinliğin yükseltilmesine de imkan yaratmaktadır.

1.5.2. Kişisel Amaçlar: Performans değerlendirmenin işgörenler açısından ele alınabilecek amaçları arasında şunlar belirtilebilmektedir.

- Yöneticilerin işgörenler hakkında verdikleri kararları, nesnel ölçülere dayandırılmalarını, tarafsız bir tutum ve davranış içine girerek ön yargılardan arınmalarını sağlamaktadır.

- İşgörenlerin ne kadar başarılı olduklarına yönelik geri besleme (feedback) sağlayarak, üstlerinin kendileri hakkında ne düşündüklerini bilmelerine olanak vermektedir.

- İşgörenin kişisel amaçlarının belirlenmesi, elde edilen başarıların tanınması ve kişinin başarı gereksinmesinin karşılanması ile işten sağlanan doyum ve motivasyonu artırarak yabancılaşmayı azaltmakta, kişinin amaçlarıyla örgütün amaçları arasındaki ilişkiyi ortadan kaldırmaktadır.

- İşgörene hatalı ve eksik yönlerini göstererek, bunları gidermelerine ve kendi kendilerini geliştirmelerine olanak sağlamaktadır.

- Örgütsel amaçları açık ve ölçülebilir bir biçimde ortaya koyarak, işgörenlerin bunları gerçekleştirmede daha özgür olmalarına, kendi kendilerine yön vermelerine ve kendi kendilerini denetlemelerine olanak vermektedir. Ayrıca, işgörenlerin yönetime katılmalarına olanak sağlamaktadır.

Yukarıda değişik yazarlara göre belirtilmiş olan performans değerlendirmenin amaçları verilmeye çalışılmıştır. Kısaca özetlersek performans değerlendirme; işgörene yönelik olarak, işgörenin başarısını saptamada, yöneticinin objektif ve yansız değerlendirme yapmasını sağlamada, işgörenin başarı ve gelişimiyle ilgili geri beslemenin (feedback) verilmesinde, işgörenin örgüt amaçlarının gerçekleştirilmesinde katkısını artırmada rol oynamaktadır. Örgüte yönelik amaçlar ise, örgütsel kararların alınmasında veri toplamayı sağlayan, eldeki kaynakları etkin ve verimli kullanmayı dolayısıyla çalışanları ve örgütü geliştirmeyi amaçlayan bir yönetim yaklaşımı olarak ele alınmaktadır.

1.6. PERFORMANS DÜZEYİNİ ETKİLEYEN ETMENLER

Performans düzeyini etkileyen etmenler çeşitli sınıflamalar altında incelenebilmektedir. Ancak böyle bir sınıflamaya gitmek, bu etmenlerin birbirinden tamamen ayrı oldukları anlamına gelmemekte ve aralarında yakın bağlantılar bulunmaktadır. Bu farklı sınıflamalar, genel başlıklar altında toplanmak istendiğinde üç ana grup oluşmaktadır.

1.6.1 İşgörenin Bireysel Özellikleri :

Performans değerlendirme açısından kişiler arasındaki farklılıkları yaratan işgören özellikleri aşağıdaki şekilde belirtilmektedir.

- Bireyin demografik özellikleri; işgörenin yaşı, cinsiyeti, zeka düzeyi, sosyo-kültürel özellikleri vb. gibidir. İşgörenin demografik özellikleri, onun iş başarısını büyük ölçüde etkilemektedir. Genç işgörenler

daha enerjik, üretken bir çalışma temposu gösterirlerken, deneyimsiz olmalarından kaynaklanan ya da genç olmalarının verdiği acelecilik nedeniyle hatalar yapabilmektedirler.

Bireyin demografik özelliklerinden olan cinsiyet farklılıkları da, performans düzeyini önemli ölçüde etkilemektedir. Toplumsal yapının doğal bir sonucu olarak kadınların maddi ve manevi tatminlerini sağlayacak, toplumsal statüsü yüksek mevkilere yükselmeleri olasılığı oldukça zayıf olmaktadır(41). Toplumun kadın ve erkeğe bakış açısının farklı olması, işletmelerin kadınları genellikle daha başarısız ve düşük performanslı olarak değerlendirmelerinde etkin rol oynayabilmektedir.

- Performansın ayrıca, işgörenin potansiyel yetenek ve özellikleriyle yakın ilişkisi bulunmaktadır. "Yetenek, kişinin belirli bir süre içinde belirli görevleri yerine getirmesinde rol oynayan bilgi ve beceri düzeyiyle ilgili bir kavramdır". İnsanlar genellikle "orta" düzeyde yeteneğe sahiptir ve bireyin yeteneğinde zaman içinde değişiklikler olabilmektedir. Performans değerlendirme yapılırken, iş görenlerin yeteneklerinde oluşabilecek değişikliklere karşı dikkatli olunmalıdır(42).

Bireyin yaptığı işe göre değerlendirilmesi, onun tüm özellikleri ve yetenekleri hakkında tam anlamıyla bilgi verici olmayabilir. İşgörenin günden güne performans değişiminin izlenmesi, gelecekteki personel planlarını yönlendirmek açısından çok önemlidir. "İşgörenin kişiliği yaptığı işe uygun ise, başarısının arttığı gözlenirken, kişilik-iş uyumunun olmadığı durumlarda verimin düştüğü bireysel stresin arttığı" belirtilmektedir(43).

- Performans düzeyini etkileyen kişisel etmenlerden bir diğeri de, işgörenin psikolojik özellikleri genel olarak istek ve beklentileridir. Bu durum, işgörenin gereksinimleriyle çok yakından ilgilidir. Gereksinimler, insanın isteklendirilmesini sağlayan itici güdülerdir. Bireyler yaşamları boyunca yeni gereksinimler geliştirerek var olanları doyurmaya çalışmaktadırlar. Bireyin tüm tutum ve davranışlarına gereksinimleri yön vermekte ve amaçlar onun etkisinde belirlenmektedir(44). Maslow'un ortaya attığı, "Gereksinimler Hiyerarşisi", fizyolojik gereksinimler (açlık, susuzluk, gibi), psikolojik gereksinimler (güven duyma gibi), toplumsal gereksinimler (sevme-sevilme, bir grup tarafından kabul görme gibi) ve

(41) Hayat E. Kabasakal, "Yöneticilik, Kadınlar ve Toplumsal Tutumlar" Boğaziçi Üniversitesi Ekonomi ve İdari Bilimler Dergisi, Vol., 5, No.1, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 1991, s.25.

(42) Dicle., a.g.e., s.7.

(43) Erdoğan., a.g.e., s.163.

(44) Dicle., a.g.e., s.9-10.

daha üst düzeylerde saygı görme, statü kazanma, başarı sağlama, kendini kanıtlama gibi gereksinimleri kapsamaktadır. Birey bu gereksinimlerini karşılayabilmek için en temel gereksinimden en üst düzeydekine kadar elde etme çabası içine girmektedir. Bireyin başarıya ulaşmasında, üstün yetenekli olmasından çok, bu yeteneklerini kullanmada duyacağı isteğin yoğunluğu önemli bir faktör olmaktadır.

1.6.2. Örgütsel Etmenler

Konuyu daha iyi açıklayabilmek için performans değerlendirmeyi etkileyen örgütsel etmenler iki alt başlık altında toplanabilmektedir.

- **Çalışma koşulları** : Çağdaş yönetim anlayışı, çalışma koşulları (fiziksel çevre) ile verimlilik arasındaki ilişkiler üzerinde özel bir önemle durulmaktadır. Işıklandırma, havalandırma, temizlik, konfor, sağlık vb. koşulların performans ve verimlilikle bağlantılı olduğu yapılan araştırmalarda belirtilmektedir.

Hawthorne araştırmaları, aydınlatmanın iş verimi üzerinde değişik etkilerinin olduğunu ortaya koymuştur. Farklı iş kolları için, değişik düzeylerde aydınlanmaya gereksinim duyulduğu, iş görenlerin sağlıklı ve verimli çalışmaları için yapay ışıklandırmanın yanı sıra, doğal aydınlatmanın daha çok yararlı olduğu belirtilmektedir(45).

Çevrenin yeteri kadar ısıtılması da, insanların verimliliklerini önemli ölçüde etkilemektedir. Aşırı ısı veya soğukun iş başarısını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Gürültü, alışılmış bir ortamda ve normal bir performansın istendiği durumlarda çok önemli bir etmen değilken, aşırı konsantrasyonu gerektiren durumlarda performansı olumsuz şekilde etkilediğinden önemli bir etmen durumuna gelebilmektedir. Ayrıca, işletmenin çalışma programı (work schedule), vardiya sistemi işgörenlerin günlük yaşamlarını etkiler duruma gelebilmektedir. Beslenme, uyuma, dinlenme zamanlarının iyi planlanması performans düzeyini artırırken, tersine uygulamalar ise azaltmaktadır(46).

- **Organizasyonel Koşullar** : Örgütün uyguladığı yönetim felsefesi, işgörenlerin işteki başarılarını etkileyen önemli etmenlerden biri olarak ele alınmaktadır. Toplumsal yapıda görülen değişim ve gelişimler, örgütlerin ve bireylerin gelişimini olumlu yönde etkileyerek, performansı artırıcı, yararlı sonuçlar ortaya çıkarmaktadır(47).

(45) Ibid., s.13.

(46) Erdoğan., a.g.e., s.161.

(47) Wood., a.g.e., s.66.

Kişisel başarıyı, örgütsel verimliliği ve yönetimde etkinliği artırmanın yöntemleri arasında yönetime katılımın önemli bir yaklaşım olduğu belirtilmektedir. Personel yönetimi ve politikasına yönelik etmenlerin, performans üzerindeki etkileri önemle araştırılmakla beraber, ödüllendirme ve özendirici ücret sistemleri gibi belirli bazı etmenlerin üzerinde daha çok yoğunlaşıldığı görülmektedir. Son yıllarda, en iyi yönetim biçimi ve personel politikası konusunda, genellemeler yapılmasından yavaş yavaş vazgeçilerek, bunların yerine durumsallık yaklaşımı yani hangi durumlarda neyin daha iyi sonuç verebileceğinin araştırılmasına ve geliştirilmesine çalışılmaktadır(48).

Performans, personel seçiminin önerdiği gibi, sadece kişi ile iş arasındaki uyummayı sağlamaya bağlı statik (durgun) bir olgu olmamaktadır. Örgüt içinde, örgüt yapısı ve örgüt dinamiği olarak belirtilen iki temel faktör, performansı etkileyerek ona dinamizm kazandırmaktadır(49). Bu açıdan konu ele alındığında, örgüt yapısı ve örgütsel koşullar performansı etkileyen önemli etmenler arasında kabul edilebilmektedir.

İşletmedeki organizasyonel koşulların performans üzerindeki etkisine daha geniş bir kapsamdan, ülke boyutundan bakıldığında ortaya çıkan sonuçların ne kadar önemli ve büyük olduğu yadsınamayan bir gerçeği ortaya koymaktadır.

Tüm ülke ekonomisinde sağlanmakta olan verimlilik, özünde tek tek bireylerin faaliyetleri sonucunda ortaya çıkmaktadır. Verimlilik, kurumsal boyutlarda ortaya çıkıyor gibi görülsede temelde, işgörenin düşünce tutum ve davranışlarının tümünün bir sonucudur. İşletmelerde verimliliği arttırmanın tüm sorumluluğu yöneticilere ait bulunmakta(50) ise de, işletmelerin yönetim şekli ve yapısı da önemli bir rol oynamaktadır.

İşletmelerde, öncelikle kişinin yeteneklerine uygun bir işte bulunup-bulunmaması, işgörenin göstereceği performans düzeyi açısından büyük önem taşımaktadır. İşgörenin yetenekleriyle işin özellikleri arasında iyi bir uyumun sağlanması ise, bilimsel iş analizi ve iş tanımlarının yapılması ile gerçekleştirilebilmektedir. Örgüt yapısının ve iş bölümünün dayandığı temel, örgütsel yapı, görev ve birimler arasındaki dikey ve yatay ilişkiler, iletişim ağı vb. yapısal unsurlar, işgörenin performansını etkileyen önemli etmenler arasında bulunmaktadır(51).

(48) Dicle., a.g.e., s.12.

(49) Ural Sözen, *Yönetici Değerlenmesinde Personel Seçiminin Bir faktör Olarak Kullanılması*, Ankara, İktisadi Ticari İlimler Akademisi Yayınları No.58. Ankara, Emel Matbaacılık, 1993, s.50.

(50) Mahmut Özdemir, "Verimlilik üzerine düşünceler ve verimlilik çalışmaları", *Verimlilik Dergisi*, Sayı 2. Ankara, Yücel Ofset, 1991, s.171-172.

(51) Cascio., a.g.e., s.310.

Yöneticilerin, gerçek anlamda örgütsel amaçları belirlemesi gerekmektedir. Bunun içinde, iş tanımlarını yaparak iş ilişkilerinin düzenlenmesi, işletmede işgören-iş uyumunu gerçekleştirci önlemlerin alınması zorunludur. Yöneticinin, iyi bir iş düzenlemesi yaparak, uygun seçme ve yerleştirme sistemini kurması da gerekmektedir. İşgörenlerin, işin gerektirdiği şekilde eğitilmeleri ve motive edilmeleri verimli olmalarını sağlayan çabaların en önemlilerinden birisi olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, örgüt içindeki iletişim sistemi de performansı etkileyebilme açısından önemli bir etmen durumundadır.

"İşgörenin üstleri-astları ve çalışma arkadaşlarıyla kurduğu kişisel ilişkilerin niteliği ve örgütün sosyo-psikolojik ortamına ne oranda uyum sağladığı doğaldır ki onun performans düzeyini etkileyecektir"(52).

Yöneticiler uygulamada genellikle, işgörenlerinin çalışmalarını değerlendirmeye fazla zaman ayırmamakta, işgörenlerin motivasyonlarına ve ödüllendirilmelerine daha fazla ağırlık vermeyi yeğlemektedirler. Yöneticiler, işgörenlerinin performansını değerlendirmeyi etkisiz kırtasiyecilik olarak görmekte, astlarını genellikle ortalama/ortalamanın üstünde değerlendirme yaklaşımı içine girmektedirler. Bu durum ise, örgütlerde performans değerlendirmenin başarısını olumsuz yönde etkileyen önemli bir etmen olmaktadır. Çoğu kez, gerçek anlamda yapılan performans değerlendirmeler üst ve ast arasındaki ilişkinin olumlu gelişmesiyle çatışmakta, gerginliklere neden olmaktadır(53). Örgütler, bu gibi durumlar hakkında yöneticilerini uyararak olumsuzlukları giderici önlemler alma yaklaşımı içinde olmalıdırlar.

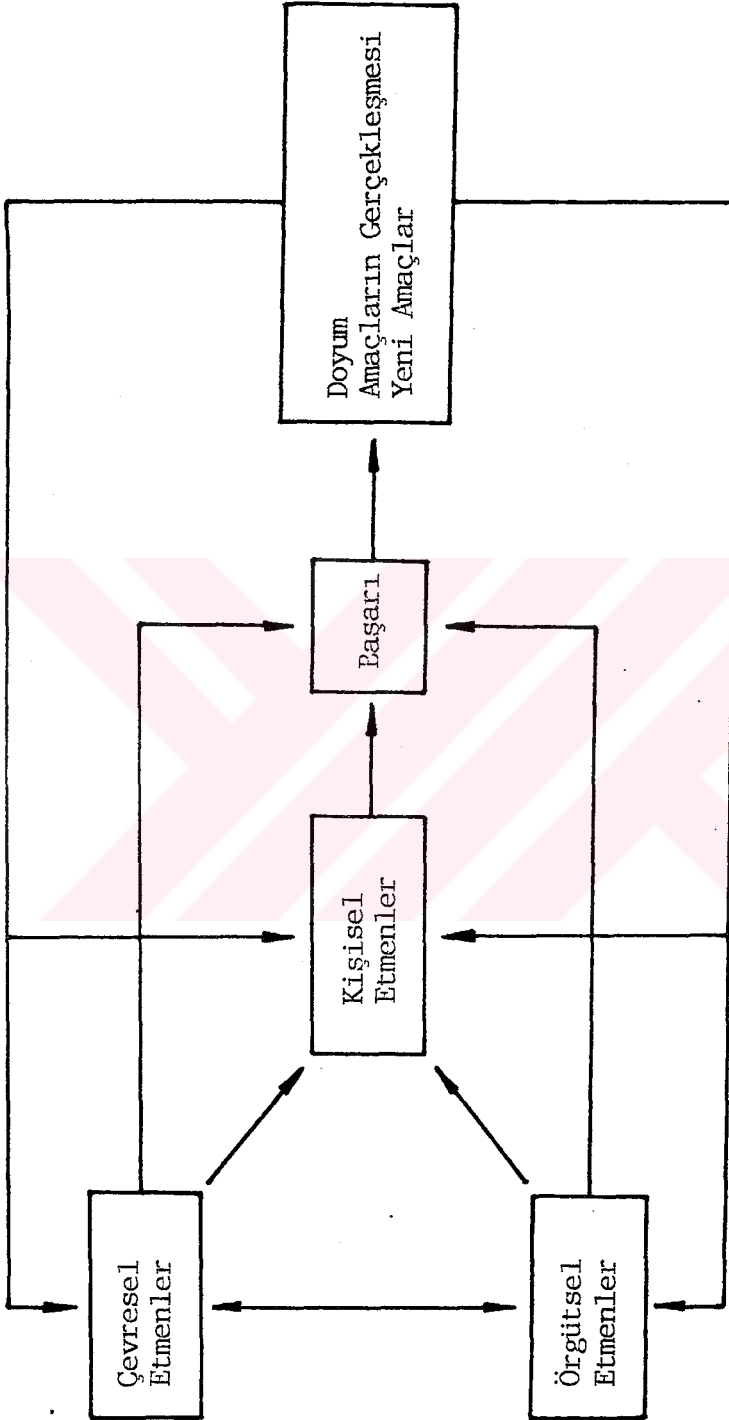
1.6.3. Çevresel Etmenler

Belirli bir çevrede varlıklarını sürdüren örgütler çevreleriyle yakın ilişkiler kurmak, çevrelerinden bazı girdiler almak ve çevrelerine bazı çıktılar (mal ve hizmet) vermek zorundadırlar. Gereğ bütünüyle örgütün, gerekse örgütü oluşturan işgörenlerin performansı geniş ölçüde çevreyle kurulan bu ilişkilerin niteliğine bağlıdır. Toplumsal, ekonomik, siyasal ve kültürel çevreyi oluşturan çeşitli etmenlerin işgörenlerin performanslarını ve bir bütün olarak da örgütün işleyişini etkiledikleri çeşitli şekillerde ortaya konmaktadır(54).

(52) Dicle., a.g.e., s.14.

(53) Cascio., a.g.e., s.310.

(54) Hayri Ülgen, *İşletmelerde Organizasyon İlkeleri ve Uygulaması*, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul, Gençlik Basımevi, 1990, s.130.



Şekil : 1.1. Performansı Belirleyen Etmenler ve Etmenler Arasındaki İlişkiler (55)

Yukardaki şemada özetle belirtildiği gibi performans değerlendirme kişisel, örgütsel ve çevresel etmenlerden etkilenmekte ve bu etmenler arasında karşılıklı bir ilişki geri bildirim (feedback) söz konusu olmaktadır. Özellikle yöneticilerin, bu etmenler arasındaki karşılıklı ilişkileri ve yapacakları performans değerlendirmeler üzerindeki etkilerini iyi bilmeleri, olumsuz etkileri azaltmaya ya da gidermeye yönelik yaklaşımlar konusunda kendilerini geliştirmeye çalışmaları gerekmektedir.

1.7. PERFORMANS DEĞERLENDİRME SÜRECİ

Performans değerlendirme uygulaması, oldukça zor ve dikkat gerektiren bir işlev olarak kabul edilmektedir. Yöneticinin, performans değerlendirmeye bir süreç yaklaşımı açısından bakması ve uygulamaya sokması hata arı azaltılabileceği gibi örgütsel amaçlara ulaşmayı da kolaylaştırabilir.

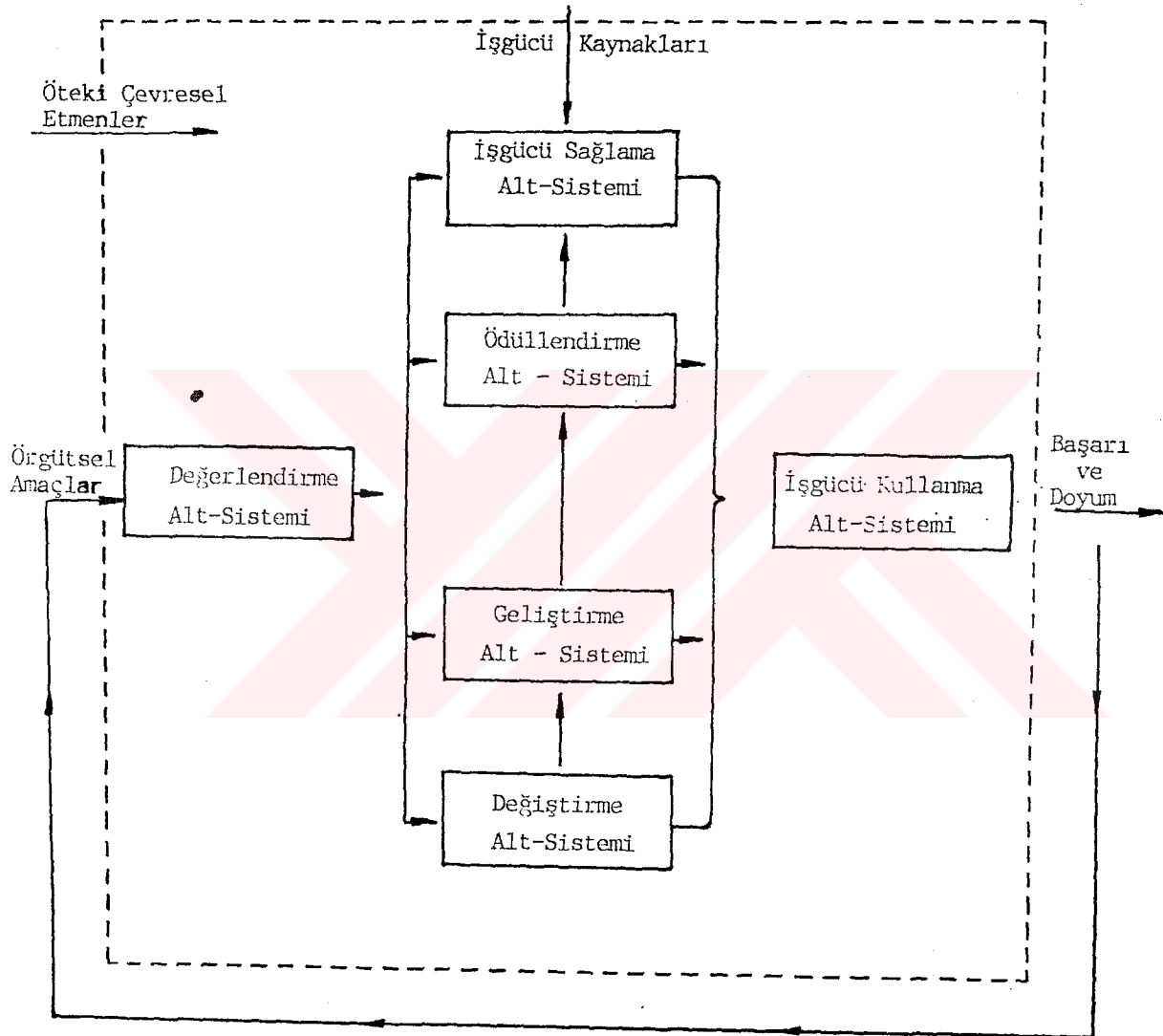
Performans değerlendirmeye, basit bir ast-üst ilişkisi olarak bakılmamalı ve örgütün çeşitli alt sistemlerinden biri olarak, diğer alt sistemlerle yakın ilişkisi olduğu gözönünde bulundurulmalıdır. "Bunlardan, ödüllendirme alt sistemi, geliştirme alt sistemi, değiştirme alt sistemi gibi sistemler amaçlarını geniş ölçüde değerlendirme alt sisteminin katkılarıyla gerçekleştirmektedir". Tüm bu alt sistemlerin etkileşimlerinin sonucu olan performans değerlendirme aynı zamanda tüm örgütün ve yönetimin değerlendirilmesi anlamını da taşımaktadır. Aşağıdaki şekilde de görüldüğü gibi performans değerlendirme, örgütsel bir ortamda doğarak örgütle beraber gelişmekte ve örgütün diğer unsurları ve alt sistemleriyle iç içe uygulanabilmektedir(56).

Yukarda belirtildiği gibi, performans değerlendirme örgütsel bir yapı içinde birçok unsurları gerektirmesine ve bunların birbirleriyle etkileşim içinde bulunmasına karşın, yine de performans değerlendirme, yönetici ve işgören arasında belirli kurallar ve amaçlarla gerçekleştirilen, geri besleme ve sınıflandırmayı içeren kişiler arası bir süreç olarak ele alınabilmektedir. Performans değerlendirme sisteminde, yöneticinin yapması gereken işlevler, 4 esas üzerinde toplanabilmektedir(57).

- Öncelikle, performans değerlendirmenin amaçları ve iştanımlarının incelemek amacıyla işgörenle görüşülerek, bilgilendirilmesini sağlamaktır.

(56) Ibid., s.24.

(57) Wendy Dembeck Fitzgerald, "Performance Evaluation" Handbook for First Line Nursing Managers, New York, A.Wiley Medical Publication, 1986, s.284.



Şekil 1.2. : Performans Değerlendirmenin Örgütsel Sistem İçindeki Yeri

- Daha sonraki dönemlerde, işgörenin çalışmasını izlemek ve gözlenen iyi veya kötü performansı kaydetmek,

- Görülen problemler ve ilerlemeler hakkında işgörelere geri besleme yapmak,

- Belirlenen amaçların spesifik başarı faktörlerine dayanarak, işgören performansını değerlendirmek ve sonucu işgörelle görüşmek.

Performans değerlendirme, yukarda belirtildiği gibi, üstün astının çalışmasını değerlendirdiği bir işlevin ötesinde, birbirini izlemekte olan ve birbiriyle bağıntısı bulunan işlevler bütünü şeklinde ele alınmalıdır.

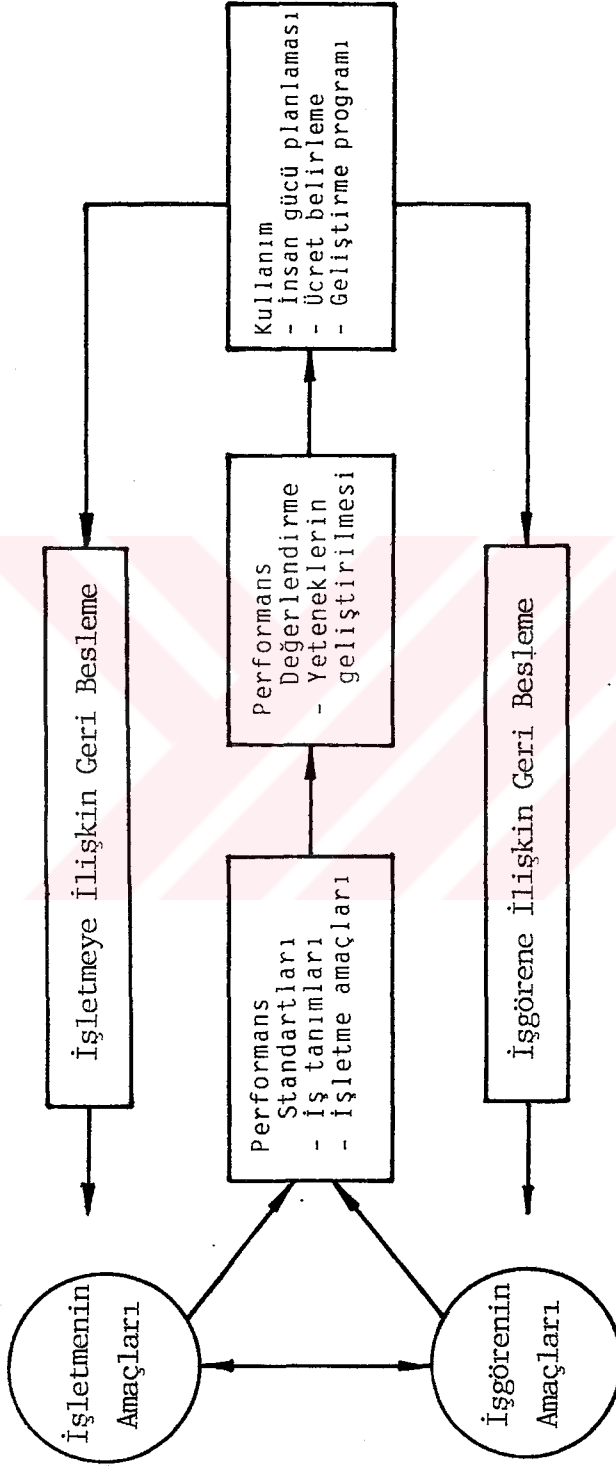
Dikey ve yatay her iki şekilde de katılmaya olanak sağlayan performans değerlendirme sistemlerinde, yüksek düzeyde motivasyon ve iş yeterliliği için, olanak yaratılabilmektedir. Yeterli bir değerlendirici tarafından gerçekleştirilen performans değerlendirmede, uygun gözlemler üzerine oturan geri besleme mekanizmasının sık kullanılmasıyla, istenen davranışlar güçlendirilerek tüm işgörellelerin gereksinim duydukları gelişme alanlarının farkına varılması imkanı yaratılabilmektedir(58). Böylece, işgörellelerin örgütün istediği davranışlar doğrultusunda davranmaları ve bu doğrultuda kendilerini geliştirmeleri sağlanabilecektir.

Performans değerlendirme, yöneticilerin gelecekteki yaklaşımlarının planlanmasında ve bunların etkin olarak değerlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Performans değerlendirme, işletmenin yapısına göre değişen, belirli bir süreyi kapsamakla birlikte, birbirini izleyen işlemlerin yerine getirilmesini gerektiren, yukarıda belirtildiği gibi bir süreç yaklaşımı olarak ele alınarak uygulanmalıdır.

Erdoğan'a göre performans değerlendirme sürecinin, performans standartlarının belirlenmesi, performans değerlendirme ve elde edilen bulguların kullanılması olmak üzere aşağıdaki şekilde de görüldüğü gibi üç aşaması vardır(59).

(58) Laura Mac Douglas-Em. Olivia Bevis, *Nursing Leadership in Action*, 2nd Edition, London, The C.V. Mosby Company, 1974, s.136.

(59) Erdoğan., a.g.e., s.170.



Şekil 1.3. : Performans Değerlendirme Süreci.

Performans değerlendirmede elde edilen sonuçlara göre, işletmeye ve iřęrene yönelik geri-besleme sistemi çalıştırılarak, gerekli düzeltmeler yapılmalıdır. Bu düzeltmeler, sonuç olarak işletmeyi başarıya götürecek, iřęreni de doyuma ulaştıracaktır.

Performans değerlendirme sistemi geliştirilirken, aşağıda belirtilen şu temel özelliklere sahip olmasına zen gösterilmelidir(60).

- Performans değerlendirme, örgütün bir alt sistemi, personel yönetiminin temel ögesi olarak tasarlanmalıdır.

- Performans değerlendirme, başarılı iřęörenlerin yönetime duyurulmasında, örgütsel amaçları gerçekleştirmede katılmalı bir yönetimin sağlanması ve dikkatin kişisel amaçlarla örgütsel amaçların bütünleştirilmesine yoğunlaştırmanın bir aracı olarak dşnlmelidir.

- Performans değerlendirme, esnek ve gerçekçi ölçüt ve yöntemlerle uygulamaya konabilecek ilke ve politikalara dayandırılmalıdır.

- Performans değerlendirmenin amaçları açıkça belirlenmeli ve ölçütler, işlemler ve yöntemlerle amaçlar arasında uyum sağlanmalıdır.

- Performans değerlendirmenin, etkin bir planlamaya dayandırılmış olmasına ve örgütle bütünleştirilmesine önem verilmelidir.

1.7.1. Performans Standartlarının ve ltlerinin Saptanması:

Performans değerlendirme sistemi, uzun süreli esnek bir planlamaya dayandırılarak, ana politika ve amaçlarının belirlenmesi gerekmektedir. Ayrıca, performans değerlendirme sisteminin hangi unsurlardan oluşacağı ve uygulama alanına nasıl aktarılacağı da açıklanmalıdır. Yani, performans değerlendirmenin yapılabilmesi için, öncelikle neyin ölçülmesi gerektiği, neyin başarı olarak adlandırılacağının işletme bazında belirlenmesi gerekmektedir(61).

Performans standartlarını oluştururken, yöneticinin işletme düzeyinde hangi işlevlerin gerçekleştirilmesiyle, başarının elde edileceği standardını ortaya koyması gerekmektedir. Performans değerlendirme

(60) Dicle., a.g.e., s.24.

(61) Lewis C. Forrest, **Training for the Hospitality Industry Techniques to Improve Job Performance**, The Educational Institute of American Hotel and Motel Association, Printed in the U.S of America, 1983, s.297.

sistemini oluşturabilmek için, yöneticilerin, performans değerlendirme standartlarının geliştirilmesi sürecinde, iki aşamalı olarak ele alınmakta olan işlevleri yerine getirmesi zorunluluğu bulunmaktadır.

a) Performans standartlarını saptamak: Performans standartlarının saptanabilmesi için işletmenin iş tanımlarının yapılmış olması gerekmektedir. Performans değerlendirmenin yapılabilmesinde bir araç olarak kullanılan performans standartlarının gelişimi beş aşamada; "iş analizini gerçekleştirmek, iş tanımını yapmak, uygun yöntemler için görev alanıyla ilgili tanımlayıcı ifadeleri oluşturmak, değerlendirme politika ve prosedürlerini saptamak ve değerleyicileri eğitmek" özetlenebilir(62).

Performans değerlendirme sürecinde, en temel işlevlerden biri olan performans standartlarının oluşturulması için iş analizi ve iş tanımlarının yapılması gerekmektedir. Böylece, işle ilgili temel standartlardan hareketle performans değerlendirme standartları oluşturulabilmektedir. Ayrıca, işletmeye uygun olarak belirlenen performans değerlendirme yöntemine göre, işle ilgili temel ifadeler saptanmalı, işletmede uygulamayla ilgili politika ve prosedürler oluşturulmalıdır. Performans değerlendirme standartlarının etkinliğini artırabilmek için, işgörenleri değerleyecek durumda bulunanların (değerlendiricilerin) bu konuda eğitilmeleri gerekmektedir.

İş standartlarının oluşturulması, performans değerlendirme standardının belirlenmesinde bir basamak olarak kullanılmakta ve değerlendirmelerin daha kolay yapılmasını sağlamaktadır. Performans standardı, ast ve üstün ne yapmaları ve nasıl iyi yapmaları gerektiği sorusunun yanıtını içermektedir(63). Bu nedenle, öncelikle iş analizinin yapılarak, iş tanımlarının geliştirilmesi gerekliliği söz konusudur.

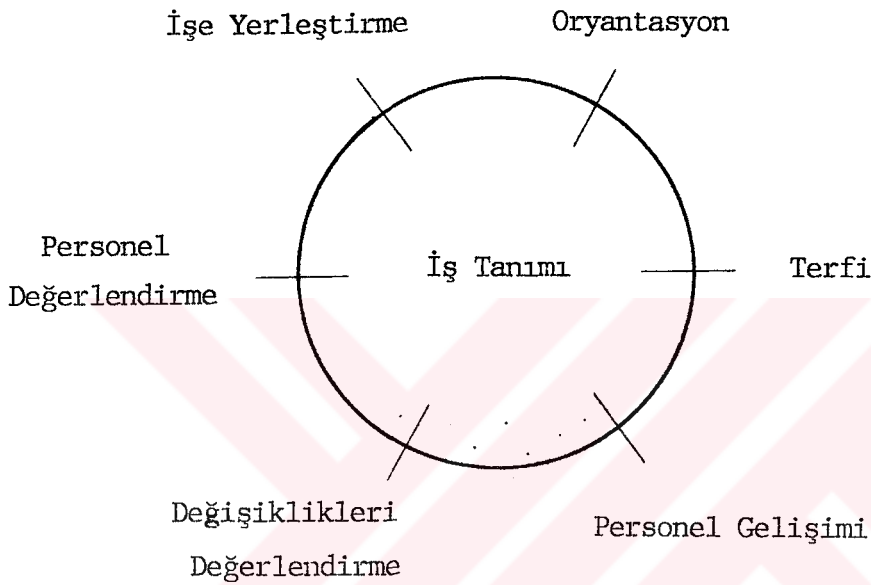
İş tanımları ; tüm işletmeler gibi, hastaneler ve diğer sağlık kurumları da personellerinin performans değerlendirmelerini yapabilmek için iyi tanımlanmış sistemlere sahip olmalıdırlar. Bu sistemde uygulanacak olan performans değerlendirme kriterleri için, bir standart düzeyi tanımlanmalıdır. Bu standartlar ise, işgörenin işlevlerinin açıkça gözönüne alınmasını sağlayan, iş tanımlarının içeriğinde görünebilmektedir. Bu nedenle, iş tanımları, performansın öznel (spesifik) alanlarının tanımlanmasında, işgören ve yönetici her ikisi tarafından da kullanılan önemli bir araç durumundadır(64).

(62) James A. Buford-Bettye B. Burkhalter-Grower T. Jacobs, "Link Job Descriptions to Performance Appraisals". *Personnel Journal*. Vol. 67, No.6, June, 1988, s.132-138.

(63) Martin Levy, "Almost-Perfect Performance Appraisals", *Personnel Journal*. Vol. 68, No.4, April-1989, s.76.

(64) Joyce L.Schweiger, *The Nurse As Manager*, New York, John Wiley & Sons Publication, 1980, s.118.

İş tanımları, iş analizi yapıldıktan sonra geliştirilerek, "işin çeşitli evrelerindeki işlemlerin kaydını içeren" bir çalışmayı gerektirmektedir. Burada, işin tanımı yapılır, işin kısaca özeti verilir, işin diğer işlerle ilgisi, çalışma koşulları, iş için gereken araç ve malzeme gibi konularda açıklamalarda bulunulur. Ancak, tüm iş tanımları yukarıda belirtilen kapsamda ele alınmayabilir(65).



Şekil 1.4 : İş Tanımlarından Yararlanmanın Yolları(66).

İş tanımları personel yönetimi açısından büyük önem taşımaktadır. Şekilde görüldüğü gibi, iş tanımlarından, etkin bir personel yönetimi sürecinin yerine getirilmesinde; işgörenlerin işe yerleştirilmesi, oryantasyonu, işgörenlerin geliştirilmesi, terfilerinde ve performanslarının değerlendirilmesinde yararlanılabilmektedir.

İş tanımının yönetsel yararlarını kısaca özetlemek gerekirse, şu şekilde belirtilebilir(67). İş tanımlarından; işgören faaliyetlerinin kritik incelemelerinde, işin kalitesini sürdürecektir olan iş standartlarının oluşturulmasında, örgüt içindeki iş akışının tutarlılığının sağlanmasında, iletişim hatlarının gösterilmesinde ve işgörenler için bir rehberin oluşturulmasında yararlanılabilmektedir.

(65) Yalçın, a.g.e., s.62-63.

(66) Schweiger, a.g.e., s.125.

(67) Ibid., a.g.e., s.127-128.

Örgütsel ve kişisel performans düzeylerinde farklılıkların olması nedeniyle, performansların değerlendirilmesinde bir ölçek olarak kullanılacak olan sınırlamaların saptanmasının zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Geliştirilmesi gereken bu standartlar yere, zamana, örgüt biçimine göre farklılık göstererek, sürekli olarak yinelenmelidir. Ancak, performans değerlendirme standartlarının sağlıklı olarak saptanması, performans değerlendirmelerin sağlıklı olması yani güvenilir ve yeterli olmasında tek başına etkin olamayacaktır(68).

Erdoğan'a göre, performans değerlendirme de standartların oluşturulması zorunluluğu bulunmakta, ayrıca "geliştirilecek standardın gerçekçi, ayırıcı, değerleyen ve değerlendirilene kolay kabul edilebilir faktörlerden oluşması" gerekmektedir. Bunların yanısıra, belirlenecek performans standartlarının işin istenen yönüyle ilgili olması da gerekmektedir. Bu durum performans değerlendirmenin etkinliğini artıracak bir yaklaşım olacaktır(69).

Performans değerlendirmede performans standartları oluşturulduktan sonra, bu standartlara uygun ölçütlerin geliştirilmesi gereksinimi ortaya çıkmaktadır.

b) Performans ölçütlerinin geliştirilmesi : Performans değerlendirmede kullanılacak ölçütlerin saptanması, sürecin önemli bir fonksiyonudur. Ölçüt, "gerçekleştirilmesi beklenen performans düzeyi veya elde edilmesi gereken sonuçtur". Aşağıda belirtilmekte olan aşamalardan geçilerek, ölçütlerin bilimsel olarak saptanması yapılmaktadır(70).

- Faaliyetlerin tanımlanması; işin gerçekleştirilmesi için gereken görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanarak, yapılması gereken tüm işlevler belirlenmektedir. Burada, iş tanımları ile işin gerektirdiği özelliklerin büyük önem taşıdığı belirtilmektedir.

- Faaliyetlerin çözümlenmesi; işi oluşturan temel öğeler belirlenirken, somut ve ölçülebilir bir şekilde tanımlanmalarına özen gösterilmelidir.

- Performans standartlarının tanımlanması; burada performansın hangi standartları dikkate alarak ölçüleceğine karar verilmektedir.

(68) Hayrettin Kalkandelen, *İşletmelerde ve Kamu Kuruluşlarında Norm Kadro ve Reorganizasyon*, 2. Baskı, Ankara, Önder Matbaası, 1976, s.154-156.

(69) Erdoğan., a.g.e., s.172.

(70) Dicle., a.g.e., s.26.

- Performans ölçütlerinin belirlenmesi; aşamasında ise işgörenin performansının nesnel bir şekilde ölçülebilmesi için, performansı etkileyen faktörlerden herbiri için performans ölçütünün saptanması gerekmektedir.

"Performans değerlendirme ölçütleri saptanırken, gelişigüzel önyargılardan ve gerçekçi olmayan amaçların saptanmasından kaçınılmalıdır". Ölçütler, değerlendirme işlemine başlamadan önce saptanmış olmalı, işin tüm yönlerini yansıtmalı, ölçülebilir ve normal bir insanın yeteneğiyle verilen sürede gerçekleştirilebilir olmalıdır. "Her ölçütte üç temel ögenin, nitelik, nicelik ve zamanın belirlenmiş olmasına özen gösterilmelidir". Genellikle geliştirilen bir performans değerlendirme formu, işletmenin tüm işgörenlerine olduğu gibi uygulanmaktadır. Böyle bir yaklaşım yöneticileri, işletmenin tüm işgörenlerine uygulanabilir ölçütler bulmaya itmektedir. Ancak, bu tür uygulamaların beraberinde getirdiği bazı sakıncalara da rastlanılabilmektedir.

Bu tür ölçütler, genellikle kişisel nitelikler üzerinde yoğunlaşmış olup, işteki başarının değil, işgörenin kişiliğinin değerlendirilmesine ağırlık vermektedirler. Bu tür yaklaşımların yarattığı olumsuzluğu gidermek için, performansın değerlendirilmesinde kişisel özellikler yerine, işin gerektirdiği özelliklerin kişide ne ölçüde olduğunun ölçülmesine önem verilmesi uygun olacaktır.

Ayrıca, her ölçütün, o iş için taşıdığı önem farklı olacağından tek düze bir uygulamanın yerine getirilmesi ile değerlendirmenin güvenilirlik ve geçerliliği geniş ölçüde azaltılacaktır. Performans değerlendirme kriterlerinden bazılarının somut şekilde tanımlanması ve ölçülebilmesi oldukça zor olmaktadır. Bunun giderilebilmesi için, ölçülmeye çalışılan kriterler ve özellikler için belirlenecek ölçütlerin farklı anlam, yorum ve algılamalara neden olmayacak şekilde tanımlanmaları uygun bir yaklaşım olacaktır(71).

Performans değerlendirme sistemine ve ortaya çıkabilecek tepki ve yanlış anlamalara karşı önlemler önceden alınmalı, yarar açıkça ortaya konmalı ve anlatılmalıdır. Sistemin geliştirilmesi, uygulanması ve başarısı büyük ölçüde üst kademe yönetimin desteğine, benimsemesine ve kullanmasına bağlı bulunmaktadır. Sistemden etkilenecek orta ve alt kademe yöneticiler ve işgörenlerin sistemin geliştirilmesinde etkin rol almaları, daha çok benimsemelerine ve içtenlikle uygulamalarına yol açacağından tepkilerin oluşumunu önleyebilecektir.

(71) Ibid., s.27-28.

1.7.2. Performans Değerlendirme ve Sonuçlarının Belirlenmesi Aşaması

Örgütlerin öncelikle, hangi performans değerlendirme yöntemini kullanacaklarına karar vererek, buna uygun hazırlıklar yapmaları gerekmektedir.

Erdoğan'a göre bu aşamada "birçok organizasyonda formel ve informal değerlendirme sistemi yan-yanaya uygulanmaktadır" Biçimsel performans değerlendirme, işletmeler tarafından belirlenen standartlara göre işgörenlerin başarılarını nasıl geliştirecekleri veya işgören başarılarının nasıl değerlendirileceği konusunda geliştirilmiş sistemli ve düzenli olarak yapılan çalışmaları içermektedir. Yani, kısaca belirtilirse günlük olarak gerçekleştirilen biçimsel olmayan değerlendirmenin, zaman esasına göre gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu aşamada öncelikle, sistemin iyi seçilmemesi ve uygulanmamasıyla ilgili sorunlar görülmektedir(72).

Sorunlar sıklıkla, değerlendirmeyi yapan kişiye ve değerlendirme sisteminin planlanmasına bağlı olarak gelişmekte ve sonuçta etkin olmayan bir performans değerlendirmeye neden olmaktadır.

Performans değerlendirmenin gerçekleştirildiği aşamada, tüm işgörenlerin sorumluluklarının ne olduğunu bilmeleri gerekmektedir. Kim-kimin performansını değerleyecek, yöneticilerin sorumlulukları ne olacak, performans değerlendirme formları hangi esasa göre, kimler tarafından doldurulacak gibi konulara açıklık getirilmelidir.

İdeal bir performans sistemi, her pozisyon için geliştirilmiş olan bir performans değerlendirme formunun bulunduğu ve yalnızca işin gerektirdikleri üzerinde oluşturulmuş olan bir sistem olarak kabul edilmektedir(73). Yöneticilerin, kendi performans değerlendirme sistemlerini belirlemelerinde, bu unsuru gözönünde bulundurmaları gerekmektedir.

Performans değerlendirme sisteminin uygulanması aşaması geçerli, gerçekçi ve değerlendirme yapanlara bilgi verici özellikte olmalıdır. Geçerlilik, performans değerlendirme sisteminin işgörenin var olan potansiyel gücü hakkında bilgi verebilmesi durumudur. Güvenirlik ise, performans ölçüm sonucunun devamlılığı olarak düşünülmektedir. Daha öncede açıkladığımız gibi, işgörenin performans gücü benzer performans değerlendirme yöntemleriyle farklı zamanlarda ölçülürse sonuçun benzerlik göster-

(72) Erdoğan., a.g.e., s.173-174.

(73) Levy., a.g.e., s.76.

mesi gerekmektedir. Sonuçlar arasında çok fazla farkın olması, uygulanan performans değerlendirme yönteminin güvenilirliği konusunda sorun olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, performans değerlendirmenin üstü önyargılarından arındırabilmiş olması da gerekli bir önkoşul olmaktadır.

İyi geliştirilmiş bir performans değerlendirme sistemi, işgörenlerin morallerini olumlu yönde etkileyerek, örgütsel verimliliği artıracak nitelikte olmalıdır. Örgütte iyi bir performans değerlendirme sistemi geliştirilirken, öncelikle problemlerin doğru tanısının konması gerekmektedir. Burada görülen eksiklikler sıklıkla, sistemin eksik tanıtımı, iletişim eksikliği, işletmeye uygun olmayan sistemin seçilmesi, örgüt tarafından sistemin yeterince desteklenmemesi, geri besleme (feedback-dönüt) sağlamayan değerlendirmelerin yapılması gibi belirtilmektedir. Eksiklikleri giderebilmek için, sorunları önlemeye yönelik uygun bir sistemin geliştirilmesi yoluna gidilmelidir. Bu aşamada bulunması gereken temel etmenler ise şunlar olmalıdır; "amaçların açık olması, rehberliğin yapılması, yönetimin onayının sağlanması, yöntemde yararlılık güvenilirlik ve geçerliliğin olması, kendi-kendini değerlendirmeye önem verilmesi, etkin performans değerlendirme görüşmesinin yapılması, değerlendirme formunun etkinliğini sağlamak için sistematik kontrollerin yapılması gibi"(74).

Etkin bir performans değerlendirme sistemi kolay anlaşılmalı ve yönetilebilmelidir. Ayrıca, işgörenlerin sorumluluklarının yerine getirilmesinde ve artırılmasında işlerinin iyi tanımlanmış olması yanısıra, yetiştirilmiş ve gelişimine olanak sağlanmış olmasının büyük etkisi olduğu üzerinde durulmaktadır. Genellikle iyi bir performans değerlendirme sisteminin aşağıdaki özellikleri kapsamı gerektiği üzerinde durulmaktadır. Bunlar; işe uygunluğu, standart ve amaçların belirlenmiş olması, izlenebilen davranışların belirliliği, sınıflandırmaların yapılmış olduğu, olağan üstü (beklenmedik) sonuçlar yaratmaması ve işgörenler tarafından benimsenmesi, olarak belirtilebilir(75).

Ancak, işletmelerde, performans değerlendirmeye ilgili birçok sorun yaşanmaktadır. Performans değerlendirme sisteminde problemler olduğu zaman, verimliliğin azalması, işgörenlerin işlerinde aksamaların olması, kötü bir iletişimin oluşması, yüksek personel devri, yenilikte ve gelişmelerde yavaşlık gibi bir çok sorun yaşanabilmektedir. Performans değerlendirme sisteminin başarısında, esas olan üç soru; Performansı ve beklenen sonuçları değerlendirenler standartları biliyor mu? İş görenler performanslarının eşitlikle ölçüldüğünü hissediyorlar mı ? Gelecek perfor-

(74) Charles Lee, "Poor performance appraisals do more harm than good", *Personnel Journal*, Vol. 70. No.9. Sept., 1989, s.91-99.

(75) Fitzgerald., a.g.e., s.235.

mans ilerlemeleri için, işgörenin üstünlüklerinin veya yetersizliklerinin belirlenmesinde ve gerekli desteğin sağlanmasında değerlendiriciler yardımcı oluyorlar mı? şeklinde belirtilmektedir(76).

Başarılı bir performans değerlendirme sisteminin oluşturulmasında, yöneticilerin yukarıda belirtilmekte olan soruların yanıtlarını olumlu yönde verebilecekleri düzenlemeleri yapmaları ve işlerlik kazandırmaları zorunluluğu söz konusu olmaktadır. Performans değerlendirme standartları geliştirildikten sonraki aşamada, bu standartların işgörenlerle ve onun değerlendiricileriyle paylaşılması gerekmektedir. Açık bir performans değerlendirme sisteminin oluşturulmasıyla, işgörenlerin yapılan değerlendirmelerin objektif ve doğruluğuna olan inançları da artacaktır. Ayrıca, işgörenlerin gelişimlerini sağlayacak ve eksikliklerini gidermelerine yardım edecek şekilde geri besleme mekanizmasının kullanılmasında performans değerlendirme sisteminin etkinliğinin artırılmasında rol oynayabilecektir.

Etkin ve başarılı bir performans değerlendirme sisteminin oluşturulmasında, dikkate alınması gereken kriterler kısaca aşağıdaki şekilde belirtilebilmektedir(77).

- İnsanlar ve organizasyonlar hakkında edinilen bilgileri, davranış bilimlerinin bulguları üzerine yapılandırılmalıdır.

- İnsanın temel gereksinimlerinin artırılmasından çok, karşılanmasına yardımcı olmalıdır.

- Bireysel farklılıklar için uyarlanabilmelidir.

- Bireyin yetersizlikleri üzerinde değil, üstünlükleri üzerinde odaklaşmalıdır.

- Bireyin performans sonuçları, çalışılan ünitenin amaçları ve hedefleriyle bağlantılı olmalıdır.

- Bireyin, kişisel özellikleri değil, iş üzerindeki performans sonuçları ölçülmelidir.

(76) Robert R. Ball, "What is the answer to performance appraisal", *The Personnel Administrator*, Vol. 23, No.7, July, 1978. s.44.

(77) Joan H. Donang-Warren L. Donang, *Nursing Management*, 2 nd Edition Maryland, Aspen Publication, 1980, s.184.

- Doğru şekilde kendi-kendini değerlendirebilmek için fırsat yaratmalıdır.

- Ücret ve maaş düzenlemelerinden bağımsız olarak ele alınmalıdır.

- İşveren ve işgören arasında, değerlendirme sonuçları üzerinde anlaşmaya varmayı kolaylaştırmalıdır.

- Kullanımı ekonomik olmalıdır.

- Özel değerlendirme araçları ve ya formlarının kullanımından çok, karşılıklı görüş birliği ve anlayış geliştirebilen sistemler üzerinde durulmalıdır.

Yeni bir performans değerlendirme sistemini oluştururken yöneticinin, dikkat etmesi gereken ve başarılı bir uygulama için yerine getirmesi gereken hususlar ise, şu şekilde özetlenebilir(78).

- Sistemin başarısını etkileyebilecek anahtar yöneticilerin uygulamaya sokulmasına ve işgörenlerle uygulama öncesinde, sırasında ve sonrasında olabildiğince açık görüşmeler yapılmasına dikkat edilmelidir.

- Amaçlar açıkça konuşulup, herkesle paylaşılmalıdır.

- Sistemin gerekliliği vurgulanarak, yararına inanmaları sağlanmalıdır.

- Sistemi kapsayan herkesin bilgi sahibi olduğundan emin olunmalı ve inancı paylaşılmalıdır.

- İşgörenlerin yorumlarının, ilgilerinin ve ciddi sorunlarının dinlenmesi için zaman ayrılmalıdır.

- Yönetimsel girişimleri küçükten büyüğe doğru ayırarak ve iş gücünün de dikkate alarak gerektiği şekilde destek verilmelidir.

Performans değerlendirme uygulamasının, başarısı ya da başarısızlığı yöneticilerin değerlendirme sistemine yaklaşımlarıyla yakından bağlantılı olup, yukarıda açıklanmakta olan koşulların sağlanmasıyla, etkinlik ve başarıya ulaşılacaktır.

(78) Robert P. Gandossy-Edward L. Gudman, "Change pay for performance without resistance", *Personnel Journal*, Vol. 68. No. 10. October, 1988, s.132.

Performans değerlendirme sonucu elde edilen bilgiler, bazı yönetsel kararların alınmasında kullanılmaktadır. Değerlendirme sonuçları nasıl kullanılacaksa, başlangıçta saptanan amaçlar ona göre düzenlenmeli ve uygulama aşamasına hazır hale getirilmelidir. Başarılı bir performans değerlendirme programının yürütülebilmesi için, tüm unsurların yerinde olması ve gereken şekilde uygulanması gerekmektedir(79).

Performans değerlendirmenin etkinliği, geliştirilen sistemin niteliğine bağlı olduğu kadar, sistemin uygulanmasındaki başarıya da bağlıdır. Performans değerlendirme sisteminin başarılı olarak uygulanmasıyla ilgili hususlara kısa başlıklar altında değinmek istendiğinde, aşağıdaki bilgilerin bilinmesi ve bu konuda kararların alınmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

*** Değerlendiricilerin belirlenmesi ve eğitimi:** Performans değerlendirme sisteminin uygulanması aşamasında, değerlendirmenin kim tarafından yapılacağına karar verilmesi önemli bir konu olmaktadır.

Değerlendirmenin kimler tarafından yapılacağına, içinde bulunulan koşullara göre karar verilmesi daha uygun bir yaklaşım olacaktır. Bu kararda örgütün türü ve yapısı, yönetim felsefesi, işlerin nitelikleri ve çalışma koşulları önemli bir etmen durumundadır. Ayrıca, seçilecek değerlendiricilerin yanlıgilara düşmemeleri için ve teknik bazı bilgiler almaları açısından, bu konuda bir eğitim programından geçirilmeleri yararlı olacaktır. Herhangi bir değerlendirme için gerekli olan en önemli şey, değerlendiricilerin iş performansını gözleyecek yeterli zamanlarının olması ve yargılama yeteneğine sahip olmalarıdır(80). Aşağıda değerlendiriciler, tek tek ele alınarak performans değerlendirmeye getirdikleri katkıları açısından incelenecek ve en uygun değerlendiricilerin belirlenmesine yardımcı olunmaya çalışılacaktır.

- İlk amirler (The immediate supervisor) : En yakın üstlerin, bölüm ve örgütün amaçları ile işgörenin performansının en iyi şekilde bağlantısını kurdukları düşünülmektedir. Bu değerlendiriciler uygulamada en yaygın şekilde kullanılmaktadırlar(81).

- Emsaller (Peers) : Bazı işlerde yakın üstler, işgörenin iş performansını seyrek olarak (veya dolaylı olarak yazılı raporlardan) gözlemlemek-

(79) Victoria A. Hoevenmeyer, "Performance-Based Compensation, Miracle or Waste?", *Personnel Journal*, Vol.68, No. 7, s.64.

(80) Marion G. Haynes, "Developing an Appraisal Program", *Personnel Journal*, Vol. 57, No.1, January 1978, s.18.

(81) Dale S. Beach, *Personnel-The Management of People at Work*, 4.B., New York, Mac Millan Publishing Co., 1980, s.293.

tedirler. Bu durumlarda, emsaller en yararlı bilgileri sağlayabilmekte ve değerlendirmeye farklı bir görüş açısı getirebilmektedirler. Ancak, yönetsel kararlar için, emsallerin yaptığı değerlendirmelerden yanlı olma olasılığının fazlalığı nedeniyle çok fazla yararlanılmamaktadır(82).

- **Astlar (Subordinates)** : Astlar tarafından yapılan değerlendirmeler, üstler için yararlı bir veri (input) olabilmektedir. Fakat yöneticiler, astlarının yaptığı bu değerlendirmeleri kabul etmeme yaklaşımını yaygın olarak göstermektedirler(83). Bu nedenle, bu şekilde yapılan performans değerlendirmelere sık rastlanılmamaktadır.

- **Kendi-kendini değerlendirme (Self-appraisal)** : Kendi-kendini değerlendirmelerin geniş yararlarını göstermek için, çeşitli görüşler ileri sürülebilir. Bu yolla yapılan değerlendirmeler, daha yumuşak olmaya, daha çok değişken ve peşin hükümlü olmaya yol açmaktadır(84). Bu yöntem, personel kararlarından çok planlama ve geliştirmeye uygun olarak yapılmaktadır. Bu konuda yapılan araştırmalar, kendi-kendini değerlendirme çalışmalarının performans geliştirmede önemli rol oynadığını göstermektedir(85).

- **Müşteriler (Clients served)** : Bazı işlerde hizmet sunulan tüketiciler, iş performansı üzerinde görüş açısı sağlayabilmektedir. Özellikle müşterilerden sağlanan bilgiler terfi, transfer ve eğitim gereksinimleri hakkında yararlı veriler sağlamaktadır(86).

- **Bilgisayarlar** : Yöneticiler, işgörenlerini değerlendirmek için çok fazla zaman harcamaktadırlar. Teknolojik olarak devamlı denetleme olanağı getirdiğinden, bilgisayar programları ile, işgörenlerin performansı yakından izlenebilmektedir(87). Gerçek üstü veri sağlayan değerlendirme sistemleri, bilgisayar sistemleri ile daha iyi elimine edilebilmektedir. Burada her değerlendirici için seyrek olarak ağırlık oluşturan faktörler, performans değerlendirmeye daha fazla anlam katabilmektedir(88).

(82) Cascio., a.g.e., s.319.

(83) W. Harvey Hegarty, "Supervisors' reactions to subordinates appraisals" **Personnel-American Management Association**, Now-Dec. 1973, s.31.

(84) Gary Dessler, **Personnel Management**, 4.B.,Florida, Prentice-Hall International Co., 1988, s.512.

(85) Mark John Somers-Dee Birnbaum, "Assessing Self-Appraisal of Job Performance as an Evaluation Device: Are the Poor Results a Function of Method or Methodology? ", **Human Relations**, Vol. 44, No.10, New York, Plenum Press, Oct.; 1991, s.1081.

(86) Cascio., a.g.e., s.319.

(87) David Baddy-James Mc Calman and David A. Buchanan, **The New Management Challenge Information Systems for Improved Performance**, London, Croom Helm, 1988, s.8.

(88) Melvin E. Schick, "The Refined Performance Evaluation Monitoring System; Best of Both Worlds " **Personnel Journal**, Vol.59, No. 1, January, 1980.

Tablo 1.2 : Değerlendiricilerin Karşılaştırılması

Gözleme Olanağı	Yargılama Yeteneği	Bakış Açılarının Güvenirliliği
- Kendi-kendini	- Üstler	- Üstler
- Emsaller	- Kendi-kendini	- Akranlar
- Üstler	- Akranlar	- Kendi-kendini
- Astlar	- Astlar	- Astlar

Değerleyicilerin belirli kriterlere göre, üstünlük durumları yukarıda karşılaştırmalı olarak gösterilmektedir(89).

İşletmenin uygun değerlendiricilere karar vermesi için, yukarıda belirtilen bazı kriterlerin göz önünde bulundurulmasında yarar olacağı yapılan çalışmalarda ortaya konmaktadır. Buradaki kriterlere göre, gözleme olanağı açısından üstünlük sıralaması, kendi kendini değerlendirme, emsal değerlendirmesi, üstlerin ve astların değerlendirmesi şeklindedir. Yargılama yeteneği açısından ise, üstünlüğü üst değerlemeleri almakta, bunu sırasıyla kendi-kendini, akran ve ast değerlendirmeleri izlemektedir. En son kriterde ise, üst değerlendirmesi en başta gelmekte bunu akran, kendi-kendini ve ast değerlemeleri izlemektedir. Buradan çıkarılacak sonuç, üstlerin gözleme olanağının kısıtlılığı dışında uygun değerlendiriciler olduğudur. Astların değerlendirmesi, her üç kriter açısından da en son seçenek olarak belirtilmektedir.

Performans değerlendirme sisteminin başarıyla uygulanmasında, değerlendiricilerin belirlenmesi kadar, performans değerlendirme dönemlerinin ve aralıklarının belirlenmesi de büyük önem taşımaktadır.

* **Performans değerlendirme dönemlerinin belirlenmesi** : Performansın hangi aralıklarla değerlendirileceği sorusunda farklı düşünceler ve uygulamalara rastlanılabilmektedir.

Performans değerlendirmede zamanlama faktörü psikolojik yönü dikkate alınmadan yalnızca yönetsel uygunluk açısından belirlenmektedir. Genellikle performans değerlendirme uygulamaları, aşağıda açıklanan aralıklarla gerçekleştirilmektedir. Performans değerlendirme, işe yeni girenlerde daha sık aralıklarla uygulanmaktadır. Ancak, pratikte ilk üç ayda yapılan değerlendirmenin yanısıra, işgören işe kabul edildikten sonra, her altı ayda veya tüm işgörenlerle birlikte yılda bir kez önceden belirlenen tarihte değerlendirme yapılmaktadır(90). Buna karşın yapılan

(89) Haynes., a.g.e., s.19.

(90) Edwin B. Flippo, *Personnel Management*, 5.B, New York, Mc Graw-Hill Co, 1980, s.215.

bazı araştırmalar, yılda bir kez ya da iki kez performans değerlendirmenin yapılmasının çok seyrek olduğunu göstererek, daha sık yapılmasının gerekliliği üzerinde durmaktadır(91).

Diğer yandan, performansı kesin zaman aralıkları yerine, farklı zamanlarda değerlendirmenin psikolojik nedenlerle çok uygun ve yararlı olacağı savunulmaktadır. İşgören, standart hale gelen dönemlerde değerlendirmenin yapılacağını bildiğinden strese girmektedir. Bunu önlemek için, işgörenin performansında zamanla görülebilecek iniş ve çıkışların gerektiği gibi değerlendirilmesine olanak sağlayacak şekilde, düzenli olmayan dönemlerde değerlendirmelerin yapılması uygun görülmektedir. Yaygın olarak üzerinde durulan öneri, performans değerlendirmenin, işgörene verilen projelerin (önemli işlerin) bitirilmesiyle ya da büyük projelerdeki önemli dönüm noktalarında yapılmasıdır(92). Örneğin, projeye dayalı çalışma yapan inşaat firmaları, reklam firmaları gibi. Ayrıca, değerlendirme zamanının belirlenmesiyle ilgili bazı yaklaşımlarda da işgörenlerin istekleri dikkate alınabilmekte veya değerlendirilenler kimi ne zaman değerleyecekleri konusunda serbest bırakılabilmektedirler.

*** Performans değerlendirme sisteminin denenmesi :** Geliştirilen performans değerlendirme sisteminin, uygulamaya sokulmasından önce bir pilot çalışma yapılarak eksiklik ve hatalı yönlerinin belirlenmesi ve bunların giderilmesi gerekmektedir. Pilot çalışma yapılacak gruba gerekli ön bilgiler verilmeli ve gerekirse eğitimden geçirilmeleri sağlanmalıdır. Sistemin denenmesi sonucunda elde edilen bilgiler, tüm ilgililerin bir araya gelmesiyle değerlendirilerek, en son geliştirilen şekliyle uygulamaya sokulmalıdır(93).

Performans değerlendirme sistemi, yine örgüt tarafından belirlenecek yöntemler aracılığıyla uygulama alanına sokulmaktadır. Performans değerlendirme sonuçlarından elde edilecek yarar, büyük ölçüde işgörenlerin performans durumlarına yönelik tam ve gerçekçi bilgilerin sağlanmasına ve objektif bir şekilde önceden belirlenen ölçütlerle karşılaştırılmış olmasına bağlı bulunmaktadır.

(91) Forrest., a.g.e., s.304.

(92) Flippo., a.g.e., s.215.

(93) Dicle., a.g.e., s.37.

1.7.3. Sonuçların Kullanılması Aşaması

Performans değerlendirmede en çok tartışılan konu sonuçların gizli tutulması ya da açıklanması konusu olmaktadır. "Gizlilik uzun yıllar, performans değerlendirmenin ana ilkesi olarak benimsenmiş, değerlendirilenler nasıl değerlendirildiklerini, performans düzeylerinin ne olduğunu, eksiklik ve hatalarının neler olduğunu ve kendilerini nasıl geliştirebileceklerini öğrenememişlerdir". Performans değerlendirme, aynı zamanda bir geri besleme aracı durumundadır. Performans değerlendirme sonuçları ile ilgili olarak, değerlendirilenlere, yöneticilere ve diğer ilgililere bilgi sağlanmaktadır. Performans değerlendirmelerin sonuçları, amaçlardaki değişiklikler paralelinde, işgörenlere iletilmedikçe, işgörenlerin eksikliklerini ve yanlışlarını açıkça ortaya koymadıkça, işgörenlerin kendilerini geliştirmeleri söz konusu olmadığı gibi, yöneticilerin de onlara ve örgütün gelişimine bir yararı olamayacaktır(94).

Yöneticiler, genellikle astlarının olumsuz değerlendirmelere gösterecekleri tepkilerden çekinmektedirler. Bu çekinme sonucunda, performans değerlendirmelerin işgörenlere iletilmemesi, onlardan gizli tutulması yaklaşımı doğmaktadır. Ancak, işgörene performansı hakkında geri besleme (feedback-dönüt) sağlamanın getireceği yararlıklar, yöneticiye astın gösterebileceği tepkiden daha önemli olmaktadır. Bu nedenle, performans değerlendirme sonuçlarının olumlu ve olumsuz olmasına bakılmaksızın işgörene iletilmesinde büyük yararlıklar bulunmaktadır.

Performans değerlendirme uygulaması, yöneticilerin rutin bir görevi gibi görülerek yürütülmemeli ve başarılı bir değerlendirmenin yapılması için gerekli zaman ayrılmalıdır. Performans değerlendirme, yalnızca özel sonuçlara (ücret belirleme, terfiler, nakiller gibi) yönelik olarak uygulanmayıp, işgörenlerin eğitiminde, yönlendirilmesinde rol oynayacak şekilde düzenli olarak yapılmalı, elde edilen ilerlemeler vurgulanmalıdır. Performans değerlendirmede, formal eğitim oturumları düzenli olarak yapılarak, işgörenlerin gözlenmesi, kontrolü ve yönlendirilmesi performans görüşmeleri doğrultusunda geliştirilmelidir(95). İşletmelerde, performans değerlendirme sonuçlarının işgören ile paylaşılması örgütsel başarıya ulaşmada önemli bir katkı sağlayabilecektir.

"Açıklık ilke olarak kabul edilince, amaçların, ölçütlerin ve performans düzeyinin saptanmasına ilişkin kararlara işgörenlerin de katılmaları ve değerlendirme sonuçlarının görüşmeye açık tutulması kaçınılmaz olacaktır"(96).

(94) Ibid., s.38.

(95) Forrest, a.g.e., s.289.

(96) Dicle., a.g.e., s.39.

Performans değerlendirme sistemi, belli bir örgütsel ortamda geliştirilip uygulandığından, etkinliğini sürdürebilmek için değişen koşullara ve ortama uyum sağlaması gerekmektedir. Ayrıca, performans değerlendirme sisteminin, işgörenin gelişimine yönelik planlanıp uygulanması örgütsel başarıya ulaşmada önemli bir etmen olmaktadır. Yöneticilerin bu konuya gereken önemi vererek, açık bir değerlendirme sistemini seçerek uygulamaya sokmaları, işgören motivasyonunu, iş başarısını artıracakları gibi, örgütün tümüyle etkinliğini ve verimliliğini de sağlayabilecektir.

1.8. PERFORMANS DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

Örgütler, işgörenlerinin performans düzeylerini belirleyebilmek için çok sayıda yöntem geliştirmektedirler. İlk önceleri, her örgüt kendi gereksinimlerini karşılayacak bir yöntem geliştirme çabası içine girmişse de zamanla tüm örgütlerin ortak kullanımına uygun, bilimsel esaslara dayanan, performans değerlendirme yöntemlerinin geliştirilmesine gereksinim duyulmaya başlanmıştır. Son yıllarda, geliştirilen bu performans değerlendirme yöntemleri, yöneticilerin kişisel önyargılarından arındırılarak, daha nesnel, daha geçerli ve güvenilir hale getirilmiştir. Örgütlerde, yönetim fonksiyonlarının belirli bilimsel temellere oturtulmasıyla, performans değerlendirmede bazı formel yöntemlerin kullanımına geçilmiştir. Performans değerlendirmenin formel bir yapıya kavuşturulması ile, değerlendirme yöntemlerinin ortak özelliklerine bakılarak belirli sınıflamalar yapılabilmektedir.

Performans değerlendirme yöntemleri, genellikle geleneksel ve çağdaş yöntemler olmak üzere iki grup şeklinde sınıflandırılmaktadır.

1.8.1. Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemleri

Geleneksel performans değerlendirme yöntemlerinin ortak özelliklerinden en önemlileri, değerlendirmenin gizliliği yani değerlendirenlerin değerlendirme sürecine katılmamaları, değerlendirmelerin genellikle denetim sağlamak amacıyla yapılması, iş başarısından çok işgörenlerin kişisel özelliklerinin ölçülmesine yönelmeleri ve sıklıkla nesnel olmayan ölçütlere dayandırılmış olmalarıdır.

Geleneksel değerlendirme yöntemlerinde, değerlendirmeyi kimin yaptığına yani değerlendiricilerin kim olduğuna bakılarak aşağıdaki gibi alt sınıflamalara gidilebilmektedir.

1.8.1.1. En Yakın Üstün Değerlendirmesi

Bu bölümdeki yöntemler, “en yakın üstün işgöreni değerlendirmede en yetkili, en nesnel, en doğru ve en gerçekçi değerlendirmeyi yapabileceği” varsayımına dayandırılmıştır. En yakın üstün (birinci derecede amirin) kim olacağı ise, yetki (hiyerarşi) basamakları izlenerek belirlenmektedir(97). Bu bölümde yer alan yöntemleri aşağıdaki şekilde açıklayabiliriz.

a) Grafik Dereceleme Yöntemi : (Graphic Rating Scale Technique):

Oldukça eski ve yaygın bir şekilde kullanılan geleneksel performans değerlendirme yöntemlerinden biridir. Genellikle, yılda bir kez her işgören için bir değerlendirme formunun doldurulmasıyla gerçekleştirilir. Bu yöntemde farklı pozisyonlardaki işgörenler için (ücretli işgören, büro işgöreni ve yönetim kadroları gibi) ayrı formlar geliştirilmiştir. Değerlendirme form üzerinde bulunan çeşitli niteliklere ve etmenlere bakılarak yapılmaktadır. Değerlendiriciler, bu kriterlerin işgörende bulunduğu düzeyi form üzerinde işaretleyerek, işgörenin performansını belirlerler. Değerlendirme formu üzerinde puan bulunabilir veya bulunmayabilir. Böylece, performans değerlendirme tamamen form üzerindeki kriterlere dayandırılarak uygulanmaktadır(98).

Belirlenen niteliklere, sayısal değerlerin verilmesi ve toplam sayısal değerlerin hesaplanması işlemi, yönetici tarafından gerçekleştirildiği durumda, bu işlem personel bölümü tarafından yürütülür. Sayısal değerlerin verilmesinde önceden hazırlanmış ölçeklerden yararlanılmaktadır. Örneğin, ölçek üzerindeki her niteliğe 1-10 arasında değişen değerler verilmekte, buna göre değerlendiricinin işaretlemeleri puan olarak belirlenmektedir(99).

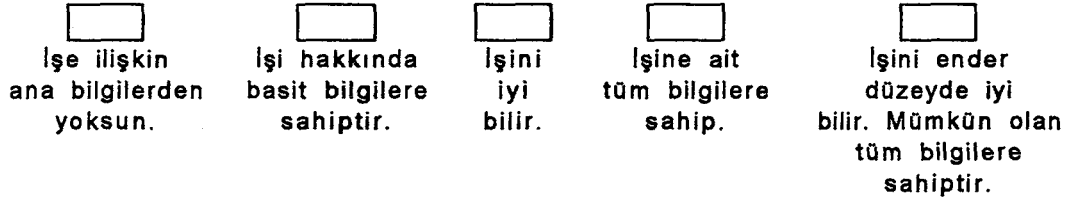
Grafik dereceleme yönteminde kullanılan ölçekler iki şekilde uygulanmaktadır. Kesikli değerlendirme ölçeği (discontinuous form)'nde değerlendirici (Şekil 1.5'de görüldüğü gibi), değerlendirme formu üzerinde bulunan herbiri farklı nitelik ve faktörü tanımlayan kutulardan birini seçebilmektedir. Değerlendiricinin, belirlenen dereceler dışında seçim yapma olanağı bulunmamaktadır(100).

(97) Dicle., a.g.e., s.41.

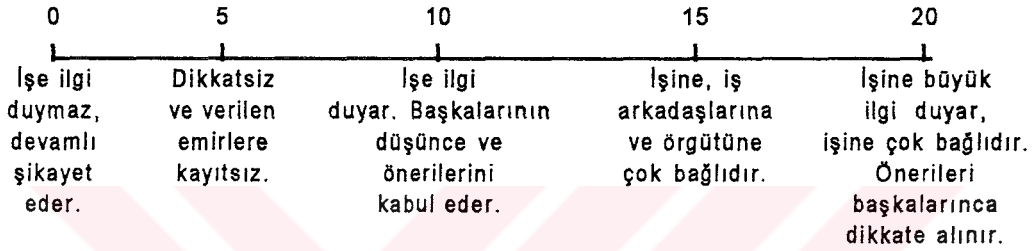
(98) Gönenli., a.g.e., s.27.

(99) Dicle., a.g.e., s.42.

(100) Ibid., s.46.



Şekil 1.5 : Kesikli Değerlendirme Ölçeği



Şekil 1.6 : Sürekli Değerlendirme Ölçeği

Sürekli değerlendirme ölçeği (continuous form), kesikli ölçeğe değerlendirici belli dereceleri sınırlı iken, sürekli değerlendirme ölçeğinde, en kötü ve en iyi arasında istediği bir noktayı (Şekil 1.6 da görüldüğü gibi) işaretleyebilme olanağına sahip bulunmaktadır(101).

Değerlendirmenin toplam sayısal değeri, tüm işaretlerin sayısal değerlerinin toplanması ile elde edilmektedir. Saptanan toplam değerler, sonuçta birbirleriyle karşılaştırılarak, her işgörenin ne ölçüde başarılı olduğu belirlenmektedir(102).

Grafik dereceleme yönteminin, sağladığı yararların en önemlileri arasında şunlar, sıralanabilmektedir. İşgörenin geliş-güzel değerlendirilmesini önler, geliştirilen ölçütlerin kullanılması ile uyumsuzlukların objektif, adaletli bir şekilde giderilmesine olanak sağlanmaktadır. Ayrıca, yöneticilerin astları hakkında çok farklı düşüncelere yönelmelerini önleyerek, yöneticiler arasında ortak görüşlerin gelişmesini desteklemektedir(103).

(101) Gönenli., a.g.e., s.28-29.

(102) Dessler., a.g.e., s. 493.

(103) Dicle., a.g.e., s.47.

Grafik dereceleme yönteminin beraberinde getirdiği sorunlar ise şu şekilde özetlenebilmektedir(104). İşgörenin toplam sayısal değerlerle belirlenmiş olan performans düzeyinde, bireysel farklılıkları yani farklı alanlardaki üstünlük ve zayıflıkları hakkındaki bilgiler arka plana itilerek dikkate alınmamaktadır. Böylece, çeşitli nitelikleri açısından birbirinden farklı olan işgörenler arasında var olan bu farklılıklar, kararlarda göz önünde bulundurulmamakta, tutarsız kararların alınmasına yol açabilmektedir. Ölçek üzerinde, işgörene uyan kriterin belirlenmesinde gerekçe gösterilmesi zorunluluğunun bulunmaması ya da bunu yapmanın uygulamada güçlükler yaratması nedeniyle, değerlendirmenin doğruluğunu kanıtlamak olanaklı olmamaktadır. Ayrıca, yöneticilerin sıklıkla niteliklerin uç noktalarını "en iyi" ve "en kötü"yü yansıtan dereceleri işaretlemekten kaçınmaları ve orta değerleri seçmeleri de grafik dereceleme ölçeğinin etkinliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

Yukarda belirtilen sorunların yanısıra diğer yöntemlerde de karşılaşılmakta olunan ve ilerdeki bölümlerde üzerinde daha ayrıntılı durulacak olan performans değerlendirme uygulamalarında görülen problemlere de rastlanmaktadır.

Literatürlerde, grafik dereceleme yöntemi adı altında söz edilen ancak, çok küçük farklılıklar göstermesi nedeniyle ayrı başlıklar altında ele alınan yöntemlere de aşağıda kısaca değinilmektedir.

*** Dereceleme Yöntemi :** Grafik dereceleme yöntemiyle büyük benzerlik gösteren en eski yöntemlerdendir. Grafik derecelemede olduğu gibi, yakın amirler tarafından basılı formların doldurulması ile uygulanmaktadır. Çoğu kez, değerlemeye sayısal değer verilir. Ölçekte kullanılan seçenek noktaları, hazırlayanın eğilimine veya faktörlerin özelliğine göre, çok yetersizden çok iyiye kadar 5 veya 7 basamak altında toplanmaktadır. Ölçekte kullanılan değerler, hangi esasa dayanırsa dayansın bir sıra izlemektedir. Bu durum, grafik değerlendirme ile derecelendirme ölçeğinin adeta karışımı olan bir değerlendirme tablosu oluşturmaktadır. Bu yöntemde, işgörenin toplam puanı hesaplanırken, işgörenin her bir faktörden elde ettiği puan faktörlerin ağırlık puanı çarpılarak tüm faktörler için hesaplanan puanların toplamı, toplam puan haline getirilmektedir(105).

Performans değerlendirme sonuçları işgörene iletilecekse, bu uygulamada özel bir düzenlemeye gereksinim duyulur. İşgörene değerlendirme formu verilerek, işgörenin kendisi hakkındaki düşüncelerini yazması

(104) Ibid., s.47-48.

(105) Erdoğan., a.g.e., s.183-185.

istenmekte ve aynı değerlendirme formunda, yöneticinin işgören hakkındaki düşünceleri de belirlenmektedir. Daha sonra işgörenle-yönetici değerlendirilmesi arasındaki puan farklılıkları performans değerlendirme görüşmelerinde ele alınmaktadır.(106).

Görüldüğü gibi, derecelendirme yönteminde en belirgin özellik, işgörenin bir form dahilinde dereceli bir değerlendirilmesi yapılarak, beraberinde diğer işgörenlerle karşılaştırılması söz konusudur. Bu değerlendirmede de performans faktörlerinin ve bunların derecelerinin işlere göre değişim göstereceği unutulmamalıdır. Ölçek, tek tip olarak uygulanırsa ve işlere göre düzenleme yapılmazsa sonuçları objektif ve tutarlı olmaktan uzaklaşacaktır.

*** İş Boyutu Ölçeği (Job Dimension Scales) ;** bu yöntem grafik değerlendirme ve derecelendirme ölçeklerinin karışımı şeklinde ortaya çıkar. İş boyutu, işin yapılması için gereken faktörler olarak düşünülebilir. Bu faktörler doğrudan işin dilimleri, kişinin üstleneceği sorumluluklarla ilgili olup, kişilikle ilişkili değildir ve kişilik ikinci planda kalır. Değerlendirme genellikle beşli yapıya dayanır, her iş grubuna göre kolaylıkla ayrı ayrı düzenlenebilecek ölçekler geliştirilir. "Özellikle üretim işletmelerinde doğrudan üretim hattında çalışanların ve yönetimde çok yönlü iş yapanların değerlendirilmesinde daha geçerli bir yöntemdir". Puanlı olarak uygulandığında, kişilerin birbirlerine göre derecelendirilmesine olanak sağlamaktadır(107).

b) Karşılaştırmalı Yöntemler (Paired Comparison Method) : Bu yöntemlerde, işgörenler işindeki performansına bakılarak değerlendirilmekten çok, diğer işgörelere oranla ne durumda olduklarına bakılarak değerlendirilmektedir. Yöntem iki şekilde, basit sıralama ve çift karşılaştırma yöntemi olarak uygulanmaktadır(108).

- Sıralama yönteminde, yöneticinin işgörenleri işlerindeki başarıya ve örgüt içinde taşıdıkları değere göre, en iyiden en kötüye doğru sıralaması beklenir. Sıralama yönteminde üç farklı uygulamaya rastlanmaktadır(109). Grubu en iyi, orta ve en kötü şeklinde gruplayarak sıralamak ve grubu en iyi ve en kötüden başlayarak sıralamak mümkün olabilmektedir. Burada sıralamanın ortasına doğru gelindiğinde performans düzeylerindeki farklılıkların azaldığı görülür ve bu sıralama güçlüğü yaratmak-

(106) Filippo., a.g.e., s.207.

(107) Erdoğan., a.g.e., s.189.

(108) Cascio., a.g.e., s.323.

(109) Dicle., a.g.e., s.49.

tadır. Sıralama yönteminde kullanılan üçüncü yaklaşım ise; işgörenleri ikili karşılaştırma yoluyla sıralamaktır. İşgörenlerin düzenli bir biçimde birbirleriyle karşılaştırılmalarına ve sıralanmalarına olanak sağlayan bir yöntemdir. Değerlendirilecek işgörenin diğer işgörenlerle tek tek karşılaştırılarak sıralamaları yapılmakta ve aynı karşılaştırma işlemi tüm işgörenler için tekrarlanmaktadır. İşgörenlerin sayısı fazla ise çok sayıda karşılaştırmaların yapılmasını gerektirdiğinden, fazla zaman kaybına neden olmaktadır.

Karşılaştırma yönteminin üstün ve zayıf yönlerini ise şu şekilde özetlemek sözkonusu olabilmektedir(110). Bu yöntemin üstünlük sağlayan en önemli yönü, yalın ve değerlendirmeye daha yatkın oluşudur. Ayrıca, "yöntem grup üyelerini tüm başarı ölçüleri üzerine yayma olanağı verdiği için, dereceleme skalası yönteminde olduğu gibi belli bir puan etrafında yığılma, sabit hata olasılığını azaltmaktadır" Bunun yanı sıra halo etkisini de en alt düzeye indirmektedir. Ancak, yöntem bölümler içinde kullanıldığında bu sonuçlara göre, işletme içinde tutarlı karşılaştırmaların yapılması zorlaşmaktadır. Yöntemin zayıf yönlerinden önemli biride işgören sayısı arttığında sıralama güçlüğü yaratmasıdır. Ayrıca, işgörenler birinci iyi, ikinci iyi şeklinde sıralanarak görece bir durum ortaya konmakta ve performans mutlak ölçülerle belirlenmemiş olmaktadır.

c) Uygun Cümle Seçme Yöntemi (Check List Method) : Değerlendirici çeşitli tanımlayıcı cümlelerin oluşturduğu listeden işgörenin niteliklerini ve davranışlarını en iyi yansıtan cümleleri işaretleyerek işgörenin performans düzeyini değerlendirmektedir(111).

En çok kullanılan iki şekli vardır. Bunlar, ağırlıklı cümle seçme ve zorunlu seçim yöntemi (Bu yöntem önemli olması nedeniyle ayrı bir başlık altında ele alınacaktır) olmaktadır.

- Ağırlıklı cümle seçme (Weighted checklist method) yöntemi; belirli bir iş için çeşitli davranış şekillerini tanımlayan çok sayıda cümleden oluşmaktadır. Ölçek üzerinde her cümleye bir değer veya ağırlık verilmiştir. Değerleyici, işgörenin nitelik ve davranışlarına en çok uyan cümleleri işaretlemek durumundadır. İşaretlenen tüm cümlelere verilen sayısal değerler, değerlendirme değerini oluşturmaktadır(112).

(110) Gönenli., a.g.e., s.37.

(111) M. Cem Bensoy, "Yönetmel Başarının Değerlendirilmesi ve Türkiye Uygulaması", Yayınlanmamış Bitirme Tezi, İ.T.Ü.İşletme Fakültesi,İstanbul, 1991, s.18.

(112) Haynes., a.g.e., s.18.

Her görev için ayrı işaretleme listelerinin oluşturulmasına gereksinim duyulduğundan geliştirilmesi güç ve pahalı bir yöntemdir. Bu nedenle ancak, aynı işi yapan çok büyük grupların değerlendirilmesi söz konusu olduğunda başvurulmuş bir yöntem olmaktadır. Yöntem, yöneticilere her davranış hakkında ayrıntılı düşünme olanağı sağlamakta, her nitelik ve davranış daha açık ve ölçülebilir tanımlara kavuşturulmaktadır(113).

d) Zorunlu Seçme Yöntemi (Forced Choice Method) : Bu yöntem işgörenlerin tutum ve davranışlarını tanımlayan, genellikle her biri dört tümceden oluşan grupları içermektedir. Bu tümcelerin oluşturulma aşamaları şu şekilde özetlenebilmektedir(114). İlk önce görüşmelerden, deneyimlerden ve bilgi birikiminden yararlanılarak başarılı ve başarısız işgörenleri tanımlayan tümceler oluşturulur. Uzmanlardan oluşan bir ekip tarafından, bu tümceler performans değerlendirmeye olanak sağlayacak şekilde sınıflandırılırlar. Her tümcenin, önceden saptanmış bağımsız bir başarı ölçüsüyle ilişkisi kurulur. Elde edilen bilgilerle önce ikişer tümceden oluşan dizeler, sonradan dörtlükler oluşturulur. Son aşamada değerlendiriciler, bu dörtlüklerden işgöreni en çok yansıtan ve en az yansıtan iki tümceyi işaretleyip, tüm dörtlükler için aynı işlemi tekrarlayarak değerlendirmelerini yaparlar. Değerlendiriciler, değerlendirmeleri sonunda ne ölçüde olumlu ya da olumsuz değerlendirme yaptıklarını bilmemekte, formlar personel yönetimi birimi tarafından puanlanmaktadır. Bu yöntem, yöneticilerin önyargıları doğrultusunda değerlendirme yapmalarını önlemek için yapılan bir uygulamadır(115).

Araştırmalar, bu yöntemin işgörenlerin performansını yansıtmada daha nesnel ve daha gerçekçi bilgiler verdiğini göstermiştir. Değerlendirmelerin ön yargılardan kurtarılması, daha nesnel, daha gerçekçi ve daha güvenilir değerlendirmeler yapılmasına olanak sağlanması gibi yararlarının yanı sıra, bazı sakıncaları da söz konusudur. Sakıncalarının başında, dizeleri ve dörtlükleri hazırlamak oldukça güçtür, uzun zaman alır ve oldukça masraflıdır. Başarılı ve başarısız ayıracak ölçütlerin geliştirilmesinde de, büyük güçlüklerle karşılaşmaktadır. Yöneticilerin, değerlendirme sonuçlarını bilememeleri güvensizliklere neden olmakta ve yönetsel kararların alınmasında değerlendirme sonuçlarının kullanılmasını güçleştirmektedir(116).

(113) Ataay., a.g.e., s.260

(114) George Strauss - Leonard R. Sayles, **Personnel - The Human Problems of Management**, 3. B., New York, Prentice-Hall, 1972, s.514.

(115) Dicle., a.g.e., s.50-51.

(116) Flippo., a.g.e., s.211.

e) Zorunlu Dağılım Yöntemi (Forced Distribution) : Bu yöntemde, işgörenlerin belirli yüzdeler içinde gruplandırılmaları söz konusudur. Genellikle bir değerlendiricinin çok sayıda işgöreni değerlendirmesi gerektiğinde, son derece yararlı bir yöntemdir. Gruplandırma genellikle, "işteki başarı" ve "üst görevlere yükseltilmek için gerekli yeteneklere sahip olup-olmama" etmenlerine bakılarak yapılmaktadır. Değerlendirme çoğu kez, beş göreceli bir ölçek üzerinde yapılmaktadır. Performans dereceleri "en yüksek" (% 10), "yüksek", (% 20), "orta" (% 40), "düşük" (% 20), ve "en düşük" (% 10) olarak belirlenmiştir(117).

Yöntemin üstün ve zayıf yönleri belirtilmek istenirse; diğer sistemlerde de görülen değerlendiricinin yüksek ya da düşük değerlendirme eğilimlerinden doğan sakıncaları, belirli bir oranda ortadan kaldırmaktadır. Değerlendirme, belirli faktörlerle veya kişisel niteliklere göre yapılmakta, işgören geliştirme amacından çok, yükselme ve ücret ayarlaması amacıyla kullanılmaktadır. Sistemin en büyük sakıncası ise, eğer grup normal bir dağılım göstermiyorsa, bu durumda yanlış değerlendirmelerin yapılabilmesidir. Örneğin; dört üstün astlarını değerlemeleri istendiğinde, hiç bir üst, astını ortalamanın altındaki gruba koymak istememiştir. Üstler, kendilerine bağlı astların çoğunluğunu ortalamanın üzerinde başarılı kabul etmişlerdir(118).

f) Kritik Olay Yöntemi (Critical Incident Method) : Performans değerlendirmenin geriye dönük olmasının değerleyiciler için gösterdiği güçlükler, yöneticilerin değerleyecekleri işgörene ait bazı hatırlatıcı notlara başvurmalarını zorunlu kılmaktadır. Bu yöntem, yöneticilerin değerlendirme dönemi içinde bazı notlar alıp, bunlara göre değerlendirme yapmalarına olanak veren bir yöntemdir(119). Notların alındığı form üzerinde genellikle, olumlu davranışları ve başarısızlıkları gösteren olayların kaydedilmesi için ayrı alanlar bulunmaktadır. Olaylar ortaya çıktıklarında kaydedileceğinden, unutmaya ya da konunun zamanla önemi yitirmesi gibi sakıncaları ortadan kaldırılmış olmaktadır. Araştırmacılar, kaydedilen ilginç olayların genellikle, fiziksel ya da zihinsel niteliklerle veya işe ilişkin davranış ve alışkanlıklarla ilgili olduğunu göstermektedir(120).

Yöneticiler, ilginç buldukları olayları günü-gününe ve herhangi bir yorum getirmeden kaydetmek zorundadırlar. Bir işgöreni gözlemleyen

(117) Cascio., a.g.e., s.324.

(118) Gönenli., a.g.e., s.38.

(119) Yalçın., a.g.e., s.98.

(120) Cascio., a.g.e., s.325.

iki değerleyici, benzer şekilde notlar alabilmektedir. Bunun için de, değerlendirenlere eğitim yapılmalı, değerlendirmeyeyle ilgili el kitapları düzenlenmelidir. Böylece kayıtlarda, gözlemcilerin değer yargıları en az düzeye indirilerek yalnız performansa ilişkin gerçek veriler üzerinde durulması sağlanabilecektir. Tutulan kayıtlar işgörenin gelişebilmesini sağlamak amacıyla kullanılmalıdır. Ayrıca yer değiştirme, yükselme gibi yönetsel kararların alınmasında da yararlanılmaktadır(121).

Değerlendirme kayıtlarıyla ilgili olarak, işgörenle zaman zaman yapılan görüşmeler son derece yapıcı, eğitici ve geliştirici olmalıdır. Olumsuz örnekler yanında, olumlu davranışlarında kayda geçmesi işgören tarafından memnunlukla karşılanacaktır. Yöntemde, genellikle benimsenen değerlendirme döneminin süresi altı aydır. İşgörenle yapılan görüşmelerde, işgören tutum ve davranışlarını açıkça görebilmekte ve hatalarını yinelememek için, gerekli önlemleri alma olanağına kavuşabilmektedir(122).

Yöntemin birçok yararı yanı sıra, işgörenin sürekli ve yakından kontrolünü artırdığından işgörenin işi ile ilgili fazla hata bulunması nedeniyle, işgörenlerin yetersiz konuma sokulmasına imkan vermesi açısından eleştirilmektedir. Ayrıca eleştiriler, işgörenin motivasyonunun düşmesine ve verimliliğini olumsuz yönde etkilemesine neden olması noktasında da yoğunlaşmaktadır(123).

g) Serbest Anlatım Yöntemi (Free-Written Essay Method): Yöneticilerin astları hakkındaki görüşlerini düz bir kağıda yazdıkları oldukça subjektif esaslara dayanan bir yöntemdir. Burada, ölçekler işaretlemeye dayanan hazır tümceler, kutular vb. kullanılmamaktadır. Yöntem, formal bir değerlendirme yöntemi olarak yaygın şekilde kullanılmamakla beraber, yöneticiler arasında sözlü bilgi alışverişlerinde bu yaklaşımdan büyük ölçüde yararlanılmaktadır(124).

Sözlü görüş bildiriminin yazılı hale dönüştürüldüğünde görülmektedir. Yöneticilerin büyük çoğunluğu, astları hakkında eleştirilerini kağıt üzerine dökmeyi çok sıkıcı olarak kabul etmektedir. Ayrıca, bu yöntem, yöneticilerin değerlendirmeye fazla zaman ayırmalarını ve çaba harcamalarını gerektirmektedir. Yöneticinin, iyi bir gözlemci ve çözümleyici olmasına gereksinim duyulmakta, yöntemin etkinliği, yöneticinin yazma yeteneğiyle yakından ilgili olmaktadır(125).

(121) Sözen., a.g.e., s.44.

(122) Dessler., a.g.e., s.496.

(123) Cascio., a.g.e., s.326.

(124) Flippo., a.g.e., s.213.

(125) Beach., a.g.e., s.302.

Bu yöntem hastane personelinin performansının değerlendirilmesinde kullanılan en uygun yöntemlerden biri olarak kabul edilmekte olup, serbest bir anlatımla, hastane personelinin tüm davranışlarının hikayevi bir değerlendirmesi yapılmaktadır(126).

h) Davranış Değerlendirme Ölçeği (BARS-Behaviorally Anchored Rating Scales): Davranış değerlendirme veya işgörenleri davranışlarına göre sıralama ölçeği, işgörenlerin performanslarını belirleyen seçici davranışlara göre performansın incelenmesinde kullanılan bir değerlendirme ölçeğidir. Çok yaygın olarak kullanılan bir yöntem değildir(127).

Basit grafik skalası ile işgören davranışlarını belirleyen yöntemlerin birleşiminden oluşturulmuştur. Performans değerlendirmede subjektiflik eğilimini azaltma özelliğini taşıyan bir yöntemdir. İşgörenin iş ilişkilerinin tanımlanmasına dayalı bir değerlendirme ölçeği olarak geliştirilmektedir. Bu ölçekteki performans faktörleri iş ilişkileri ve işle ilgilidir, pratiktir ve benzer işler için standart hale getirilmiştir(128).

Bu ölçek esasen beş temel aşamada geliştirilmektedir. İlk olarak, değerlendiriciler, işin iyi yapılması için gerekli özel yönleri ve işgörenin gerçekleştireceği temel davranışları belirlerler (kritik olaylar belirlenir). İkincisi, performans aralıkları belirlenir. Değerleyiciler performansı etkilme derecesine göre bu kritik olayları sıralarlar ve birbirini etkileyecek şekilde beşli veya onlu gruplar halinde toplarlar. Üçüncüsü kritik iş davranışlarının, performans faktörlerinin yeniden düzenlenmesi yapılır. İş tanıyan bir başka grup tarafından, işin yeniden düzenlenmesi yapılarak, bu düzenlemede, sıralanan davranışlara derece verilmektedir. Dördüncü aşamada, ölçekleme yapılmasına gidilmekte ve yedi ile dokuz ölçek oluşturacak şekilde özel davranışlar tanımlanmaktadır. Son aşamada ise, kullanılacak olan ölçek geliştirilmektedir. Son ölçek, altı veya yedi dereceli olarak, her bir haftanın davranışların değerlendirmesini yapmada kullanılmaktadır(129).

Değerlendiriciler, performans değerlendirmesi yapılacak kişinin yaptığı iş için ne kadar kritik nokta varsa, o kadar ölçek tablosu oluştururlar. Bu ölçekler ayrı tablolar halinde bir forma yerleştirilir ve kimlik kısmı da eklenerek bastırılır. Bu ölçek ile özellikle yönetim grubunun değerlendirmesini yapmak daha uygun olmaktadır. BARS yaklaşımıyla

(126) Jean Barrett-Barbara A. Gessner-Charlene Phelps, *The Head Nurse*, Third Edition, New York, A. Publishing Division of Prentice Hall, 1975, s.382.

(127) Cascio,, a.g.e., s.327.

(128) Flippo., a.g.e., s.211.

(129) Dessler., a.g.e., s.500.

yönetici veya işgörenin özellikle altı esas özelliği (yeteneği) belirlenmektedir. Bunlar, politikaları kolay kavrama, uyumluluk, kaynakları etkin kullanma yeteneği, kişilerarası ilişkisi, iş geliştirme ve işgörenin bilgisini kullanma ve yargılama özelliği olmaktadır(130).

Uygulamada BARS'ın kendine özgü sorunları görülmektedir. Ölçeğin değişen iş veya çalışma tekniğine uyumlaştırılması zordur, hazırlanması özel uzmanlık bilgisini, uzun denebilecek bir ön çalışmayı gerektirmektedir. Bu olumsuzluklara karşın olumlu yönleri ise, geliştirilme şekli nedeniyle (iş iyi tanıyan ve işgörenlerin performanslarını ölçen kişilerden alınan bilgiler ışığında) işgörenleri beklenen davranışlar doğrultusunda değerlemeye dönük bir ölçek olmasıdır. Değerlendirme standartları daha açıktır ve işgörelere sağlıklı bilgiler sağlamaktadır. Değerlendirmeler, her kişiye göre farklı olmayacağı gibi, sonuçlar yönetici ve işgörelere açısından da standart oluşturabilecektir(131).

1.8.1.2. Küme Değerlendirme Yöntemleri (Group Appraisals):

En yakın üst değerlendirmelerinde kullanılan yöntemlere oranla, daha yeni olan ancak, özellikleri nedeniyle geleneksel sayılan grup değerlendirme yöntemleri değerlendirmeyi yapan grupların kim olduğuna göre ikiye ayrılabilir.

a) Yerinden İnceleme ve Gözlem Yöntemi (Field-Review Method): Değerlendirme formları, işgörelere başarılarını izleyen uzmanlarca doldurulmaktadır. Personel yönetimi ve özellikle performans değerlendirme alanında eğitim görmüş uzmanlar, işgörelere belirli süre işbaşında izledikten sonra, saptadıkları bulgular ışığında performans değerlendirme formunu doldurarak işgörelere en yakın üstüne bildirmektedirler(132).

Bu yöntemin biraz değişik bir uygulaması ise, personel bölümünden bir uzmanın yöneticilerle görüşerek bilgi toplaması şeklinde olmaktadır. Uzman, bu bilgileri düzenli olarak yazmakta, önceden hazırlanmış her hangi bir form kullanılmamaktadır. Yöntem, uzman kişiler tarafından yürütüldüğünden hem üst hem de astın gelişmesine yardımcı olmakta ayrıca yöneticinin daha rahat çalışmasına olanak sağlamaktadır(133).

(130) Ibid., s.500.

(131) Beach., a.g.e, s.300.

(132) Dicle., a.g.e., s.56.

(133) Ataay., a.g.e., s.261.

b) Yöneticiler Grubu Tarafından Yapılan Değerlendirme (Management Team Appraisal) : Yöneticilerden oluşan bir grubun karşılıklı gelişmesi ve tartışması sonucunda işgörenin değerlendirilmesi yöntemidir. Bazen yöneticilerin yanında uzmanlara da yer verilmektedir. Grup üyeleri, işgörenlerin durumlarını birer birer inceleyerek performans düzeylerini saptayarak performans değerlendirme formlarına işlemektedirler. Grup toplantılarında genellikle değerlendirilecek işgörenin en yakın üstü ilk sözü alarak gerekli açıklamaları yapar sonra, küme üyeleri performans ölçütleri, işgörenin performan düzeyi, eksiklikleri ve performans artırmanın yolları gibi konuları tartışarak karara varırlar(134).

Grup elemanlarının sayısı idealde dört kişidir. Altı ve daha fazlası pek yararlı görülmemektedir. Grup üyelerinin seçiminde, değerlendirilecek işgörenin ilk üstü rol oynayabileceği gibi, kimlerden oluşabileceğine de karar verebilir. Değerlendirme grubu daima bir grup başkanı tarafından yönetilir ve genellikle astın ilk üstü grup başkanı olmaktadır. Başkanın rolü önemli olup, özellikle ilk değerlendirmelerde değerlendirilecek kişinin iş tanımlarını grup üyelerine vermeli ve hangi noktalara dikkat etmeleri gerektiği ayrıntılı olarak açıklamalıdır. Çalışmanın başlangıcında, grubu yönlendirecek sorular ortaya atarak, grup üyelerinin içtenlikle tartışmaya katılmalarını sağlamalıdır. Grup çalışmasının sonucu özetlenerek, bu değerlendirme raporu özelliğini taşımaktadır. Başkan, grup dağılmadan önce görüşmelerin grup dışına yansıtılmaması gerektiğini hatırlatmakta ve grup çalışmasının sonucu ilk üst tarafından değerlendirilen kişiye iletilmektedir(135).

Bu yöntem daha çok, işgörenin eğitime ve geliştirilmesine önem verilen örgütlerde uygulanmaktadır. Yönetse başarının değerlendirilmesine uygun düşmekte ve uygulamada daha çok bu amaçla kullanılmaktadır. Ancak, grup çalışmasının doğal sonucu olarak görülen yavaşlık ve yöneticilerin değerli zamanlarının kullanılmasını gerektirmesi önemli eleştirilere neden olmaktadır(136).

1.8.1.3. Astlar Tarafından Değerlendirme (Subordinate Appraisals)

Özellikle yöneticilerin performanslarının değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerden birisidir. Fakat yöneticilerin, astları tarafından değerlendirilmeye karşı tepki göstermeleri nedeniyle çok az uygulanmaktadır.

(134) Dicle., a.g.e., s.56.

(135) Gönenli., a.g.e., 56-59.

(136) Dicle., a.g.e., s.57.

Yöntemin başarısı, geniş ölçüde astların eğitilmelerine ve yöneticilerin astlarının değerlendirmeleriyle ortaya çıkan görüş ve önerilerin yararlarına inanmalarına bağlıdır. Bu koşullar altında astların yaptığı değerlendirmeler, yöneticiye eksik yönlerini gösterecek ve kendilerini geliştirmelerine olanak sağlayacaktır. Yöntem, yöneticilere geri besleme (feedback) sağlayarak bilgi vermektedir(137). Bu yöntemle üstler geliştirmeleri gereken alanları, etkin oldukları veya zayıf oldukları alanları ve eksikliklerini açıkça görebilmektedir.

1.8.1.4. Akranlar ya da İş Arkadaşlarınca Yapılan Değerlendirme (Peer Rating)

Belirli düzeydeki işgörenlerin (akranların) ya da iş arkadaşlarının birbirlerini değerlendirmeleri temeline dayanmaktadır. Bu yöntem, işgörenin başarısının en iyi beraber çalıştığı kişilerce değerlendirilebileceği varsayımından geliştirilmiştir. Araştırmalar, gerekli eğitim yapıldığında ve değerlendirmede dikkate alınacak etmenler somut bir biçimde tanımlandığında, akranların yaptığı değerlendirmelerin çok tutarlı olacağını göstermiştir. Ayrıca, bu koşulların yerine getirilmesiyle, oldukça nesnel değerlendirmelerin yapılabildiği ve üyelerin önyargılardan arınabilecekleri de araştırmalarda gösterilmiştir. Bu yöntemle yapılan değerlendirme sonuçlarının, ücret ve maaş düzenlemeleri gibi kararlarda kullanılmadığı veya yararının az olduğu buna karşılık, kilit görevlere yapılan atamalarda daha çok etkili olduğu saptanmıştır(138).

Yöntem iki alt uygulamaya ayrılmaktadır. Birincisinde, grup üyeleri birbirlerini puan vererek veya vermeden sıralarlar. İkincisinde ise, değerleyen üye, arkadaşlarını değerlenen ölçütler açısından "iyi" veya "kötü" şeklinde gruplamaktadır. Her iki uygulama sonucu da, grup üyelerinin değerlenen özellikler açısından bireysel durumunu göstermektedir(139). Bu yöntemin uygulandığı bazı örgütlerde akranların doldurduğu formlar, işgörenlerin en yakın üstleri tarafından gözden geçirilmekte ve onaylanmaktadır. Böyle bir uygulama ise, sonuçta yönetime duyulan güvenin azalmasına neden olabilmektedir.

(*37) Ibid., s.57-58.

(*38) Ibid., s.58

(*39) Dessler, a.g.e., s.511.

1.8.1.5. Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemlerinde Karşılaşılan Sorunlar

Buraya kadar açıklamaya çalıştığımız geleneksel değerlendirme yöntemleri, uygulamada karşılaşılan sorunlardan dolayı giderek terkedilmektedirler. Daha önceki bölümlerde tek tek değindiğimiz özellik ve sorunların genel bir değerlendirmesini yaptığımızda aşağıdaki sonuçlara varılabilmektedir.

Bu yöntemler, işgörenin işinde gösterdiği performanstan çok, kişiliğinin ölçülmesine yönelmişlerdir. Oysa, işgörenin işindeki başarısı yalnızca kişisel faktörlerin etkisinde değil örgütsel ve çevresel faktörlerin sonucunda oluşmaktadır. Bu nedenle de, geleneksel yöntemlerin dayandığı düşünceler, yönetsel hatalara neden olabilmektedir.

Geleneksel yöntemlerin esası, gizlilik ilkesine dayandırılmıştır. Gizlilik ilkesi ile klasik yönetim anlayışındaki yöneticiler, performans değerlendirme sürecini bir baskı, korku ve cezalandırma yolu olarak kullanmakta ve işgören gelişimini olumsuz yönde etkilemektedirler.

Geleneksel yöntemler, değerlendirmenin geçmişe dayandırılmasını esas almaktadır. Ayrıca, değerlendirme dönemi 6 ay-1 yıl gibi uzun bir süreci kapsamaktadır.

Performans değerlendirme genellikle ilk amir durumundaki yöneticilerce yapılmaktadır. Bu durum, geleneksel yöntemlerin özünü oluşturan, yöneticiyi her konuda yetkili görme düşüncesine uygunluk göstermektedir.

Performansın değerlendirilmesinde nesnel performans ölçütlerinin geliştirilmesinin büyük önemi olmasına karşın, geleneksel yöntemlerde bu ölçütlerin geliştirilmesinde başarılı olunamamıştır. Ölçütler genellikle subjektif boyutlarda kalmışlardır.

Değerlendirme araçlarında açıklığın olmaması nedeniyle, değerlendirme sisteminin iyi anlaşılabilmesiyle ilgili sorunlar gelişmektedir. İfadelerin kesin ve açık olmamaları sonucunda, yanlış yorum ve algılamalara gidilmekte olup, değerlendirme hataları daha sıklıkla gelişmektedir.

1.8.2. Çağdaş Performans Değerlendirme Yöntemleri

Geleneksel performans değerlendirmelerde karşılaşılan sorunlar, yöneticileri, uzman ve bilim adamlarını daha somut ve gerçekçi bilgilerin alınmasına olanak sağlayabilecek etkin değerlendirme yöntemlerini geliştirmeye zorlamıştır. Günümüzün endüstri düzeyi ve örgüt yapısı, performans değerlendirmenin hangi amaçlarla yapılırsa yapılsın örgüt üyelerini geliştirici ve motive edici özellikte olmasını gerektirmektedir.

Çağdaş yönetim yaklaşımı yöntemlerinin en önemlilerinden olan, amaçlara göre yönetimin temel niteliği, amaçlarda bir bütünleşme sağlamaktır. Burada işgören ve örgüt her iki grubun amaçları arasında uyum sağlaması temel ilke olarak ele alınmaktadır. Amaçlar arasındaki uyum, amaç belirleme evresinde işgörenlerin kararlara katılmalarıyla gerçekleştirilmektedir. Bu yaklaşımda, kararlara katılım işgörenleri motive eden önemli bir süreç olmaktadır(140).

Modern yönetim kuramlarından, Mc Gregor tarafından geliştirilen Y kuramında ise, normal koşullarda insan için çalışmak doğaldır ve doyum sağlayıcıdır. İnsanları örgüt amaçlarını gerçekleştirmeye yönelten çalışma isteği, bu amaçları benimsemelerinden kaynaklanmaktadır. Kişiler kendi-kendini yönetme ve denetim gücüne sahip olmalarının yanı sıra, sorumluluk almada isteklidirler(141). Modern yönetim kuramlarında yukarıda da değinildiği gibi, işgörenlerin kendi kendilerini denetleme ve geliştirme potansiyeline sahip oldukları üzerinde durulmaktadır. Örgütsel etkinlik ve verimliliğe ulaşmada, işgörenlerin performans düzeylerinin büyük önemi olduğu yatsınamaz bir gerçektir.

Bu nedenle modern yönetim kuramları esas alınarak, işgören gelişimine önem veren ve motivasyon artıran performans değerlendirme yaklaşımlarının seçilmesi, klasik yaklaşımlara oranla örgütsel başarıyı sağlamada daha önemli bir role sahip olabilmektedir. Aşağıdaki bölümde modern yöntemlerden performans değerlendirme açısından önem taşıyanlar üzerinde durulacaktır.

(140) Gönenli., a.g.e., s.86-87.

(141) Dicle., a.g.e., s.63.

1.8.2.1. Amaçlara ve Sonuçlara Göre Yönetim (Management by Objectives and Results)

1954 yılında ilk kez Peter Drucker tarafından kullanılan "Amaçlarla yönetim" kavramı, İngilizce "Management by objectives" Türkçede "Amaçlara göre yönetim" şeklinde, "Managing by objectives and results" karşılığı ise "Amaçlara ve sonuçlara göre yönetim" şeklinde kullanılmaktadır.

Amaçlarla yönetim, günümüzde her örgütü ve yöneticiyi yakından ilgilendiren bir yöntem ve performansı etkileyen evrensel bir yaklaşım durumundadır. Amaçlarla yönetim, örgütün amaçları ile örgüt üyelerinin kişisel gereksinimleri arasında var olduğu ileri sürülen doğal çelişkiyi gidermek ve kişi ile örgütü bütünleştirmek amacıyla geliştirilmiştir(142).

Amaçlara göre yönetim, yönetici ve işgörenlerin yapacağı iş için esasları tanımlayan, performans standartlarını koyan ve bu standartlara göre sonuçları ölçen, yönetsel bir yaklaşım olmaktadır(143).

Amaçlarla yönetimin ayrıntılı ve daha açık bir tanımı Odiorne tarafından verilmiştir. Tanıma göre, performans değerlendirme "bir örgütün çeşitli kademelerinde yer alan yöneticilerin örgütün temel amaçlarını birlikte belirlemelerini, işgörenlerin sorumluluk alanlarının gerçekleştirilmeleri beklenen sonuçlar bakımından saptanmasını, saptanmış amaçların örgütü oluşturan birimlerin faaliyetlerinde birer klavuz ve işgörenlerin başarı ve katkılarının değerlendirilmesinde birer ölçüt olarak kullanılmalarını öngören bir süreçtir". Amaçlarla yönetim, bir yönetim biçimi olarak ortaya atılmakla beraber, yönetime getirdiği yeniliğin esası işgören performansını değerlendirmede yarattığı akılcı (rasyonel) ve insancıl yaklaşım olmaktadır(144).

Yöntem, özellikle örgütün amaçları ile örgüt üyelerinin amaçları arasında bir uyum arayan, bu yolla bir yandan örgütün etkinliğini artırırken, diğer yandan örgüt üyelerine üst düzeyde doyum sağlayabilecekleri bir ortam yaratmayı amaçlamaktadır. Amaçlarla yönetim, örgütlerdeki işlemlerde günlük işlerin ayrıntılarından çok, gerçekleştirilecek amaç ve sonuçları vurguladığından örgütün verimlilik ve etkinliğinin arttırılmasına olanak sağlayabilmektedir. Yöneticilerin görevi, bir bütün olarak başarıya ulaşmayı sağlamaktır(145).

(142) Ataay., a.g.e., s.264.

(143) Ann Marriner, *Guide to Nursing Management*, London, The C.V. Mosby-Co., 1980, s.186.

(144) George S. Odiorne, *Management by Objectives*, New York, Pitman Press, 1972, s.55.

(145) Erdoğan, a.g.e., s.200-201.

Örgüt yönetiminin geliştirilebilmesi, herşeyden önce belirlenmiş amaç ve sonuçların gerçekleştirilmesine bağlı bulunmaktadır. Bu nedenle, örgütteki birimler ve işgörenlerin her biri için amaçların açık, kesin ve ölçülebilir bir biçimde tanımlanması yoluna gidilmektedir. Kişiler, neyi gerçekleştirmeye çalıştıklarını bilmiyorlarsa, faaliyetlerine yön veremez, yaratıcı olamaz, yaptıkları işin anlamını kavrayamaz, kendi kendilerini denetleyemez ve sonuç olarak örgütü benimseyemezler(146). Bu açıdan, işgörenlerle amaçların, ne yapılacağıının paylaşılması gerekmektedir.

Amaçlara göre yönetimde yöneticiler, tüm astlarının genel hedeflerini tanımlayarak, onlara ulaşmak için başarmaları gereken sorumlulukları tahmin edebilmektedirler. Ayrıca her pozisyon için, kabul edilebilir standartlar ve sorumluluk alanları ifade edilmeli, her personelle hedefler paylaşılmalı ve bu hedeflerin başarılması için işgörenlerin kendi kendilerini etkin şekilde kontrol ederek, sonuçları birlikte incelemelerine olanak sağlanmalıdır(147).

- Amaçlarla yönetim, çeşitli örgütlerde önem sırasına göre şu hedefler için kullanılmaktadır(148). İşgören performansının değerlendirilmesi, isteklendirmeyi (motivasyonu) sağlaması, üst-üst ilişkilerinin ve iletişiminin geliştirilmesi, yönetim potansiyelinin artırılması, çeşitli kademelerdeki amaçlar arasında bütünlüğün sağlanması, yöneticilerin görevlerini açıklıkla anlamalarına olanak sağlaması, alt kademelerden bilgi toplanması ve performansın geliştirilmesidir.

Çalışmamızın konusu performans değerlendirme olduğundan, amaçlarla yönetim uygulamasına daha çok performans değerlendirme açısından yaklaşılarak fazla ayrıntıya girmeden küçük alt başlıklarla önemli görülen hususlara değinilmeye çalışılacaktır.

a) Amaçlara Göre Yönetim Süreci : Amaçlara göre yönetim (AGY) süreci, aşağıdaki yaklaşımlardan oluşmakta ve performans değerlendirme uygulamasında bu aşamaların yöneticiler tarafından dikkate alınarak, yerine getirilmesi gerekmektedir.

- Amaçların belirlenmesi : Bu aşamada ilk adım, yöneticilere ve örgütün tüm işgörenlerine sistemin ne olduğu, nasıl işlediği ve sağlayabileceği yararların açıkça anlatılması ve benimsetilmesinin yanısıra, sistemin uygulanmasına da karar verilmesi gerekmektedir. Örgüt için her düzeyde amaçların belirlenmesine çalışılacaktır. Üstlerle astların ortak

(146) Dicle., a.g.e., s.64.

(147) Odiorne., a.g.e., s.61.

(148) Dicle., a.g.e., s.65.

toplantılarında örgütün tüm birimleri için amaçların, performans ölçütlerinin ve gerçekleştirilmesi beklenen sonuçların saptanması gerekmektedir(149). Örgüt üyelerinin motivasyonunu sağlayabilmek için, amaç belirleme sürecine herhangi bir şekilde katılmaları sağlanmalıdır.

- **Planlama** : Belirlenen amaçlar, faaliyet planı ve zamanlama için kaynak oluşturmakta ve her kademe için farklılıklar göstermektedir. Üst kademelerde yıllık plan ve programlar hazırlanırken, alt kademelerde sınırlı düzeyde planlar yapılmaktadır. Planlama işlevinin yükümlülüğü genellikle ilgili astın üzerinde olmaktadır(150).

- **Kendi kendini kontrol**: Ast, nesnel olarak kendisinden beklenene oranla nerede olduğunu sürekli olarak kendi kendini kontrol mekanizmasıyla görebilecektir(151). Astlar gibi yöneticilerde uygulamadan aldığı verilerle, aldığı kararların sonuçlarını değerlendirmekte, böylece yönetici de kendi durumunu gözden geçirme olanağına kavuşmaktadır.

- **Dönemsel performans değerlendirme** : Sistemde, ast ve üst sürekli bir bilgi alışverişi içinde olmakla beraber, belli dönemlerde tüm örgütün başarısı gözden geçirilerek, eksikliklerde ne yapılabileceği belirlenmeli ve bir yandan başarılı üst desteklenirken, diğer yandan gelişen koşulların oluşturduğu sonuçlar daha üst kademelere yansıtılmalıdır(152). Sistem belirli zamanlarda gözden geçirilerek, gerekli değişikliklerin yapılması varsa eksikliklerin giderilmesi, değişen koşullara göre yeni düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Sistemin geliştirilmesi ve uygulamaya konabilmesi, öncelikle üst yöneticilerin desteğinin sağlanmasına bağlı bulunmaktadır. Yöneticiler, sistemi içtenlikle benimsemez ve çaba harcamazlarsa sistemin başarılı olması beklenemez. Aynı şekilde örgüt üyelerinin de desteklenmesi gerekmektedir(153).

Sistem "katılımcı yönetim" ilkesine dayandırılmaktadır. Yani bu yaklaşım tek başlarına yöneticilerin verdikleri kararlarla değil, her aşamadaki yöneticiler ve ilgili işgörenlerin birlikte verdikleri kararlarla geliştirilmekte ve uygulanmaktadır. Böylece, örgütün tümünü kapsayan etkili

(149) Ibid., s.67.

(150) Ataay., a.g.e., s.265.

(151) Gönenli., a.g.e., s.99.

(152) Ibid., s.99.

(153) Dicle., s.67-68.

bir uygulamaya gidilebilmektedir. Ayrıca, literatürler etkin bir AGY sistemi yürütmek için, üç-beş yıllık süreye gereksinim olduğunu belirtmektedir(154).

b) Amaçlar Oluşturulurken Dikkat Edilecek Özellikler: Örgütün yapısına göre, alt kademelere inildikçe giderek somutlaşan ve daha çok ölçülebilen bir amaçlar sıra düzeninin oluşturulmasına, amaçlar arasında organik bağların kurulmasına ve örgütsel bütünlüğün sağlanmasına gereksinim duyulmaktadır. Amaç, neyin başarılması gerektiğine ilişkin açık ve kesin bir anlatımı ifade etmektedir. Amaçları saptarken, aşağıdaki özelliklere sahip olmalarına dikkat edilmelidir(155).

- Amaçların somut ve ölçülebilir olması gerekmektedir. Amaçların bu özelliği öncelikle, hangi düzeyde, neyin, ne ölçüde gerçekleştirilmesi gerektiği gibi konularda astlar ile üstler arasında görüş birliğinin oluşmasını sağlamaktadır. Çeşitli birimler ve alt birimleri arasında işbirliğinin ve eşgüdümün sağlanması için, gerekli ortam yaratılarak, her yönetici ile işgörenin örgüt amaçlarının gerçekleştirilmesine katkısı belirlenebilmektedir. Ayrıca, amaçların ölçülebilir olması feedback için gerekli bilginin sağlanması ve denetiminin etkin bir şekilde yürütülmesine olanak sağlamakta, değerlendirme ve ödüllendirmede kesinlikle ölçülemeyen, değer yargılarıyla dolu kişisel nitelikler yerine nesnel ölçülerin geliştirilmesi mümkün olmaktadır.

- Her amaçta üç temel ögenin "süre, nitelik ve nicelik" bulunmasına özen gösterilmelidir. Amaç ve sonuçların hangi süre içinde, hangi niteliklerle ve ne ölçüde gerçekleştirilmesi gerektiği açıkça belirlenmelidir.

- Amaç anlamsız, yanlış ve farklı yorumlara yol açabilecek derecede karmaşık olmamalı, olabildiğince açık ve kesin olmalıdır.

- Eldeki kaynaklarla gerçekleştirilebilir olmalı ve örgütün gelişme planlarıyla uyum halinde bulunmalıdır.

- Tek amaç geniş olacağından, bu ölçüde de somutlaştırılması güçleşecektir. Ancak sayısının çok olmasında, işin önem ve gerçek anlamının kaybolmasına yol açabilecektir. Bu nedenle, her mevki için 4-8 amacın saptanması önerilmektedir. Bu amaçlar önem ve öncelik sıralamalarına göre saptanmalıdır.

(154) Cascio., a.g.e., s.328.

(155) Dicle., a.g.e., s.68-69.

- Amaçların ölçülebilme maliyetleri yüksek olmamalı, ayrıca çok uzun veya çok kısa süreli olmamalıdır.

Kısaca belirtilirse, iyi bir amaç, somut, niceliksel olarak ölçülebi-
len, açık, kısmi sonuçlara yönelik, gerçekçi ve belirli bir zamanla sınırlı
olmalıdır.

c) AGY Uygulamasına Getirilen Eleştiriler ve Sistemin Yararları:
Çeşitli literatürlerde rastlanan, sistemin uygulamasına yönelik olarak
yazarların getirdiği eleştirilerden bazıları şu şekilde ifade edilebilir(156).

- Amaçların özellikle örgütün üst kademelerine çıkıldıkça somut ve
ölçülebilir bir şekilde saptanmasında güçlüklerle karşılaşmaktadır. Sis-
tem kağıt üzerinde ortaya konduğu kadar yalın, uygulanabilir olarak
kabul edilmemektedir.

- Özellikle performans değerlendirme açısından uygulandığında,
amaçlara fazla önem verilmesinin örgüte uzun dönem çıkarları yönün-
den olumsuzluklar getirebildiği düşünülmektedir. Yöneticilerin kısa dö-
nemli amaçlara ağırlık vermeleri sonucunda, örgütün gelecekte karşıla-
şabileceği sorunlar üzerinde özenle durulmayacağı savunulmaktadır.

- Amaçların ön plana alınmasından, mesleki gelişmelerin belli
oranda zarar görebileceği, ayrıca burada yönetim kalitesi yerine sonucun
ya da araç yerine sadece amacın ön plana çıktığı görüşü ileri sürül-
mektedir.

- Bireyin gelişimine belli oranda ağırlık verilmesi istenirse de,
bazen bu ileri götürülerek bireysel amaçların alt düzeylerde saptanma-
larıyla, örgütün rolü ve iş çevresindeki yeri olumsuz yönde etkilenebil-
mektedir.

- Her işgören için ayrı ayrı amaçların ve performans ölçütlerinin
saptanması ve değerlendirilmesi için, uzun toplantıların yapılmasının
gerekliliği bu nedenle, yöneticilerin değerli zamanlarının iyi kullanılam-
masına yol açabileceği üzerinde durulmaktadır.

AGY uygulamasının sağladığı yararlar iki grupta ele alınabilmek-
tedir. Birincisi üstler ve örgütün tümü açısından sağladığı yararlar,
ikincisi astlar (değerlenen birey) açısından sağladığı yararlar olarak
incelenebilir.

(156) Strauss,- Sayless., a.g.e, s.522.

*** Örgüte sağladığı yararları aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür(157).**

- Örgütü oluşturan mevkilerin her biri için amaçların saptanmasıyla, örgütte bütünlüğün sağlanmasına ve tüm örgüt faaliyetlerinin yönlendirilmesine, amaç birliği ve devamlılığın kazandırılmasına olanak sağlamaktadır.

- Örgüt görevlilerinin, örgüt başarısındaki gerçek katkılarının ölçülebileceği bir araç olmaktadır.

- Örgütün ve tüm bireylerin ortak amaçlarını tanımlayarak, bu amaçların gerçekleşmesine ilişkin bireysel katkıları ölçmekte, örgüte ekip çalışması için gerekli ortam ve olanakları sağlamaktadır.

- Örgüt elemanlarının, ana sorumluluk alanları ile ortak ve paylaşılmış sorumluluklarının tanımlanması imkanını sağlamaktadır.

- Ücret ve maaş yöntemine temel ilke olan "eşit işe eşit ücret" uygulamasına olanak vermektedir.

- Yönetici ve işgören eğitiminin, yönlendirilmesine ve eğitimin elde edilen sonuçlara göre sistematik bir şekilde ele alınmasına, değerlendirilmesine olanak yaratmaktadır.

- Örgütün tüm faaliyetlerinin, belirli bir sonucu gerçekleştirmek üzere eşgüdülenmesine imkan sağlayacağından örgütün gelişmesi, verimlilik ve etkinliğin artırılmasına da yol açabilmektedir.

- Amaçlar, performansın değerlendirilmesi ve denetimi için birer ölçüt olarak kullanılabilir. Sapmalar varsa gerekli düzeltmelerin yapılmasını sağlayarak, örgütün performans düzeyinin yeterli olup-olmadığını göstermektedir.

- AGY sistemiyle üstler, özellikle performans değerlendirme görüşmeleri sırasında etkin bir rol oynamaktan kurtulmakta ve üstler amaçları astlarıyla birlikte belirlediklerinden sapmaların nedenlerini asta kolaylıkla kabul ettirebilmektedirler.

*** Sistemin bireye sağladığı yararlar ise şu şekilde belirtilmektedir(158).**

(157) Dicle., a.g.e., s.65-66.

(158) Ibid., s.66.

- Bireyin, örgüt içinde gerçekleştirebileceği amacının olması, yaptığı işe anlam kazandırmakta, onu örgütte çalışmaya isteklendirmekte ve yabancılaşmaktan kurtarmaktadır.

- İşgörenin belirli amaçlarının bulunması, başarı gereksinimini harekete geçirerek başarılı olmasına neden olabilmektedir.

- Bireyin, kendisinden ne beklediğini bilerek ve bu amaçları gerçekleştirerek, sağladığı başarının tanınmasına ve beğenilmesine imkan sağlamaktadır.

- Birey kendi kendini denetleme, kendi kendine yön verme, daha çok yetki ve sorumluluk alma, karar verme sürecine ve dolayısıyla yönetime katılma olanağına sahip olmakta, bu durum da işgörenlerin örgütle bütünleşmelerine ve kendilerini işlerine adanmalarına neden olabilmektedir.

- Bu uygulama ayrıca, işgörenin yetenek kayıtlarının tutulmasına, örgütte uygun işe yerleştirilmesine ve gelişimi için yol gösterici bir rol oynamaktadır.

Amaçlara göre yönetimin, bir performans değerlendirme yöntemi olarak kabul edilmesinin nedeni, bu yaklaşımın işgörenin performansının geliştirmesine daha fazla olanak yaratmasıdır. AGY uygulamasından, işgören performansını geliştirmede yararlanabilmek için, işgörenin elde ettiği başarı ile beklenen başarısı arasındaki sapmaların üzerine eğilerek, bunların nedenlerinin belirlenmesi, bunları giderecek çabaların içine girilmesi ve önlemlerin alınması gerekmektedir. Bu aşamada, işgörenle yapılacak performans geliştirme görüşmesi, büyük önem taşımaktadır. Bu konuya ilerdeki bölümlerimizde ayrı bir başlık altında daha geniş olarak yer verileceğinden burada değinilmemektedir.

Araştırmamızda, modern performans değerlendirme yöntemleri olarak AGY'in yanısıra bazı küçük farklılıklarla ayrı olarak ele alınmış yöntemlere de rastlanılmaktadır. Bunları, kısaca aşağıdaki gibi özetlemek mümkün olabilmektedir.

1.8.2.2. İş Planlaması ve Değerlendirme (Work planning and review-WPR)

Geleneksel yöntemlere bir tepki olarak geliştirilen bu yöntem, işgörenin kendi kendisini değerlendirmesi ilkesine dayanır. İlk kez bir Amerikan firmasında (General Electric Company) uygulanmıştır. Bu yöntemde başarılar daha sık aralıklarla tartışılır, değerlendirme yargılarına ait hiçbir dereceleme kullanılmamaktadır. Ücret ve maaş artışları ile değerlendirmeler arasında ilişki kurulmamakta ve karşılıklı amaç planlaması ve sorun çözme vurgulanmaktadır. Bu sistem, amaçlara göre yönetim ile benzerlik gösterdiğinden pratikte ayrılımları çok zordur ancak uygulama farklılığı bulunmamaktadır. Bu yöntemde, bireysel çaba her zaman için ön plandadır, daha çok yöneticilerin performansının değerlendirilmesinde uygulanmaktadır(159).

Bu yöntemde, değerlendirme süreci şu şekilde gerçekleşmektedir(160). İşgören iştanımını inceleyerek, gerekirse somut şekilde yeniden düzenlemekte ve iş planını gözönünde bulundurarak yapması gerekenleri belirlemektedir. Sonra, son birkaç aydaki kişisel gelişmesini değerleyerek, yeni teknik gelişmelerin gerektirdiği bilgi ve becerileri kazanıp-kazanmadığına karar vermekte, yeni hedefler belirlemektedir. Son aşamada ise, amaçlarının gerçekleştirmeye değer olup-olmadığına ve gerçekleştirmeye olanağına sahip bulunup bulunmadığına karar vermektedir.

* Performans Değerlendirmeye Gelişimsel Yaklaşım (Developmental approach to performance appraisal)

Amaç ve sonuçlarla değerlendirme yönteminde olduğu gibi, gerçek performansı başlangıçta saptanan kişisel amaçlarla karşılaştırarak, işgörenin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. İşgörenin kuvvetli yönlerini sürdürmek ve zayıf yönlerini geliştirmek için üstler ve astlar birlikte bir gelişme planı hazırlayarak, uygular ve belli süreler sonunda sonuçları birlikte gözden geçirirler. Üstler, astlarına sık sık performans durumları hakkında bilgi vererek, gelecekteki amaçlara yönelik önerilerde bulunurlar. Ayrıca, işgörenlere üstleriyle birlikte kendi amaçlarını saptamaları ve kendi gelişimlerine uygun planlar hazırlamalarına olanak verilmektedir. Diğer çağdaş yöntemler gibi, bu yöntemde uygulamada çoğunlukla yönetsel performansın değerlendirilmesini amaçlamaktadır ve diğer yöntemlerdekine benzer bazı ilkeleri benimsemektedir(161).

(159) Cascio., a.g.e., s.328.

(160) Dicle., a.g.e., s.71.

(161) Ibid., s.72.

1.8.2.3. Değerlendirme Merkezleri (Assessment Centers)

Son yıllarda, özellikle yöneticilerin kişisel nitelikleri ve potansiyel gelişmelerini belirlemede yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemin uygulanması sonucunda elde edilen veriler, işgörenin geleceğine dönük tahmin yapılmasına ve karşılaşılabilecek sorunları nasıl çözeceklerine yönelik bilgiler vermektedir(162).

a) Değerlendirme merkezi uygulaması. Sıkça görüldüğü şekliyle, bir grup yöneticinin birkaç gün için bir değerlendirme merkezinde ve uzman gözetiminde bireysel veya grup olarak yürütülen bir programa katılması şeklinde düzenlenmektedir. Grup çalışması, çeşitli işletme sorunlarının tartışılması, yönetim oyunları, problem çözme, kendi kendini değerlendirme ve grubun diğer üyelerini değerlendirme şeklinde olmaktadır. Değerlendirme merkezi, üç amaca yönelik uygulanır, yönetici değerlendirme birimi gibi görev yapar, değerlendirmelerin doğruluğunu test eder ve yöneticinin seçimi ve geliştirilmesinde kullanılır. Değerlendirme merkezi uzmanları, çeşitli değerlendirme tekniklerini kullanarak, gözlemleyerek, değerlendirme yaparak, sonuçları bir görüş bildirimi yazısıyla işgören geliştirme ve yükseltme grubuna iletmektedirler(163).

Araştırmalar, bireyin önceki işindeki deneyimi ile terfi ettirildiği yeni pozisyonun gerektirdiği beceriler arasındaki ilişkinin çok zayıf olduğunu göstermektedir. Değerleme merkezi yaklaşımı özellikle yöneticilerin terfi ettirilmeleri konusunda geleneksel terfi sistemlerinin sorunlarına çözüm getirici ve belirli boşlukları doldurucu özellikte olan bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir(164).

b) Değerlendirme merkezlerinin getirdiği yararlıklar ve sakıncalar: Değerlendirme merkezlerinin, yöneticilerin potansiyelini göstermede büyük yararlar sağladığı görülmektedir(165).

- Uzman gözlemciler, değerlendirilecek üyenin grup tartışması sırasında, sorunlara yaklaşımındaki duygusallığına veya yeteneklerini kullanıp-kullanmadıklarına dikkat edebilmektedirler.

(162) Erdoğan, a.g.e., s.202.

(163) Ataay., a.g.e., s.273.

(164) Cavide Uyargil., "Terfi Kararlarında Değerlendirme Merkezi Yaklaşımı", Yayınlanmamış Ders Notları, İ.Ü.İşletme Fakültesi, İstanbul, s.72.

(165) Gönenli., a.g.e., s.121.

- Grup çalışmalarını birçok durumda gözlemleyen uzmanlar, ilk üstten daha deneyimli ve örgütün işlerini daha yukarıdan gözlemleyebilecek durumdaki kişilerdir. Sonuçta, ilk üste göre daha tutarlı değerlendirmeler yapabilmektedirler.

- Bu değerlendirmenin sağladığı en büyük yarar, nesnel değerlendirmelere olanak sağlayabilmesidir.

- Bu yöntemde, işgörenin başarısı değerlendirilebileceği gibi eğitim imkanı da verilebilecektir.

Değerlendirme merkezi yaklaşımının yukarıda belirttiğimiz yararları yanında, bazı sakıncaları da bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi, değerleyicilerin diğer yöntemlerde olduğu gibi, etkilenmeden kurtulmayarak, işgöreni daha ayrıntılı tanıma çabasına girmemeleridir. Bu çaba, uzun çalışmaları ve hazırlıkları gerektirdiğinden, uzmanların zaman kaybına neden olmaktadır(166).

c) Değerlendirme Merkezlerindeki Programların Özellikleri: Bu uygulamalarda bulunması gereken hususlar kısaca aşağıdakileri kapsamaktadır. Değerlendirme merkezine çağrılanların seçimine emir-komuta yöneticilerince karar verilmekte ve özgeçmişleri üzerinde görüşme yapılmaktadır. Yönetim oyunlarında, katılanlardan oluşan dört kişilik küçük gruplar halinde kaynak kullanımı, yatırım, stok kontrolü ve üretim gibi konuların çeşitli yönleriyle ilgili kararlar vermeleri istenmektedir. Ücret yönetimiyle ilgili grup tartışmalarında bulunmaktadır. Ayrıca, gelen evrak yöntemi, bekleyen sorunlar yöntemi ve lidersiz grup tartışmaları gibi simulasyon teknikleri de yaygın olarak kullanılarak adayların faaliyetleri gözlemlenmekte ve değerlendirilmektedir. Tüm değerleyicilerin topladığı veriler bir bütün olarak değerlendirilmekte, bundan sonra değerlendirmenin en hassas evresi olan geri besleme aşamasına gelinmektedir. Bu aşamanın önemi, öncelikle programdan sağlanan yararların bu sırada test edilmesi ve öğrenme sürecine anlamlılık kazandırmasıdır.

Değerlendirme merkezinin başarısı, kullanılan uzmanların performanslarıyla yakından ilgilidir. Bu yöntemin gelecekte meslek planlaması programlarına önemli bir kaynak olacağı ileri sürülmektedir(167).

Yukarıda açıklamaya çalıştığımız çağdaş yöntemlerin yanı sıra, daha az sıklıkla uygulanmakta olan yöntemlerde vardır. Çalışmamızın

(166) Ataay., a.g.e., s.273.

(167) Cavide Uyargil., "Terfi Kararlarında Değerlendirme Merkezi Yaklaşımı" İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, İstanbul, Yayınlanmamış Ders Notları. s.73-77.

sınırlarını taşmamak için bunlara yalnızca isim olarak değinilmesinin yararı olacağı düşünülmüştür. Bunlar; performans değerlendirmede sistem yaklaşımı, psikoteknik test ve psikolojik analiz yöntemi, beşeri aktiflerin hesaplanması (Human assets accounting) gibidir.

1.8.3. GELENEKSEL ve ÇAĞDAŞ PERFORMANS DEĞERLEME YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Performans değerlendirme sistemlerinden yöneticiler hala, işgörenin temel davranışlarını tanımlamak, işgörenin gelişimine yardım etmek, ilerlemeler için işgörenin potansiyelini değerlendirebilmek ve görüşmelerde, bir savunmayla karşılaşıldığında kullanmak üzere değerlendirme yaklaşımına gitmektedir. Oysa, performans değerlendirme uygulaması, verimliliği artırmak ya da ilerlemek amacıyla, işi en iyi yapmak için işgörelere yardım eden bir araç durumunda ele alınmalıdır. Örneğin, sağlık bakım sisteminde, bir verimlilik ölçütü olarak belirtilen, bakımın kalitesinin ölçülmesi (hastalık oranları, ölüm oranları, iyileşme oranları gibi) sağlık işgörellerinin performans düzeyleriyle yakından ilgili olmaktadır(168).

Performans değerlendirmenin personel yönetiminin yanı sıra, örgütün etkinlik ve verimliliğine getirdiği katkılar nedeniyle en uygun ve en iyi performans değerlendirme sistemlerinin bulunması arayışına gidilmektedir. Kabul edilebilir değerlendirme sistemlerinin oluşturulabilmesi için, öncelikle işgörelilerin işiyle ilgili performans düzeylerinin iyi tanımlanması ve bu faktörlerin belirtildiği bir rehberin geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca diğer önemli bir hususta, işgörelilerin performans değerlendirmeleri konusunda bilgilendirilmeleri ve görüşmeler sonunda gelecek için düzeltici önlemlerin alınması yaklaşımına gidilmesidir(169).

Performans değerlendirme sistemleriyle ilgili olarak, örgütlerin arayış içinde olmaları ve en mükemmel sisteme sahip olabilme isteklerindeki artış nedeniyle, günümüzde birçok performans değerlendirme sistemi geliştirilmiştir. Performans değerlendirme sistemlerinde son 10 yıl içinde önemli ilerlemeler gösteren organizasyonlar üzerinde Amerika'da 1987 yılında yapılan bir araştırmada, 1459 örgüte anket formu gönderilmiş ancak 324 ankete yanıt alınabilmiştir. Bu anketteki verilere göre (Tablo

(168) James A. Landry, "Performance Management System", **Productivity and Performance Management in Health Care Institutions**, New York, American Hospital Publishing Inc., 1989, s.136-138.

(169) Patricia Linenberger-Timothy J. Keaveny, "Performance appraisal standards used by the courts", **Personnel Administrator**, Vol. 26, No.5. May, 1981, s.93.

1.3'de görüldüğü gibi) örgütlerin % 57.1 gibi yarıdan fazla bir çoğunluğu sınıflandırma yaklaşımı ile değerlendirme yapmaktadırlar(170). Bu durum, klasik yöntemlerin daha çok uygulandığının bir göstergesi olmaktadır.

Tablo 1.3 : Kullanılan Performans Değerlendirme Yöntemlerinin Dağılımı.

<u>Yöntemler</u>	<u>Küçük Organizasyonlar (%)</u>	<u>Büyük Organizasyonlar(%)</u>	<u>Toplam (%)</u>
Sınıflama skalaları	61.6	50.7	57.1
Serbest anlatım	19.8	23.3	21.3.
AGY	18.6	16.6	18.1
Tüm diğer yöntemler	—	9.4	3.8

Literatürlerde geleneksel ve çağdaş performans değerlendirme yöntemlerinin tamamen birbirinden ayrı olmadıkları, özellikle çağdaş yöntemlerin geleneksel performans değerlendirme yöntemlerinin getirdiği birikimlerden yararlanılarak geliştirildiği görülebilmektedir.

Geleneksel ve çağdaş yöntemler belli kriterler açısından aşağıda verilen tablolar şeklinde karşılaştırıldıklarında, aralarındaki benzerlikler, üstünlük ve yetersizlikler daha açıkça ortaya konabilmektedir.

Tablo 1.4 : Geleneksel ve Çağdaş Yöntemlerin Karşılaştırılması(171).

BOYUTLAR	Geleneksel Yöntemler	Çağdaş Yöntemler
Kim Değerlendiriyor ?	En yakın üst durumunda olan yöneticiler (bazı yöntemlerde uzmanların, personel biriminden görevlilerin, astların ve akranların yardımıyla)	İşgörenlerin kendileri ya da işgörenler ile üstleri birlikte
Ne Değerlendiriliyor ?	Kişilik, kişisel nitelikler, kişisel bilgi, beceri ve yetenekler. Kişinin yöneticiliğe ilişkin bilgi, beceri ve yetenekleri, bazen de işteki başarı.	İşteki başarı, amaç ve sonuçların gerçekleştirilme derecesi.
Nasıl Değerlendiriliyor ?	Genellikle niteliksel değerlendirme, gizli değerlendirme, bazen sonuçların olumsuz olması halinde ilgiliye duyurma, önyargılarla yükü değerlendirme	Genellikle niceliksel değerlendirme, açık değerlendirme, nesnel ölçülere dayalı değerlendirme.
Ne Zaman Değerlendiriliyor?	Yılda bir	Yılda birkaç kez, verilen görev tamamlandıkça
Niçin Değerlendiriliyor ?	Denetim, ödüllendirme, yükselme ücret ve maaş artışı, işten çıkarma yer değiştirme. (Genellikle, bir korkutma, baskı ve cezalandırma aracı olarak kullanılıyor.)	Kişisel gelişme, örgütsel gelişme, örgüt ve yönetimde verimlilik ve etkenliği artırma.

(170) Alan H.Loncher-Kenneth S.Tell, "Appraisal Trends", **Personnel Journal**, Vol.67, No.9. September, 1968, s.142.

(171) Dicle., a.g.e., s.73.

Dicle, geleneksel ve çağdaş performans değerlendirme yöntemlerini, uygulamayla ilgili hususlarını göz önünde bulundurarak (kim uyguluyor, neyi değerlendiriyor, değerlendirmenin gizliliği- açıklığının, değerlendirme aralığının ve değerlendirme sonuçlarının kullanım amaçlarının belirlenmesi) aralarında yukarıda belirtilen kriter doğrultusunda karşılaştırmalar yapmaktadır. Tablo 1.4 incelendiğinde görülebileceği gibi, çağdaş yöntemler, daha çok işgören ve örgütün gelişimine yönelik olarak etkin ve verimliliği artırmayı hedefleyen, değerlendirmelerin daha sık aralarla yapıldığı, açık değerlendirme yaklaşımının uygulandığı ve daha çok işteki başarı üzerinde durulduğu uygulamalar şeklinde yerine getirilmektedir.

Tablo 1.5 : Performans Değerlendirme Yöntemlerinin Önemli Avantaj ve Dezavantajları(172):

	Avantajları	Dezavantajları
Grafik dereceleme skalası	Kullanımı basittir, her işgören için nicel bir sınıflama sağlar.	Standartlar açık olmayabilir, halo etkisi, merkezi yönelim, yumuşaklık, önyargı da problem olabilir.
Uygun cümle seçme yöntemi	Kullanımı basittir (fakat grafik dereceleme skalası kadar basit değildir) merkezi yönetim ve diğer sınıflandırma problemlerine rastlanılmaz.	Eğer tüm işgörene ezbere (veya gelişigüzel) mükemmel denilirse haksızlık olabileceğinden, işgörenler arasında anlaşmazlıklara neden olabilir.
Zorla dağılım yöntemi	Her gruptaki insanlara önceden kararlaştırılmış olan bir sayıya değerleri belirtilir	Değerleme sonuçları, değerleyenin ilk aşamada belirlediği yeterliliğe bağlı gelişir.
Kritik olay yöntemi	Çalışanların performansı hakkında "doğru" ve "yanlış"ın ne olduğuna özgü yardım sağlayarak, denetleyici ve astlarını değerlendirme için devam eden bir sürece zorlar.	Diğer işgörenlere göre tüm çalışanların derecelenmesi veya sınıflanması zordur.
BARS	Davranışsal "dayanak noktası" sağlayarak, çok doğru ve objektif bir yöntem olarak kabul edilir	Geliştirmek zordur.

Dessler ise, performans değerlendirme yöntemlerinin önemli avantaj ve dezavantajlarını Tablo 1.5'de görülebileceği gibi karşılaştırmıştır. Üzerinde durduğu yöntemler içinde BARS'ın geliştirilmesinin zorluğu

(172) Dessler., a.g.e., s.507.

dışında, diğerlerine göre en doğru ve en güvenilir değerlendirmelerin yapılmasına olanak sağlamakta olduğu belirtilmektedir.

Tablo 1.6 : Performans Değerlendirme Yöntemlerinin Çeşitli Kriterler Karşısındaki Durumu*

KRİTERLER	Geleneksel Yöntemler			Modern Yöntemler	
	Grafik Dereceleme	Sıralamalar	Diğer değerlendirme yöntemleri	BARS	MBO
Değerlemelerin Kesinliği	Düşük	Düşük	Orta	Yüksek	Yüksek
Personel kararlarındaki yararlılığı	Orta	Yüksek	Yüksek	Orta	Orta
Ödül dağıtımındaki yararlılığı	Düşük	Orta	Orta	Yüksek	Yüksek
Eğitim ve gelişim gereksinimlerinin belirlenmesinde yararlılığı	Çok düşük	Çok düşük	Çok düşük	Yüksek	Orta
Geliştirme maliyeti	Düşük	Çok düşük	Çok düşük	Yüksek	Orta/Yüksek
Kullanma maliyeti	Düşük	Çok düşük	Çok düşük	Yüksek	Orta/Yüksek
İşgörenleri motive etme potansiyeli	Düşük	Düşük	Düşük	Orta	Yüksek
Değerleyiciler tarafından kabul edilebilirliği	Düşük/Orta	Düşük	Düşük/Orta	Yüksek	Yüksek
Değerleyicilerde gereksinim duyulan yetenekler	Düşük	Düşük	Düşük	Orta	Yüksek
Ücretleme kararlarında yararlılığı	Orta	Düşük/Orta	Orta/Düşük	Yüksek	Orta
Ast-Üst iletişimini					
İletme kolaylığı	Düşük	Düşük	Düşük/Orta	Orta	Yüksek
Örgütsel planlamalarla bağlantıyı artırma.	Düşük	Düşük	Düşük	Düşük	Yüksek

Tablo 1.6'da, birçok yazarın, performans değerlendirme yöntemlerinin çeşitli kriterler doğrultusunda yaptıkları karşılaştırmalar bir araya getirilmiştir. Tablo incelendiğinde görülebileceği gibi, AGY (MBO) sistemi ile BARS sistemi birçok kriter karşısında üstün durumda bulunmaktadır.

Yöneticilerin, uygulayacakları performans değerlendirme sistemlerine karar vermelerinde yukarda belirtilen hususları gözönünde bulundurmalarının, seçecekleri sistemlerin kendi örgütlerinde başarılı olabilmesi açısından büyük önemi bulunmaktadır.

* Bu tabloda kullanılan kaynaklar şunlardır.

Cascio., a.g.e., s.72.

Feldman., Arnold., a.g.e., s.417.

Landry., a.g.e., s.142-143.

1.9. PERFORMANS DEĞERLENDİRME UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR

İşgörenler, öncelikle işe alınma aşamasında değerlendirilmekte daha sonra da işletmedeki yaşamı boyunca belirli dönemlerde, belirli amaçlarla değerlendirilmektedirler. Yani, işgörenler için değerlendirme süreci süreklilik göstermektedir. Ayrıca, işgörenler değerlendirme sonuçlarından geri besleme sağlayacak, buna göre uygun davranış biçimlerini benimseyeceklerdir. Performansın objektif olarak değerlendirildiğini hisseden işgörenlerin yönetime duyduğu güven ve bağlılık da artacaktır(173).

Genellikle, performans değerlendirme yöntemlerinde değerleyenlerin hafızaları rahatlıkla hataya düşebilmekte ve önyargılı eğilimler değerlendirmede yanlışlıklara neden olabilmektedir. Performans değerlendirme yöntemlerinde görülen hatalar, iki ana başlık altında toplanarak; değerleyiciden kaynaklanan hatalar ve sistemden kaynaklanan hatalar olmak üzere ele alınmaktadır.

1.9.1. Değerlendiriciden Kaynaklanan Hatalar

a) Halo Etkisi (Halo Effect) : Değerleyicilerin, değerlendirilenleri herhangi bir değerlendirme faktöründe yüksek ya da düşük değerlendirmesi sonucunda, geri kalan tüm değerlendirme faktörlerini de yüksek ya da düşük olarak değerlendirmesidir. Yani değerlendiricinin işgörenin bir özelliğinden etkilenecek tüm değerlendirmesini bu eğilim doğrultusunda yapması durumudur(174).

Halo etkisini önleyebilmek için, değerlendiricilerin eğitilmesi gerekmektedir. Değerleyenlere, değerlendirme sırasında yapabilecekleri hataların açıklanmasıyla sorun giderilmeye çalışılabilmektedir. Ayrıca, bazen değerleyenlerin verdikleri puanları destekleyen örnek olayları göstermeleri istenerek, halo etkisinin giderilmesine çalışılmaktadır(175).

b) Merkezi Eğilim (Central tendency): Tüm çalışanları aynı şekilde (örneğin, hepsini ortada) sınıflandırma eğilimidir(176). Yani, yöneticilerin işgörenlerini uç noktalarda (iyi ya da kötü) değerlendirmeleri yerine,

(173) Cavide Uyargil, "İşletmelerde Performans Değerlendirme Çalışmalarında Karşılaşılan Başlıca Sorunlar"İ.Ü. İşletme Fakültesi, İstanbul, Yayınlanmamış Ders notları, s.113-114.

(174) Flippo, a.g.e., s.215.

(175) Dicle., a.g.e., s.34.

(176) Dessler, a.g.e., s.504

orta değerleri seçerek değerlendirmeleri halidir. Yöneticiler, genellikle ortalamanın üstüne çıkma riskini göze alamamaktadırlar.

c) Sabit Hata (Contrast Errors) : Değerlendiricilerin yaptığı diğer bir hatada, değerleyenin belirli derecelere yönelmesidir. Sık rastlanan bu hata da değerleyicilerin "yüksek-Leniency tendency", "orta-Central tendency" veya "düşük-Strictness" derece veya puanlara ağırlık verdikleri görülmektedir. Değerleyicilerin yaptığı değerlendirme sonuçları, dağılım grafiğinde çizilirse, sabit hata yönünden nasıl değerlendirme yaptıkları görülebilmektedir(177).

Bu durum, değerlendirme sonuçlarının toplu olarak değerlendirildiği durumlarda, önemli sorunlara neden olmaktadır. Farklı değerleyicilerin değerlemeleri birlikte ele alındığında, sabit hatayı ortadan kaldıracak bazı önlemlerin alınması gerekmektedir. Örneğin, iki değerleyicinin puanlarının ortalamaları ile genel değerlendirme ortalaması arasındaki fark bulunarak, bu fark işgörenin puanına eklenebilmekte veya çıkartılabilmektedir(178).

Yukarıdaki uygulama ile tüm gruba ait değerlendirmeler kendi içinde karşılaştırılmış olmaktadır. Ayrıca, değerlendiricilerin eğitilmesi ile bu tür hataların ortadan kaldırılması söz konusu olabilmektedir.

d) Sertlik ve Yumuşaklık (Leniency and Strictness) : Yöneticilerin tüm astlarını ya yüksek (yumuşak) ya da düşük (sert) sınıflandırma eğilimi göstermeleri sonucunda meydana gelen sorulardandır. Değerlendiricilerin, işgörelere karşı sert veya yumuşak bir tutum içine girmeleri ve bu yaklaşımla değerlendirmelerde bulunmaları halidir. Yöneticiler, astlarıyla ilişkilerinin bozulması, onları gücendirme veya tepkilerini alma kaygusuyla yumuşak bir yaklaşımla değerlendirmeye gidebilmektedirler(179). Bu durum ise, genel değerlendirmelerde tüm astların değerlendirmeleri arasında tutarsızlıkların oluşmasına neden olmaktadır.

e) Yakın Geçmişten Etkilenme Yanlılığı (Recency error) : En son gelişmelerin etkisinde kalınarak değerlendirme yapılmasından kaynaklanan yanılığlardır. Bazı değerlendiricilerin, işgörelerin en son ortaya çıkmış olan davranışlarının etkisinde kalarak, değerlendirmelerini yapmalarından kaynaklanmaktadır(180).

(177) Daniel C. Feldman-Hugh J. Arnold, *Managing Individual and Group Behaviour in Organizations*. Mc. Graw Hill Book Co., New York, 1983, s.406.

(178) Cascio., a.g.e., s.330.

(179) Forrest., a.g.e., s.293.

(180) Feldman.,-Arnold., a.g.e., s.405.

Performans değerlendirme döneminin tümündeki başarı ve başarısızlıkların dikkate alınmaması ve son birkaç haftayı gözönüne alarak değerlendirmelerin yapılması birçok yanlışlıklara neden olabilmektedir. Bu hatayı giderebilmek için, değerlendirme döneminin kısaltılması ve dönem sonundaki değerlendirmeye temel olacak, dönem içindeki işgören kayıtlarının tutulması yoluna gidilebilmektedir(181).

f) Değerlendiricilerin ön yargılarından kaynaklanan sorunlar; Değerlendiricinin işgörenin çeşitli niteliklerine bakarak basma kalıpcı tutum ve davranışlardan kaynaklanan genellemeler yapma eğilimleri, çoğunlukla yapılan değerlendirmelerin geçerliliğini etkilemektedir. Bu durumu önleyebilmek oldukça zordur ancak, geliştirilen yöntemlerde belgelendirme veya açıklama yapma zorunluluğunun getirilmesiyle değerlendirici yanlıgıları azaltılabilmektedir(182).

g) Kontrast hatalar denilen hatalarda, üstün performanslılar önce değerlendirildiğinde, orta düzeydekiler düşük puanlara, düşük performanslılar önce değerlendirildiğinde ise, ortalama performanslılar yüksek puanlara sahip olabilmektedirler(183).

h) İşin önemiyle ilgili olarak yapılan hatalarda; değerlendiricilerin, işletmede önemli pozisyonlardakileri yüksek, önemsiz kabul edilenleri düşük olarak değerlendirme eğiliminde oldukları görülmektedir. Ancak, bölümler arasındaki değerlendirme farklılıklarının neden olduğu bu tür hatalar, daha çok bölümün fonksiyonel yapısının farklılığından ileri gelmektedir(184).

Ayrıca, değerlendiricinin işgören ile iletişiminin kopması performans değerlendirmenin etkinliğini azaltacağından, işgörene yönelik güçlü geri besleme sağlanmasını önleyecektir. Farklı zamanlarda aynı değerlendiriciler tarafından yapılan değerlendirmeler arasında uyumsuzluğun olması durumunda, değerlendirmeyi yapanlar genellikle her defasında değerlemelerini aynen tekrarlamak eğilimi göstermektedirler. Bu tutum ise, iki değerlendirme arasında geçen süre içinde değerlendirilen kişinin davranışında olabilecek gerçek değişikliğin gerektiği gibi değerlendirilmesine yol açmaktadır(185).

(181) Dicle., a.g.e., s.34.

(182) Dessler., a.g.e., s.505.

(183) Cavide Uyargil.; "Performans Değerlendirme Çalışmalarında Karşılaşılan Sorunlar", İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, Yayınlanmamış Ders Notları, s.122.

(184) Gönenli., a.g.e., s.83.

(185) Feldman., - Arnold., a.g.e., s.405.

Değerlendiriciden kaynaklanan hataların giderilmesinde, değerlendirilenlerin performans değerlendirme ile ilgili bilgi almaları büyük önem taşımaktadır. Tablo 1.7'da görüldüğü gibi, Amerika'da 1987 yılında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, değerlendiricilere büyük bir oranda yenilenme-geliştirme eğitimi verilmektedir (% 44.2).

Tablo 1.7 : Değerlendiricilerin performans değerlendirme konusunda eğitim alma durumları(186)

	Küçük Organizas. (%)	Büyük Organizas. (%)	Toplam (%)
Değerlendirme sırasında eğitim verme ile	30.4	40.0	39.6
Başlangıçta yapılan eğitim ile	18.3	12.5	16.2
Yenilenme (geliştirme) eğitimi verilerek	42	47.5	44.2

1.9.2. Sistemden Kaynaklanan Hatalar

Değerlendiricinin dışındaki tüm faktörlerden kaynaklanan değerlendirme hatalarının bu başlık altında ele alınması uygun olmaktadır.

a) Standart eksikliğinin neden olduğu hatalar : Performans değerlendirmelerde standartsızlık, ilgisiz veya kişisel standartların geliştirilmesi şeklinde gerçek dışı standartların kullanılması performans düzeyinde yanlış ölçümlerin yapılmasına neden olmaktadır. Değerlendiricilerin yorumuna açık olmayan değerlendirme yaklaşımları yerine, her görevi tanımlamayan ve standartların anlamını "iyi" veya "yetersiz" gibi kesin ibarelerle açıklayan yaklaşımlar hatalara neden olabilmektedir(187).

b) Değerlendirme kriterlerine yanlış tartı verilmesinin neden olduğu hatalar: Değerlendirme tekniklerinde değindiğimiz gibi, tekniklerin bir çoğundaki performans değerlendirmelerde birden fazla nitelik dikkate alınmaktadır.

Değerlendirmeye alınan farklı niteliklere, farklı tartılar verilebilmekte veya değerleyicinin verdiği puanlar öylesine bir dağılım göstermektedir ki, bu dağılım genel olarak değerlendirme skorunu etkileyebilmektedir. Özellikle üzerinde durulması gereken konu, uygulayıcıların

(186) Loncher.,-Telly., a.g.e., s.142.

(187) Dessler., a.g.e., s.504.

değerlendirdikleri niteliğe yükledikleri tartının, sistemin arzuladığı tartıdan farklı olması ve bundan kaynaklanan yanlışlıkların gelişmesidir(188).

c) Değerlendirmede farklı ölçütlerin kullanılmasından doğan yanlışlıklar; benzer işleri yapan işgörenlerin değerlendirilmesinde, farklı ölçütlerin kullanılması da işgören değerlendirmelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Ancak, sağlıklı bir örgüt-içi iletişim mekanizması ve tüm ilgililere performans değerlendirme konusunda verilecek eğitim ile soruna çözüm getirebilir(189).

d) Performans değerlendirme sisteminin karmaşık olması, sistemin zorluğu, anlaşılabilmesi çok seyrek ve düzensiz olarak uygulanması da performans değerlendirme hatalarına neden olmaktadır(190).

1.9.3. Performans Değerlendirme Uygulamalarında Karşılaşılan Problemleri Giderebilmek İçin Alınacak Önlemler

Performans değerlendirmede karşılaşılan hataları giderebilmek için öncelikle değerlendiricilerin eğitilmesi gerekmektedir. Bu en önemli çözüm yaklaşımı olmakla birlikte ayrıca, aşağıda belirtilen şu önlemlerin de alınması gerekmektedir(191).

- Üstler, astlarının performanslarını düzenli olarak gözlemeye ve gözlemlerini kaydetmeye yöneltilmelidirler.

- Performans değerlendirme skalaları, aşağıdaki konulara dikkat edilerek oluşturulmalıdır. Değerlendirme skalasındaki her kriter, sadece önemli bir iş aktivitesini belirlemek için tanımlanmalı, kriterlerin önemi ve anlamı açıkça belirtilmelidir. Değerlendirme skalasında, çeşitli noktaları tanımlamak için kullanılan cümlelerdeki (mükemmel, zayıf gibi) işgören davranışlarının değerlendirildiği ifadeler daha açık ve daha belirli şekilde tanımlanmalıdır.

- Değerlendiriciler, astlarının büyük bir çoğunluğunu belirli bir zamanda değerlendirmek zorunluluğunu hissetmemeli ve zaman baskısında olmamalıdır.

(188) Gönenli., a.g.e., s.83.

(189) Dicle., a.g.e., s.54.

(190) Forrest., a.g.e., s.292.

(191) Feldman.,-Arnold., a.g.e. s.407.

- Değerlendiriciler, güçlülük ve zayıflık, merkezi eğilim, halo, nitelik yanlışlıkları gibi yaygın değerlendirme hatalarına karşı özellikle bilinçlendirilmelidirler.

1.10. PERFORMANS DEĞERLENDİRME GÖRÜŞMELERİ

Performans değerlendirmelerde, değerlendirme sonuçlarının performansı geliştirmek amacıyla kullanılmaya başlanmasından sonra, değerlendirme sonuçlarının görüşülmesi değerlendirme sürecinin en önemli aşamasını oluşturmaktadır. A.B.D.'de 500 şirket üzerinde yapılan bir araştırmada, işgörenler tarafından performans değerlendirme sonuçlarının % 95 oranında tartışılmasının istendiği belirlenmiştir(192).

Görüşme, iki kişi arasında belirli bir amaca yönelik olarak yapılan ve bununla ilgili konuların ele alındığı karşılıklı konuşma(193) olarak tanımlanmaktadır.

İşletmelerde performans değerlendirme görüşmeleri, esasen yönetici ile değerlendirmesi yapılan işgören arasında, zamanla işgörenin geliştirmesi gereken bireysel özelliklerinin belirlenerek, yetersizliklerinin açıkça saptanması durumudur. Görüşmelerden böylesine önemli beklentiler olmasına karşın, işletmelerin çoğunda yapılmadığı görülmektedir. Görüşmelerin yapılmamasının nedenleri arasında, bazı astların yetersizliklerinde yöneticilere aşırı tepki göstermeleri ve istenen sonuçlara ulaşılmaması, geleceğe dönük kırgınlık ve istenmeyen ön yargılara yol açması ileri sürülmektedir. Bu koşullar, yöneticilerin görüşmelere sıcak bakmamasına neden olmuş, sisteme olan inançlarını azaltmıştır. Ayrıca, görüşme yapılacak işgören sayısının fazlalığı da yöneticilerin bu tür görüşmeler yapmalarını zorlaştırmaktadır(194).

İyi bir performans değerlendirme görüşmesinde, görüşmenin yapılacağı amaca göre hedefler belirlenmeli ve planlanmalıdır. Yönetici gibi işgörende, görüşmeye iyi hazırlanmaz ve yetersizliklerini kabul etmezse, sürtüşme oluşabilecek, görüşmeden beklenen yarar sağlanamayacaktır. Yöneticiler yetersiz ve düzeltilemez durumlarda görüşme yapmayarak, karar alıp uygulamaya koymayı tercih etmektedirler(195).

(192) Cascio., a.g.e., s.331.

(193) Gönenli., a.g.e., s.115.

(194) Erdoğan., a.g.e., s.226.

(195) Ibid., s.229.

Performans değerlendirmede, iřęörenlerin değerlendirmelerinin sık aralarla yapılması veya görev bitiminde geri besleme (feedback) sağlanması etkili sonuçlar vermektedir. Değerlendirmelerin ve değerlendirme görüşmelerinin yılda bir kez yapıldığı durumlarda feedback'ın çok fazla etkili olması beklenmemektedir. Yöneticilerin, astlarının performanslarını değerlendirirken problem çözme yaklaşımını kullanmaları durumunda, daha fazla motivasyon sağladıkları da görölmektedir(196).

Performans değerlendirme görüşmesinin başarılı olabilmesi için üst, değerlendirmenin verilere yönelik kısmı ile, değerlendirme yönünü tamamıyla birbirinden ayırmalıdır. Genellikle, verilerin tartışılması performans değerlendirme yönünden önemli olmaktadır. Performans değerlendirme görüşmesinde, üst olanaklar doğrultusunda danışman rolü oynamalıdır. İş ile ilgili veriler tartışılırken bir yandan da, kişisel sorunlar, gelişme arzusu ve benzeri noktalar üzerinde durulmalıdır(197).

Performans değerlendirme görüşmelerinin başarısı, büyük ölçüde görüşmenin iyi başlatılabilmesine bağlı olmaktadır. Performansı yüksek iřęörenle yapılan görüşmede, özellikle başarılı noktalara değinilerek, bu özelliklerde mükemmele ulaşabilme imkanı araştırılmaktadır. Performans düzeyi düşük iřęörenlerde ise, öncelikle iřęörenlerin kendi kendilerini değerlemesi istenerek, sonra kendi değerlemeleriyle belirlenen düşük performansın nedenleri üzerinde görüşme yapılmakta ve bundan büyük yarar elde edilmektedir.

1.10.1. Performans Değerlendirme Görüşmelerinin Aşamaları

Yöneticiler, astlarının performans değerlendirme sonuçlarının görüşülmesinin öncesinde, sırasında ve sonrasında aşağıdaki fonksiyonlarda bulunmaya dikkat etmelidirler.

a) Görüşmenin Hazırlanması: Yönetici iřęörenin iş tanımını incelemeli, bu tanımlar ve başarı standartları yeniden gözden geçirilmelidir. Görüşmenin tarihi ve olası süresi iřęörene önceden bildirilmelidir. (Genellikle, ilk kademe elemanlar için bir saat, üst kademeler ve bölüm yöneticileri için üç saat ayrılır). Hazırlanacak görüşme ortamına olanaklar ölçüsünde ziyaretçi gelmemeli, telefon bağlanmamalıdır. Yönetici "söyle ve beğendir" yaklaşımından çok "problem çözme" yaklaşımını kullanmak için plan yapmalı, astlarını görüşmenin hazırlığı için motive etmelidir(198).

(196) Cascio., a.g.e., s.332.

(197) Gönelli., a.g.e., s.116.

(198) Bottomley., a.g.e., s.111-112.

b) Görüşmenin Yönlendirilmesi : Bu aşamada, yöneticinin konuşmasıyla görüşme başlamaktadır. Yönetici amacını kısaca açıklayıp, görüşmenin yaklaşık süresini tekrar belirtmelidir. Yönetici, işgörenin ortaya koyacağı düşüncelere karşı pozitif yaklaşmalı, duyarlı ve dayanıklı olmalıdır. Görüşme işgörende stres yaratmamalı, eleştirici olmaktan çok, sorun çözücü davranılmalıdır. Sonuçta, işgörenin gelecekteki davranışları için plan oluşturularak, işgörenin davranışlarını değiştirme yaklaşımı zorlayıcı değil, öneriler oluşturarak bunların kabulü şeklinde olmalıdır(199).

Yönetici, astın katılımını teşvik etmeli, spesifik olmalı, kişisel ve özel bir harekete bağlı olmayan performansı değerlendirmeye yönelmelidir. Yöneticinin aktif bir dinleyici olması da gerekmektedir. Bunun için, yöneticinin dikkat etmesi gereken faaliyetler ise şunlardır(200).

- Dinlemek için zaman ayırmalı, tüm telefon görüşmelerini kontrolünde tutmalı ve değerlendirme görüşmesinin kesilmesine izin vermemelidir.

- Astın, kendisiyle ilgili açıklamalar yapmaya başlamasını kesmemeli ve tartışmamalıdır.

- Yönetici, kendi mesajıyla astın kararı ya da kararsızlığı hakkında sözsüz işaretler kadar, sözlüsünü de izlemelidir.

- Yönetici, söylenenleri ve kararlaştırılanları özetlemelidir. Astlar tarafından değerlemenin doğruluk ve titizlikle yapıldığının algılanmasında, spesifik geri besleme (feedback) sağlanması ve aktif bir dinlemenin gösterilmesi önemli bir etkiye sahiptir.

- Yöneticinin, gelecekteki ilerlemelere yönelik olarak, işgörenle karşılıklı amaçlar saptanması gerekmektedir.

- Yöneticiler, astlarının savunmalarını aşağıdaki şekilde ele almalı ve faaliyette bulunmalıdırlar(201). Görüşme sırasında; savunma davranışının normal olduğu kabul edilmeli, bireyin savunmalarına karşı asla tepki göstermemeli, tepkiler görüşme sonrasına ertelenmeli ve kendi kendilerine sınırlamalar tanımalıdırlar.

(199) Dessler., a.g.e., s.513-514.

(200) Cascio., a.g.e., s.334.

(201) Flippo., a.g.e., s.516-517.

Görüşme sırasında yöneticinin yapması ve yapmaması gereken davranışlar, kısaca özetlemek istendiğinde, yöneticinin yapması gerekenlerin en önemlisi “susabilmeyi” başarmasıdır. Astın sözünü kesmemeli, hemen itiraz etmemeli ve anlamadığı konularda açıklayıcı bilgi istemelidir. Görüşmeyi sürdürmeye yöneltecek, astı cesaretlendirecek “devam ediniz, dinliyorum gibi”, ifadeler kullanılmalıdır. Seçici sorularla, işgörenlerin görüşleri, başarı ve başarısızlıklarının nedenlerini araştırılmalıdır.

Görüşmede yapılmaması gerekenler ise, görüşme işgörene özel geliştirilmeli, çok genel konular, orada olmayanlar hakkında konuşulmamalıdır. İşgörenin olumsuz yönleri ve istenmeyen davranışları konuşma dışı tutulmalıdır. İşgöreni yargılayıcı şekilde konuşulmamalıdır. Her işgören, görüşmede objektif davranmayabilir, bazen aşırı savunma davranışı, sözlerle, hareketlerle kendilerini haklı çıkarmaya çalışma gibi içsel yaklaşımlarda bulunabilirler. Yönetici, savunmacı işgörenlere karşı saldırıya geçmemeli, konuşma sırasında kişiyi savunmaya yöneltecek tutum ve saldırılardan kaçınmalıdır.

c) Görüşme Sonrasında : Yönetici, astlarıyla performansları hakkında sık sık haberleşmeli amaçlar doğrultusunda periyodik değerlendirmeler yapmalı ve performans sonuçları üzerinde organizasyonel kararların alınması olasılığını yaratmalıdır(202).

Performans değerlendirme görüşmelerinde, yöneticiler yukarıda özetlediğimiz aşamalara dikkat ederlerse sağlıklı bir üst-ast görüşmesi yapabilirler. Her iki tarafın iyi niyetli yaklaşımlarına karşın performans değerlendirmede bazı sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Değerlendirme görüşmelerinde, sıklıkla yaratılan güçlüklerden en önemli olanı, astların değerlendirilmesinin özünde var olan çatışmaların sergilenmesidir. Değerlendirme görüşmelerindeki çatışma ve yanlış anlamaların ikinci esas kaynağı, astın savunmaya yönelik reaksiyonlarına karşı, üst tarafından kritik açıklamaların yapılmasıdır. Ayrıca, değerlendirme görüşmelerinde olumlu sonuçlar ve ilerlemelerin görülme olasılığı, astlara yönelik negatif bilginin nasıl verileceğiyle yakından ilgili olmaktadır(203).

(202) Gönenli., a.g.e., s.116.

(203) Feldman.,- Arnold., a.g.e., s.421.

Kısaca, görüşmeyi yürüten üstün yaklaşımına göre görüşmeden elde edilecek sonuçlar değişmektedir. Üstün, astını destekleyen ve ona yardımcı olacak şeklindeki tutumu, yapıcı sonuçlar alınmasını sağlayacaktır. Performans değerlendirme görüşmelerinin temel amacı ise, işgörenlerin geliştirilmesini sağlamaktır.

Performans değerlendirme görüşmesi sonucunda yazılacak olan değerlendirme raporu, işgören ve yönetici her ikisi tarafından birlikte hazırlanmalıdır. Performans değerlendirme kayıtları, ücretleme, terfi, (ilerleme), işe son verme vb. gibi personel yönetimi kararlarında bir dayanak olarak kullanılabilirdiğinden güvenli, geçerli ve doğru olarak tutulmalıdır. Bu kayıtlar ayrıca, işgörenin diğer bir kuruma geçmesi halinde gönderilecek olan referans mektuplarının hazırlanılmasında, bir bilgi kaynağı olarakta kullanıldığından, doğruluğundan emin olunmalıdır(204).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTANELER ve HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE PERFORMANS DEĞERLENDİRME

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTANELER

Dünya'da teknolojinin hızla gelişmesi, sanayileşme, nüfus artışı, ekolojik ve coğrafik gelişmeler, çevre kirliliği, ekonomik, sosyal ve kültürel değişmelerin beraberinde çeşitli yeni hastalık ve sağlık sorunları ortaya çıkmıştır. Ayrıca, bu gelişmeler sonucu ülkeler arası hareketlilik (mobilité) artmış ve sonuçta hastalıkların dünya çapında yayılması kolaylaşmıştır. Diğer yandan hasta insanların toplumdaki diğer bireylere olan bağımlılıkları artmakta bunun sonucunda hastaların sadece tıbbi bakıma değil, psikolojik ilgiye ve desteğe de gereksinimleri olmaktadır. Toplamlar, insanların bu gereksinim ve isteklerini sorumluluk olarak algılamış ve bunları karşılayacak değişik kurum ve kuruluşlar oluşturmuşlardır. Bunlardan biri olan hastane kurumu, sağlık sistemi içersinde hasta bireylerin tedavi ve bakımlarını sağlayarak, sağlıklarını kontrol edip-koruyarak, toplumun önemli bir sorumluluğunu yerine getirmektedir.

Dünya genelinde sağlık hizmetlerinin düzeyinin, istenilenin çok gerisinde oluşu, sağlık konusunda söz sahibi olan otoriteleri, sağlık sorununa daha duyarlı kılmış ve bu sorunlara birlikte çözüm aramaya yönelmiştir. Bu nedenle, Dünya Sağlık Örgütü'nün Mayıs 1977'deki, otuzuncu Dünya Sağlık Kurultayı'nda "hükümetlerin ve D.S.Ö'nün önümüzdeki dönemde başlıca sosyal amacı 2000 yılına kadar herkesin sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir yaşam sürdürebileceği bir sağlık düzeyine erişmesini sağlamak olmalıdır" kararı verilmiştir. DSÖ'nün 1948'den bu yana üye ülkesi olarak Türkiye'ninde bu kararlar doğrultusunda çalışmalara başlamış olduğu, görülmektedir. (Sağlık reformu çalış malarında olduğu gibi).

(1) Herkes İçin Sağlık Hedefleri, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi, Kopenhag s.2.

Dünyada, sağlığı geliştirme amacı doğrultusunda farklı uygulamalara rastlanırken, ülkemizde de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun çıkarılması yoluna gidilerek, halkın sağlık düzeyini yükseltmek, hizmetin en uç yörelere eşit ve dengeli bir şekilde dağılımını sağlayarak, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve tedavi edici hizmetlerin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Ancak, ülkemizde sık değişen sağlık politikaları nedeniyle, primer sağlık hizmeti de denilen koruyucu yani, bireyin hastalanmadan, sağlığının korunması ve geliştirilmesi hizmetleri aksamıştır. Bu aksaklıklar halkın, büyük il merkezlerindeki tedavi kurumlarına özellikle hastanelere gelmelerine neden olmuş ve sonuçta hastane hizmetlerine (tedavi edici hizmetlere) daha fazla önem verilmeye başlanmış, sağlığa ayrılan payın büyük bir kısmının da hastaneler için kullanılması durumu ortaya çıkmıştır.

Sağlık sistemi içinde hastaneleri ele alırken, öncelikle hastane- nin tanımlanması yapılarak, daha sonra hastane örgütlerinin gelişimi sağlık sistemi içindeki önemi ve konumu belirtilmeye çalışılacaktır.

2.1.1. Hastanelerin Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

2.1.1.1. Hastanelerin Tanımı : Literatürler incelendiğinde, birbirine benzer nitelikte olan bir çok hastane tanımlamasıyla karşılaşmaktadır. Aşağıda, hastane tanımları ile ilgili bir kaç örneğe yer verilerek, hastanelerin tanıtılmasına çalışılacaktır.

Nihat Balkan, **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim** adlı kitapta hastaneleri şöyle tanımlamıştır, "Günümüzde hastaneler, hasta ve yaralıların, hasta olduklarından kuşku duyulanların ve sağlık durumlarını denetlendirmek isteyenlerin, ayakta, kısa ya da uzun süre yatarak rehabilite edildikleri ya da doğum yapılan yataklı sağlık kurumlarıdır"(2).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), hastaneleri "gözlem, tanı, tedavi ve rehabilitasyon olarak gruplandırılabilen sağlık hizmetlerini sunan, hastaların kısa veya uzun süreli tedavi ve bakım gördükleri yataklı kuruluşlar" olarak tanımlamaktadır(3).

Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde ise hastaneler (yataklı tedavi kurumları), "hasta

(2) Nihat Balkan, "Sağlık Hizmetlerinde Yönetim", **Yataklı Sağlık Kuruluşları**, Nevzat Eren, 3. Baskı, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 1987, s.131.

(3) "WHO, European Symposium, On the Estimation of Hospital Regulations", Copenhagen, 1985, s.2.

ve yaralıların, hastalığından şüphe edilenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan ve yatarak müşahade, muayene, tanı, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanmaktadır(4).

Hastaneleri yukardaki işlevsel tanımları dışında, sistem yaklaşımı açısından ele alarak tanımlamak da mümkündür. Sistem yaklaşımına göre hastaneler, “dinamik ve değişken bir çevre içinde aldıkları girdileri dönüştürme sürecinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geri bildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir”. Hastanenin girdileri, hastalar, insan gücü (tıbbi, teknik, idari, yardımcı personel) malzeme, fiziksel (bina ve donanımları) ve parasal kaynaklarıdır. “Çıktıları (elde edilmesi istenen sonuçlar) ise; hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet-içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma-geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktır”. Dönüştürme süreçleri, “sözü edilen sonuçlara ulaşmak için hastanedeki çeşitli hizmet birimlerinin kendi alanlarıyla ilgili olarak gerçekleştirdikleri planlama, örgütleme, yürütme ve denetleme faaliyetlerini ifade etmektedir”. Hastane bir bütün olarak sistem yaklaşımıyla tanımlanabildiği gibi, hastane içindeki çeşitli hizmet birimleri de birer alt sistem olarak tanımlanabilmektedir. Örneğin, Radyoloji, fizyoterapi, idari birimler v.b. gibi birer alt sistemlerdir(5).

Yukarıda sunduğumuz hastanelerle ilgili tanımlamalardan çıkaracağımız ortak sonuç, hastanelerin bireylerin tanı tedavi ve bakımını sürdüren, sağlıklarını kontrol eden sağlık örgütleri (yataklı tedavi kurumları) olduğudur. Hastaneler, hastanın bakım ve tedavi fonksiyonunu yerine getirmek dışında, sağlık personelinin eğitimine olanak sağlama, bilimsel araştırmalar ve toplum eğitimi yapma, sağlığın korunmasını sağlama fonksiyonlarını da yürütmekte ve sağlık sisteminde önemli bir hizmet birimini oluşturmaktadır.

(4) Ertuğrul Koroğlu, **Sağlık Mevzuatı**, Hacettepe Yayın Birliği, 2. Baskı, Ankara, Nef Ofset, 1987, s.306.

(5) Hikmet Seçim, **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu**, Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 130, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Basımevi, 1985, s.6-7.

2.1.1.2. Hastanelerin Tarihsel Gelişimi

a) Dünya'daki gelişimi

Tarih içinde hastaneler, toplumların politik ve ekonomik koşullarına, toplumsal yapılarına, değer sistemlerine, kültürel örgütlenmelerine, sağlık koşullarındaki toplumsal değişme ve gereksinmelere göre biçim almışlardır. Sonunda da, günümüzün "çağdaş hastaneleri" durumuna gelmişlerdir. Tarihsel süreç içinde hastanelerin doğuşu ve gelişimi aşağıdaki gibi kısaca açıklanabilmektedir.

"İlk hastanelerin nerede ve ne zaman kurulduğu kesin olarak bilinmemektedir. Eski Yunanistan'da Titanus'da M.Ö. 1134 yıllarında Easculapius adlı bir mabedde hastaların tedavi edilmekte olduğu bilinmektedir". Sonraki yıllarda Çin'de hüküm süren Çu sülalesi döneminde birçok hastane yaptırılmıştır. Eski Mısır'da da hastanelerin bulunduğu ve bunlara Koptu adı verildiği bilinmektedir." M.Ö. 437 yıllarında Buddha ve oğlu Upatissa tarafından Seylan adasında birçok hastane yaptırılmış olduğu belirtilmektedir (6).

Günümüz modern hastanelerinin ölçütleri olan bu kuruluşlar, dini inançlarla tanrılara adanarak inşa ettirilmiştir. "Hastanelerin gelişimindeki en önemli aşama, ortaçağda Müslümanlık ve Hristiyanlık dinlerinin etkisiyle ortaya çıkmıştır. Bu nedenle, hastanelerin birçok işlevinde dinsel etkileri görmek günümüzde bile olasıdır. İlk hastaneler daha çok yoksul, çaresiz, yaşlı insanların sığındığı yerler olup, bu durum 15 yy kadar sürmüştür"(7).

Bu döneme kadar, çağın yaşayışına uygun olarak kullanılan tedavi usulleri de dini inançların etkisindeydi. Tedavi hizmetleri ile sihirbazlar, efsuncu, üfürükçü denilen kişiler ve din adamı olan hekimler uğraşmışlardır. İlk kez İslam topluluğunda, tedavi hizmetleri dinden ayrılarak, laikleşmiş ve bağımsız meslek haline gelmiştir. Ortaçağın sonuna doğru Arap tıbbının Avrupa'ya yayılmasıyla batıda tıbbın laikleşmesi gerçekleşebilmiştir (8).

Hastanelerin kurulmaya başlaması ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, sunulan sağlık hizmetlerine özellik kazandırmaya başlamış, bu

(6) Ibid., s.10.

(7) Balkan., a.g.e., s.131.

(8) Seçim., a.g.e., Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, s.11.

işle ilgilenenler ise, ayrı örgütlenmelere yönelme gereksinimi duymaya başlamışlardır.

Sağlık hizmetini sunan bu kişilerin oluşturduğu ilk örgütlenme, VIII. Henri'nin özel hekimi Thomas Linacre'in 1528 yılında tüm İngiliz hekimlerini bir örgüt altında toplaması ve Royal Collage of Physicians of England'ı kurmasıyla başlamıştır. 1732 yılında İngiltere'deki hastane sayısı 115 dolayında olup, bu yıllarda Avrupa'da da büyük hastaneler kurulmaya başlamış ve 1710'da Berlin Fakirler Hastanesi hizmet vermeye başlamıştır. ABD'de ise, ilk modern hastane 1751'de Dr. Thomas Bond ve Benjamin Franklin tarafından Philadelphia'da kurulmuştur(9).

Rönesans sonrasında, tıp dahil pekçok bilim dalında sayısız buluşlar yapılmış, teoriler geliştirilmiş, insanların dünyaya bakışlarında önemli değişiklikler olmaya başlamıştır. 16 yy'dan başlayarak, toplumsal gerekler ve zorunluluklarla gelişen toplumsal amaçlı hastaneler, sonraları teknolojinin hastane hizmetlerine girmesi, yeni politik, ekonomik ve toplumsal düşünceler doğrultusunda tıbbi amaçlı hastaneler şeklinde kurulmaya başlamıştır. Yine bu dönemde, enfeksiyon mücadelesi ve anesteziye gelişmeler ameliyat sayısının artmasını sağlamış bu da, hastanelerin gelişmesini olumlu yönde etkilemiştir(10).

Tıp bilimindeki tanı ve tedavi yöntemlerindeki bu gelişmeler ve yenilikler 20. yy'da da devam ederek, hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğinin artmasına ve hekimliğin gelişimine önemli katkılarda bulunmuş. Ayrıca bu gelişmeler sağlık hizmetlerinde bakımın da önemini ortaya çıkarmıştır. Diğer bir deyişle, hemşirelik mesleği de bu gelişmelerden etkilenmiş ve örgütlenmeye başlamıştır. Hemşireliğin tarihsel gelişimi ilerideki bölümlerde ayrıntılı olarak ele alınacağından aşağıda kısaca değinilecektir. Hekimlerin örgütlenmelerine göre, hemşirelerin örgütlenmeleri daha sonraki yıllara rastlamaktadır. Gerçek anlamda ve ciddi örgütlenmeler 1854 yıllarında Florence Nightingale'nin çabalarını yoğunlaştırdığı dönemlere rastlamaktadır. Florence Nightingale gerçek anlamda "ilk hastane yöneticisidir". 1860 yılında St. Thomas hastanesi yanında "Nightingale School for Nursing"i kurmuş, okula alınan 15 öğrenci (25-30 yaşlarında) 1 yıl sonra mezun edilmiştir(11).

(9) Ahmet Sarpyener, "Hastane Yönetimi ve Organizasyonu ve Türkiye'de Uygulamaya İlişkin Örnekler". Yayınlanmamış Doktora Tezi, İ.Ü. İşletme Fakültesi, İstanbul, 1977, s.9.

(10) Seçim., a.g.e., *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*, s.12.

(11) Selva Erhan Şentürk, *Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi*, 5. Baskı, İstanbul, Can Yayıncılık, 1990, s.66-67.

b) Türkiye'deki gelişimi

Hastanelerin tarihsel gelişimlerine baktığımızda, Türk toplumunun ve İslam dininin hastanelerin oluşumunda ve tıp biliminin gelişiminde önemli katkıları olduğu görülmektedir.

İslam dünyasının en eski hastanelerine Mısır, Suriye, İran ve Irak'ta rastlanmaktadır. M.S. 13 yy başından itibaren Anadolu Selçuklu'ları hastane örgütleri kurmuşlardır. İslam dünyasındaki tıp ise, öncelikle Doğu ve Yunan dillerindeki tıbbi metinlerin Arapça'ya çevirileri ile başlamıştır. Hekim eğitimi de, büyük şehirlerde hastane ve yanlarındaki tıp okullarında genel ve teorik olarak yapıldı. İlk Selçuklu hastanesi Kars'ta kurulmuş olup, bunları Kayseri ve Sivas'taki hastane örgütleri izlemiştir. Selçuklular hastane yönetimine önem vermişler, zaman zaman yeni yaklaşımlar geliştirerek, bu yaklaşımları değerlendirmişler ve hastane yönetimiyle ilgili gelişme yolları aramışlardır. Osmanlı döneminde de bu gelişmeler devam etmiştir. Çoğu 19. yy'da olmak üzere, sadece İstanbul'da bu dönemde yetmiş hastane yaptırılmıştır(12).

Cumhuriyet döneminde ise, her alanda yapılan reform hareketleri gibi, sağlık sisteminde de yenilikler görülmüş, özellikle hastanelerde görülen bu yenilikler sonucunda, bugünün koşullarına uygun modern kuruluşların oluşturulmasına çalışılmıştır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulmuş ve Bakanlığına Dr. Adnan Adıvar getirilmiştir. Sağlık sistemimizle ilgili resmi verilerin (kayıtların) sağlıklı olması ve yasal düzenlemelerin gerektiği şekilde yapılmamış olması nedeniyle, bu dönemde öncelikle sağlık yasaları geliştirilmiştir. Ayrıca, cepheden gelen yaralıların iyileştirilmesine ve yaklaşık iki milyon iç ve dış göçmenin yerleştirilmesine çalışılmıştır(13).

Cumhuriyetin kurulmasıyla başlayan Refik Saydam döneminde (Adıvar'dan sonra Sağlık Bakanı olmuş ve bakanlığı 1937'ye kadar devam etmiştir) sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve gelişmesinde büyük ilerlemeler gerçekleştirilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilerek, bu kapsamda İstanbul-Ankara gibi toplam 5 ilde "Numune hastaneleri" oluşturulmuş ve önemli hastalıklarla mücadele edilmiştir.

Hizmetlerin yapılanmasında kamu sektörü yolu seçilmiş ve "hükümet tabiplikleri" örgütün temeli oluşturulmuştur. 1940'dan sonra geliş-

(12) Perihan Velloğlu, *Hemşirelikte Yönetim*, 2. Baskı, Ankara, Meleksan Yayınları, 1982, s.38-39.

(13) "Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum", T.C. Sağlık Bakanlığı, 1. Ulusal Sağlık Kongresi, Ankara, 23-27 Mart, 1992, s.12.

tirilen "sağlık merkezleri" uygulaması ile tedavi edici hizmetlerin de genel bütçeden karşılanması anlayışı benimsenmiştir. Ayrıca, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) nın kurulması ile, kamu sigortacılığı uygulamasına geçilmiştir. 1950'den sonra, devlet hastanesi uygulaması ile tedavi hizmetlerinin tamamen genel bütçeden karşılanması ve hastane hizmetlerinin devlet eliyle tüm Anadolu'ya yayılması amaçlanmıştır(14).

Sağlık hizmetlerinin ilkelerini temelinden değiştiren 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" kanunu 1961 yılında kabul edilmiş olup, temel ilkelerini şunlar oluşturmaktadır; eşit hizmet, sürekli hizmet, entegre hizmet, kademeli hizmet, öncelikli hizmet, katılımlı hizmet, ekip hizmeti, denetlenen hizmet, uygun hizmet, nüfusa göre hizmet(15).

Bu ilkeleri gerçekleştirmeyi hedefleyen uygulamalar ile tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin tek elden (devlet eliyle) ve bir bütünlük içinde yürütülmesine, tüm yurt düzeyine yayılmasına çalışılmıştır. Sosyalleştirme kanununun esasını(16), hizmetin kamu eliyle yürütülmesi ve kaynakların kamu tarafından karşılanması oluşturmaktadır.

1960'lı yılların sonlarında ülke ekonomisinde özel girişimciliğin desteklenmesiyle sağlık alanında da özel sektöre ağırlık verilmesi çabasında artış olmuştur. "Ancak, bu alandaki karlılığın düşük olması ve bunun bir sonucu olarak kapital birikimindeki yavaşlık, halkın sağlık talebi azlığı, ödeme gücü gibi nedenlerle hızlı bir özelleşme olamamıştır". 1980'de alınan bir kararla, sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu olması düşüncesi tamamen terkedilmiştir. Bir yandan kamu kaynaklarından sağlığa ayrılan pay azaltılırken diğer yandan, hizmet birimlerinin yapısına müdahale edilerek özelleşmeye zorlanmıştır. Ayrıca, sosyalleştirme çalışmaları askıya alınmış ve sağlık ocaklarının yapısı ve işlevlerinin değişmesi için çaba harcanmıştır. Devlet hastanelerinin işletme ve karlılık esasına göre çalışması için düzenlemeler ve zorlamalar da yapılmıştır(17).

Sağlık hizmet birimlerini özelleştirme çabasının başarılı olamaması sonucunda, 1990'lı yıllarda sağlık birimlerini işletme haline dönüştürerek, bunun teşvik edilmesi ile özel finansmana geçilmesinin çıkar

(14) Recep Akdur, "Ulusal Ekonomi ve Sağlık Harcamaları" Sağlık ve Toplum, Ankara, Saydam Matbaası, Mayıs-Haziran, 1990, s.21.

(15) "Sağlık hizmetlerinde mevcut durum", a.g.e., s.14.

(16) Köroğlu.,a.g.e., "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun-Kanun No. 224" s.216-223.

(17) Akdur., a.g.e., s.21.

yol olmadığı anlaşılmıştır. Yeni düşünce, bordrolu çalışanların sağlık sigortasıyla ilgili kaynaklarının sigortacılık sistemine aktarılması ve bununla birlikte hizmetlerin tamamen özelleştirilmesi ve işletme haline dönüştürülmesi olmaktadır(18).

Türkiye’de ulusal gelirin çok düşük olması ve toplumdaki dağılımın dengesizliği nedeniyle, sağlık hizmetlerinin finansmanında ve yapılanmasında kamu yolunun seçilmesi zorunluluğu doğmaktadır. Ayrıca, yukarda açıkça belirtildiği gibi sağlık sektörünün fazla kar getiren işletmeler olmaması, yanısıra kar elde etme ile hizmetin halka kaliteli ve satın alabilecekleri düzeyde (alım güçleri paralelinde) sunulması arasında zıtlık bulunması dikkate alınması gereken önemli hususlardandır. Özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde, halkın birçok nedenlerle pahalı bir hizmet olan sağlık hizmetinden yararlanabilmesi oldukça güç olmaktadır. Bu güçlük, hizmetlerin yetersizliğini, halkın sağlıksızlığını ve beraberinde birçok toplumsal sorunu da yaratabilmektedir.

Sonuç olarak, devletin sağlık politikasının siyasi iktidarlara bağlı olarak değişmemesi, istikrarlı ve ülke koşullarına uygun bir sistemin oluşturulması için çaba gösterilmesi, ülkemizdeki sağlık problemlerini büyük oranda azaltacak, halkımıza daha kaliteli sağlık hizmeti sunulabilecektir.

2.1.2. HASTANELERİN SAĞLIK SİSTEMİ İÇİNDEKİ YERİ ve ÖNEMİ

Gelişimleri dolayısıyla tarihin en eski organizasyonlarından biri olan hastaneler, insanların önemli bir gereksinimini yani sağlıklı olma gereksinimini karşılıyor olmaları nedeniyle toplumda önemli bir yere sahip bulunmaktadır. Bu önemi açıklarken üzerinde durulması gereken husus öncelikle, hastanelerde tedavi edici ve koruyucu olmak üzere iki türlü sağlık hizmetinin verilmekte olduğudur. Sağlıklı yaşamak toplumdaki her bireyin temel gereksinimidir ve insanların sağlıklı yaşamalarında sağlık hizmeti veren kuruluşlar olarak hastanelerin rolü giderek artmaktadır. Ekonomik, sosyal gelişmeler ve kişilerde bilinç düzeyinin yükselmesiyle, hastanelerin üstlendiği roller değişmiştir. Gelişmiş tıbbi teknoloji kullanmaları, düzenli ve kaliteli hemşirelik bakımını sağlamaları nedeniyle, hastanelere olan talep giderek artmıştır (19).

Elektrokardiyografi, elektroensefalografi, ultraşonografi, tomografi, endoskopi, radyoskopi, sintigrafi, nükleer manyetik rezonans (NMR)

(18) Ibid., s.21.

(19) Seçim., a.g.e., Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, s.1.

gibi tekniklerin yani sıra, antibiotiklerin bulunuşu, kemoterapide sağlanan gelişmeler, organ nakilleri ve yapay organ uygulamaları gibi yüz-yılımızdaki önemli yeniliklerin yanısıra tedavi hizmetleriyle ilgili gelişmelerin sonucu, hastanelerde bulunan personel grupları ve donanımları varlıklı kişilerin dahi olanaklarıyla sağlayamayacakları düzeye gelmiştir. Böylece, hastaneler toplumun her kesiminden hastaların zorunlu olarak başvurdukları kurumlar olmuşlardır(20). Örneğin; Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerden, yatarak yararlanan (tedavi olan) hastaların sayısı, 1970 yılında 928 bin; 1980 yılında 962 bin dolayında iken, 1990 yılında bu sayı 1895'e yükselmiştir. Aynı şekilde, poliklinikte muayene olan hasta sayısı da; 1970 yılında 8 bin, 1980 yılında 13 bin iken 1990 yılında 30 bin dolayına yükselmiştir(21).

Sonuç olarak, yukardaki örnekte de görüldüğü gibi, hastanelerin sunduğu hizmetlerden yararlananların sayılarının artış göstermesi, hastanelere olan talebin giderek arttığının ve hastanelerin insan yaşamındaki yeri ve öneminin bir göstergesi olmaktadır. Hastanelere olan talebin artmasında, tıbbi alanında gerçekleştirilen teknolojik yeniliklerin son yıllarda önemli bir ilerleme göstermesinin büyük rolü olmuş ve toplumda her düzeyde insanın bu hizmetlerden yararlanma isteğini arttırmıştır.

İnsanlar yaşamın "en değerli hizmeti" olarak sağlığı görmüşler, sağlığı korumak ve iyileştirmekle ilgili faaliyetlerin de, insan emeğinin en kutsalı olduğunu kabul etmişlerdir. Bunun bilincinde olan ve insana değer veren bütün uygar ülkelerde en büyük yatırımın sağlık sektörüne yapıldığı ve sağlık hizmetlerinin ulusal gelirden çok önemli bir pay aldıkları görülmektedir(22).

Hastanelerin toplumdaki önemini açıklayan Seçim, diğer bir etmen olarak da, hastanelerde verilen hizmetin maliyetinin çok yüksek olması konusu üzerinde durmaktadır. Hastanede bir gün kalmanın bedeli, kişi başına ortalama milli günlük gelirin 4-5 katına eşit olmaktadır. Çünkü hastanelerde kullanılan malzeme ve aletlerin fiyatları ve personel ücretleri diğer sektörlerle karşılaştırıldığında, ortalama olarak çok yüksek bulunmaktadır(23). Hastane hizmetlerinin, hastanenin yapısal özelliklerinden kaynaklanan bazı nedenlerden dolayı, maliyeti oldukça yüksek

(20) Bilal Ak - Çetin Akar, "Hastanelerin Özellikleri ve Diğer İşletmelerden Farklılıkları" Sağlık Yönetimi Dergisi, Sayı.5, Ankara, Afşaroglu Matbaası, 1988, s.34.

(21) Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No. 545, Ankara, Sağlık Bakanlığı Basımevi, 1991, s.99. .

(22) Fulya Sarvan, "Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi", Yayınlanmamış Sağlık Yönetimi Paneli Notları, İstanbul, Aralık - 1992, s.2.

(23) Seçim., a.g.e., Hastane Yönetimi ve Organizasyonu,s.2.

olmaktadır. Hastanelerde personel giderlerinin fazla olması, sürekli ve tam kapasite de çalışmanın gerekliliği ve hastane işletmeciliği girdilerinin maliyetinin fazla olması nedeniyle hastaneler kar getiren bir işletme olarak görülmemektedir. Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmediğinden, halkın hastanelere olan talebi fazla olmaktadır. Pahalı bir hizmet olan hastane hizmetlerinin, basit önlemlerle giderilebilecek sağlık sorunları için kullanılması, ülkemizdeki sağlık sistemini olumsuz etkilemekte ve hastane hizmetlerinden amacına uygun şekilde yararlanamamasına neden olmaktadır.

2.1.3. HASTANE YÖNETİMİNE GENEL BAKIŞ

2.1.3.1. Hastane Yönetiminin Doğuşu ve Gerekliliği

Hastane yönetimi Avrupa ülkelerinde ve ABD’de en çok ele alınan işletmecilik konularından biridir. Burada gelişmiş ve çok boyutlu sağlık sistemlerinin ilerlemesine paralel olarak ortaya profesyonel, yarı profesyonel ve hizmetlilerden oluşan çok karmaşık bir insangücü yapısını içeren, büyük sağlık kuruluşlarının yönetilmesi sorunu ortaya çıkmış ve bu gereksinimin fark edilmesiyle sağlık sistemini bilimsel bir temelde yönetecek meslek adamlarının yetiştirilmesi çabaları başlatılmıştır(24).

Sağlık sistemi, sosyo-ekonomik bir sistem olarak ele alınmakta ve belirli bir örgüt yapısına sahip bulunmaktadır. Sağlık sistemine “bir insan-makina” sistemi de denilmektedir. Hastanelerin sunduğu hizmetlerde çeşitli teknolojik düzeylerde araç-gereçler kullanılmakta ve birçok disiplinin ortaklaşa katkısı söz konusu olmaktadır. Hastanelerin dinamik yapısı, çok sayıda teknolojinin ve disiplinin katılıyor olması, hastanelerdeki yönetimi güçleştirmektedir(25).

Hastane ortamı, yoğun teknoloji altında, fazla sayıda disiplinin kar amacı gütmeyen bir hizmetin, hasta bireylere sunumunu zorunlu kılmaktadır. Hastaneler bu özellikleri nedeniyle ve diğer sanayi ve ticaret işletmelerinden ortaya çıkardıkları ürünün farklılığı (yani sağlık hizmeti sunuyor olmaları) yönünden ayrılırlar. Ayrıca, hastanelerin esas amacının kar olması, insanlara sunduğu hizmetin ikinci plana konması, toplumsal yapıya ters düşen bir durum ortaya çıkaracaktır.

(24) Sarvan., a.g.e., s.2-3.

(25) Ak., Akar., a.g.e., s.33.

Günümüzde ülkelerin kalkınmalarının, mal ve hizmet üreten tüm kurum ve işletmelerinin verimli ve düzenli çalışmalarına bağlı olduğu ve bunun da iyi bir yönetim ile gerçekleştirileceği herkes tarafından kabul edilmektedir. "Toplumsal, grup çabasına giderek daha fazla bağımlı hale geldikçe ve örgütlenmiş grupların büyüklük ve karmaşıklığı arttıkça yönetimin önemi de her geçen gün daha da artmaktadır". Yöneticilik mesleğinin dayandığı en önemli koşullardan biri, bu eğitimi yapan yüksek öğretim kurumlarının bilgi birikimlerinin, bilimsel araştırmalarla uygulama arasında gerekli köprüleri kuracak biçimde gelişmiş ve yaygınlaşmış olmasıdır. Günümüzde birçok Amerika ülkesinde değer gören ve benimsenen bir sağlık hizmetleri yöneticiliği mesleği gelişmiştir. Bu meslek birçok üniversitede lisans, yüksek lisans ve doktora düzeylerinde öğretilen ve kendi üst mesleki kuruluşlarınca denetlenen bir duruma gelmiştir(26). Günümüzde hastane yönetimi bir işletmenin yönetimi olarak ele alındığında durumsal yönetime (situational management) iyi bir örnek oluşturmaktadır. Hastanelerde örgüt yapısını oluşturan ilişkiler devamlı değiştiğinden, örgüt yapısı da devamlı bir değişim içindedir. İlişkilerin devamlı değişmesinin nedeni ise, hastane teknolojisinin devamlı değişmesidir. Öyle ki bir teknoloji değişikliği hastane içi emeğin niteliğini, söz konusu nitelik de hastane içi iş bölümünü yani çalışanların birbirleriyle olan ilişkilerini değiştirmekte ve bu durum ise tüm örgüt yapısında değişmelere neden olmaktadır. Ayrıca bu değişikliğin getireceği nicel değişiklik, kesin olarak önceden tahmin edilememektedir(27).

Tüm bu açıklamalardan sonra sağlık yönetimi Sarvan'ın tanımına göre, "tıbbi bakım ve sağlıklı bir çevre taleplerinin bireylere, organizasyonlara ve toplumlara belli hizmetleri sağlayarak, karşılanmasını olanaklı kılan kaynak ve süreçlerin planlanması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi, kontrol ve koordinasyonudur" şeklinde tanımlanabilir. Tanımlamada belirtildiği gibi, sağlık yönetiminde genel yönetim kurallarına göre her alandaki sağlık hizmetinin yönetilmesi söz konusudur(28).

Kısaca belirtirsek, hastane ortamı, karmaşık yapı ve ilişkileri nedeniyle yönetsel zorluklar oluşturmaktadır. Hastanedeki bilimsel ve teknolojik gelişimin hızlı oluşu, çalışanların ilişkilerinin yoğunluğu ve çeşitliliğinin sık değişim göstermesi yönetsel faaliyetleri de etkilemekte ve değişimine neden olabilmektedir. Bunların sonucunda, ülkemizde hastane yönetimi son yıllarda üzerinde durulan bir konu olmuş ve bu alanda eğitim verilmesine yakın zamanda başlanmıştır. Hacettepe Üniversitesi

(26) Sarvan., a.g.e., s.2-4.

(27) Sarpyener., a.g.e., s.9.

(28) Sarvan., a.g.e., s.5.

tesine bağı Sağlık İdaresi Meslek Yüksek Okulu mezunlarının hastane yönetiminde etkili rol oynayamamaları nedeniyle, hekimlerin hastane-deki yönetsel rolleri büyük oranda yürütmeleri söz konusu olmuştur. Ancak, İ.Ü. İşletme Fakültesi'nin açmış olduğu "Hastane ve Sağlık Kuruluşlarının Yönetimi ve Organizasyonu" programında lisans üstü eğitimine 1987 yılında başlanmış, mezunları henüz alanda nitelik ve nicelik yönünden istenen düzeyde etkili olamamışlardır. Burada ulaşılmak istenen esas amaç, işletme mezunlarının hastane yöneticiliğine yöneltilmeleri olduğu halde, program sağlık hizmeti sunan meslek gruplarının daha fazla ilgisini çekmiş, böylece onlara hastane yönetimi konusunda eğitim alma olanağı yaratmıştır.

2.1.3.2. Hastane Yönetimin Özellikleri

Bilindiği gibi, işletmelerin hedefi, üstün kalite ve düşük maliyeti dengeleyebilmek ve bunun içinde, işletme biliminin esasları ve yöntemlerini başarılı olarak kullanmaktır.

Tüm işletmelerde olduğu gibi, hastanelerde de az masrafla, kaliteli hizmet sunmak, ulaşılmak hedef olmalıdır. Tüm işletmelerin yönetiminde etkili olmaya başlamış olan, yeni eğilimler arasında şu ikisi önem taşımaktadır. Birincisi, çağdaş işletme ve kuruluşların çeşitli çıkarların çarpıştığı bir politika (bazende savaş) alanı özelliği oluşturmaya başlaması ikincisi ise, çağdaş işletme ve kuruluşların yönetiminde sermaye gibi maddesel üretim etmenlerinden çok, personel (insan ögesi) ve dolayısıyla insancıl ilişkilerin önem kazanıyor olmasıdır(29).

Hastanelerde zamanla gelişen ve gittikçe karmaşık bir görüntü oluşturmaya başlayan faaliyetlerin, bir düzen içinde yürütülmesi zorunluluğu ortaya çıkmış, bunun en iyi nasıl gerçekleştirileceği konusu düşünülmeye başlanmıştır. Özellikle II. Dünya savaşından sonra birçok ülke, daha rasyonel ve kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasına önem vermeye başlamıştır. Hasta bakımı ve tedavinin sağlanması hedefine ulaşmada, insangücü, malzeme, finans, zaman gibi öğelerin daha etkin, verimli ve ekonomik kullanılmasının gerekliliği, hastane yönetiminin önemini hızla artırmıştır. Hastane yönetimi işlevi "herşeyden önce hastane hizmetlerinin kombineli bir şekilde yürütülmesini sağlayan bir koordinatörlük" olarak görülmeye başlanmıştır(30).

(29) Haydar Kırıl, *Hastane İşletmeleri Yönetiminde Temel Bilgiler*, Ankara, S.S.Y.B. Meslek Öğretim Genel Müdürlüğü Yayını, 1976, s.6

(30) Ibid., s.6-7.

Hastanelerin daha sonraki bölümlerde ayrıntılı şekilde değinilecek olan, yapısal özellikleri nedeniyle, hastane yönetimi birçok güçlükle başa çıkmak zorundadır. Hastanelerde iyi işleyen bir yönetim ağının oluşturulmuş olması, özellikle iyi geliştirilen ve istikrarlı yürütülen bir insan kaynakları yönetiminin varlığı, hastane yönetimini güçlendiren ve başarısını artıran önemli unsurlar olmaktadır.

Nevzat Eren'e göre sağlık yönetiminin beş temel özelliği vardır. Bunlardan birincisi, amaçlılık olup amaçlar ulaşılabilir, geçekçi olmalıdır. İkincisi sağlık yönetimi kapsayıcı olmalıdır. Yani bir bölgenin tüm sağlık kurum ve kuruluşları belirli bir sağlık yönetimi kapsamı içinde olmalıdır. Sağlık hizmeti (koruyucu, tedavi edici hizmetler olarak) bir bütündür dolayısıyla, sağlık yönetimde bir bütün olmalıdır. Üçüncüsü, yönetsel olaylar her zaman karmaşıktır. Ancak, sağlık hizmetleri yöneticileri belirli bir sistematik içinde olayları ele alarak ve bunların birbirleriyle etkileşimlerini inceleyerek çözüm bulmalıdırlar. Dördüncüsü, verimlilik sağlama zorunluluğudur. Sağlık hizmetlerinin verimliliği maliyet/yarar, sıklıkla da maliyet/etkililik hesaplarıyla belirlenir. Bu, zor bir işlem olmakla beraber sağlık yöneticisi, her harcamayı, kullanılan araç-gereci ve personeli verimlilik açısından özenle değerlendirmelidir. Son özellik ise, planlılıktır. Sağlık yöneticisi her iş için plan (günlük, aylık, yıllık) yapmalıdır(31).

Yukarıda sağlık yönetiminin temel özellikleri olarak sıralanan hususlar esasen tüm işletme yönetimlerinde söz konusu olan, temel yönetsel esaslardandır. Ancak, çağdaş hastane yöneticiliği yeni gelişmekte olduğundan, bu tür özelliklere karşı, yöneticinin daha duyarlı olması gerekmektedir.

Hastane yönetiminin genel özelliklerini belirleyen etmenler ise, kısaca aşağıdaki gibi belirtilebilmektedir:

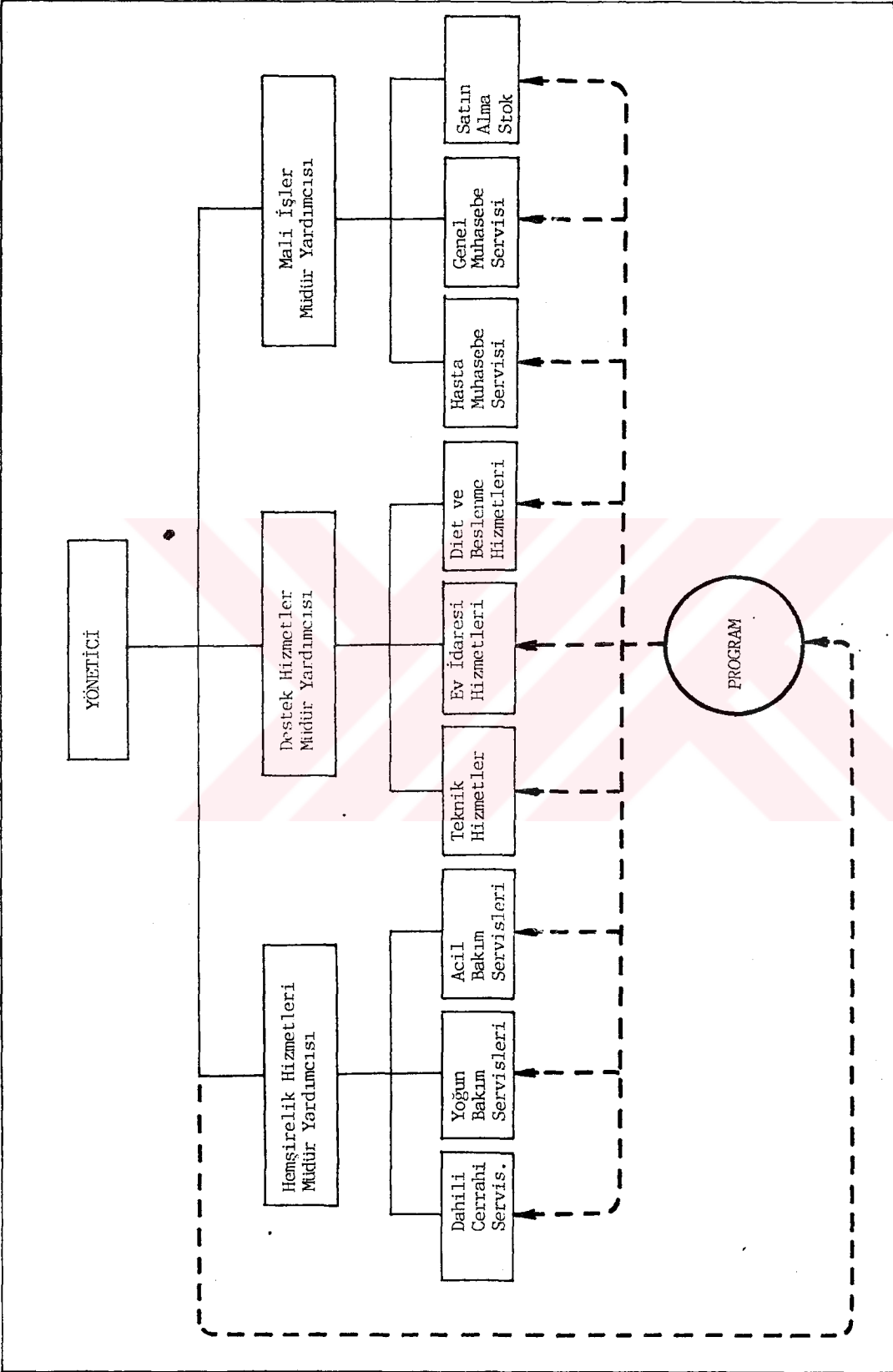
- Hastanedeki yönetsel mekanizmanın çapraşıklığı.
- Hastanelerde sunulan hizmetlerin çokluğu (tedavi-bakım, eğitim, araştırma gibi).
- Bölüm ve üniteler arasında koordinasyon sağlamanın güçlüğü.
- Hastane bünyesinde çeşitli birim ve teknik grupların olması ve aşırı uzmanlaşmanın bulunması.

(31) Nevzat Eren, *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, 3. B., Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 1987, s.11-15.

- Yönetime karışan çeşitli grupların oluşmuş olması.
- Emir-komuta hattının fazlalığı.
- Eğitimi, araştırma ve tedavi hizmetlerinin ortak oluşu ile yönetimde ve karar vermede bunun yarattığı güçlükler(32).
- Hastanelerin birer hizmet organizasyonu olmaları ve daima beklentileri karşılayamamak eleştirisi etkisinde olmaları.
- Hastanelerin günde 24 saat hizmet vermesi ve talebin doğru tahmin edilememesi nedeniyle, kapasite üstü eleman bulundurmanın gerekliliği.
- Hastane personelinin önemli bir bölümünün bayanlardan oluşması ve çalışma koşullarının zorlukları nedeniyle personel devir hızının yüksek olması.
- Hastane organizasyon yapısının diğer organizasyonlara göre farklılık göstermesi yani matrix organizasyon yapısının bulunması(33).

(32) Kiral., a.g.e., s.8.

(33) Seçimi, a.g.e., Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, s.19-27.



Şekil 2.1: Hastane Organizasyonlarında Matris Yönetim Yaklaşımı(34).

(34) Joseph E. Ryan, "Better Style for Change=Matrix Management" The Total Management Magazine for Health Care Institutions Hospital, November No. 16, 1980, s.106.

Şekil 2.1’de görüldüğü gibi, hastanelerdeki faaliyetler gruplandırılırken fonksiyon ve hizmet esaslı birlikte ele alındığında matriks yapı ortaya çıkmaktadır. Gerçekleştirilmesi amaçlanan program doğrultusunda, ilgili hizmet birimleri bir araya gelerek faaliyet gösterirler. Program tamamlandığında grup dağılır. Matriks yönetim, hastanenin fonksiyonlarını istenen düzeyde sürdürebilmesi için gereklidir. Bu sistemle hastane hizmetlerinin günden-güne değişen düzenlemelerinin koordinasyonu büyük kolaylıkla sağlanabilmektedir(35). Matriks yönetim yapısında fonksiyonel yönetici, işin kimler tarafından, nerede ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenirken; proje yöneticisi ise, neyin, ne zaman ve neden yapılacağını belirtmektedir. Projede görevli personel her iki yöneticiye bağlı olmaktadır(36).

Hastanelerde yönetim fonksiyonunun başarıyla yürütülmesi açısından, hastanelerin organizasyon yapısının farklılık göstermesi büyük önem taşımaktadır. Hastanelerde fonksiyonel örgütlenme olarak, tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri, destek hizmetleri gibi örgütlenmeler görülmekte ve bunların birer fonksiyonel yöneticileri bulunmaktadır. Tıbbi hizmetlerin kendi içinde, iç hastalıkları, cerrahi, geriatri, çocuk gibi hizmet özelliklerine göre gruplanmasında hizmete dayalı gruplandırmayı oluşturmaktadır. Burada projenin esasını hasta birey oluşturmaktadır. Hasta bireyin özelliğine göre biraraya gelmek zorunda olan hizmet grupları hasta iyileşip gidene kadar birlikte çalışmak durumundadırlar.

Matriks yönetiminde, yöneticilerin otoritelerinin çatışması ve yetki alanlarının aşılması olasılığı sözkonusudur. Matriks yapının iyi işleyebilmesi için, sorumluluk ve yetki alanlarının çok net bir şekilde belirlenmesi ve bu yapıya uygun davranışların geliştirilmesi gerekmektedir(37). Hastanelerin bu organizasyonel özelliğine karşın, ülkemizdeki hastanelerin organizasyon yapılarına baktığımızda, yasal düzenlemelerin hastanenin başhekimini (tıbbi hizmetlerin başını) “hastanenin mesul müdürü” yöneticisi olarak görmesi ve bu yöneticinin fonksiyonel ve proje yöneticisi olarak rol oynaması nedeniyle, böyle bir uygulamaya gerçek anlamda rastlanılmamaktadır. Bu yönetim yaklaşımı teorikte kalmakta, sağlık insan gücünün bu konuda bilinçsiz olması ve diğer birçok nedenlerinde etkisiyle uygulamaya geçirilememektedir. Bunun sonucunda da hastanelerimizde, uyumlu bir ekip çalışması yerine, birçok çatışmaların görüldüğü verimsiz bir çalışma ortamı sergilenmektedir.

(35) Ibid., s.105.

(36) Hayri Ülgen, *İşletmelerde Organizasyon İlkeleri ve Uygulaması*, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınlarından, İstanbul, Gençlik Matbaası, 1989, s.81-83.

(37) Tamer Koçel, *İşletme Yöneticiliği*, İşletme Fakültesi Yayın No. 205. İstanbul, Yön Ajans, 1989, s.184.

a) Hastanelerde yönetim süreci

Yönetim fonksiyonu, "insanların işbirliğini sağlama ve onları bir amaca doğru yürütme iş ve çabalarının toplamıdır". Yani başkalarının aracılığıyla amaçlara ulaşma veya başkalarına iş gördürme faaliyetlerinin toplamı yönetim sürecini oluşturmaktadır(38).

Hastanelerde yönetim faaliyetleri, değişik yazarlar tarafından bazı değişikliklerle farklı şekillerde sınıflandırılmıştır. Bu ayrımlamaların ortak yanları dikkate alınarak hastanelerdeki yönetim fonksiyonları, "planlama, örgütlenme, yöneltme, koordine etme (uyumlaştırma), denetleme (kontrol etme) şeklinde belirtilebilmektedir. Tüm işletmelerde olduğu gibi hastanelerde de aynı esaslara göre yerine getirilmekte olan, yönetimin temel fonksiyonlarına kısa başlıklar altında değinilmesinin uygun olacağı kanısındayız.

(1) **Planlama**; hastane yöneticisi bu aşamada öncelikle hedefleri belirler, hedeflere yaklaşma yolları ve olanaklarını araştırır, en uygun (ekonomik-verimli-kolay) yolu seçerek, planlamaya geçer. Planların hastanelerde uygulanabilmesi için, gerçeğe ve bilimsel araştırma yollarıyla elde edilen verilere uygun olması gerekmektedir. Planı uygulayacak örgüt üyelerinin bilgilendirilmiş ve düşüncelerinin alınmış olması planın başarısını artıracaktır(39).

Hastanelerimizde ise, örgüt üyeleriyle paylaşılan, bilimsel esasa dayanan uzun ve kısa vadeli planlamalara genellikle rastlanılamamaktadır. Öncelikle hastanelerimizin işletme yönetimi ilkelerine uygun yönetilmemesi, planlama, konusunda eksikliklere neden olmakta, sonuçta hastane hizmetlerinde aksamalar görülebilmektedir.

(2) **Örgütlenme (Teşkilatlandırma)**; hastaneler hedeflerini gerçekleştirmek, plan ve programları amaçlarına ulaştırabilmek için, diğer işletmelerde olduğu gibi, bir araç olarak örgütlenmeye gereksinim duymaktadırlar.

Hastanenin örgütlenmesinde de, yapılacak işlerin (görevlerin) belirlenmesi ve gruplandırılması, birimlerin sorumluluklarının saptanması, personelin belirlenmesi ve atanması, yer, araç ve yöntemlerin belirlenmesi ve emir-kumanda (hiyerarşi) ilişkilerinin kurulması, örgüt yapısının oluşturulması gerekmektedir(40).

(38) Kemal Tosun, *İşletme Yönetimi*, İ.Ü.İşletme Fakültesi Yayın No. 226, 1. Cilt, 4. Baskı, İstanbul, Yön Ajans, 1987, s.161.

(39) Kırat., a.g.e., s.10-11.

(40) Fatma Yüncü, *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Ankara, Kadioğlu Matbaası, 1992, s.20-21.

(3) **Yöneltme (Yürütme)** ; planlama ve örgütleme aşamalarında oldukça statik durumda olan yönetime, dinamizm kazandıran bir süreçtir. Hastane yöneticilerinin çoğu iyi eğitim görmüş ve deneyim kazanmış her biri önemli bir görev için büyük sorumluluğa sahip, psikososyal yapıları farklı bireylerin çalışmalarını yöneteceklerinden, yönetsel güçlerinin yanında yönetim bilgisine de sahip olmalıdırlar. Ayrıca, hastanenin ve her bir bölümün amaçlarına ulaşabilmesi için, aşağıdan-yukarıya, yukarıdan-aşağıya ve yatay düzeyde iyi bir haberleşme ağını da kurmalıdırlar(41).

(4) **Koordinasyon (Uyumlaştırma)**; yöneticilerin, işgören faaliyetlerinin uygun ve gerekli zamanda yapılmasını sağlayarak ahenkleştirmesi ve dengede tutması gerekmektedir. Bir örgütün birimleri, uygun şekilde koordine edilmedikleri zaman birbirlerinden uzaklaşmaya ve bağımsız olarak hareket etmeye başlayacaklarından, örgütün hedeflerine ulaşması güçleşecek ve gecikebilecektir. Uyumlaştırma sağlamanın amacı, "kaynakların (insangücü, malzeme, para, zaman) gereksiz kullanımına engel olmak, sağlık hizmetlerinde maliyet/etkinlik oranını yükseltmektir"(42).

(5) **Denetleme (Kontrol Etme)** fonksiyonu ise; işlerin yasalara uygun yapılıp-yapılamadığını, konulan standartlara ve yöntemlere uyulup-uyulmadığını, işlerin zaman cetveline göre bitirilip-bitirilmediğini, devredilen yetkilerin ne ölçüde kullanılıp-kullanılmadığını belirtmek, yanlış ve hataları gidermek amacına yöneliktir. Yöneticinin katı ve ceza verici kontroller yapması, personelin moralini bozarak cesaretsizliğe itmekte, dinamizmini ve motivasyonunu azaltabilmektedir(43). Hastane yöneticilerinin denetleme yaparken bu hususu gözönünde bulundurması gerekmektedir.

b) Hastane Yöneticisinin Üstlendiği Roller

Hastane endüstrisi II. Dünya savaşından bu yana hızlı bir büyüme içine girmiş, günümüzde hızla büyüyen ve en geniş endüstri kollarından biri haline gelmiştir. Bu gelişmeler öyle bir noktaya gelmiştir ki, günümüzde gelişmiş teknolojiyi uygulayan ve kaliteli hizmet veren hastanelerin sunduğu sağlık hizmetleri, diğer ülkelerden hasta gelişini hızlandırarak bir ihracaat unsuru haline gelmiştir. Hatta bazı ileri ülkeler, bu konuda önemli bir gelir sağlayacak konuma gelmişlerdir(44).

(41) Perihan Velioğlu, *Hemşirelikte Yönetim*, 2. Baskı, Ankara, Melaksan Yayınları, 1982, s.10.

(42) N. Eren, a.g.e., s.75.

(43) Kırıl., a.g.e., s.5-14.

(44) Thomas A. Barocci, *Non Profit Hospitals*, Massachusetts, Auburn House Publishing Company, 1981, s.42.

Ülkemizde hastane hizmetlerindeki iyileşmenin, özellikle son yıllarda sınırlı da olsa bazı özel hastaneler bünyesinde gerçekleştirilmeye çalışıldığı görülmektedir. Ancak, bu hastanelerin talebi tam olarak karşılayamamalarında, hasta bakımının yani hemşirelik hizmetlerindeki yetersizliklerin önemli etkisi olduğu ve yüksek gelir düzeyindeki insanların yurt dışında sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanmak üzere, önemli bir finans kaynağını yurt dışında kullandıkları bilinen bir gerçektir.

Hastanenin iyi işleminde, yönetim şekillerinin ve yöneticilerinin büyük etkisi olmaktadır. İlk önceleri, hastanede bulunan hizmet birimlerinden herhangi birinde ilerleyen yöneticiler hastanenin tepe yönetiminde rol oynarlarken, özellikle hekimlerin hastane yönetimine daha fazla hakim oldukları görülmüştür. Günümüzde ise, hastane yöneticilerinin hekim olması veya olmamasının yararlarına ilişkin tartışmalar hala devam etmektedir(45). Yurt dışındaki uygulamalarda, hekim kökenli olmayan hastane yöneticilerinin hastane yönetiminde rol almalarına karşın, ülkemizde hastanenin tepe yöneticilerinin büyük çoğunluğunun hekim kökenli oldukları ve yasalarca da bunun desteklendiği bilinmektedir.

Kıral'a göre, hastane yönetimini yürütmek yani hastane hizmetlerinin kombineli bir şekilde sunulmasını sağlamak için, gerekli yetki ve sorumluluğu taşıyan birey hastane yöneticisidir. Kıral hastane yöneticisinin görevlerini ise, şu şekilde belirtmektedir(46).

- Genel mevzuat ve yönetsel otoritesi doğrultusunda, belirlenen esaslar dahilinde, yönetsel organizasyonu; hasta tedavi ve bakım hizmetini en elverişli şekilde oluşturmak ve sürekliliğini sağlamak.

- Hastanedeki tüm bölümler arasında iş bölümü ve işbirliğini oluşturmak.

- Hastanenin fiziksel ortamının bakımını sürdürmek ve her türlü hasardan korunmasını sağlayacak genel önlemleri almak,

- Bütçeyi hazırlamak, mali işleri düzenlemek ve yönetsel istatistiklerin tutulmasını sağlamak.

- Ayrıca hastane yöneticisi, hastanenin tepe yönetimindeki kademeler ile toplantılara ve komitelere katılarak, onlara devamlı yönetsel raporlar sunmaktadır.

(45) Albert W. Snook, *Hospitals, Health and People*, London, Yale University Press, 1987, s.15.

(46) Kıral., a.g.e., s.7.

Hastane yöneticileri yukarda belirtilen görevlerinin yanısıra, işletmenin etkinlik ve verimliliğini sağlayabilmek amacıyla, yönetim alanında ne gibi gereksinmelerin olduğunu belirlemelidirler. Burada, sağlık sektöründe ileri teknoloji düzeyine ulaşmanın getirdiği baskılar yanında, örgütün gelişme gereksiniminin yarattığı baskılarda önemli bir rol oynamaktadır. İleri teknolojik gelişmelerin yöneticiye sağladığı daha fazla, hızlı ve doğru bilginin kazandırdıkları yanında, tüm bu beklentilere karşılık vermenin yöneticide yaratacağı baskı ve stres artışı gibi olumsuzluklar da göz önüne alınmalıdır(47). Hastane yöneticileri içinde bulundukları rekabet ortamında, kurumlarını var edebilmek için, teknolojik gelişmeleri kullanmayı tercih ederlerken, yararlılıklarını ve getirebileceği olumsuzlukları dengelemeye çalışarak stratejik bir yaklaşımda bulunmalıdırlar.

Kısaca belirtmek gerekirse, hastane yöneticisi çağdaş işletme yönetimi ilkeleri doğrultusunda, hastane hizmetlerini yönetmeye çalışan ve modern teknolojilerden destek alan bir tutum içinde rolünü oynamalıdır.

2.1.4. HASTANE YÖNETİMİNDE ETKİNLİK ve VERİMLİLİK

Hastanelerin, insanın temel gereksinimi olan sağlık hizmetini sunması yanısıra aşağıdaki bölümde açıklanacak olan diğer hizmetleride üstlenmiş oldukları görülmektedir. Hastanelerde sunular hizmetin maliyetinin çok yüksek olması ve tüm bunlara karşın toplumun giderek değişen beklentilerine tam olarak karşılık verilememesi, hastane hizmetlerinde etkinlik ve verimliliğin arttırılmasını zorunluluk haline getirmiştir. Bu bölümde öncelikle, hastanelerde etkin ve verimli kılınması gereken hizmet şekillerine değinilecek, daha sonra toplumun beklentilerine ve en son olarak da etkinlik ve verimlilik konusu ile hastane hizmetlerinin kalitesine değinilecektir.

2.1.4.1. Hastanelerin Sunduğu Temel Hizmetler

Hastanelerin sunduğu temel hizmetler, hasta ve yaralıların bakımı ile tedavisini sağlama, sağlık personelinin eğitimi, araştırma ve geliştirme ve toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma olarak dört ana grupta toplanabilmektedir.

(47) David Boddy-David Buchanan, "Developing Managers to Meet the New Challenges", *The New Management Challenge Information Systems for Improvement Performance*, New York, Croom Helm, 1988, s.135.

a) Hasta ve yaralıların bakımı ile tedavisini sağlama ; işlevinin hastaneler bünyesinde merkezi olarak yürütülmesi, hekimlerin hastalara gitmek için ulaşımında harcadıkları zaman kaybının önlenmesini, teknolojik gelişmelerden daha fazla yararlanmalarını, diğer sağlık personelleriyle sıkı işbirliğine girebilmelerini, tedaviye yönelik girişimlerin standartlara uygun ve sistematik bir biçimde yürütülüp, denetlemesinin kolaylaştırılmasını ayrıca, hasta bakımının kalitesinin de kontrol altına alınmasını sağlamaktadır(48).

Hastanelerden tedavi ve bakım işleviyle ilgili en önemli beklenti, hastanın gerekli tedavi ve bakımı, gerektiği kadar ve uygun zamanda alabilmesidir. Ülkemizde hastaneler bu işlevlerini birçok soruna (eleman eksikliği, teknoloji eksikliği, finans yetersizliği gibi) bağlı olarak yeterince yerine getirememekte, hastanelerden, etkin şekilde yararlanabilme olanağı gittikçe daha da zorlaşmaktadır.

b) Hastanelerin eğitim işlevi ; hasta ve yakınlarının eğitimi, öğrencilerin (tıp ve hemşirelik öğrencilerinin eğitimi) hastane personelinin hizmet içi ve sürekli eğitimi ile sağlık konularında kamuoyununun eğitimini kapsamaktadır.

* Hastaya ve yakınlarına hastalığın kapsamı, özellikleri ve tedaviyle ilgili bilgiler verilmelidir. Bu tür bir eğitim hastanın evdeki tedavi ve bakımının devamını sağlamakla kalmaz, aynı zamanda hastanede kalış süresini de kısaltarak, hastane masraflarının azaltılmasında ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde etkili olacağından hastane yöneticilerinin üzerinde durmalarını gerektiren bir önem taşımaktadır.

* Hastaneler tıp, hemşirelik ve yardımcı tıp personeli öğrencilerinin eğitimini de yürütmektedirler. Gelecekte sağlık hizmetini yürütecek olan bugünün öğrencileri, okulda teorik eğitim alırlarken, beraberinde hastanelerde uygulamaya çıkarak deneyim kazanma olanağına kavuşmaktadırlar. Hastaneler sundukları hizmetin özellikleri nedeniyle, çok iyi eğitilmiş ve bu alanda kendini geliştirmiş, yeterliliğini elde etmiş personele sahip olmak zorunluluğunda olup, bu konuda sağlık eğitimi veren örgütleri desteklemektedirler.

* Hastaneler, işe yeni aldıkları personelin işe alışmasını (oryantasyonunu) sağlamak, çalışmakta olan personelin bilgilerini yenilemek ve becerilerini geliştirmek için, hizmet içi eğitim ve sürekli eğitim programları düzenlemektedirler. Hekimlikte buna sürekli tıp eğitimi denir ve ABD gibi gelişmiş ülkelerde hekimlerin sürekli tıp eğitimlerine yardımcı olmak

(48) Seçim., a.g.e., Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, s.14.

üzere "tıp eğitim komiteleri" oluşturulmuştur. Ancak yine de, hastane kütüphanelerinin zenginleştirilmesine, sistemli seminer ve konferansların düzenlenmesine özen gösterilmektedir(49). Hastanelerimizde hekimlerin yanı sıra, hemşirelerin eczacıların, diyetisyenlerin vb. sağlık personellerinin eğitilmesi ve geliştirilmesi amacıyla eğitim programları hazırlanmaktadır.

* Hastanelerin, toplum sağlığıyla ilgili konularda kamuoyunu eğitime, bilinçlendirme görevinde bulunmaktadır. Burada hastanenin sunduğu hizmetleri konusunda halk bilinçlendirilerek, halkın düzenli kontroller yaptırmaları gerektiği ve hastanelere kontrol amacıyla gelme konusunda bilgi verilerek potansiyel sağlık sorunları hakkında halkın aydınlatılması amaçlanmaktadır.

Kısaca yukarda açıklanmaya çalışılan, hastanelerin eğitim sunduğu alanlarla ilgili faaliyetlerinin esası toplumun sağlığını koruyucu, geliştirici ortam yaratmak ve kendi elemanlarının gereksinimlerini sağlamaktır. Ülkemizde hasta ve yakınlarının eğitimi ile hizmet-içi eğitim konularına yeterince önem verilmemektedir. Toplum eğitimi konusunda hizmet veren hastane örgütlerini görmek pek olası değildir. Oysa, hastanelerin hizmetlerini daha nitelikli sunabilmeleri ve halkın desteğini alabilmeleri için, eğitim işlevine önem verilmesi gerekmektedir.

c) Hastanelerin araştırma ve geliştirmeye ilgili faaliyetleri; genellikle tıbbi ve yönetsel olmak üzere iki aşamalı olarak gerçekleşmektedir. Tıbbi araştırmalar klinik-deneyssel araştırmalar (hasta ve deney hayvanlarının üzerinde yapılan) ve geçmişe dönük (retrospective-hasta dosyalarına dayanan) araştırmalar şeklinde yürütülmektedir. Yönetsel araştırmalar da ise, hastanedeki işletmecilik sorunları saptanarak, çözüme yönelik olarak gerçekleştirilmektedir. Bu tür araştırmalarla, hastanenin verimlilik ve etkinliği belirlenmeye çalışılmaktadır. Hastane yöneticisi bu tür çalışmaları, hastane içindeki bir ekibe veya dışardan bir uzmanlar grubuna yaptırabilmektedir(50).

Ülkemizdeki hastanelerde genellikle tıbbi araştırmalara ağırlık verilmekte, hastane yönetimiyle ilgili konularda araştırmalara ancak son yıllarda, bu konuda lisans üstü eğitimin verilmeye başlanmasıyla rastlanılabilmektedir. Bunun en önemli etmenleri hastanelerin bir işletme gibi ele alınmayışı, hastane yönetimine sıklıkla ikincil planda önem verilmesi ve yönetimde tıp kökenli insanların daha ağırlıklı olarak rol üstlenmeleridir.

(49) Ibid., s. 17.

(50) Ibid., s. 18.

d) Hastanelerin koruyucu tıp hizmetleriyle ilgili işlevleri'nin başında kendine başvuran hastalarda, olası hastalıkların taramalarını yapmak ve önlemler almak ayrıca, diğer sağlık örgütleriyle birleşerek toplum sağlığını destekleyecek taramalara, kampanyalara katılmaktır. Yanısıra, hastaneler kendi bünyelerinde ortaya çıkacak enfeksiyon durumlarında, hastane personelinin, diğer hastaları ve hasta yakınlarını (çevreyi) koruyucu önlemler almak sorumluluğunu da taşımaktadırlar(51).

2.1.4.2. Hastane Hizmetleri Konusunda Halkın Beklentisi

Halkın sağlık hizmetleri hususunda beklentilerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmaların sonuçları, halkın, iyilik halinin (sağlığının) sürdürülebilmesinden hekimleri tek sorumlu olarak gördüklerini işaret etmektedir. Hasta bireyler tedavilerinde olumlu gelişmeler olmadığında, sıklıkla sabırsızlık ve hoşgörüsüzlük davranışları sergilemeye başlamaktadırlar. Bu konuda ABD'de yapılan bir araştırma, insanların tıbbi tedaviden çok fazla şey beklediklerini göstermiştir. Oysa, hastanın iyileşmesiyle ilgili tıbbi gerçeklere bakıldığında, direkt olarak çok ender durumda sağlık personellerinin hastanın iyileşmesinin engellenmesinden sorumlu oldukları görülmektedir(52).

Sağlık ekibi içinde hekimler, hastanın tedavisini planlayan, yönlendiren bir rol üstlenmelerine karşın, hastaların olaya bakışları açısından tedavisini yapan, onu iyileştiren tek birey rolünü oynamaktadırlar. Hastalar diğer sağlık personelinin, kendilerinin iyileşmesine olan katkılarının genellikle farkında değildirler ve tanı-tedavileri konusunda çok fazla beklentiler içinde olabilmektedirler. Hastalar beklentilerine karşılık alamadıkları durumda, sıklıkla sağlık hizmeti sunan kuruluşlar ve hekimler arasında tercih yapma yoluna gidebilmektedir.

ABD'de 1984 ve izleyen üç yılda yapılan araştırmalarda, yatan hasta sayısının gittikçe azaldığı belirlenmiştir. Burada, hastanede yatan hastaların sayılarının düşmesini etkileyen etmenlerin en önemlisi, sağlık sisteminin işleyişi olmaktadır. Ayrıca, hasta sayısında gerçekleşen bu düşüş, hastane pazarlarının da azalmasına neden olmuş ve bu değişikliğe hastanelerin nasıl cevap verecekleri sorusunu ortaya çıkarmıştır(53). Hastaların hastaneler arasında tercih yapma olanakları, yabancı literatür-

(51) N.Eren., a.g.e., s.133.

(52) Eli Ginzberg, *American Medicine-The Power Shift*, New York, Rowman & Allanheld Publishers, 1985, s.101.

(53) Eli Ginzberg, *The U.S.A. Health Care System, A Look to the 1990's*, Conservation of Human Resources Series 26, New York, Rowman & Allanheld, Publishers, 1985, s.48.

lerde görüleceği gibi hastane pazarı (hospital market) kavramının doğmasına ve bu olgunun gelişmesine neden olmuştur. Özellikle A.B.D.'de özel hastaneciliğin gelişmiş olması, yurt içinde ve yurt dışından gelecek olan hastalar için, geniş bir pazar oluşturmaktadır. Böylece, gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin daha kaliteli sunulması ve daha fazla hastayı kabul edebilme yarışı başlamıştır. Bu ortamda, en kısa sürede, en doğru, en etkili tanı ve tedaviyi veren, hastaya her yönden en iyi hizmet sunan hastaneler ayakta kalabilmeyi başarmaktadırlar.

Günümüzdeki bilimsel ve teknolojik gelişmelerin hastane hizmetlerine yansması halkın sağlık hizmetleri konusunda beklentilerini de etkilemiştir. Hastalar gelişmelerden haberdar olduklarından, sağlık hizmetleriyle ilgili daha fazla beklenti içine girmektedirler. Aşağıda sunulan konuşmada açıklandığı gibi, hastalar günümüzde neyin başarılabilceği konusunda yeterli bilgiye sahip olmakta ve bunun beklentisi içine girebilmektedirler. Dr. John Cooper (1974) President of the Association of American Medical Colleges'de öğrencilere yaptığı bir konuşmasında, "hasta bakımı için artan istek, hastalığı önleme, tanı koyma ve hastalığın tedavisinde modern bilimsel tıbbın çok başarılı olmasından gelir. Halk, kitle iletişim araçları yoluyla, başardığımız ilerlemeleri işitir ve günümüzde neyin olabileceğini öğrenir..." şeklinde açıklamada bulunmuştur(54).

Halk, kaliteli tedavi ve bakım hizmetinin sunulması kadar, koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesini yani hastalanmayı önleyici önlemlerin alınmasını da arzu etmektedir. Bunun için, sağlık mesleklerinde daha fazla profesyonel yetiştirmek üzere öğrenci sayısını artırarak ve sağlık eğitimi veren kurumların kalitesini yükselterek daha fazla sayıda ve daha nitelikli hizmet talebinin karşılanmasına çalışılmalıdır. Sağlık personelinin eğitiminin, sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliği yönünden büyük önemi bulunmaktadır. Sağlık personelinin yetiştirildiği eğitim kurumlarında, bilimsel esasların ve program amaçlarının yetersizliği, var olan kaynakların verimsiz kullanımı ve mali yetersizlikler ayrıca, bu programların öğrencilerin değişim gereksinimlerini karşılayacak düzeyde olmaması gibi birçok sorunla karşılaşılabilir(55).

Ülkemizde de yukarda belirtilen sorunların yanısıra insangücü planlamasının iyi yapılmamasına bağlı olarak sağlık personeli arasında sayı ve dağılımca dengesizlikler görülmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde ana kadroyu oluşturacak olan yardımcı personelin (teknisyen-tekniKER) yetiştirilmesine fazla önem verilmemektedir. Bu durum ise,

(54) Anne S. Allen, *Introduction to Health Professions*. London, The C.V. Mosby Company, 1980, s.5.

(55) Artur Levin, "Health Services the Local Perspective", *The Academy of Political Science, Proceedings*, Vol. 32, No.3 New York, 1977, s.93.

hizmetin etkin ve verimli sunulmamasına dolayısıyla da halkın beklentilerinin istenilen düzeyde karşılanmamasına neden olmaktadır. Sağlık personelinin yetiştirilmesiyle ilgili politikalar, toplumun sağlık gereksinimini (talebi) karşılayacak özellikte belirlenmelidir. Yukarda değindiğimiz gibi, ülkemizde sağlık personelinin yetiştirilmesinde toplumsal gereksinimler gözönünde bulundurulmamakta, ülke gereksinimlerini karşılayacak doğrultuda, her düzeyde daha nitelikli sağlık personelinin yetiştirilmesini sağlayacak organizasyonlara gidilememektedir.

Sonuç olarak, halkımızın sağlık hizmetleri konusundaki beklentilerinin (taleplerinin) son yıllarda ekonomik ve sosyal gelişmeler paralelinde bir artış içinde olduğu görülebilmektedir. Hastalar, özellikle belirli bir gelir düzeyine sahipse, tedavi olmak için hastaneler arasında tercih yapmak durumunda olmakta, bu durumda bir sağlık (hastane) pazarının gelişmesine neden olmaktadır. Son yıllarda özellikle büyük kentlerimizde bu tür sağlık beklentilerini karşılayacak düzeyde ve hatta hastaların yurtdışına gitmelerini önleyecek kalitede sağlık hizmeti veren özel hastanelerin açılması, bu alanda bir rekabet ortamını yaratılmakta olduğunun göstergesi olarak nitelendirilebilir.

Sağlık hizmetlerinin beklenen gelişmeyi gösterebilmesi için, sağlık hizmetlerine yasal destek verilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerini destekleyen yasalar, günün koşullarına ve gereksinimlere uygun olduğu ölçüde, hizmetin gelişmesini ve nitelikli olarak sürdürülmesini olumlu yönde etkileyecektir. Yasalarda ve hükümet programlarında değişikliklerin sık olması (hükümet değişiklikleriyle bağıntılı olarak) istikrarlı bir sağlık hizmetleri politikasının ülke genelinde oluşturulamamasına ve hizmetler de aksaklıklara neden olabilmektedir.

1975'de Cambridge Araştırma Enstitüsü, USA'daki sağlık sistemini etkileyen hükümet programları ve talimatlarının, şu esas özellikleri üzerinde durmuştur;

- Hastalığı önleyici sağlık araştırmalarının desteklenmesi,
- Sağlık hizmetlerine nitelikli insan gücü sağlanmasının planlanması,
- Sağlık hizmetlerinde planlanan girişimlerin tüm aşamalarını finanse etmesi ve desteklemesi gibi(56).

Kısaca, yukarda açıklanmakta olan özelliklerde de görüldüğü gibi, hükümet programları ve siyasî yapının yönlendirmesiyle gelişen yasal

(56) Allen., a.g.e., s.8.

dayanaklar, sağlık hizmetlerinin her hizmet biriminde örgütlendirilmesi, planların geliştirilmesi ile finansal kaynakların sağlanmasına kadar birçok aşamada etkili rol oynamaktadır. Ülkemizde sağlık politikalarının sık değişim göstermesi, daha önce tarihsel gelişim bölümünde ayrıntılı olarak değindiğimiz gibi, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sürdürülmesini büyük ölçüde etkilemiş, istikrarlı bir sağlık sistemi oluşturulamamıştır.

2.1.4.3. Hastanelerin Verimliliği ve Etkinliği

Hastanelerde verimlilik ve etkinlik konusuna değinmeden önce, bu ifadelerin hangi anlamlarda kullanıldığının açıklanmasının yararlı olacağı kanısındayız. İşletme yönetiminde etkinlik, herhangi bir faaliyetin amaca ulaşma derecesini ifade ederken, verimlilik ise çıktılar (outputs) ile girdiler (inputs) ya da elde edilen sonuçlarla harcanan çabalar, gelirlerle giderler arasındaki oranları ifade etmekte kullanılmaktadır(57).

Hastanelerin verimliliği ve etkinliğinin, hastanelerin örgüt yapıları ve yönetim şekilleriyle yakından ilişkili olduğu bu nedenle çağdaş yönetim ilkelerine dayalı bir yönetim anlayışının benimsenmesinin gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Seçim, "çağdaş işletmecilik uygulamalarının en az görüldüğü yöneylem araştırması tekniklerinin en az kullanıldığı kurumlardan" biri olarak hastanelerimizi görmektedir. Bunun nedenleri arasında, genelde Türkiye'deki işletmecilik eğitimi ve uygulamalarının düzeyi ve özelde de hastane yöneticiliği eğitiminden, hastane içi yönetimi düzenleyen mevzuata kadar birçok faktörü saymaktadır. 1987'de yürürlüğe giren sağlık hizmetleri temel kanunu, "verimliliği ve etkinliği arttırmak amacıyla, sağlık kurumlarının birer sağlık işletmesine dönüştürüleceğini" öngörmektedir(58). Ancak, bu yasal düzenlemeye karşın ülkemizdeki sağlık kurumlarının sağlık işletmeleri haline dönüştürülmesinde istenen başarıya ulaşılamamış hala, işletmecilik anlayışından uzak verimsiz ve etkin olmayan hizmet kurumları şeklinde hizmet verilmeye çalışılmaktadır.

Hastanelerin etkinliği, hastanenin hedeflerini gerçekleştirme derecesine bakılarak belirlenebilir. Hastanenin verimliliğinden söz edebilmek için de, verilen hizmetin niteliğinin artıp-artmadığına, en az girdiyle en çok çıktının elde edilip-edilmediğine bakılması gerekmektedir(59).

(57) Atilla Baransel, *Çağdaş Yönetim Düşüncesinin Evrimi*, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayın No. 163, 2. Baskı, İstanbul, Venüs Ofset, 1979, s.35.

(58) Hikmet Seçim, "Hastanelerde Verimliliği Artırma Yöntemleri" *Sağlık Yönetimi Dergisi*, Sayı: 3-4, Ankara, Afşaroğlu Matbaası, s.39.

(59) Huriye Çatalca, "Hastane Hizmetlerinde Kalite Sağlama ve Değerleme", İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınlanmamış Doktora Tezi, s.5-19.

1960 başlarında Apple, yaptığı hasta bakımı ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesini içeren bir çalışmada, hasta bakımındaki sosyal ve psikolojik etkileri incelemiştir. Hastalarla iletişim ve anlaşmanın hasta iyileşmesinde, emosyonel ve motivasyonel etmenlerin ise hastane personelinin etkinliğini ve verimliliğini arttırmada etkili olduğuna ve hastanelerin sosyo-psikolojik yapısının, hizmetin etkinliği ve verimliliği üzerindeki önemine değinmiştir(60).

Hastanelerin psiko-sosyal yapısının hastalar ve hastane personeli üzerindeki emosyonel etkisi, günümüzde büyük önem taşımaktadır. Olumlu bir hastane ortamının yaratılması ile hastaların iyileşme oranı artacağından ve hastane personeli daha fazla motive olacağından sonuçta hastanenin etkinliği ve verimliliği yükselecektir. Hastanelerimizin yönetim ve organizasyonunun çağdaş düzeye ulaştırılmasında belirli bir reorganizasyona gidilmesi gerekmektedir. Öncelikle hastanelerin amacının kaliteli hizmet sunmak olduğu unutulmamalı, etkin ve verimli bir hizmeti sunmada, bilimsel ve teknolojik kaynakların sağlanması ve örgütlenmesinin yanısıra, insansal kaynaklarında büyük öneminin bulunduğu gözardı edilmemelidir.

DSÖ'nün Alma Ata Bildirisinin 9. maddesinde etkin bir sağlık hizmeti sunmanın önemli öğelerinden birinin "ekip çalışması" olduğu belirtilmektedir. Bilindiği gibi "amaç birliği" klasik organizasyon ilkeleri arasında önemli bir yere sahiptir ve hastane içinde çalışan sağlık görevlilerinin ve onları yönetenlerin çabaları daima "hasta merkezli" olmalıdır. Disiplinler arası yaklaşım, sağlık personelinin hizmetlerindeki boşluk ve tekrarı ortadan kaldırmak için işbirliği yapmalarını öngörmektedir. Oysa, çoğu hastanelerimizde halen var olan "iş merkezli" çalışma şekli, profesyonel sağlık personelinin işgücünden yeterince yararlanılmamasına neden olmaktadır(61). Sonuçta, hastanelerimiz verimsiz ve etkin olamayan örgütler haline gelmektedir.

Hastane yöneticilerinin, etkinliği sağlayabilmek için önemli olan amaçlara öncelik tanınması ve bu amaçlara ulaşırken beklentileri (hastanın, personelin) dikkate alınması gerekmektedir. Oysa hastanelerde tıbbi etkinlik ile yönetsel etkinlik birbirinden bağımsız şekilde gelişmektedir(62). Hastanelerimizde, hasta ve personelin beklentilerine önem verilmekte, sadece tıbbi yaklaşıma ağırlık verilerek, tüm kaynaklar bu doğrul-

(60) Basil, S, Georgopoulos, *Hospital Organisation Research Review and Source Book*, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1975, s.389.

(61) Sevgi Oktay., "Etkin Sağlık Hizmetleri İçin Disiplinlerarası Ekip Yaklaşımı". *Hemşirelik Bülteni*, Cilt. IV, Sayı 15, İ.Ü.Basımevi ve Film Merkezi, 1990, İstanbul, s.34.

(62) Çatalca., a.g.e., s.10.

tuda kullanılmaktadır. Ayrıca, hastane yöneticilerinin hekim kökenli olmaları ile tüm dikkatler bu alana yönelmekte, hastane genelinde verimlilik ve etkinliğe ulaşma hususuna yeterince önem verilmemektedir.

Hastane maliyetlerinin giderek artması ve bu artışın yüksek oranlarda olması, hastane yönetiminde etkinliğin sağlanmasıyla kontrol altına alınabilmektedir. Maliyetler üzerindeki artışlar, yeni ve pahalı tanı-tedavi tekniklerinin geliştirilmesinden, hastane ücretlemelerindeki artışlardan, rekabet ortamının yarattığı çıktılarından, hastane işgörenlerinin daha az çalıştırılmasından, hastanedeki eğitim ve öğretim programlarının getirdiği maddi yüklerden vb. etmenlerden etkilenmektedir. Hastanedeki maliyet artışlarını önleyebilmek için, yöneticilerin, daha geniş ölçüde etkin ve sürekli önlemler alarak, kaliteyi olumsuz etkilemeksizin ortak bir eyleme gitmelerinin gerekliliği söz konusudur(63).

Hastanelerde etkinliği sağlamada, yönetimle ilgili genel düzenlemelerin yapılması yanında, koşulların gerektirdiği stratejik kararların da zamanında ve yerinde alınması önemli bir hususu oluşturmaktadır. Hastaneler, teknolojik özellikleri nedeniyle, zorunlu olarak yerine getirilmesi gereken bazı fonksiyonları, temel özelliklerini bozmaksızın örgütün faaliyet alanı içine alabilmektedirler. Yoğun teknoloji uygulayan ve rasyonellik ölçüleri içinde olan örgütler, üzerinde çalışılan nesneleri birbiri ile ilişkilendirerek, alanlarını genişletirler. Örneğin; Poliklinik hizmeti veren bir hastane, ağır hastaları kendi bünyesine alarak faaliyet alanını genişletebilir. Ayrıca, örgütler, müşterileri kendi bünyesine alarak, yani kabul ederek, müşterilerinin örgütün etkenliğini bozacak veya azaltacak birer unsur olmalarını önlemeye çalışmalıdırlar(64). Örneğin; hastaneler hastalarından verdikleri hizmetle ilgili olarak geri besleme yaparak, ya da gönüllülerin çalışmalarına ortam sağlayarak etkinliklerini artırmaya çalışabilirler.

Hastanelerin etkin bir çalışma sergilememesinde rol oynayan en önemli etmenler kısaca, ülke genelinde bölgesel hastane planlarının oluşturulmamış olması, uzun dönemli insan gücü planlamasının yapılmaması, hastane personellerinin gelişimiyle ilgili eğitim programlarındaki yetersizlikler, işgören ücretlerindeki yetersizlikler ve kendi içinde dengesizliklerin bulunması olarak sıralanabilmektedir(65).

(63) "Report of the National Commission on Community Health Services", **Health is a Community Affair**, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1966, s.111.

(64) Ak.-Akan., a.g.e., s.34.

(65) Alev Ergenç Kadrinli-Ömür Timurcanday Özmen, "Teknoloji, İş Tasarımı ve Birim Etkinliği Üzerine Bir Araştırma", **Verimlilik Dergisi**, Sayı.3., Ankara, Yücel Matbaacılık, 1991, s.33.

Hastane yöneticileri, hastanelerin etkin hizmet sunmasını engelleyen tüm faktörleri önlemeye çalışırken, aşırı bir maliyet artışı yaratmamaya çalışmalı ve etkinlikle-maliyet arasında bir denge oluşturmalıdır.

Hastanelerin etkinliğiyle ilgili hususlara değindikten sonra, hastanelerde verimlilik yani hastanelerde elde edilen çıktının girdiye oranına değinilmesinin hizmetin etkinliği açısından önemli olduğu kanısındayız. Ancak, hastanelerin verimliliğinin ölçümü yani girdi ve çıktıları belirlemek çok güç ve sayılamayacak kadar çeşitlidir. Hastane çıktıları diğer işletmelerdeki çıktılar gibi homogen değildir. Hastane verimliliğini, tüm birimlerin ve personelin verimliliği yanında yönetimin verimliliği de etkilemektedir(66).

Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye'deki hastane hizmetlerinin verimli ve etkin olmadığı görülmektedir. Örneğin; hastanelerimizde yatak işgal oranı düşük, ortalama kalış süresi uzun, poliklinik sayısının artış oranına göre, yatırılan hasta sayısının oranı düşüktür. Verilen tedavi hizmetleri, pek çok hastanelerde istenilen özellikte değildir ve hastaneye başvuran hastaların bir çoğu yeterli tedaviyi alamamaktadır(67). Hastanelerin iyi yönetilememesinden kaynaklanan hizmet aksaması, tüm ülke sağlık sistemini etkilemektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle, hastanelere akın eden halk, buradan da istenilen ölçüde yararlanamamaktadır. Hastanelerimizde tüm kaynakların kullanılmasıyla ilgili planlamalar gelişigüzel yapılmakta, birbiriyle zıtlık gösteren kararlar alınabilmektedir. Tüm bu düzensizlikler etkin olmayan, verimsiz ve kalitesiz bir sağlık hizmetinin halka sunulmasında önemli rol oynamaktadır.

2.1.4.4. Hastane Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetleri ve sorunlarıyla ilgili çağdaş tartışmaların en kompleks olanı ve belkide üzerinde en az anlaşmaya varılanı bakımın kalitesi kavramıdır. Bakımın kalitesi düşüncesi son 15-20 yıldaki literatürlerin kapsamına önemli ölçüde girmiş ve ciddi akademik çalışmaların amacını oluşturmuştur. Donabedian ve Brook gibi Scholars'ın da sağlık bakım sistemlerinde bakımın kalitesine nasıl değer biçildiğinin anlaşılmasına yönelik çalışmaları olmuştur. Günümüzde, onların bu konudaki önemli katkılarına rağmen, bakımın kalitesi teriminin tanımlanmasında hala güçlükler bulunmaktadır. "Bakımın kalitesi" ölüm oranındaki azalma,

(66) Çatalca., a.g.e., s.25-26.

(67) Seçim., a.g.e., Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, s.2.

semptomların ve hastalıkların azaltılması, kliniksel tekniklerinin gelişmişliği gibi ifadelerin geniş bir sınıflamasını çağırıştırılmaktadır(68).

Hastanelerde kalite denince, hastane personelinin kalitesi ve hasta bakımının kalitesi düşünölmektedir. Ancak, genellikle üzerinde durulan nokta hasta bakımının kalitesi olmaktadır. Hasta bakımının kalitesi, hastanın sağlık durumunda meydana gelen iyileşme ile doğru orantılı olmaktadır. Ayrıca, bakımın kalitesini sağlamada, hasta memnuniyetinin sağlanması da önemli bir unsuru oluşturmaktadır(69).

Hastanelerimizin sunduğu sağlık hizmetlerinde, genellikle kalite düşüktür. Çünkü kalite kavramına çok yakın zamanda dikkat çekilmiş ve özel bazı hastaneler dışında ne yazık ki, hastanelerimizde bu konuda ciddi bir gelişmeye rastlanılmamaktadır. Kaliteli bakım sağlamada temel unsur olan, kaliteli sağlık personeli yetiştirmenin gerektiği bilindiği halde, ülkemizdeki uygulamada hala, lise düzeyinde sağlık eğitimi verilerek eleman yetiştirilmekte, (sağlık memuru, hemşire, laborant, ebe gibi) bu elemanlar özellikle kırsal alanda ve genellikle de yalnız olarak hizmet sunmaktadırlar. Halka bu şekilde yetiştirilmiş sağlık personeliyle sağlık hizmetinin götürölüyor olması, kalite konusunda ciddi endişelerin yaratılmasında önemli bir etmen olmaktadır.

Hastanelerde kaliteyi sağlamada, sağlık personeli kadar yöneticisinde sorumluluğu bulunmaktadır. Hastane yöneticisi, tüm hastalara yüksek kaliteli bakımı sağlayan bir sistemi yürütmeye koyma konusunda kaliteyi arttırmada hastaların katkılarını sağlayarak, hastaların şikayetlerini kaydederek, ilgisiz davranmaları halinde personeli uyarak kaliteyi yükseltmeye çalışmalıdır(70).

Hastane hizmetlerinde, kalite ölçümlerini yapmanın ve objektif olarak belirlemenin üretim işletmelerine göre, daha karmaşık olduğu ve bunda da hastanelerin çıktılarının farklılığı ve çeşitliliğinin önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Ancak, gelişmiş ölkelerde bununla ilgili birçok çalışmalar yapılarak en uygun yöntemin belirlenmesine çalışılmaktadır. Günümüzde ABD ve diğer gelişmiş ölkelerde, kalite düzeyini saptamak için, yaşam ve ölüm oranı, hastalık oranı, cerrahi müdahale oranı gibi birçok oran dikkate alınmaktadır. Fakat bu verilerle, genel olarak toplum sağlığının kalite düzeyi belirlenmekte ve bunlar hasta bakımının kalitesine

(68) Frant A. Sloan-James F. Blumstein-James M. Perrin, *Cost, Quality and Access in Health Care, New Roles for Health Planning in a Competitive Environment*, San Francisco, Josse-Bass Publishers, 1988, s.91-92.

(69) Çatalca, a.g.e., s.32.

(70) Çatalca, a.g.e., s.34.

tam olarak yansıtılamamaktadır. Ayrıca, bu verilerde birçok değişkeninde rol oynadığı bilinmekte bu durum ise, verilerin güvenilirliğini azaltıcı bir etki göstermektedir(71).

Yukarda sayılan kriterler daha da artırılabilir. Hastanın hastanede kaldığı gün sayısı, taburcu olan hasta sayısı, doğum sayısı, enfeksiyon oranı, anne ölüm oranı, yenidoğan ölüm oranı gibi verilerden yararlanılabilir. Yalnız burada önemli olan, hastane kayıtlarının düzenli tutuluyor olması ve bunların zamanında doğru şekilde raporlanmasıdır. Böylece bu verilerle hastanelerin kalitesini değerlendirebilmek kolaylaşacaktır(72).

Ülkemizde genel sağlık hizmetlerimizdeki kalite düşüklüğü, hastanelerimiz düzeyine de yansımaktadır. Daha öncede değindiğimiz gibi, hastanelerin bir işletmecilik anlayışıyla yönetilmemeleri ve ülkemizde henüz rekabet halinde bulunulan bir "hastane pazarının" oluşmamış olması, hastanelerin kalite konusunda, önemli kararlar almalarını geciktirmektedir.

2.1.5. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN SORUNLAR

Hastanelerimizde görülen sorunlar, ülkemizin genel sağlık sorunlarından etkilenmektedir. Sağlık sistemimizde, koruyucu hizmetlerdeki yetersizlikler nedeniyle, hastanelere olan talep fazla olmakta, sonuçta hastaneler geniş kapsamlı ve çeşitli sorunlarla başa çıkmak zorunda kalmaktadırlar. Bu bölümde öncelikle, Türkiye'nin sağlık sorunlarına değinilecek sonrada, hastanelerde görülen sorunlar vurgulanacaktır.

2.1.5.1. Türkiye'nin Sağlık Sorunları

Türkiye'deki sağlık sorunları, ülkemizin genel ekonomik ve sosyal sorunlarına paralel olarak gelişmekte ve bunlardan etkilenmektedir. Sağlık hizmetlerinin gelişimini etkileyen iki önemli sorundan birincisi, hızlı ve düzensiz kentleşme olup, sağlık örgütünü hazırlıksız yakalayarak, ciddi bir sağlıksızlık patlaması oluşturmaktadır. İkincisi ise, sağlık sistemimizde süregelen bir örgütlenme yapısı varlığını sürdürmekle birlikte, tüm ülke genelinde sağlık politikalarının oluşturulmaması, özellikle son yıllarda, sağlık hizmetlerinde özel sektör girişimine önem veren, yeni bir

(71) Stephen J. Williams, *Issues in Health Services*, 2. Edition., New York., John Wiley and Sons, Inc., 1964., s.280.

(72) Çatalca., a.g.e., s.37.

model arayışına geçilmek istenmesi yalnız kentsel değil kırsal alanda da bir çok sorunun habercisi olmaktadır(73).

Gelecekteki sağlık sistemleriyle ilgili seçenekleri belirlemede, sağlık planlamasının yapılmasının ve günümüzdeki uygulamalar kadar, geçmişteki deneyimlere de değer verilmesinin gerektiği bilinmektedir. Bir ülke halkının politik oluşumundaki değişiklikler, daima olacak ve yeni toplumsal beklentiler ve gereksinimler zamanla değişecektir. Sağlık planlamasıyla, geçmişte yapılan yanlışlıklar giderilerek, halkın gereksinimi doğrultusunda yenilikler ve gelişmeler sağlanabilecektir(74). Ülkemizde ise, sağlık gerçeklerimize uygun uzun dönemli planlamalar yerine, her iktidar döneminde genellikle farklı yapılarda geliştirilen ve bütüncül bir yaklaşım sergilemeyen, çalışmalar görülmektedir. Bu tür yaklaşımların sonucunda, hala ülkemizde temel sağlık hizmetlerinde etkin ve verimli bir hizmet verilememekte dolayısıyla da hastanelerimiz de bundan farklı bir tabloya rastanılmamaktadır.

Sarpyener'e göre sağlık sisteminin genel sorunları, ölüm oranlarının nicelik ve niteliğindeki değişimler, erken ölümlerindeki artış, sağlık personelinin son yıllarda özellikle sanayileşmiş ülkelerde karşılaştıkları en önemli sorunlardandır. Ayrıca, hızlı kentleşme sonucu, salgın hastalıklarda artış, sanayileşme sonucu, zehirlenme olaylarının yükselmesi, beslenme bozukluklarının görülmesi ve sağlık hizmetlerinin etkinliğiyle ilgili sorunlar şeklinde özetlenebilmektedir(75).

Sağlık sorunları gerek koruyucu, gerek tanı ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin organizasyonu açısından yeniden gözden geçirilmeli, yetki ve sorumlulukların sınırları belirlenmelidir. Ayrıca, sağlık hizmetleri organizasyonuna merkez örgütten, yerel yönetimlere kadar koordineli bir şekilde işlerlik kazandırılmalıdır. Birçok faktörün etkisi altında gelişen ve Türkiye genelinde görülen sağlık hizmetleriyle ilgili sorunlar kısaca; sağlık ekonomisinde görülen problemler, toplumun demografik özelliklerinden kaynaklanan sorunlar, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinden kaynaklanan sorunlar, koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersizliği, yataklı tedavi kurumlarının durumu, sağlık personeliyle ilgili sorunlar, veri yetersizlikleri ve ana çocuk sağlığı hizmetlerindeki yetersizlikler gibi başlıklar altında toplanabilmektedir.

(73) Gazanfer Akşakoğlu, "Doksanlara Doğru Türkiye'nin Sağlık Sorunları" Sağlık ve Toplum, Ankara, Saydam Matbaası, Mayıs-Haziran, 1990, s.25.

(74) Sloan.,Blumstein.,Perrin., a.g.e., s.235.

(75) Sarpyener., a.g.e., s.1-3.

a) **Sağlık ekonomisinde görülen problemler** : Toplam sağlık harcamalarının büyüklüğünü gösteren en önemli gösterge, Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) içindeki yeridir. Ancak, Türkiye'de bu güne kadar bu konuda kesin bir rakamın elde edilmesi mümkün olamamıştır. Yapılan araştırmalar, toplam sağlık harcamalarının, Türkiye'deki GSMH içindeki yerinin % 3 ile % 3.5 arasında seyrettiğini göstermekte iken, batıda ortalama harcamalar % 7-10 arasında değişmektedir. Hatta bir araştırmaya göre, ABD'de % 10'u aşım % 15'lere çıkmıştır. Bu rakamlar gelişmiş ülkelerde sağlık sektörünün önemli bir sektör olduğunu gösterirken, Türkiye'deki rakamlar ise, sosyo-ekonomik yapımız içinde sağlığa ne kadar az önem verdiğimizizi iyi bir işareti olmaktadır(76).

Ayrıca gelişmiş ülkelerde, fert başına düşen gelir on bin doların üzerindeyken, Türkiye'de 1.200 dolar olduğu dikkate alınırsa, aradaki farkın yaklaşık 10 katı olduğu görülebilir. Yanı sıra, sağlık harcamalarının oranlarını karşılaştırdığımızda 25 katı bir farkın olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde de sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı (% 51.5) kamu sektörü, % 48.5'i ise özel sektör tarafından yapılmaktadır. Dünya sağlık örgütü ise, sağlık harcamalarının ulusal gelire olan oranının en az % 4 olması gerektiğini ortaya koymaktadır. Buna karşın kayıtlara göre, Ortadoğu ülkelerinin tamamı bizden daha fazla harcama yapmaktadır. Tablo 2.1'de görülebileceği gibi hemen hepsi % 4'ü geçmiş durumdadır(77).

Tablo 2.1: Sağlık Harcamalarının Ulusal Gelire Oranı (Amerikan doları)

Ülke	Kişi başına ulusal gelir (a)	Kişi başına sağlık harcaması (b)	Oranı b/a x 100
ABD	13,918	1,517	10,9
F.Almanya	11,759	1,093	9,3
Meksika	1,524	2,43	1,6
Türkiye	1,068	1,55	1,5
Srilanka	3,01	7,5	2,5

Türkiye'de toplam 136 bin (1990 yılındaki verilere göre) yatak bulunmakta ve bunların ortalama yarısı boş ve kullanılamamaktadır. Bunun nedenleri arasında, hekim eksikliği büyük rol oynamakta, yanı sıra,

(76) Şükrü Hatun, "Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansman Sorunları" **Sağlık ve Toplum**, Ankara, Saydam Matbaası, Mayıs-Haziran, 1990, s.4.

(77) Ibid., s.5.

yönetimdeki eksiklikler, alet yokluğu veya eksikliği, bütçe yetersizliği, hasta kontrolünün tam yapılmaması diğer etmenleri oluşturmaktadır. Tüm bu sorunların temelinde hastane yönetiminin etkili olmayışı yatmaktadır. Hastanelerimizde ortalama yatış süresi uzun ve yatak kapasite kullanım oranı (% 55) düşüktür. Oysa, yeni hastaneler oluşturmak yerine, buradan yapılacak tasarrufla var olan diğer organizasyonların hizmetlerini artırmak, gereksinimlerini karşılamak söz konusu olabilmektedir. Türkiyede'de yatak ilavesi yapılmadan mevcut durumda, iyi bir organizasyonun oluşturulması, sağlık personeli gereksiniminin giderilmesi, donanımlarının tamamlanması yoluyla var olan yatak sayısının iki katı kadar hizmet sunulabilecektir(78). Ayrıca hastanelerin verimli kullanımının sağlanmasında, hastaların hastaneye kabulünde iyi bir sevk zincirinin (sağlık ocağı-hastane) kurulması, kaynak kullanımının etkin hale getirilmesi de gerekmektedir.

Hastane pazarında görülen rekabet ortamı ve teknolojik değişikliklere nasıl cevap verileceği hususu yöneticileri zor duruma sokmaktadır. Hastanelerde kaynakların iyi kullanılmaması, verilen hizmetin maliyetinin yüksek olması gibi nedenlerle hastaların yaptığı ödemeler bazen maliyeti karşılayacak düzeyde olamamaktadır. Sonuçta, hastaneler bu açıklarını devlet ya da özel sigorta sistemlerinden destek alarak kapatmaya çalışacaklardır(79). Bu hastanelerimizde sık başvurulanan bir yaklaşım olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde görülen problemlerin en temel kaynağını, ekonomik davranmamak yani kaynakların etkin ve verimli kullanılmaması oluşturmaktadır. Hastanelerin doluluk oranını arttırmak, hasta kalış süresini kısaltarak ve iyi bir hasta kabul sistemine (hasta akışına) sahip olunarak hastanelerden maksimal düzeyde yararlanabilme olanağına kavuşulduğunda hastanelerin daha etkin ve verimli kullanımı da sağlanabilecektir.

Sağlık hizmetlerinde oluşturulacak tüm bu düzenleyici çabalar, toplum geneline yani her gelir düzeyindeki insana yönelik olmalı ve kar amaçlı bir uygulama ile sadece toplumda belirli bir gelire sahip insanların, yararlanabileceği bir hizmet şekline getirilmemelidir. İster gelişmiş, ister gelişmekte olan ülkelerde olsun, sağlık sektörü piyasa mekanizmasına asla bırakılmamalıdır. Bırakıldığında "ölen ölür kalan sağlar bizimidir" felsefesinin uygulanmaya konması söz konusu olacaktır. Bugün

(78) Akdur., a.g.e., s.21.

(79) Jeff Charles Goldsmith, *The Changing Role of the Hospital*, *The U.S.A. Health Care System A look to the 1990's*, Conservation of Human Resources Series-26, New York, Land Mark Studies Rowman & Allan Held Publishers, 1985, s.52

İngiltere’de sağlık sektörünün tamamını kamu finanse etmekte, kapitalist gelişmiş bir ülke olan Fransa’da ise % 70’ini kamu finanse etmektedir. ABD gibi özel hastaneleriyle övünen bir ülkede bile, sağlık sektörünün önemli bir bölümü kamu tarafından finanse edilmektedir(80). Gelişmekte olan bir ülkede durumundaki Türkiye’de de sağlık sektörü kamu güdümünde finansman desteği bulmalıdır. Günümüzde kamu harcamaları özel harcamalara göre daha fazla olmakla birlikte, kamu yönündeki bu ağırlığın korunmasına özen gösterilmelidir. 1991 yılı içindeki toplam sağlık harcamalarının % 62.9’unun kamuya, % 37.1’inde özel sektöre ait olduğu bildirilmektedir(81).

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin gelişimine baktığımızda, ülkemizin siyasal yapısında görülen değişiklere bağlı olarak farklı yaklaşımların getirilmeye çalışıldığı görülmektedir. Bu şekildeki deneme ve yanılmalar devam ettiği sürece, bir yandan sağlık sistemimiz köklü bir temele oturtulmamış olmakta, diğer yandan toplumumuzun sağlık düzeyi olumsuz yönde etkilenecek günümüze kadar süre gelen kronik bir “sağlık hizmetlerinin yetersizliği” sorununu geliştirmektedir. Ayrıca bu durum, ulusal ekonomimizin zarar görmesine ve ülke kalkınmamızın olumsuz bir şekilde etkilenmesine de neden olmaktadır.

b) Toplumun Demografik Özellikleri: Sağlık Bakanlığı ülke genelinde kentsel nüfusun % 33.6’yı oluşturduğunu yanısıra, kırsal alanda beklenen yıllık nüfus artışı yüzde 0.9 iken, kentte bunun 4.0 çıktığını belirtmektedir. Sağlık örgütlenme biçimi kırsal alana yönelik olan ve yeni kentleşen alanlarda inanılmaz boyutlarda gelişecek olan sağlık sorunlarına karşı, hiçbir hazırlığı olmayan ülkemiz için, bu durum önemli bir sağlık problemi yaratacaktır. Diğer yandan, ortalama yaşam süresi erkeklerde 63, kadınlarda 68 iken, 90-95 yıllarında beşer yıl ilave edileceği, yani 68 ve 73 olacağı belirtilmektedir. Ayrıca, bebek ölüm oranlarında da geçmiş yıllara göre nispeten bir azalma görülmektedir(82). Bu faktörler de, sağlık hizmetlerinde önemli sorunlara neden olabilmektedir.

Türkiye, nüfusu hızla artan bir ülke konumundadır. Yapılan çalışmalar nüfusun 2000 yılında 66 milyon 2025 yılında ise 90 milyon dolayında olacağını göstermektedir. Ayrıca, nüfus artışının özellikle kentsel alanda olacağı bugün birbirine eşit olan kır-kent nüfus oranının kentler lehine

(80) Hatun., a.g.e., s.8.

(81) Mehmet Tokat, **Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı**, Ankara, T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları, 1993, s.42.

(82) Aksakoğlu., a.g.e., s.22.

bozulacağı öngörülmektedir. İlave olarak, genç bir nüfusu sahip olan Türkiye nüfusunun yapısı giderek değişmekte yaşlanmaya başlamaktadır(83).

Yukarıda da değinildiği gibi, Türkiye’de nüfus artışının fazla olmasının yanısıra, istatistikler köyden-büyük kentlere göçün yoğun olması nedeniyle, bu nüfus artışının kentlere kaydığını doğrular niteliktedir. Sağlık hizmetlerimizin örgütlenme şekli, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde, kentlerde büyük bir talep açığı yaratmaktadır. Bu konuda hızlı ve ciddi çalışmaların olmaması da, bu problemlerin önemli ölçüde artışına neden olmaktadır. Diğer bir potansiyel problem de, yaşam süresinin artışıyla birlikte gittikçe daha büyük bir önem kazanmakta olan, yaşlı nüfusa sunulması gereken koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri olmaktadır. Ayrıca, bebek ölüm oranlarında nispi bir azalma olsa da, ana-çocuk sağlığı alanında daha etkili ve daha geniş kitlelere yönelik hizmetin götürülmesi gereksinimi bulunmaktadır.

c) Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi : Sağlık hizmetlerimizin örgütlenmesinin temel sorununu, merkeze bağlı yönetim anlayışı, çok başlılık, yönetimde sık değişikliklerin olması, yetki karmaşası ve uyumsuzluk oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerimizde ancak, 90’lı yıllara gelindiğinde yeni örgütlenme yapıları üzerinde durulmaya başlanmıştır. Hastane yönetiminin çeşitli özellikleri (hizmetin çeşitliliği, karmaşıklığı, birimler arasında koordinasyon sağlama güçlüğü, personel gruplarının farklılığı, emir komuta zincirinin fazlalığı vb. gibi) hastanelerde farklı örgütlenmelerin gelişmesi gereksinimini doğurmuş, sonuçta matriks organizasyon yapıları gelişmiştir.

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin hali hazırdaki merkez organizasyonu (bakanlık düzeyinde) çağdaş yönetim anlayışı ile bağdaşmamaktadır. Bir yandan hizmet modeline dayalı birimler (tedavi hizmetleri, temel sağlık hizmetleri müdürlükleri) oluşturulmuşken, diğer yandan Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması gibi belirli nüfus gruplarına özgü sağlık problemlerine yönelik bir yapı geliştirilmiştir. Aynı zamanda, hastalıklarla mücadeleye yönelik (Verem Savaş, Sıtma Savaş, Kanserele Savaş gibi) dikey örgütlenme modelleri de bulunmaktadır. Bu yaklaşımların herbiri, çeşitli zamanlarda uygulanmış ve birbirinden çok farklı temel prensiplere dayanan bu yönetim modellerinin aynı anda ve aynı

(83) Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkla Mega Proje, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, 1992, s.1-1,1-3.

örgüt yapısı içinde hala uygulanmaya çalışılması ciddi yönetsel sorunların temelini oluşturmaktadır(84).

Geliştirilen sağlık reformu çerçevesinde, merkezi örgütlenme çağdaş yönetim prensiplerine dayalı olarak yeniden ele alınmış, ülkemiz koşullarına uygun yeni bir örgütlenme yapısı şekillendirilmiştir. Bu değişikliğin ana felsefesini "desantralizasyon" oluşturmaktadır. Bu düşünceden hareketle Bölge Sağlık Müdürlüklerinin kurulması önerilmiştir. Bölgeler belirlenirken nüfusu, coğrafi koşulları, ulaşımı, sağlık koşulları, ekonomik ve sosyal yapısı, sağlık insan gücü gibi kriterler gözönünde tutulacak ve sevk zinciri içinde sağlık hizmetlerinde bir bütünlük oluşturularak, merkezdeki karar yoğunluğunun bölgelere aktarılması (desantrilize edilmesi) amaçlanmaktadır(85). Bu şekilde merkez kaç bir örgütlenme yapısı getirilerek sağlık hizmetleri yönetiminin daha etkin şekilde sürdürülmesine çalışılacaktır.

d) Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Yetersizliği : Kişi ve toplum sağlığı üzerindeki etkinliğini ve değişimini bir türlü göremediğimiz sağlık ocağı ve sağlık evi sistemi, yani koruyucu sağlık hizmeti kuruluşlarının hizmetleri, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesi faaliyetlerine verilen önemin azaltılmasıyla etkinliğini kaybetmiş verimsiz sağlık birimleri haline gelmiştir. Bu gelişme doğrultusunda, zamanla kırsal alandaki sağlık ocağı sayısı % 83'den % 75'e düşmüş, kentsel alanda da % 70'den % 50'ye inmiştir(86).

Sağlık ocağı ve sağlık evi hizmetleri, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesiyle ilgili tasarı çerçevesinde geliştirilen ve hizmetin en uç noktalara kadar sunulmasını amaçlayan en alt düzeydeki sağlık örgütlenmesini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili düzenlemeler, koruyucu sağlık hizmetlerine yani temel sağlık hizmetlerine büyük önem vererek, bu hizmetlerin sunumunu sağlamak amacıyla primer hizmet odağı olarak sağlık ocakları oluşturulmuştur. Temel sağlık hizmetlerinin ana felsefesi, sosyal eşitlik (tüm insanlara doğumlarıyla birlikte sağlık hizmetinden yararlanma hakkını tanır), öz sorumluluk (insanların kendi sağlıklarını korumaları için eğitilmeleri ve bilgilendirilmelerini gerektirir) ve de sağlık hizmetlerinin sektörler arasında işbirliği çerçevesinde sunulmasını gerektirmektedir(87).

(84) Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, T.C.Sağlık Bakanlığı, 1.Ulusal Sağlık Kongresi,Ankara, 23-27 Mart 1992, s.18.

(85) Ibid., s.18.

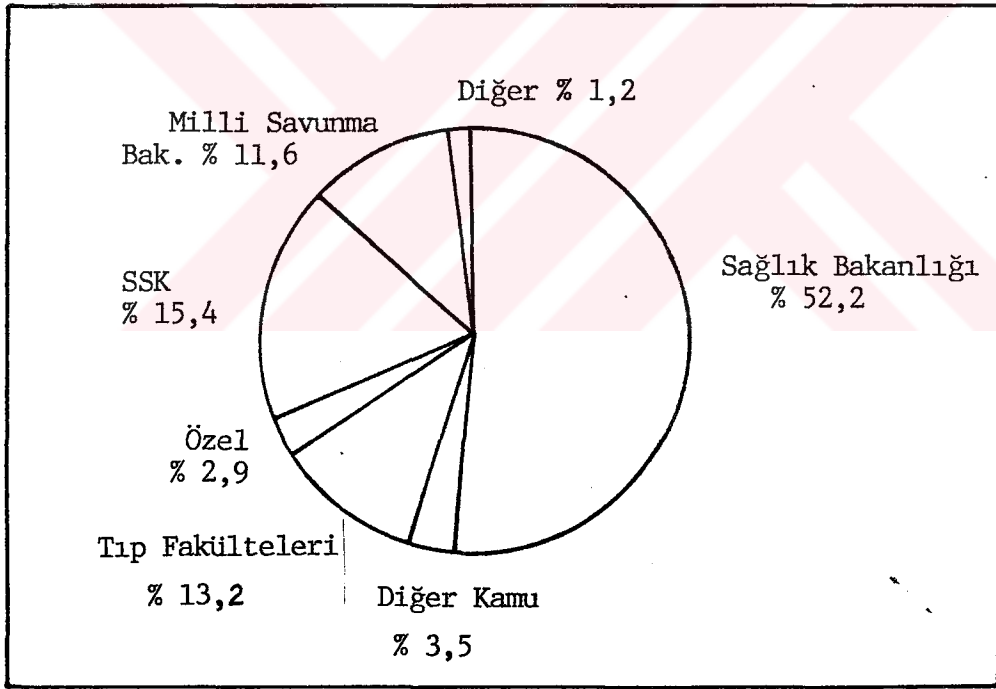
(86) Aksakoğlu., a.g.e., s.23.

(87) Safiye Koç, "Kent tipi sağlık örgütlenmesi ve yerel yönetimler", Türk Hemşireler Dergisi, Cilt.39, Sayı:4,Bil Ofset, Ankara, Aralık-1990., s.38.

Yukarda değindiğimiz gibi sağlık ocaklarının durumu, temel sağlık hizmetleriyle ilgili yetersizliğin en iyi göstergesidir. Bu alandaki yetersizlikler genel sağlık sistemini önemli ölçüde etkilemektedir.

e) Yataklı tedavi kurumlarının durumu : Yatak sayısına bakıldığında; 1981'de on bin kişiye 21.1 yatak düşerken 1989'da 23.6'ya yükselmiş olduğu yanısıra, yataklı tedavi kurumlarının 1990 yılı yatak dağılımına bakıldığında da 899 hastane'de toplam 136.638 yatak kapasitesinin olduğu ve yıllara göre küçük bir artış gösterdiği belirlenmektedir(88).

Türkiye'deki hastanelerin sayıca yetersiz olduğu konusundaki yaygın kanı genelde doğru değildir. Yatakların ülke geneline dağılımındaki dengesizliğe karşın, mevcut hastane yataklarının kullanımıyla ilgili ciddi problemler bulunduğu ve yatak kullanım oranlarının % 45-50'ler dolayında olduğu, yani her iki yataktan birinin boş tutulduğu görülebilmektedir(89).



Şekil 2.2: Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Yatak Dağılımı(90).

(88) Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, a.g.e., s.41.

(89) Türkiye'de Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, a.g.e., s.1-7.

(90) Ibid., s.1-7.

Yukarıdaki şemadan da görüldüğü gibi, yataklı tedavi kurumları içinde yatak sayısı en fazla olan grubu Sağlık Bakanlığı (% 52.2) oluşturmaktadır.

Ülkemizde, yeni bir hastane yapılacağı zaman olurluk (fizibilite) çalışmaları genellikle ayrıntılı yapılmamakta, sağlık güvencesinin farklı kurumlar tarafından sunulması nedeniyle (Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı gibi), aynı yerleşim birimi içinde Sağlık Bakanlığına, üniversiteye, Sosyal Sigortalar Kurumu ve diğer kamu kuruluşlarına (Devlet Demir Yolları İşletmesi, Posta Telefon Telgraf İşletmesi gibi) bağlı hastaneler inşa edilebilmektedir. Bunun sonucunda da o bölgedeki yatak işgal oranları düşmekte ve büyük bir kaynak israfına yol açılmaktadır. Yanısıra, bu hastaneler ayrı ayrı modern ve pahalı cihazlar alarak, kalifiye personel çalıştıracak şekilde örgütlenerek hizmet vermeyi amaçlanmakta ancak, örgütün tüm kaynaklarından tam kapasite yararlanılamadığından, verimsiz ve etkin olmayan bir işletme haline kısa sürede gelmektedirler.

Hastanelerin birçoğu dar görüş açısıyla planlanmakta ve bunun sonucunda da birçok sorun ortaya çıkmakta, hastane yöneticileri problemleri önlemeye değil, çözmek için daha fazla çaba harcamak zorunda kalmaktadırlar(91). Hastanelerin planlanması ve örgütlenmesi aşamasında, aşağıdaki hususlara dikkat edildiğinde, sonradan gelişebilecek birçok sorun önlenebilecektir.

- Bölge halkının böyle bir sağlık hizmetine gereksiniminin olup olmadığı önceden iyice incelenmelidir. Bölge genelinde sağlık hizmetleriyle ilgili iyi bir organizasyonun oluşturulmasına çalışılmalıdır.

- Hastanenin vereceği hizmet biçiminin, yatak sayısının vb. gibi hususların önceden planlanması yapılmalıdır.

- Hastanenin maliyeti ve işletme masrafları tamamen gerçekçi şekilde hesaplanmalıdır.

- Hastanenin fizik yapısının oluşturulmasında, hastane personelinin, uzmanlardan görüşleri alınmalıdır(92).

Yukarıda belirtilen bu hususlara uyularak bölgedeki, hastanelerin örgütlenmesi yoluna gidildiğinde kaynakların en etkili şekilde kullanılması sağlanabilecek ve sonuçta hizmetin niteliğini arttırıcı çalışmalar için daha fazla kaynak ayrılacaktır.

(91) Louis A. Allen, "The Care Crisis = Hospitals Need New Leadership", *Management Review*, January, 1991, s.49.

(92) Kırıl., a.g.e., s.34.

f) **Sağlık personelinin durumu** : Türkiye’de Sağlık Bakanlığı 1988 verilerine göre 42.500, 1990 verilerine göre de 50.639 hekim bulunmakta ve bunların % 52.5’i uzman konumundadır. Aile hekimliği kavramının gündeme geldiği günümüzde, bu oldukça düşündürücü bir durum olup, “Kimler aile hekimi olacak” sorusunu akla getirmektedir. Ayrıca, hekimlerin ülke genelindeki dağılımları oldukça dengesizdir. Ülke genelinde 1.275 kişiye bir hekim düşmekte ancak, hekimlerin % 57’si üç büyük ilde bulunmaktadır.

Hekimlerin dışındaki sağlık personeli sayısı ise, çok yetersizdir. 1988’de 18.881 sağlık memuru varken, 1990’da 21.547 yükselmiş, 1988’de 25.665 ebe ve 38.903 hemşire toplam 64.568 personel varken, bu sayı 1990 yılında 75.399’a yükselmiştir. Bununla beraber resmi kayıtlara göre, olması gereken hekim dışındaki sağlık personeli sayısının hekim sayısının, çok altında olduğu belirtilmektedir(93).



Şekil 2.3 Sağlık İnsan Gücü Piramidi

Sağlık insan gücüyle ilgili bu sorunda meslekler arasındaki oran istenen şekilde olmayıp, hekim yönünde yükselmiştir. Normalde sağlık insan gücü piramidi, şekil (a) daki gibi olması gerekirken, Türkiye’de piramit neredeyse tersine dönmüş (b) durumdadır(94). Bu durum ise, sağlık hizmetlerinin niteliğini ve etkinliğini önemli ölçüde etkilemektedir.

Sağlık insangücüyle ilgili önemli bir sorunda, personelin dengesiz coğrafik dağılımıdır. Kır-kent arasındaki dengesizlik nedeniyle, kırsal alanda bir hekime ve hemşireye düşen hasta sayısı artmaktadır. Örneğin Hakkari’de bir uzman hekime 13.850 kişi düşerken, İstanbul’da 1.005 kişi düşmektedir(95).

(93) Aksakoğlu, a.g.e., s.24.

(94) Türkiye’de Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, s.22-23.

(95) Ibid., s.23.

Sağlık personeline duyulan gereksinim ile yetiştirilen sağlık personeli arasında nitelik ve nicelik yönünden de farklılıklar bulunmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ve aile hekimliğini yürütecek pratisyenler ve alan hemşireleri gerekirken, sağlık eğitimi sunan kuruluşlarda bu gereksinime yönelik programlar geliştirilmemekte, iyi bir insan gücü planlaması yapılamamaktadır. Yapılması gereken, koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik programlarla pratisyen hekimler ve halk sağlığı hemşireleri yetiştirmek, onları çalışma alanına çekecek olanaklar yaratmak, çalışma koşullarını düzenlemek ve bu alanı cazip hale getirecek faaliyetlerde bulunmaktır. Aksi halde, bu plansızlık sonucunda, sağlık personelinin etkin ve verimli şekilde yararlanmak güçleşecek ve sağlık hizmetlerinde aksaklıklar devam edecektir.

g) Kayıt ve istatistiklerin (verilerin) yetersizliği : Türkiye’de sağlık düzeyinin belirlenmesinde en önemli eksiklik, tüm nüfusu kapsayan verilerin toplanamamasıdır. Oysa ölüm, doğum istatistikleri gibi önemli kayıtlar, aşılama oranları, çeşitli sağlık programlarının halka ulaşması gibi konularda düzenli ve sürekli veri toplanmalıdır. Hizmetlerin maliyetine yönelik bilgiler ise, yok denecek kadar sınırlı düzeydedir. Ayrıca, bulaşıcı hastalıklarla ilgili birçok sağlık olgusunun da doğru olarak bildirilmesi sağlanamamıştır. Bu tür eksiklikler, sağlık hizmetinin planlama hedeflerinin çizilmemesine ve yöneticilerin bilgiye dayanarak karar alma alışkanlığı kazanamamalarına neden olmaktadır.

Sonuçta, “toplam verilerin kalitesinin düşük olduğu, doğruluk ve güvenilirliklerinin denetlenmediği, bir geri-besleme yapısının olmadığı, kullanılmayan fakat toplanan birçok veri olduğu ve bilgisayar desteğinden yoksun bulunduğu, eldeki bilgisayarların da verimli kullanılmadığı bilinmektedir”(96).

Bunu önlemek için, sağlık hizmetlerinin sunulduğu en uç örgütlenmeden merkez örgüte kadar uzanan, modern veri sağlama sistemlerinin (bilgisayar ağının) kurulması yoluna gidilmeli ve bu alanda uzman kişiler görevlendirilmelidir. Ancak, bu şekilde düzenli ve doğru veri akışı sağlandıkça, sağlık hizmetlerinin planlanmasında başarılı ve etkin olabilecektir.

h) Ana ve Çocuk Sağlığı hizmetlerinin durumu: Ana ve Çocuk Sağlığı (AÇS) hizmetlerinin ülke sağlığı açısından önemli konumu bulunmaktadır. Öncelikle bebek ölümü hızına baktığımızda 1963 yılında % 0.208 olan bebek ölüm hızı, 1988 yılında % 0.65’e düşmüştür. Çocuk ölümlerinin yaşlara göre dağılımına baktığımızda, 0-1 yaş % 34, 1-4 yaş % 16, 5 yaş ve üzeri % 50 oranında olduğu görülmektedir(97). Görüldüğü gibi bebek ölümlerinin yarısı ilk beş yaş döneminde olmaktadır.

(96) Sağlık hizmetlerinde mevcut durum., a.g.e., s.55.

(97) Türkiye’de Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, a.g.e., s.25-26.

Bebek ölümlerindeki düşüşün birçok nedeni vardır: Bunlar arasında, sağlık hizmetinin eskiye oranla iyileştirilmesi, ulaşımın kolaylaştırılması, anne babaların bilinçlenmesi vb. gibi faktör önem taşımakta, bunların daha da iyileştirilmesiyle ana-çocuk ölüm oranları gelişmiş ülkeler düzeyine indirilebilecektir.

Türkiye'nin sağlık sorunları yukarda kısmen özetlenmeye çalışılmıştır. Üzerinde önemle durulması gereken konu, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde sık yapılan politika değişikliklerinin, ekonomik açıdan da sistemin gelişimini etkilemekte ve hizmetin kalitesini azaltmakta olduğudur. Ayrıca, Türkiye'nin demografik özelliklerini dikkate alan, bir sağlık hizmeti planlaması yapılmalı ve özellikle Ana-Çocuk sağlığı hizmetlerine önem verilmelidir. Ayrıca, yukarda belirtilen sorunlardan da anlaşılacağı gibi, sağlık hizmetlerinin gereksinim duyduğu sağlık personelinin nicelik ve nitelik açısından sağlanmasına yönelik organizasyonlara gidilmesi son derece önemli bir husustur. Yanısıra, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve hedeflerin belirlenmesinde yönlendirici rol oynayacak olan, sağlık hizmetleriyle ilgili verilerin sağlanması için de gerekli düzenlemelere gidilmelidir.

2.1.5.2. Hastanelerde Yaşanan Sorunlar

Hastanelerde karşı karşıya gelinen sorunları, genel sağlık sisteminden ve ülke sorunlarından tamamen ayırmak zor olup, ülkenin genel sağlık sistemindeki aksamalara ve eksikliklere bağlı olarak gelişmektedir. Bu sorunlara, çalışmamızın birçok yerinde yeri geldikçe değinilmekle birlikte, burada kısa başlıklar altında vurgulamak yerinde olacaktır.

a) Hastanelerde verilen hizmetlerin denetimini ve değerlendirmesini yapacak düzeyde, idari organların oluşturulmamış olması ciddi sorunlara neden olmaktadır(98). Yönetmelikler (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği gibi) tüm tıbbi, mali ve teknik hizmetlerden "başhekimler"i sorumlu görmektedir. Oysa belirli bir tıp alanında uzman olan başhekimlerin, diğer hizmet birimlerini kontrol etmeleri ve denetlemeleri oldukça yetersiz olmakta, sonuçta hastane hizmetlerinde aksamalar ve verimsizlik gelişmektedir. Yeni geliştirilen sağlık mevzuatı taslağında, bu durumu giderici maddeler konulmuştur. Hastanenin tepe yöneticilerinin, yönetim alanında eğitim görmüş olması önkoşulu getirilmekte, başhekimin rolünü, hekimlik hizmetlerinin yürütülmesiyle sınırlı tutmaktadır. Ancak, günümüzde tam tersi bir yönetim yapısı söz konusu olduğundan bu değişimin yaratılmasında sorunlar çıkabilecektir.

(98) Seçim., a.g.e., Hastane Yönetimi ve Organizasyonu., s.199.

b) Hastane ortamında, iş bölümü ve uzmanlaşmaya yeterince önem verilmemesine bağlı olarak verim düşüklüğü gelişmektedir. Örneğin hastanelerimizdeki eczacılar gerçek rollerini genellikle oynayamamakta ve bir kayıt memuru gibi görev yapmaktadırlar. Ev idaresi hizmetleriyle ilgili işleride genellikle hemşirelik hizmetleri yöneticileri yürütmektedir. Buna benzer örnekleri çoğaltmak olasıdır. Ancak, işgörenin bilgi ve deneyiminden (uzmanlaşmasından) farklı alanlarda görev yapması, hem işgörenin güdülenmesini azaltacak ve verimsiz kılacak, hem de o işin istenen kalitede sunulmasını önleyecektir. Hastane yöneticilerinin bu konuya önem vermeleri, çalıştırdıkları personelin uygun görevlerde etkin ve verimli bir çalışma sergilemeleri için olanak sağlamaları gerekmektedir.

c) Hastanelerde görevli personelinin iş tanımlarının geliştirilmemiş olması, görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmemiş olması nedeniyle çatışmalar çıkmaktadır. Ayrıca, bunların yarattığı karmaşa ortamı sonucunda personelden beklenen hizmet verimli bir şekilde alınamamaktadır. Yasal düzenlemelerde, sağlık personelinin görevleriyle ilgili açıklamalara değinilirken çatışmalara neden olabilecek ifadelerle rastlanılmakta ve bazı rollerin sınırları tam belirlenememektedir. Bu nedenle, hastanelerin kendi iç yönergelerini oluşturarak, iş tanımlarını yapmaları görev, yetki ve sorumluluklarının sınırlarını belirlemeleri gerekmektedir.

d) Hastane ortamındaki farklı birçok disiplin, belirli bir amaca yönelik hizmet sunmak zorundadır. Burada hasta merkezli bir ekip çalışması olması gerekirken, rollerin iyi tanımlanmaması ve ekip anlayışının kazandırılmamış olması nedeniyle koordinasyonsuzluk, aksamalar ve çatışmalar gelişmektedir. Hastane yöneticisinin, hastanedeki tüm hizmet birimleri arasında uyumlaştırmayı sağlayacak önlemleri alması ve iyi bir haberleşme sistemini oluşturması gerekmektedir. Aksi halde, hizmette aksamalar ve kaynakların etkin kullanılmaması söz konusu olabilecektir.

e) Hastane hizmetlerinin, geniş denetim alanına sahip yöneticiler tarafından denetlenmesi ve uyumlaştırılmasında zorluklar vardır. ABD'de hastane yöneticilerinin denetim alanlarındaki ast sayısı 5-10 arasında değişmektedir(99). Hastanelerin hizmet sektörü olmaları nedeniyle, hastanedeki yöneticilerin denetim alanlarının dar tutulması büyük önem taşımaktadır.

Hastanelerimizde yönetim alanı geniş tutulduğundan, gerekli yönlendirmeler, kontrol ve denetim fonsiyonları tam anlamıyla yerine

(99) Seçim., a.g.e., Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, s.207

getirilememektedir. Bunun sonucu olarak da, hizmette aksamaları ve etkin olmayan kalitesiz bir sağlık hizmeti görülmektedir.

f) Hastanelerde personelin yetiştirilmesi ve geliştirilmesiyle ilgili eğitim hizmetlerinde büyük eksiklikler ve yetersizlikler söz konusudur. Bu konuya yeterince önem verilmemesi nedeniyle personel gelişimi sağlanamamakta, bu da verimsizliğe, hizmetin kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Son yıllarda hastanelerimizde, hekimlerin kendi gelişimlerine yönelik sürekli eğitimleri yanısıra özellikle hemşirelik hizmetleri personelinin eğitimi ve geliştirilmesine yönelik programlar artmaya başlamıştır.

g) Hastanelerimizde modern bilişim, sistemlerinin kullanımı oldukça sınırlıdır. Yakın zamanda kurulan özel hastaneler dışında, hastayla ve hastane personeliyle ilgili verilerin yanısıra, yönetsel verilerin kaydedildiği bilgisayar sistemlerine rastlanılamamaktadır. Sonuçta, hastanelerimizde özellikle planlamada büyük önem taşıyan güvenilir verilere ulaşılamamaktadır.

Ancak, hastane yönetiminde bilgi sistemleri, genellikle kaynak kullanımı, mali işlerde, malzeme alımı (satın alma) ve personel yönetimin de yanısıra klinik tanı ve tedaviyle ilgili alanlarda kullanılabilmektedir(100).

h) Hastaneler fazla sayıda kadın personelin çalıştırıldığı (özellikle hemşirelik hizmeti personeli çoğunluğu oluşturduğundan) ve buna bağlı sorunların sık görüldüğü işletmelerdir. Kadınların üstlendiği çeşitli roller (ev kadınlığı, annelik gibi) iş verimini olumsuz etkileyebilmektedir. Hastanelerimizin birçoğunda kreş konusunun çözümlenmemiş olması ve çocuklarının bakım sorunu, vardiyalı çalışma sistemi sonucu ev kadınlığı rollerini iyi yapamamanın getirdiği sorunlar ve gece vardiyasına (24-08) gelmede servis sağlanamamasıyla ilgili sorunlar önemli yer tutmaktadır. Bu ve benzer birçok sorun karşısında, kadınların işten ayrılma oranı yani personel devri yüksek olmakta ve özellikle hemşirelik hizmetleri gibi profesyonel bir meslek grubunda yeri kolaylıkla doldurulamayan personel yetersizliği ortaya çıkarak, buna bağlı hizmet aksamaları görülebilmektedir.

(100) Oya Kalpsiz, "Hastane Yönetim Bilişim Sistemi", Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi, Sayı 22. 1991, s.609.

2.2. HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE PERFORMANS DEĞERLENDİRME

2.2.1. HEMŞİRELİK MESLEĞİNİN TANIMI, FELSEFESİ ve TARİHSEL GELİŞİMİ

Hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin konumuyla ilgili açıklamalara geçmeden önce, hemşirelik mesleği ve hemşirelik hizmetleri yöneticisi ifadelerine değinilerek, hemşirelik hizmetlerinin felsefesi ile tarihsel gelişimi üzerinde durulacaktır.

2.2.1.1. Hemşirelik Mesleği ve Hemşirelik Hizmetleri Yöneticisinin Tanımı

Hemşirelik, her türlü sağlık kurumunda sağlığın değerli kılınması ve hastalıkların önlenmesi için, her yaşta beden ve akıl hasta ya da sakat bireylerin bakımından sorumlu bir meslektir(101).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN)'nin hemşirelik tanımına göre, "hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirmeye ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur"(102).

Türk Hemşireler Derneği (THD)'nin 1981 yılında yapmış olduğu tanıma göre "Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini(103).

Hastalar hastaneden genellikle nazik, bilinçli ve yetenekli bir bakım verilmesini, güvenliğinin sağlanmasını, kişisel beceri, temizlik ve ilgilerine anlayış gösterilmesini istemektedirler. Bu tür bakım sağlandığı zaman, hastalarda iyiye doğru bir değişme görüleceğinden bunları yerine getiren, sonucu gören ve hastayla ilgilenen tüm sağlık personeli

(101) Gülten Uyar., "Hemşireliğin Çağdaş Gelişimi ve Hemşirelik Mevzuatı" *Türk Hemşireler Dergisi*, Cilt 39, Sayı 4, Ankara, Bil Ofset, Aralık, 1990, s.9..

(102) Janice B. Lindberg, - Mary L. Hunter - Ann Z. Kruszewski, *Introduction to Nursing*, Philadelphia, J.B.Lippincott Company, 1990, s.41.

(103) Necmiye Sabuncu - Kamerya Babadağ, *Hemşirelik Esasları*, Anadolu Üniversitesi Yayın No.49, Eskişehir, Etam A.Ş. Web Ofset, Eylül 1991, s.3.

büyük bir memnunluk duyacaktır(104). Hastanın iyiye gitmesinde hemşirelik tanımlarında da değinilmiş olan faaliyetlerin önemli bir payı olduğu üzerinde özellikle son yıllarda durulmaktadır.

Oktay'a göre, hemşirelik tanımları, ortak olarak bireyi ilgi merkezinde kabul etmekte, "güç, istek ve bilgiden yoksun bireye, bağımsızlığına, huzura, rahatlığa, güvenliğe ulaşma yolunda ya da bu yeteneklerini koruma ve geliştirme yolunda" yardımı ve bakımı önermektedir. Sonuçta hemşirelik, bireyin ve insan gruplarının bakımını, sağlığının düzeltilmesini, korunmasını, ve ilerletilmesini kapsamaktadır(105).

Yukarıdaki tanımlardan da, görülebileceği gibi, hemşirelik hizmetleri, hastanın kapsamlı hemşirelik bakımı denilen bedensel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını, hasta ve ailesinin eğitimi içine almaktadır.

Hemşireler bu fonksiyonlarını yerine getirirlerken, diğer sağlık gruplarıyla da yakın ilişki halindedirler. Hastanelerdeki bu ilişkilerde, yönetsel anlamda fonksiyonel bir bağlantı olmadığı halde (ast-üst ilişkisi gibi) özellikle hekim personelin sanki yönetsel bir ilişkileri varmışçasına hemşirelik personeline müdahale etmeye kalkışması sonucunda çatışmalar doğmaktadır. Böyle bir gelişmenin olmaması, ancak yönetici hemşirelerin rollerine sahip çıkmaları ve etkin olmalarıyla gerçekleştirilecektir.

Yönetici hemşire veya başhemşirenin rolünün açıklanmasından önce, yönetici hemşirenin (başhemşirenin) tanımlanmasının konunun akışı açısından uygun olacağı kanısındayız.

Hemşirelik hizmetleri yöneticisi, hastane ya da diğer sağlık kurumlarındaki hemşirelik bakımının en üstün şekilde karşılanmasından ve hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, yönetilmesi, denetlenmesi, koordine edilmesi ve değerlendirilmesinden sorumlu olan hemşiredir(106).

Hemşirelik hizmetleri yönetimi, hastalara hemşirelik bakımı verirken gerekli her türlü olanağı sağlayan koordineli faaliyetleri yürütmektedir.

(104) Perihan Velioğlu, "İ.Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanelerindeki Hemşirelik Hizmetlerinin Yeniden Örgütlenmelerine Dair Rapor", **Hemşirelik Bülteni**, Cilt.2, Sayı.7, İstanbul, İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi, 1986, s.3.

(105) Sevgi Oktay, "2000 yılında herkese sağlık için hemşireliğin yükümlülüğü ilkeleri ve rolü", **Hemşirelik Bülteni**, Cilt IV, Sayı 17, İstanbul, İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi, 1990, s.12.

(106) Velioğlu, a.g.e., **Hemşirelikte Yönetim**, s.57.

Hemşirelik hizmetleri yöneticiliği özel bilgi, beceri ve kişiler arası ilişkilerde ileri bir anlayışı gerektirmekte hemşirelikte yöneticilik bir uzmanlık işi olmaktadır. Yönetici hemşirelerin, mesleki bilgi ve becerileri yanısıra yönetim alanında bir eğitimden (formasyondan) geçmiş olmaları ve alanında deneyim kazanmış olmaları da gerekmektedir.

Hastanelerimizde, genellikle yönetici hemşirelerin kendi personeli yönetmek dışında farklı birçok rolü üstlendikleri görülmekte, özelliklede destek hizmetlerini ilgilendiren birçok konudan hemşirelik hizmetleri yöneticileri sorumlu tutulmaktadır. Esas sorumlulukları hemşirelik hizmetleri personeli olduğu halde, yönetici hemşirelerin özellikle ev idaresiyle ilgili (çamaşırhane, ütö, terzi, temizlik gibi) birçok işle ilgilendikleri ve yönetimlerinden sorumlu tutuldukları görülmektedir. Bu durumda, onların yönetim alanında kendilerini geliştirmeleri gereksinimini hissetmelerinde etkili olmuştur.

2.2.1.2. Hemşireliğin Felsefesi

Hemşirelik, "birey ya da grupların sağlığının tehlikeye düştüğü baskılı durumlarda, bu tehlike ve gerginliği ortadan kaldırma ya da iş ve kişilerarası ilişkilerde denge sağlamada" görev yüklenmektedir. Hemşire bu görevi yaparken, "kişiler üzerinde baskı yapan uyaranların tepkisini azaltma, hastanın fiziksel ya da psikolojik çevresinin yönetimi, uyum ve savunma mekanizmasının korunması ve desteklenmesi gibi bir sürecin kapsamına girmektedir(107).

Hemşireler, hastane ortamında hastaya en yakın sağlık grubunu oluşturmaktadır. Hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal tüm sorunlarını öğrenebilmek açısından hemşireler diğer sağlık meslek gruplarına göre daha avantajlı bir durumdadırlar. Hastaların, sıkıntılarını, problemlerini ve beklentilerini karşılayabilmekte veya karşılanmasında diğer sağlık grubu üyelerini harekete geçirebilmektedirler. Diğer bir deyişle, hemşire, hasta-hekim, hasta-diyetisyen, hasta-eczacı, hasta-fizyoterapist vb. gibi ilişkilerde koordinasyonu ve dengeyi sağlamaktadır. Ayrıca, hastayı psikolojik travmalardan koruyan, onun olağanüstü olaylara uyumunu sağlayan ve destekleyen de yine hemşireler olmaktadır.

Hemşirelik felsefesi geliştirilirken genellikle, insan, sağlık, hastalık ve toplum gibi temel kavramları konu alanı içine alan hemşireliğin tüm boyutlarını kapsayacak bir felsefenin oluşturulmasında güçlüklerle karşılaşmaktadır. Buna karşın, Türk Hemşireler Derneği'nin hemşire-

(107) Perihan Veliöğlu - Kamerya Babadağ, **Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları No.562. Eskişehir, Etam A.Ş. Web Ofset, Nisan, 1992, s.34.

lere rehber olmak üzere saptadığı hemşireliğin felsefesi şöyledir; Hemşirelik bireylere ve ailelere verilen bir hizmettir, o nedenle toplumsal bir kurumdur. Toplumsal yapılar ve sorunlar sürekli değiştiği için, hemşirelik hizmetleri toplumun temel gereksinimlerine yanıt verme ilkesini sürekli olarak koruyacak şekilde, işlev ve rollerini değiştirmektedirler(108).

Velioğlu, “**Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru**” adlı kitabında hemşirelik felsefesinin aşağıdaki kavramları içerdiğini belirtmektedir(109).

- Hemşirelik, sağlıktan sapmalar olduğu zaman (akut veya kronik) bireyin optimal sağlık bakımı görmeye hakkı olduğunu savunur.

- Hemşirelik, bireyin sağlıklı bir ortamda yaşamaya hakkı olduğuna inanır.

- Hemşirelik kendine özgü bilgi ve olgular içeriği olan, bağımsız bir sağlık disiplindir.

- Hemşirelik mesleği, topluma hizmet götürme işlevinde diğer sağlık meslekleriyle sıkı bir işbirliği yapılmasının gerektiğine inanır.

- Bireyin kendine özgü yapısı, kişiliği ve bütünlüğü içinde hak ve mahremiyetine saygılı olmayı gerektirir.

Türk Hemşireler Derneğinin de hemşireleri yönlendirmek amacıyla belirlemiş olduğu hemşirelik felsefesinin esası , yukardaki açıklamanın paralelinde geliştirilmiştir ve bu hemşirelik felsefesi de insanların gereken tedavi ve bakımı alma, sağlıklı ortamda yaşama hakkı olduğunu esas almaktadır. İlerideki bölümlerde de değinileceği gibi, hemşirelik kendine özgü bilgi ve değerleri olan ayrı bir meslek ve sağlık disiplindir. Hemşirelik mesleği, topluma sağlık hizmeti sunmada diğer sağlık disiplinleriyle yakın bağlantıyı gerekli görmekte ve ayrıca bireyin kişiliğine, bütünlüğüne, hak ve mahremiyetine saygılı olmayı da ilke olarak kabul etmektedir.

Hemşirelikle ilgili kuralların belirlenmesi ve yorumlanması, ahlaki prensiplerle ve yüksek kalitede hemşirelik bakımı ile uyumlu olan hemşirelik sorumluluklarının yerine getirilmesinde tutum ve ilişkiler açısından rehberlik sağlayacaktır. Amerikan Hemşireler Birliğinin 1976’da yayınladığı, 1985 de ikinci kez basılan”Hemşirelik Kuralları” 11 madde de

(108) Ibid., s.34.

(109) Perihan Velioğlu, **Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru**, İstanbul, Bozok Matbaası, 1985, s.30.

toplanmıştır. Bunların en önemlileri şunlardır; hemşire sınırlama olmadan bakım verir, bireyin yetersiz uzmanlık, ahlakdışı ve yasadışı uygulamadan etkilenmesi halinde koruyucu rol oynar, hastanın gizlilik hakkını korur, kendi hemşirelik kararları ve faaliyetlerinin sorumluluğunu ve hesabını üstlenir, hemşire mesleki gelişime katkısı olan faaliyetlere katılır, hemşirelik standartlarının korunması ve geliştirilmesi için mesleki çabaları destekler, toplumun hemşirelik hakkında yanlış bilgilendirilmesi ve yanlış tanıtılmasını önleyecek olan çalışmalara katkıda bulunur, ayrıca halkın sağlık gereksinimlerini karşılamak için ulusal faaliyetlerde ve toplumu ilerletmede diğer mesleklerle işbirliği yapar(110).

Yukarda belirtilen hemşirelik kurallarına, ülkemizdeki hemşireliğin konumu açısından bakıldığında, birçok eksiklik ve yetersizlikler görülmektedir. Öncelikle hemşireler, ayrı bir meslek grubu olarak bağımsız kararlarını tam olarak verememektedirler. Hemşirelik mesleği var oluş çabalarını sürdürmekte ise de, bu konuda henüz tam anlamıyla organize olamamış ve birleşememiştir. Hukuksal açıdan da, konumu çok net değildir. Yeni yasal düzenlemelerle bu gibi olumsuzlukların giderilmesi amaçlanmaktadır.

2.2.1.3. Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi

İlk çağlarda sağlık uygulamalarının sihire dayalı ve folklorik girişimler şeklinde olduğu görülmekte ve hayır işleriyle uğraşan kadınların yanı sıra, doğumları gerçekleştiren, bazı dini törenleri yöneten ve buralara sığınanların bakımını yürüten, tapınaklarda görev alan kadınlar da bulunmaktaydı. Eski Yunanistan'da ise, tıp ilahî kabul edilen Asklepios'un oğulları cerrahlik yaparken, ailedeki kadınlar da hasta bakımı ve sağlığın korunmasıyla ilgili görevler üstlenmişlerdir. Hippocrates'le (MÖ 460-370) hekimlik, sinir ve büyüden ayrılıp bir bilim haline dönüşmeye başlamıştır(111).

Ortaçağın ilk döneminde, katolik kilisesi kadına dini inançları nedeniyle hayır işleri ile ilgilenmesi dışında kısıtlama getirmiş ve kadınlar uzun yıllar pasif bir sosyal yaşam sürdürmüşlerdir. Rönesansla birlikte bu rol değişmiş ve kadının konumuyla ilgili genel görünüşünde, kadınlık yönü yüceltilerek, entellektüel yetenekleri geri plana itilmiştir. 17 yy başlarında ilk kez kadın-erkek eşitliğinden söz edilmeye başlanmıştır. 19. yy ortalarına kadar kadının toplumsal yaşamda dikkate değer bir

(110) Oktay., a.g.e., "2000 yılında herkese sağlık", s.12-13.

(111) Şentürk, a.g.e., s.19-22.

etkinliği olmamıştır. Ancak, kadınlar hakkındaki toplumsal tutum, kadın hakları hukuk, eğitim, politik ve çalışma alanlarındaki değişimlerle ilerleyebilmiştir(112).

18. yy'de J.Howard ve Elizabeth Fry'in mahkumlarla ilgili çalışmaları, özellikle Fry'in askeri mahkumlar için verdiği hizmetler, Bayan D.Dix'in akıl hastaları ile ilgili çalışmaları, hemşirelik gelişimine ışık tutmuştur. 19. yy'ın ilk yarısında Almanya'da Dusseldorf kentine yakın Kaiserwerth kasabasında, Luthar kilisesine mensup T.Fliednen, Fry ile tanışmış onun mahkumlarla ilgili çabalarından etkilenmiş ve böyle bir kurumun işleyişini ve hizmet vereceklerin eğitiminin planlanmasını yapmıştır. "Kaiserwerth Dekonesleri" olarak adlandırılan adaylar, üç yıllık hasta bakımı, farmakoloji eğitiminden geçirilip, cep harçlıkları verilerek, bölümler arasında nöbetleşe görev değiştirip, üniforma giymişlerdir. Bunlar "Protestan Hemşireleri" olarak da tanınmaktadırlar (113).

Modern hemşireliğin kurucusu olarak bilinen Florence Nightingale 1951'de Kaiserswerth Enstitüsüne giderek hasta bakımı konusunda eğitim görmüş ve Salisburg hastanesinde ilk İngiliz hemşiresi olarak görev almıştır. Kırım savaşı yıllarında Türkiye'de (Üsküdar'daki Selimiye kışlasında) bulunmuştur. Florance Nightingale hasta bakımında sadece müşvik olmanın yetmediğini hastaya bakma sanatının, yaşamak ve ölmekle ilgili her çeşit konunun diğer mesleklerde olduğu gibi örgün bir eğitimle ve deneyimle öğrenilebileceğini düşünen ilk insan olmuştur. Yaşamı boyunca modern hemşirelik kavramının kökleşmesine ve gelişmesine çaba harcamış, bir çok hemşirelik okulunun açılmasında öncülük ederek, hemşireliğin bir meslek olduğunu dünyaya kabul ettirmiştir(114).

Hemşireliğin yukarıda değinilen tarihsel gelişiminin mirası ve birikimi, hemşirelerin mesleksel faaliyetlerine ve ilişkilerine bazı farklılıklar getirmesi şeklinde yansımış ve günümüzde de görülen birçok sorunun kaynağını oluşturmıştır. Bu yansıma Velioğluna göre, şu şekilde olmaktadır(115).

- Hemşirelik eski bir uğraş olmasına karşın, meslek olarak çıkışı oldukça yenidir, 19. yy ilk yarısının sonlarına rastlamaktadır. Hemşireliğin üniversite düzeyinde bir eğitime kavuşması, Dünya'da yarım yüzyıllık, ülkemizde ise 30 yıllık bir geçmişe sahip bulunmaktadır.

(112) Velioğlu.,-Babadağ., a.g.e., s.129-130.

(113) Velioğlu.,-Babadağ., a.g.e., s.117-144.

(114) Şentürk., a.g.e., s.60-67.

(115) Velioğlu., a.g.e., Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru, s.71-77.

- Hemşirelik bir meslek olarak, hekim buyruğunu yerine getirmenin dışında ne yapması gerektiği konusunda yol gösterecek kadar bilgiyle donanmamıştır. Hekim ve hemşirelerce benimsenen bu çalışma şeklinin, oluşumunu etkileyen çeşitli etmenler bulunmaktadır. En önemlisi, başlangıçta hemşire eğitimi ve yönetiminin büyük bir bölümünün bazı okullarda ise tümünün hekimler tarafından yapılıyor olmasıdır. Hekimlerin hemşireleri eğitmesi, hemşirelerin bu konumda olmalarında etkili olmuştur.

- İlk hemşire okullarının öğrencileri genellikle az gelirli aile kızlarından oluşmuştur. Bu öğrenciler doğru ve yanlış üzerine temellendirilen kesin kurallarla yetiştirilmişler ve otoriteye (anne-baba) sonsuz itaat etmek zorunda bırakılmışlardır. Hekimler bu durumdan yararlanarak, itaatkar, kurallara saygılı fakat bağımsız düşünce ve aksiyondan oldukça habersiz, iç gözlemden yoksun ve teorik bilgiden zayıf bu kişilerden iyi yardımcıları yetiştirme yoluna gitmişlerdir. Hastanelerin giderek eğitim hastaneleri haline gelmeleriyle hemşirelerin bu rolleri günümüzde genç asistanlara verilmeye başlanmıştır.

- Dünya'da 1940'lerde, ülkemizde ise 1954'lerde tıbbın ve hemşirelik bakımının ayrılıkları üzerinde konuşulmaya başlanmıştır. Hemşire liderler, hemşireliğin bir meslek olduğunu ve otonomisinin bulunması gerektiği üzerinde durmaya başlamışlardır. Yüksek okulların açılmasıyla, hemşireler kariyer yapmaya, araştırma-incelemeğe yönelmişler, kitap ve makale yayınlamaya başlamışlardır. Bu gelişmeler hemşire-hekim ilişkilerinin dönüm noktasını oluşturmuştur.

- Gelişmeler doğrultusunda hemşirelerin kendileri hakkındaki düşünceleri değişikliğe uğrayarak, düşünmeye yönelmişlerdir. İş merkezli yaklaşımın dışına çıkarak, hastanın gereksinimlerini esas alan ve kendilerinin temel uğraşı alanı olan bakım fonksiyonlarına sahip çıkmaya başlamışlardır.

Ülkemizde hemşireliğin meslekleşme mücadelesi hala devam etmektedir. Gelişmiş ülkelerde, hemşirelik özerkliğine kavuşmuş ve ayrı bir sağlık disiplini olduğunu kanıtlamış durumdayken, ülkemiz gibi az gelişmiş ülkelerde hemşirelik mesleği hala ayrı bir disiplin olduğunu kanıtlamaya çalışmaktadır. Son yıllarda, ülkemizde Sağlık Bakanlığı bünyesinde bu konuda olumlu bir çok gelişme söz konusu olmuştur. 1992 yılında yapılan Genel Sağlık Şurası'nda hemşireliğin konumuyla ilgili, yeni yasal düzenlemelerin geliştirilmesi önerilmiştir. Örneğin, hemşirelik mesleğinde eğitim düzeyinin yükseltilmesi, en az ön lisans düzeyinde eğitimin planlanması kararlaştırılmıştır. Bunun gibi, olumlu birçok

gelişmelerin devam etmesi sonucunda hemşirelik mesleği olması gereken konuma kısa sürede ulaşabilecektir.

2.2.2. HEMŞİRELİĞİN HASTANE YÖNETİMİNDEKİ YERİ ve ÖNEMİ

Hemşireliğin hastane yönetimindeki yeri ve önemine değinmeden önce, toplumun kadına bakışı ve dolayısıyla da bir kadın mesleği olarak hemşireliğin bu durumdan etkilenişini ve toplumsal konumu üzerinde durulacaktır. Daha sonra hemşireliğin hastane organizasyonlarındaki yeri ve önemi vurgulanmaya çalışılacaktır.

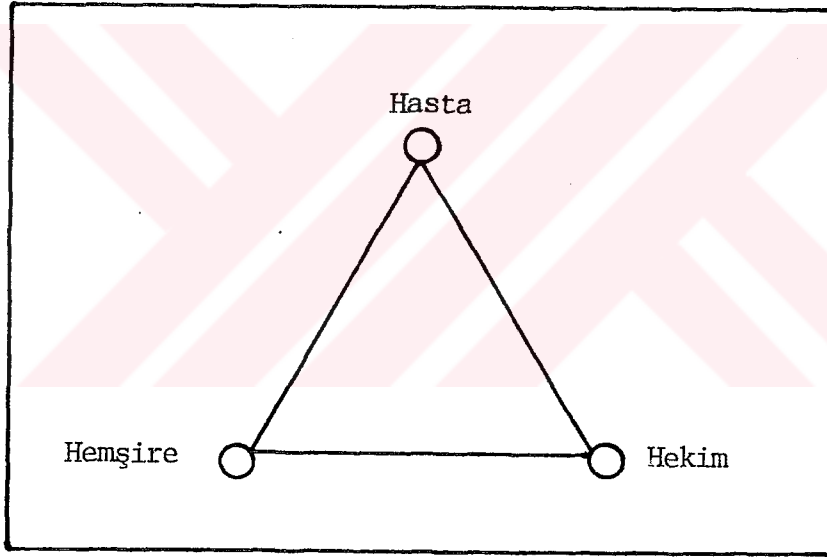
Gerek Dünya’da, gerekse Türkiye’de kadınlar ev dışındaki çalışmalarında, iş hayatının insanlara sağladığı olanaklardan yeteri kadar yararlanamamaktadırlar. Maddi ve manevi tatmin sağlayan, toplumsal statüsü yüksek mevkilerde kadınları görmek olasılığı oldukça zayıf olmakta, toplumun olumsuz inançları, duyguları ve tutumları nedeniyle kadınların mesleksel gelişimleri sınırlı kalmaktadır(116).

Hemşirelik mesleği uzun yıllar kadın mesleği olarak görülmüş bu durum ise, hemşirelik mesleğinin toplumsal statüsünü ve gelişimini olumsuz yönde etkilemiştir. Yukarda da, değinildiği gibi kadınlar iş hayatının olanaklarından sınırlı oranda yararlanmakta, genellikle toplumun kadına uygun gördüğü rolleri üstlenmektedirler. Hemşirelik mesleği de, bu şekilde algılanarak kadınlara mal edilmektedir. Ancak, günümüzde ABD’de ve Avrupa’da erkek meslek üyelerinin sayıları giderek artmaktadır. Ayrıca, ülkemizde de yeni geliştirilen sağlık mevzuatında cinsiyet ayrımı kaldırılarak erkeklerinde mesleğe kabul edilmesi öngörülmüştür.

Hastane ortamında, kadın olarak edilgen yetiştirilmiş olmaları hemşirelerin davranışlarında etkinlik gösterememelerinde önemli rol oynamaktadır. Hemşirelik mesleğini seçenler genellikle alt ve orta toplumsal yapıdan gelmekte ve eğitim düzeyleri düşük olmaktadır. Bu durum ise, hemşirelerin toplumsal çevrelerini sınırlamaktadır. Ayrıca, hekimlerin eğitim düzeyleri ve yaşça büyük olmaları, hemşirelik personelinin sorumluluk almalarını olumsuz yönde etkileyerek, hemşirelerin kendilerini bağımsız bir meslek üyesi olarak görmelerini de engellemektedir. Hemşirelerin profesyonel meslek üyeleri gibi davranmamaları ve bu bilince sahip olmamaları sonucunda, hemşirelik günümüzde de hala meslekleşme (profesyonelleşme) mücadelesini vermektedir.

(116) Hayat E.Kabasakal, "Yöneticilik, Kadınlar ve Toplumsal Tutumlar", *Journal of Economics and Administrative Studies*, Vol.5, No.1, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, Winter, 1991, s.25-27.

Hastane ortamının insanlar üzerindeki etkisini ve hemşirelerin buradaki rolünü kavrayabilmek için, hastane ortamının deneyimlenmesi büyük önem taşımaktadır. Hasta olmanın ne demek olduğundaki derin ve kapsamlı görüşe sahip olabilmek ve hasta olan bireyin duygularını anlayabilmek için, bireysel deneyimlerimizi analiz etmemiz gerekmektedir. Hasta, hiçbir zaman hastalanması olayının onda açtığı psikolojik travmayı unutamaz. Hayatın görünüşü değişmiştir ve bir başka hayat başlamıştır. "Hastayı, yalnızlığı, mutsuzluğu, düşkünlüğü ve acısı ile kabul ederek, iyileşmesinde gerekli bakım gereksinimlerini, bilgisi, üstün tekniği, kültürü, insani nitelikleriyle karşılayacak olan sağlık personeli, hemşireler" olmaktadır. Hemşire, teknik üstünlüğünü, insancıl davranışını bakımı ile ahenkli bir şekilde birleştirmeli, geliştirmeli ve hastasına sunmalıdır(117). Bunun sağlanamadığı hastanelerde ise, hemşirelik hizmetlerinin kalitesinden ve hastanın doyumundan söz etmek söz konusu olamayacaktır.



Şekil 2.4 Hasta Bakım Üçgeni

Şekil 2.4'de görüldüğü gibi hasta bakım üçgeni sağlık yönetiminin esasını oluşturmaktadır. Hastanın özelliğine göre, ilgili olan diğer sağlık hizmet birimleri olaya katılmaktadırlar. Örneğin; psikoterapi, fizyoterapi, röntgen vb. gibi diğer sağlık hizmet birimlerinin katılımı söz konusu olabilmektedir. Hasta bakım üçgeninde yönetim fonksiyonunun başarısı, hasta/hekim/hemşire grubunun işlevlerini olabildiğince kolaylıkla,

(117) Velioglu., a.g.e., Hemşirelik Üstüne Düşünceler, s.172.

etkinlikle, ekonomiyle, yararlılıkla ve insancıl olarak yapmaları için, yetkilendirilmeleri ile gerçeğeşebilir(118).

Sağlık yönetimi, hasta-hemşire-hekim üçgeninin etkin ve verimli bir çalışma göstermesini işlevlerini tam olarak sürdürmesini hedeflemektedir. Burada iyi bir koordinasyonunun sağlanmasıyla başarılı bir hizmet elde edilebilecektir. Bakım üçgenindeki bu koordinasyonu sağlayan da, hastaya en yakın durumda olan hemşirelik hizmetleri personeli olacaktır.

Yönetim fonksiyonu kaynakların en iyi kullanımını gerektirdiğinden, hastaneyle ilgili kaynakların (para, araç, makina, yöntem, zaman gibi) en etkin kullanması için, en kısa zamanda daha fazla işin nasıl yapılabileceği konusunda hastane yöneticilerinin duyarlı olmaları gerekmektedir(119). Hastane yöneticisi, hasta bakım üçgeninde, hemşirenin rolünün önemini görerek hizmetin etkin ve verimliliğini geliştirebilir. Hemşireler karmaşık ve yoğun işlevleri nedeniyle, sağlık hizmetinin sunumunda, ekip üyeleri ve hastalar arasında koordinasyonu sağlamada önemli bir konuma sahip bulunmaktadır.

Hastanelerimizde en çok aksayan hizmet, hemşirelik hizmetleri olmaktadır. Bunun en önemli nedeni, bu hizmetlerin eğitim ve deneyimine sahip hemşireler tarafından yönetilmemesidir. Başhekimliğe bağlı olarak yürütölen hemşirelik hizmetlerinde, başhekimlerin yönetim alanındaki bilgi yetersizlikleri nedeniyle çatışmalar ve sorunlar görölebilmektedir. Yönetim bir uzmanlık işi olduğundan, bu hizmetlerin yönetiminin uzmanlara verilmesi birçok sorunun giderilmesini sağlayacaktır. Modern hastanelerde, hemşirelik hizmetleri bölümü, hastanenin % 50-60 gibi geniş bir personel bölümünü kapsamaktadır(120). Bu nedenle, hemşirelik hizmetleri hastanelerin, etkin ve verimli bir hizmet sunabilmelerinde, oldukça önemli bir yere sahip bulunmaktadır.

Hastanelerde işletme giderlerinin önemli bir kısmını personel giderleri oluşturmaktadır. Seçim'e göre, personel giderleri içinde, personelin yaklaşık % 60'ını oluşturan ve bütçe içinde yaklaşık % 40'lık bir paya sahip olan hemşirelik hizmetleri personeli başı çekmektedir. Bu nedenle hemşirelik hizmetleri, hastaneler de verimliliğin arttırılabileceği en önemli alan durumundadır(121).

(118) Brain Lemin, *First Line Nursing Management*, Liverpool, Pitman Publishing Inc., 1978, s.2.

(119) Ibid., s.13.

(120) Veliloğlu., a.g.e., *Hemşirelik Üstüne Düşünceler*, s.110.

(121) Seçim., a.g.e., *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*, s.41.

Hemşirelik hizmetleri iyi yönetildiği zaman, etkili ve verimli bir hasta bakımı vererek, yönetsel standartları destekleyerek ve halkla olumlu ilişkiler kurarak, hastanenin hedeflerine katkıda bulunarak, hastanenin amaçlarına ulaşmasını büyük ölçüde sağlayacaktır. Hastanelerimizde tüm meslek grupları için görev, yetki ve sorumlulukları açıkça belirten, yönergeler bulunmamaktadır. Bu karmaşa içinde hemşirelik personeli, hasta bakımının sürekliliğini sağlayan, tüm sağlık işgörenlerini uyumlaştıran bir tampon rolü görmektedir. Hastanede sayısal çoğunluğu oluşturmalarına rağmen, hemşirelik personelinin yönetsel özerkliği son yıllarda verilmeye başlanmıştır. "Yöneticilik kavramı" hemşirelik hizmetlerinde oldukça yeni bir kavram olup, hastanelerde yönetici roller üstlenmeleri çok yakın bir geçmişe dayanmaktadır. Hemşirelik mesleğinin gelişimi, hemşireliğin yönetsel bağımsızlığını elde etmesine ve gelişimini tamamlamasına bağlı bulunmaktadır.

2.2.3. HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN YÖNETİMİ

2.2.3.1. Yönetici Hemşirelerin Rollerı

Hemşirelik hizmetleri yöneticisi, hemşirelik hizmetleri bölümünü yönetmekten sorumludur. İyi bir hemşirelik hizmetleri yönetiminin, iyi bir hemşirelik bakımının sağlanmasıyla yakın ilişkisi bulunmaktadır. Hemşirelik hizmetinin etkinliğinin ve verimliliğinin sağlanmasında hastanenin ve hemşirelik hizmetleri bölümünün yönetim yapısı büyük rol oynamaktadır.

Hemşirelik hizmetleri yönetimi, "hastaların hemşirelik bakımının ve hastanenin amaç ve politikalarının gerçekleştirilmesine yönelik bir faaliyet sistemidir"(122).

Hemşirelik hizmetleri yönetimi, bireyin sağlığının korunması, sağlığı bozulduğunda tedavi ve bakım işlemlerinin hemşirelik hizmetleri personeli aracılığıyla sürdürülebilmesi için, insangücü ve maddi kaynakların sağlanmasını ve bu kaynakların ekonomik şekilde kullanılmasını gerektiren bir süreçtir. Hemşirelik hizmetleri yönetim süreci, veri toplama, planlama, örgütleme, kadrolama, yönlendirme ve kontrol işlevlerini kapsamaktadır(123).

(122) Velioğlu., a.g.e., I.Ü.Araştırma ve Uygulama Hastanelerindeki Hemşireliğin Örgütlemesine Dair Rapor" s.4.

(123) Gülten Uyer., Hemşirelik ve Yönetim, Hürbilek Matbaacılık, Ankara, 1993, s.66.

Yönetici hemşirelerin yukarıda kısaca belirtilen yönetsel fonksiyonları etkili bir şekilde yerine getirmeleri ile iyi işleyen bir hemşirelik hizmetleri yönetimi sağlanabilecektir. Yöneticilerin, astlarının işlevlerini iyi bilmesi, denetim ve kontrol yapmalarını kolaylaştıracak, sorumluluk ve yetkinin dengeli şekilde dağıtılması organizasyona etkinlik kazandıracak yanısıra iyi bir iletişim ağının kurulması, çağdaş ve objektif tutumların sergilenmesi, yönetici hemşirelerin başarısını artıracaktır. İyi bir hemşirelik hizmetleri yöneticisinin başarılı olması için aynı zamanda liderlik özelliklerine de sahip olması gerekmektedir.

Hemşirelik hizmetleri yönetiminde etkin bir liderlik büyük öneme sahiptir. Hemşirelik personeli de diğer işgörenler gibi liderlerini gözlemler, dinler ve onlar hakkında belli düşünceler geliştirirler. İşgörelere eğer önemsenmedikleri, grubun bir parçası olmadıkları veya yalnızca iş yapmak için gerektikleri hissettirilirse, bu ortamdaki liderler grubun gerçek lideri olamayacaklarından sadece ismen (göstermelik) bir lider ya da yönetici konumuna düşeceklerdir. Oysa, etkili bir liderliğin varlığı planlama, organizasyon, görevlendirme, rehberlik, koordinasyon, işbirliği, katılma, gözleme ve değerlendirmeden oluşan zincirin güçlü ya da zayıf oluşuyla yakından ilgili olmaktadır(124).

Hemşirelik hizmetleri yöneticisinin etkili bir liderlik sergilemesi, hizmetin etkinliği ve başarısı için, çok önemlidir. Gerçekten grubun liderliğini yürüten bir yönetici, grup tarafından desteklenen ve grubun benimsediği yöneticidir. Liderin bunu sağlayabilmesi için, çalışanları önemsemesi, onların grup için önemli ve vazgeçilemez olduklarını hissettirmesi gerekmektedir. Bir başka deyişle, işgörenlerin önemli olduklarını algılayabilecekleri davranışları sergilemelidirler. Etkili bir liderliği sağlamada, hemşirelik hizmetleri grubunun ve hastane ortamındaki diğer etmenlerin de önemli rolü olacaktır. Kurumda, organizasyon yapısının iyi oluşturulmuş olması, etkin iletişim ağı ve objektif adil bir değerlendirme sisteminin kurulması etkin liderliğin geliştirilmesini destekleyecektir.

Araştırmalar, hastanelerde günümüzde görülmeye başlanan yeni liderlik gereksinimi doğrultusunda gelişmeler olduğunu göstermektedir. "Liderlerin gelişimi nasıl olmalıdır?" sorusu karşısında birçok sağlık bakım kurumu hala, seminerlere ve konferanslara yöneticilerini göndermeye güvendiklerini ve bununla yetindiklerini belirtmektedirler. Buna karşın, günümüzde gelişmiş ülkelerde, giderek daha da artan sayıdaki hastanede, liderlerin işlevleriyle ilgili davranışlarını değiş-

(124) Thora Kron, *The Management of Patient Care, Putting Leadership Skills to Work*, Philadelphia W.B.Saunders Company, 1971, s.81.

tirmek için, onların sistematik ve formal eğitimden geçirilmelerinin daha etkili bir yaklaşım olduğuna inanılmakta ve hastane organizasyonunun en tepesinden en alt kademe yöneticisine kadar bu bir formal eğitim uygulanalarına gidilmekte, böylece tüm organizasyon aşamalarında belirli bir gelişme ve görüş birliğinin oluşması sağlanabilmektedir(125). Oysa ülkemizde, sağlık hizmetlerinde rol alan yöneticilerin büyük çoğunluğunun yönetim bilimiyle ilgili formal bir eğitimden geçmedikleri, özellikle hastanelerde tüm hizmet birimlerinin başı olarak kabul edilen başhekimlerin yönetim bilimi konusunda eğitim almadıkları bilinen bir gerçektir.

Hemşirelik hizmetleri yönetimi, çalışan hemşireleri ve yönetici hemşireleri yetkilendirmek ve mesleki gelişimleri için olanaklar yaratmak üzere, stratejileri tanımlayarak faaliyet göstermelidir. Bu stratejilerin yerine getirilmesinde, hemşirelik hizmetleri organizasyonunun tüm düzeylerindeki gruplar ve bireylerin, rol ve fonksiyonlarında sürekli olarak değişiklikler yaratılmaktadır. Bazı yabancı yazarlar, hemşirelik hizmetlerinin yönetiminde gerçekçi değişikliklerin yapılabilmesinde, personel ve yöneticilerin çabalarını desteklemek için, yönetimle ilgili olarak "uzman hemşire" rolünü tanımlamışlardır. Yönetici hemşireler, yönettikleri alanda değişikliği kolaylaştırmak ve yürütmek için, yönetimde uzman hemşireyi değerli bir kaynak olarak görmektedirler. Uzmanlar böylece, yönetim geliştirme olanaklarının zenginliklerini yönetici hemşirelere sunarak, onların yükünü büyük ölçüde hafifletmektedirler. Gelişmiş ülkelerdeki yönetici hemşireler, meslektaşlarıyla sürecinde personele daha çok yararlı olmak için, bilimsel bir yol olan bu yaklaşımla faaliyette bulunmayı tercih etmektedirler(126).

Yönetici hemşirelerin daha önce belirtilen yönetim fonksiyonlarını yerine getirmesi için, yönetim alanında uzmanlaşmış yönetici hemşirelerden yardım ve destek almaları olasılığı gelişmiş ülkelerde bulunmakta iken, ülkemizde böyle bir uygulamaya rastlanmaması, yönetim alanında uzmanlaşmaların çok yeni ve yetersiz olduğunun bir göstergesi olmaktadır. Ancak, hastanelerimizde hemşirelik hizmetleri yöneticileri, çok yakın geçmişte yönetim alanında eğitim görmeye, uzmanlık ya da formasyon almaya kendi istekleriyle yönelmiş bulunmaktadır.

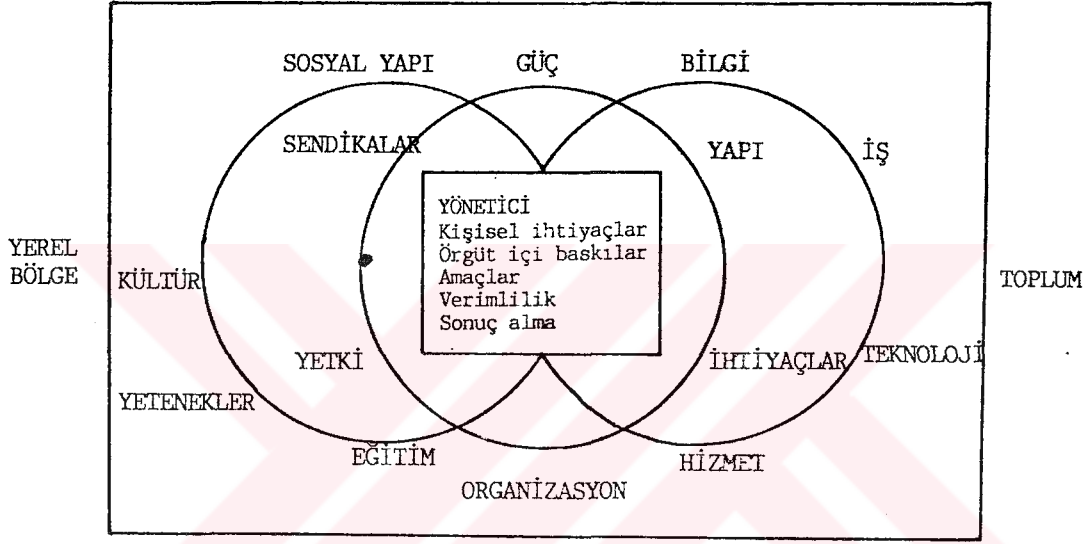
Hemşirelik hizmetleri yöneticisinin, tamamen etkin olduğunu söyleyebilmek için, şu dört esas koşulun yerine getirilmiş olması gerekmektedir(127). Birincisi, böyle bir rolde, ne gibi sonuçların beklendiğinin

(125) Allen., a.g.e., s.46-47.

(126) John M.Boyer-Carl L. Westerhaus - John H. Coggeshall, **Employee Relations and Collective Bargaining in the Health Care Facilities**, Second Edition, St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1975, s.47-48.

(127) Ken Hyett, **Nursing Management Hanbook**, New York, Churchill Livingstone, 1988, s.10.

ortaya koyması ve yöneticinin kişilik özelliklerinin belirlenmesi gerekmektedir. İkincisinde ise, istenen sonuçları başarmada, yöneticinin uygun olan zamanı ve enerjiyi ayrılmış olması sözkonusudur. En önemlisi de, bu faaliyetleri sürdürmek için gerekli olan yetenek ve bilgiye sahip olunmasıdır. Sonra da, gelecekteki gelişmelerin nasıl gerçekleştirileceğine karar vermek ve yakından olabilecek sonuçları görebilmek için, gerekli bilgilere sahip olunmalıdır.



Şekil 2.5. Yönetici ve İlgili Çevre Unsurları(128)

Şekil 2.5'de de açıkça görüldüğü gibi, yöneticiler çok çeşitli kaynaklardan gelen istek, baskı ve zorlamalar altında çalışmaktadırlar. Hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin tüm bu işletme içindeki ve dışındaki faktörlere karşı duyarlı olması ve bu faktörler arasında ilişki kurması gerekmektedir.

Profesyonel yöneticinin başarısı, büyük ölçüde başkalarına bağlı olmaktadır. Bu bağlılık "yönetim labirenti" denilen bir organizasyon yapısı içinde olmakta, dolayısıyla da yöneticinin başarısı, bu labirentin unsunlarını anlamasına bağlı bulunabilmektedir. Diğer yönden de, yönetici yaptığı işin gereği olarak, aynı anda pekçok sorunu birlikte düşün-

mek zorunda kalabilmektedir(129). Yönetim labirenti, organizasyonlar da kişilerin rollerini oynadıkları, yazılı metinleri okudukları, kendilerine düşeni söyledikleri ve ekmeklerini kazandıkları bir tiyatro sahnesi olarak kabul edilmektedir. Ancak kişi sırasını bilmezse kendi rolünü oynayamayacaktır(130).

Hemşirelik hizmetleri yöneticisi de, oldukça karmaşık bir yönetim yapısı içinde ortaya çıkan yönetsel sorunlara çözümler getirerek, hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesini sağlamaya çalışmaktadır. Hemşire yöneticilerin öncelikle, kendi kendini tanıması, yeterli ve yetersiz olduğu noktaları bilmesi, kendi benliğiyle barışık olması, onun tüm ilişkilerini etkilemesi ve etkin bir hemşirelik hizmetleri yönetimini sağlayabilmesi açısından önemlidir. Yönetici hemşirelerin bu alanda kendilerini geliştirmeleri, ortaya çıkabilecek yönetsel sorunlara karşı duyarlı olmaları gerekmektedir.

2.2.3.2. Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Görülen Sorunlar

Bugün Dünya'da ve ülkemizde hemşireliğin sağlık hizmetleri içinde önemli bir yeri olduğu artık tartışmasız kabul edilen bir gerçektir. Hemşirelik bakımının kişinin, ailenin ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalık halinde iyileştirilmesinde vazgeçilmez bir yeri bulunmaktadır.

Günümüzde ülkemiz dahil birçok ülkede, hasta gereksinimlerine göre neyin hemşirelik bakımı olacağı konusunda, hemşirelerin kendilerinin karar vermesinin uygun olduğu konular yasallaştırılmış olmamalarına karşı, hemşireler bu kararları uygulayabilmektedirler. Ancak ülkemizde, yasalarda olan bazı hususların tam olarak uygulamaya sokulamaması sonucu, hemşirelerin mesleki bilgi ve becerilerinin ortaya konulması son derece kısıtlanmaktadır. Bu durum, hemşirelik hizmetleri grubunun iş verimliliğini azaltmakta, çalışma hayatı sonunda doyumsuz olmalarına neden olmakta ve mesleki gelişimlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca, halkın hemşireyi sadece hekimin emirlerini yerine getiren ve hekimin denetiminde olan, sağlık bakım hizmetlerinde alt grubu oluşturan bireyler olarak görmesine de neden olmaktadır(131).

(129) Ibid., s.197.

(130) Joe Kell, *Organisational Behavior, Its Data, First Principles and Applications*, R.D.Irwin, 1980, s.550.

(131) Zeliha Çubukçu, "Hemşirelikte Sağlık Hukuku", *Türk Hemşireler Dergisi*, Cilt.39, Sayı.4. Ankara, Bil Ofset, Aralık-1990, s.19.

Hemşirelik hizmetlerinde bakım eksikliğini ve hemşirenin fonksiyon bozukluklarını gidermek için önerilmekte olan çözümlere, günün koşullarına uygun bazı değişiklikler getirilinceye kadar, hemşirelik hizmetleri personellerinin yeterince başarılı olmaları sağlanamayacaktır.

Hemşirelik hizmetlerinde karşı karşıya gelinen sorunları genel sağlık hizmetlerinde görülen sorunlardan, meslek üyelerinin kadın olması nedeniyle toplumumuzda kadın olmanın yarattığı sorunlardan ve gelişmesini henüz tamamlayamamış bir ülkede görülmekte olan sorunlardan tamamen ayrı olarak ele almak söz konusu olmadığı gibi, tüm bu faktörler birbirini etkileyebilmektedir.

a) Hemşirelik okullarındaki eğitimin yetersizliği ve eğitim düzeylerindeki farklılıklar: Hemşirelik eğitimi veren okullar, öğrencilerinin meslek yaşamlarına yeterince hazırlanmalarını sağlamada güçlüklerle karşılaşmaktadır(132). Bu güçlük, nitelik ve nicelik yönünden görülebilmekte olup hizmetin kalitesi açısından üzerinde önemle durulması gerekmektedir.

Hemşirelik eğitimi, öncelikle insanı ve sağlığı vazgeçilmez bir değer olarak gören; insanı, ailesi, toplum ve çevresiyle bir bütünlük içinde ele alabilen; genel sağlık sistemimizi kavrayarak hemşireliğin bu sistem içindeki yerini gören; değerlendirilebilen, kültürlü, mesleki eğitimi yeterli; hemşirelik hizmetleriyle ilgili durumları gözleyip, doğru yorumlayabilen ve bu yorumlardan karara vararak, bunları uygulayan; sonuçlarını değerlendirebilen hemşirelerin yetiştirilmesini amaçlamalıdır(133).

Sağlık Bakanlığının 2000 yılında herkese sağlık hedefleri doğrultusunda geliştirdiği sağlık politikası ile ilgili aldığı kararlara göre, hemşire okullarına giriş yaşı 17 ve üstü olarak saptanmış (uluslararası hemşirelik eğitimi kriterler doğrultusunda) ve lise düzeyinde bulunan hemşirelik eğitimi kaldırma kararı alınarak, lise üstüne temellendirilen önlisans düzeyinde hemşirelik eğitiminin sunulması uygulaması başlatılmıştır. Ülkemizde hala, hemşirelik eğitiminde standart bir eğitim yapısı oluşturulamamıştır. Yaygın bir şekilde liseye dayalı eğitim veren hemşirelik okulları mezun verirken, diğer yandan 1960'lı yıllarda kurulmaya başlayan lisans eğitimi veren Hemşirelik Yüksek Okulları ve daha sonra oluşturulmuş olan Meslek Yüksek Okulları bünyesindeki hemşirelik ön-

(132) Ginzberg., a.g.e., s.123.

(133) "Hemşirelik Eğitiminin Sorunları", Hemşirelikte Eğitim Çalışma Grubu 1990 Abant Sempozyumu Raporundan, Türk Hemşireler Dergisi, Cilt. 39, Sayı.4, Ankara, Bil Ofset, Aralık-1990, s.32.

lisans programları da farklı düzeylerde hemşirelik eğitimi vererek, mezun yetiştirmektedirler. Ayrıca, tüm bu çeşitliliğe karşın meslekte yeterlilik sınavının getirilmemiş olması nedeniyle, hemşirelik mesleğinde hala bir standartlaşmaya gidilmemiştir.

Farklı eğitim düzeylerine sahip olmalarına karşın, aynı ortamda aynı statüde çalışabilmeleri, hemşireler arasında rol çatışmalarına ve yönetsel sorunlara neden olmaktadır. Hemşirelik eğitimi veren kurumlarda, eğitimin niteliğinin artırılması için gerekli koşulların sağlanması ve temel hemşirelik eğitiminin standardizasyonu bu tür sorunların, giderilmesinde önemli bir adımı oluşturabilecektir.

b) Hemşirelikte uzmanlaşmaya duyulan gereksinim: Lisans diploması olan hemşirelerin mezuniyet derecesi, genellikle yükselmeleriyle ilgili durumlarda önem taşımakta ve dikkate alınmaktadır. Hemşirelerde uzmanlaşma isteği, sıklıkla uygun çalışma koşulları altında kendilerine sağlanan destekle mümkün olabilmektedir. Hastane yöneticilerinin, genellikle bu konuda bilinçli bir yönlendirmeleri söz konusu olmadığı gibi, bu elemanlardan gerektiği şekilde yararlanamamakta ve onların hizmetinin kalitesini artırmasında destekleyici yaklaşımları bulunmamaktadır.

Hemşirelikte uzmanlaşma ve bilimselleşme sonucunda hasta bakımının kalitesinde bir gelişme ortaya çıkabilmektedir. Hastanelerin verdikleri hizmetin özelliklerine göre, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin rollerini tanımlayan ve araştıran hemşirelik lisans üstü programları yürütülmektedir. Hemşirelikle ilgili, teorik ve pratik bilginin karşılaştırılmasını gerektiren yeni araştırmalara ise, çok az rastlanmaktadır. Hemşirelik araştırmaları sonucunda ulaşılabilecek sonuçlar, sadece teorik bilgiyi içermemeli, aynı zamanda pratiklerin yerleştirildiği klinik bilgileri de içermelidir(134).

Hemşirelik personelinde uzmanlaşmaya olan eğilim, ülkemizde oldukça yakın geçmişte görülmeye başlanmıştır. Lisans mezunu olan hemşireler kendilerini geliştirme, belli alanlarda lisans üstü eğitim yaparak kendilerini o alanda uzmanlaştırma gereksinimini duymuşlardır. Bu yönde eğitsel gelişim olanağı bulmaları, onların statülerinde ilerlemelere toplum içinde daha farklı değerlendirilmelerine ve mesleksen açıdan bireysel doyuma ulaşmalarına neden olmuştur. Günümüzde, lisans üstü düzeyde uzmanlaşmanın yanı sıra lisans eğitimi sırasında da belli dallara ayrılarak, o dalda uzmanlaşmış elemanların yetiştirilmesi düşüncesi de ileri sürülmektedir.

(134) Patricia Benner, *From Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, Addison-Wesley Publishing Company, 1984, s.270-273.

Hastane hizmetlerinde etkinlik ve verimliliğe ulaşmada, yeterli sayıda ve nitelikte yetişmiş elemanın bulundurulması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, bu kişilerin gelişimlerini destekleyici programların sürdürülmesine de çalışılmalıdır. Hastanelerde görülen hızlı ilerlemeler, hemşirelerin uzmanlaşmalarının gerekliliğini gittikçe artan düzeyde hissettirmektedir.

c) Hemşirelik Hizmetlerinde Görülen Finansal Sorunlar : Hemşirelerin çalışma koşullarındaki tüm finansal yetersizlikler özellikle de düşük ücretlemeden kaynaklanan sorunlar, nitelikli hizmet sunmalarını etkilemektedir. Bu, sonuçta bakımın kalitesizliğine neden olmakta ve hastane genelinde etkinlik ve verimlilik azalmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde yetenekli hemşireler, hastanelerde verilen daha düşük ücretlemlerle mücadele etmekte ve hastaneleri hekimler gibi daha yüksek ücret almak için zorlayarak özellikle kurum politikasında daha gelişmiş roller için talepte bulunmaktadır(135).

Gelişmiş ülkelerde hemşireler mesleki konumlarını, işlevlerini belirgin hale getirdiklerinden, hastanelerde kendilerinin önemini kanıtlayabilmişlerdir. Bu gelişmeler sonucunda da, hastanelerde daha iyi bir ücretleme ve daha fazla yetki-sorumluluk için talepte bulunabilmektedirler. Oysa ülkemizde, hemşirelerin henüz tam anlamıyla işlevlerinin yetki-sorumluluklarının tanımlaması yapılmadığı gibi, hemşireler de bu konuda bilinçli bir tutum içinde bulunmamaktadırlar. Bu belirsizliklerin yarattığı karmaşa, hastane yönetiminde hekimlerin aşırı etkin olmalarına hemşirelerin ise, daha pasif ve edilgen duruma sokulmasına neden olmuştur. Ülkemizde hemşireler, hastaneler ile ücretleri ve görev sınırları hakkında görüşmelere girememektedir. Ancak, günümüzde bazı kritik alanlarda (ameliyathane, yoğun bakım gibi) uzmanlaşmış hemşireler, hastanelerde oynayacakları roller ve ücretleri hakkında pazarlık yapmaya başlamışlardır.

Hastane personelinin çoğunluğunu oluşturan hemşireler, hastanelerde önemli bir personel giderini oluşturmaktadırlar. Ancak bu onların sayısal çokluğundan kaynaklanan bir durum olup, aldıkları ücretlerin eş düzeyde eğitim gören meslek mensuplarına (fizyoterapist, biyolog gibi) göre yüksek olduğu söylenememektedir. Ücretlemenin düşük olması, çalışma koşullarının zorluğu vb. gibi sorunlar hemşirelik mesleğine olan ilgiyi gittikçe azaltmaktadır.

(135) Ginzberg., a.g.e., s.123.

Yönetici hemşirelerin, hastanenin finansal durumuyla yakından ilgilenmeleri, kendi bölümünü ilgilendiren konularda, daha etkin rol almaları gerekmektedir. Yönetici hemşireler kendi personellerinin ücret giderleri konusunda söz hakkına sahip olabilmeli ve kendisine ayrılan payla ilgili gerekli düzenlemeleri yapabilmelidir.

Yönetici hemşirelerin önemli bir sorumluluğu da hemşirelik hizmetleri bölümünün bütçesini hazırlayarak ve genel bütçeye önerileri ile katkıda bulunmasıdır. Hemşirelik hizmetlerinin bütçesi, kurumun felsefesi, kurumda verilmesi planlanan hizmetlerin niteliği bakımından ulaşılması planlanan hedefler ve standartlardan büyük ölçüde etkilenmektedir. Çünkü, hemşirelik hizmetlerinin kalitesi ile, kurum bütçesi arasında çok büyük bir ilişki bulunmaktadır. Kaliteli bakım verilmesi yani yüksek standartlara göre bakım verilmesi, ancak nitelikli ve sayıca yeterli maddi ve insan kaynaklarının sağlanmasıyla olası bir durumdur(136).

Yönetici hemşirelerin tüm yönetsel rollerini gerçekleştirebilmek için, kendi bölümüyle ilgili finansal gereksinimlerini belirleme çalışmalarına katılmalıdır. Hastaneler de genel bütçe oluşturulurken, hemşirelik hizmetleri bölümünün de bütçesi kendi gereksinimleri doğrultusunda planlanmalıdır. Ancak, ülkemizdeki birçok hastanede bütçe komisyonu oluşturulurken hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin katılması söz konusu değildir. Yasal düzenlemelerde de yönetici hemşirelere bu çalışmalara katılma hakkı verilmemektedir. Örneğin, malzeme alımlarının (kendi bölümü için) planlanmasına katılma hakkı tanınmamışken, alınan malzemeleri kabul etmeme ve geri gönderme hakkı verilmiştir. Yasada belirlenen bu tür çarpıklıklar sonucu, hemşirelik hizmetleri yöneticileri bütçe çalışmalarından uzak tutulmuşlar, genel bütçeden hak ettikleri oranda pay alamamışlardır. Bu durum ise, onların yönetsel özerkliklerini ve etkinliklerini olumsuz yönde etkilemiştir.

Sağlık mevzuatında yapılacak olan yeni düzenlemeler ile, hastanelerin kendi girdi-çıkıtlarını dengelemek zorunda olan bir işletme gibi yönetilmesi düşünülmektedir. Bu durumda, hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin kendi bölümünün bütçesini oluşturması, personel giderlerini ve hastaneye olan katkılarını planlaması gerekecektir.

d) Personel yönetimiyle ilgili sorunlar: Hastane yöneticileri hemşire gereksinimlerini karşılamak için, hemşirelik hizmetleri personelinin yeterince eğitilmeden çalıştırmaya veya kısmen eğitilmiş ve sadece beceri eğitime yöneltilmiş, hemşirelik mesleğinde yeterliliğini

(136) Uyer., Hemşirelik ve Yönetim., a.g.e., s.109-110.

kazanamamış elemanlar tarafından hasta bakımının yürütülmesini sağlamaya çalışmaktadırlar. Bu şekildeki personel alımında, kurumun istediği hemşirelik personelinin yetenekleri belirlenmediği ve eleman alımında buna dikkat edilmediği için, hasta bakımında ve hastane hizmetlerinde kalitesizlik ve verimsizlik görülebilmektedir.

Hemşirelik personeli gereksinimi, özellikle gelişmekte olan ülkelerde oldukça fazla görülmektedir. Ülkemizde de, bu fazla gereksinimi karşılamak amacıyla, geçmişte lise düzeyinde hemşirelik eğitimi veren kurumlara ağırlık verilmiştir. Günümüzde ise, gereksinimin hala fazla olmasına karşın, lise düzeyinde verilen eğitimin olumsuzluklarını gidermek ve hasta bakımının niteliğini artırmak amacıyla, meslek yüksek okulu şeklinde önlisans eğitime ağırlık verilmeye başlanmış yanısıra, yüksek okulların sayılarının artırılması yoluna gidilmiştir.

Hemşirelik mesleğinde, çalışma koşullarının zorluğu, vardiyalı bir çalışma sistemini gerektirmesi, ücretlemelerin iyi olmaması gibi etkenler sonucunda işten ayrılmalar sık olmaktadır. Özellikle, evlendikten sonra, vardiya sisteminin olumsuzlukları ve çocuklarının bakımıyla ilgili sorunlar, işten ayrılmada önemli ölçüde etkili olabilmektedir. Hastane personelinin çoğunluğunu oluşturması nedeniyle, hemşirelik hizmetleri personelinin işten ayrılma oranı hastane genelinde personel devrini hızlandırmaktadır.

Personel devir oranı, belirli bir zaman süresi (genellikle bir yıl) içinde işten ayrılan personel sayısı, ortalama toplam personel sayısına oranlanarak hesaplanmaktadır(137). Fakat hastanelerimizde genellikle böyle bir hesaplama yapılmamakta ve bunun kurum için getirdiği olumsuzluklara ise yeterince önem verilmemektedir.

Personel devri, işyerinde özellikle belirli bir deneyim ve ustalık gerektiren işlerde istenmeyen bir durumdur. Çünkü, işten ayrılan her deneyimli personelin, kuruluş için yetiştirme ve kalifiye hale gelmesinin masrafları ile, acemilik devresinde yaptığı hataların bir maliyeti olmaktadır. Ayrıca, yeni alınacak deneyimsiz kişinin işe uyumu sırasında yapacağı hatalara ek olarak, deneyimsizliğin vermiş olduğu verim düşüklüğü de katılırsa personel devrinin örgüt açısından ne kadar zararlı olduğu ortaya çıkabilmektedir(138).

(137) Erol Eren., *Yönetim Psikolojisi*, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No. 209. 3. Baskı, İstanbul, Yön Ajans, 1989, s.224.

(138) Ibid., s.225.

Personel devir oranı, kısa süreli hasta bakım kuruluşlarının çoğunda önemli bir sorundur. Gerek sağlık kuruluşları açısından, gerekse hizmeti alan hastalar yönünden pahalı bir süreçtir. Ayrıca, hasta bakımının kalitesi ve sürekliliğini tehlikeye sokması nedeniyle de istenmeyen bir faktördür. Hastanelerde yapılan araştırmalar, mesleki çalışma koşullarının yetersizliği, bireylere verilen rol ve görevlerin belirsizliği, rol çatışması, rolün fazla yüklü olması ve kaynak yetersizliği gibi faktörlerin personel devir oranını etkilediğini göstermektedir. Ayrıca örgütte iyi bir personel seçme, değerlendirme ve işe yerleştirme sisteminin bulunmaması da personel devir oranının yükselmesine neden olabilmektedir(139).

Personel devir hızı, bir örgütün başarı derecesinin göstergesi olmaktadır. Etkin çalışma ve çalıştırma açısından olduğu kadar personel servisi ve hizmetlerinin doyurucu bir düzeyde olup-olmadığı personel devir hızıyla anlaşılabilir. Personel devrinin hızlı olduğu işletmelerde, iyi bir personel seçimi, değerlendirme ve işe yerleştirme sisteminin olmadığı görüldüğü gibi, tatminkar bir ücretleme, terfi sisteminin de bulunmadığı veya bu konularda bazı haksızlıkların yapılmış olduğu sonucu ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca, çalışma koşullarının kötü oluşu, amirlerin genel olarak emrinde çalışanlara karşı tutum ve davranışları da personel devrini etkileyebilmektedir(140).

Hastanelerde personel yönetimin temel amacı, yetenekli personelin işe alınması, etkin personel politikasının uygulanması yoluyla bu personellerin örgütte kalmalarını, çalışmalarını sürdürmelerini ve örgütle özdeşleşmelerini sağlamaktır. Bu nedenle, personel devrinin ya da hareketliliğinin nicel ve nitel olarak incelenerek, kontrol edilmesi ayrılmaların önlenmesi için, önlemlerin alınması, hastane yöneticisinin önemli personel yönetimi fonksiyonlarından biri olmakla birlikte, hemşirelik hizmetleri yöneticisine de önemli roller düşmektedir. Hemşirelik hizmetleri yöneticisi de, kendi bölümü için personel devir hızını saptayarak, gerekli önlemleri alacak yaklaşımlarda bulunmalıdır. Hastanelerimizde hemşirelik hizmetleri personeli arasında devir hızı, diğer meslek gruplarına göre daha fazla görülmektedir. Daha önce değindiğimiz gibi kısaca özetlersek, işlerin yoğunluğu, karmaşıklığı ve belirsizliği ücretlemenin çok düşük olması gibi nedenlerle işten ayrılmalar veya meslek değiştirmeler hemşirelik hizmetleri personelinde daha sıklıkla gerçekleşmektedir.

(139) Ahmet Akgün – Sıdıka Kaya, "Hastanelerde Personel Devri" Sağlık Yönetimi Dergisi, Sayı.5, Ankara, Afşaroğlu Matbaası, Ocak-1988, s.29.

(140) E. Eren., a.g.e., s.225.

Yönetici hemşirelerin, işgörenlerini tanımaları ve onların koşullarına en uygun çalışma düzenini sağlamaları, ödüllendirme sistemine işlerlik kazandırmaları, motivasyonu artırıcı önlemler alarak, işgören memnuniyetini yükseltmeye çalışmaları gibi yaklaşımlarda bulunmaları hemşirelik hizmetleri personelinin devir hızını azaltmada etkili olabilecektir.

e) Hemşirelik hizmetlerinin örgütlenmesiyle ilgili sorunlar: Hastane erimizin kalitesiz hizmet vermesinde, hemşirelik hizmetlerinde görülen aksamaların ve yetersizliklerin önemli payı bulunmaktadır. Hemşirelik hizmetlerindeki sorunlar ele alındığında ise, temel sorunun hemşirelik hizmetlerinin örgütlenmesinden kaynaklandığı görülmektedir.

Hemşirelik hizmetlerindeki sorunların nedenlerinden birisi ve belki de en önemlisi, hemşirelik hizmetlerinin hemşirelik eğitimi ve deneyimini almış hemşire yöneticiler tarafından bağımsız olarak yönetilmemesidir. Günümüzde hastanelerimizdeki hemşirelik hizmetleri yönetimi tamamen başhekimliğe (dolayısıyla da hekimlere) bağlı bulunmaktadır. Farklı bilgi ve deneyim gerektiren bir mesleğin hekimlerin yönetimi altında olması, zorluklar yaratarak, hemşirelik hizmetleriyle ilgili yanlış kararların alınmasına ve hasta bakımının aksamasına neden olmaktadır(141).

Hastanelerimizdeki hemşirelik hizmetleri yönetiminin iyileştirilebilmesi için, hemşirelik hizmetleri yönetiminin özerkliğinin kazandırılması, bu alanda rol alacak hemşirelerin yönetim alanında uzmanlaşmış olmalarına dikkat edilmesi, her düzeydeki hemşirelik personelinin görev, yetki ve sorumluluklarının açıkça belirlenmesi, hizmet standartlarının saptanması, gerçekçi insangücü planlamalarına gidilmesi ve gereksinim duyulan hemşirelik personelinin niteliklerinin belirlenerek ona uygun personelin sağlanması ve de etkili bir personel yönetimi sisteminin oluşturulması gerekmektedir.

Ayrıca modern anlamda bir hastane organizasyonun oluşturulması hastane genelinde ve beraberinde hemşirelik hizmetlerinde de kaliteli bir hizmetin sunulmasında önemli etkisi olacaktır. Ne yazık ki, hastanelerimizde henüz bu tür örgütlenmelere rastlanılamamaktadır. Modern görünümlü hastanelerimizin yönetim yapıları incelendiğinde de, hemşirelik hizmetlerinin tam anlamıyla yönetsel özerkliğe sahip olamadığı görülmektedir.

(141) Perihan Velioğlu - Sevgi Oktay, **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları No.715, Eskişehir, Etam A.Ş. Web Ofset, 1993, s.106.

Sonuç olarak kısaca özetlersek, hemşirelik hizmetleri yetersizliğinde etkisi olan faktörlerin başında, hemşirelik hizmetlerinin yönetsel özerkliğinin olmaması yanısıra, hemşirelerin iş tanımlarının, görev, yetki ve sorumluluklarının tam olarak açıkça belirlenmemiş olması gelmektedir. Bu durum, hastanelerimizde gördüğümüz karmaşıklığı daha da artırmaktadır. Ayrıca, hemşirelik eğitiminin, sağlık hizmetlerinin gereksinimlerine yanıt verecek şekilde düzenlenmemesi, daha fazla uzmanlaşma gereksiniminin hissedilmesine karşın, sayısal yetersizliklerin olması hizmetin aksamasında etkili olmaktadır. Diğer önemli bir faktörde, ücretlerin düşük olması ve personel devir oranının çok yüksek olmasıdır. Tüm bu olumsuzlukların giderilmesiyle nitelikli bir hemşirelik hizmeti sağlanabilecektir.

Bireye, aile ya da topluma sunulan hemşirelik bakımının yeterli olmayışının nedenleri çok boyutludur. Hemşirelik hizmetleri yönetiminde karşılaşılan yukarıda açıklanmaya çalışılan sorunlar aşağıdaki gibi kısaca sıralanabilir(142).

Sağlık hizmetleri yönetiminden kaynaklanan sorunlar

- * Örgütlenme ile ilgili sorunlar (sistemin bir bütün olarak ele alınması)

- * Merkez örgütünün (ulusal düzeyde) denetleme, değerlendirme yapması, danışmanlık hizmeti sağlayacak taşra örgütünü desteklemesi.

Hemşirelik hizmetleri yönetiminin sorunları

- * Yönetim kademeleri arasındaki kopukluk,

- * Ortak amaçların belirsizliği, hemşirelik organizasyonunun özgün amaçlarının belirsizliği, (niçin, kime hizmet)

- * Ekip çalışması-işbirliğinin, iş bölümü ve haberleşme ağının olmayışı,

- * Komite çalışmalarını (örneğin, enfeksiyon kontrol, koordinasyon, eğitim-araştırma komiteleri gibi) olmaması

İnsan kaynakları yönetimiyle ilgili sorunlar

- * İş analizinin yapılmaması (işin kapsamının bilinmemesi)

(142) "Hemşireliğin Sosyo-Ekonomik Sorunları Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Çalışma Grubu 1990 Abant Sempozyumu Raporundan", Türk Hemşireler Dergisi, Cilt. 39, Sayı.4, Ankara, Bil Ofset, 1990, s.8.

* Bakım standartlarının belirlenmemesi ,

* İş tanımlarının olmayışı-işe uygun nitelik aranmaması ve yeterli kadro olmayışı (fonksiyonlardan kaçmanın olması, işgücündeki nicel ve nitel kayıplar, iş yükü artışı),

* Denetim alanının geniş olması (hemşirelik - hemşirelik dışı hizmetlerin kontrolünü yapma sorumluluğu),

* Kendi hizmet grubunu denetleyememe, hizmetin niteliğini kontrol edememe ,

* Hemşirelik personelinin değerlendirilmesinde isabetsizlik ,

* Hizmet içi eğitimde yetersizlik ,

* Statü değiştirmede, ücretlendirmede ve görevden uzaklaştırmada düzensizlikler ve yetersizlikler .

Yukarıdaki sıralamada kısaca belirtilen sorunlara getirilen öneriler ise şu şekilde özetlenebilmektedir:

* Hemşirelik hizmetleri teşkilatının yeniden yapılanması ,

* Personel yönetimine işlerlik kazandırmak amacıyla iş analizleri, iş tanımları ve standartlarını belirleyecek bir danışma grubunun oluşturulması ,

* Sorumluluk ve yetkilerin açığa kavuşturularak bunlara uygun atamaların yapılması ,

* Yönetici hemşireleri etkin kılacak, hizmet içi ve sürekli eğitim programlarının üniversitelerle işbirliği halinde düzenlenmesi ve bu programları tamamlayan hemşirelerin statülerinde ve ücretlerinde gelişme olanaklarının sağlanması ,

* Mesleki gelişimi denetleyecek bir meslek örgütünün (birliğinin) oluşturulmasına hız verilmesi ,

* Bugün hemşirelik insan gücünün kullanımı ile çözümlenmeye çalışılan sağlık iş kollarına, diğer insan kaynaklarını sağlamak ve bunun için, bu tür okulların ve mezunlarının sayısının artırılmasına çalışılması.

* Otelcilik okulu mezunlarının sağlık kuruluşlarında istihdamını sağlayarak, hemşirelik hizmetleri personelinin kendi esas fonksiyonlarını yerine getirmesine olanak sağlanması.

* Aynı gerekçelerle tıbbi sekreterlerin yetiştirilmesi ve istihdamı da sağlanmalıdır.

Kısaca özetlemeye çalışırsak, hemşirelik hizmetleri yönetimi ile ilgili gelişen sorunlar; genel sağlık hizmetleri yönetiminden kaynaklanan sorunlar, hemşirelik hizmetleri yönetimi ve personel yönetimiyle ilgili sorunlar şeklinde ana başlıklar altında toplanabilmektedir. Bu sorunların gelişimi, hemşirelik hizmetlerini yetersiz hale getirerek, verimsiz kılmakta sonuçta, toplumun sağlık durumunu etkilemektedir. Abant sempozyumunda "Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Çalışma Grubu" tarafından önerilen yukarıdaki hususların yerine getirilmesi halinde, hemşirelik hizmetlerinde olumlu gelişmelerin olacağı açıktır. Günümüzde görülmekte olan gelişmeler, bu alanda önemli adımların atılacağı konusunda umut verici bir gelişme olmaktadır.

2.2.3.3. Hastanelerde ve Hemşirelik Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Yönetimi

Hastanelerin sunduğu sağlık hizmetinin niteliğinin arttırılmasında, özellikle de verilen hizmetin farklılığı nedeniyle, insan kaynakları yönetimi işlevlerinin büyük önemi bulunmaktadır. Hastanede görevli personelin çoğunluğunu oluşturan, hemşirelik personelinin yönetimi de bu açıdan ayrı bir önem taşımaktadır. Ancak, sağlık işletmelerimizin örgüt yapıları incelendiğinde insan kaynaklarının yönetimine yeterince önem verilmemekte olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde görülen bu duruma karşın, insan kaynakları yönetiminin diğer bir ifadeyle personel yönetiminin bilimsel bir şekilde ele alınışı, 18 yy. sonlarında İngiltere'de başlayan sanayi devrimi döneminde personelle ilgili konuların önem kazanıp, üzerinde durulmasının gerekliliğinin hissedilmesi ile başlamıştır (143). Kısaca belirtilirse işletmelerde gerçek anlamda insan kaynakları yönetiminin ele alınışı da uzun bir geçmişe sahip olmayıp, bir gelişme içinde bulunmaktadır.

Hastanedeki insan kaynakları yönetiminde meslek gruplarının çokluğu ve karmaşık bir yapı oluşturmaları nedeniyle genellikle çatışmalar doğmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki tüm meslek grupları, 20.yy baş-

(143) Osman Telimen, *Personel Yönetimi ve Beşeri İlişkiler*, İstanbul, Sermet Matbaası, 1978, s.27.

langıcından itibaren hızlı bilimsel, teknolojik ve toplumsal değişmelerin gerçekleşmesi oranında, gelişme göstermişlerdir. Hastanelerdeki tüm meslek gruplarının gittikçe gelişen rolleri ve hasta bakımı üzerindeki disiplinler arası çatışmalar nedeniyle problemlere rastlanılmaktadır. Oysa, halka hizmet edecek sağlık meslek grubu üyelerinin, insan gereksinimlerini giderebilmek için, hizmet edebilecekleri alanda ne yapacaklarını güvenle kabul ettirebilecek becerisi göstermeleri gerekmektedir.

Daha önce değinildiği gibi, hastane işletmeleri diğer işletmelerden bazı farklılıklar göstermektedir. Bu özellikler hastane yönetiminide farklılaştırmakta, dolayısıyla, hastane yöneticilerinin özelliklerini belirleyen birer etmen olmaktadır.

Yöneticiler, işletmenin faaliyetlerinin, etkin bir şekilde yürütülmesini sağlamak için, insansal, fiziksel, finansal ve teknolojik kaynakların amacına yönelik olarak kullanılmalarına önem vermelidirler. İnsan kaynakları yönetimi bu açıdan büyük önem taşımaktadır. İnsan kaynakları yönetimi "insan kaynaklarının işletme amacına hizmet edecek şekilde kullanılmasını sağlayan, çok kapsamlı bir faaliyet olarak tanımlanmaktadır"(144).

İnsan kaynakları yönetimi Yalçın'a göre "bir örgütün esas hedefine varmasını sağlamak amacı ile, bu örgüte ait personelin sağlanması, yetiştirilmesi, geliştirilmesi, maddi açıdan tatmini, tamlanması, sağlık ve korunmasının sağlanması" gibi konuları ele alan bir yönetim süreci olarak tanımlanabilmektedir(145).

İnsan kaynakları yönetiminin diğer bir tanımlamasında ise, organizasyondaki tüm çalışmaları kapsayacak şekilde personelin işe kabul edilmesi, yönetimin beklentilerinin açıklanması, personelin eğitilmesi-geliştirilmesi, personel hizmetlerinin düzenlenmesi, personelin işle ilgili gereksinimlerinin karşılanması ve problemlerinin giderilmesi gibi konularla ilgilenen yönetim birimi olduğuna değinilmektedir(146).

Personel yönetiminin benzer şekilde birçok tanımlaması yapılabilir. Ancak kısaca özetlersek, insan kaynakları yönetimi, organizasyonun amaçlarına ulaşmasında, insan gücü kaynaklarının etkin ve verimli kullanımını sağlayan tüm yönetsel yaklaşımları içermektedir.

(144) Ayşe Can Baysal, *Çalışma Yaşamında İnsan*, İ.Ü.İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul, Avcıol Matbaası, 1993, s.59.

(145) Yalçın., a.g.e., s.4.

(146) Derek Torrington - Laura Hall, *Personnel Management, A New Approach*, 2.E., London, Pretice Hall, 1991. s.4.

Yalçın, "Personel Yönetimi" adlı kitabında, personel yönetimi işlevlerini planlama, organizasyon, emir-komuta, kontrol, tedarik ve işe yerleştirme, eğitim ve geliştirme, ücretleme, tamlaşma, sağlık ve korunma şeklinde sıralamaktadır(147).

İnsan kaynaklarının yönetimi işlevleri arasında adil ve etkili bir ücretleme, ödüllendirme, cezalandırma, eğitim ve geliştirme özellikle önem taşımaktadır. Bu konulardaki eksikliklerin çeşitli anlaşmazlık ve çatışmalara neden olması ayrıca, yönetici işgören ilişkilerinin etkili ve verimli bir biçimde yürütülmesinin öneminin artması, insan kaynakları yönetiminin gittikçe daha geniş ve karmaşık bir içerik kazanmasına neden olmuş, dolayısıyla da örgütlerde ayrı bir uzmanlık grubunu gerektirecek önem düzeyine ulaşmıştır. İşletmelerin, insan kaynakları yönetimiyle ilgili örgütlenmelere kavuşturmaları için, yöneticilerin bu konuya duyarlı olmaları ve konunun önemini benimsemeleri gerekmektedir.

Önceki yıllarda, işletmenin yönetiminde rol oynayan her yönetici, aynı zamanda bir insan kaynakları yöneticisi olarak kabul edilirken, günümüzde, insan kaynakları yönetiminin bir uzmanlık işi olduğu kabul edilmektedir. Personel müdürlerinin, her kademede yöneticinin yetki ve sorumluluk sınırlarına girmeksizin uzmanlıklarından yararlanılmasına olanak sağlanması gittikçe önem kazanmaktadır(148).

Hastanelerde de insan kaynakları yönetimi, son yıllarda önemli gelişmeler içine girmiş ve özellikle günümüzde hastanın bakımı için hastane yöneticisinin bu esas sorumluluğunun büyük önemi olduğu görülmektedir. 1930'ların sonlarında hastanelerde insan kaynakları yönetimi "embriyonik" bir görüntü sergilemekte iken, hastane endüstrisindeki ilerlemeler doğrultusunda hızlı bir gelişme içine girilmiştir. Günümüzde ise, genelde tüm hastanelerin titizlikle savundukları felsefeleri doğrultusunda hizmet sunabilmeleri için, özel personel potikalları geliştirmiş oldukları görülmektedir(149). Aksi halde, hastane örgütünün sağlık sektöründeki hayatıyeti tehlikeye düşebilecektir. Burada hastanelerin rekabet ortamında var olabilmeleri için etkin, verimli ve kaliteli hizmete ulaşması amaçlanmakta, bunun içinde iyi bir insan kaynakları yönetimi sistemine gereksinim duyulmaktadır.

Ülkemizde, hastanelerimizin çoğunda hala gereksinimlere yönelik personel politikaları oluşturulmamıştır. Hastane personeli, bağlı olduğu örgütün belirlediği birçoğu çok eski tarihli olup, günün koşullarına uygun

(147) Yalçın., a.g.e., s. 4.

(148) Zeyyat Hatipoğlu, **Organizasyon Personel Davranışı ve Yönetimi**, İşletme İktisadi ve Yönetimi No.1, İstanbul, Metler Matbaası, 1976, s.208.

(149) Albert W. Snoke, **Hospitals, Health and People**, Yale University Press, 1987, s.4-6.

olmayan kurallara uymak zorunda bırakılmaktadır. Olaya hemşirelik hizmetleri açısından baktığımızda, personel politikalarının eksikliğinden kaynaklanan birçok sorunun yaşandığı görülmektedir. Örneğin, hemşireler hala ayrı bir meslek olduğunun kabul edilmesine karşın, uygulama alanında yardımcı sağlık personeli konumunda değerlendirilmekte, yönetsel özerkliğe kavuşamadıklarından, diğer sağlık disiplinleriyle rol çatışmalarına girebilmektedirler.

İnsan kaynaklarından etkin bir biçimde yararlanabilmek için hastanelerde personel departmanının organizasyon yapısı içinde yer alması gerekmektedir. Personel departmanının geliştirilmesinde, yeterli olanaklara ve eğitilmiş personele gereksinim duyulmaktadır. Gelişmiş ülkelerde, 150-200 yatak ve üzerindeki hastanelerde ayrı olarak yapılandırılmış personel yönetimi bölümünün oluşturulmasının yararlı olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Daha küçük hastanelerde ise, personel yönetimi fonksiyonunun diğer görev alanlarına katılarak yürütülmesinin mümkün olabileceği ileri sürülmektedir (150).

Personel yönetimi bölümünün örgütlenmesi, hastane büyüklüklerine göre değişiklik göstermektedir. Küçük kurumlarda, bir iki elemanla faaliyet gösteren bir bölüm halindeyken, büyük kurumlarda daha geniş bir örgüt yapısı sergilenmekte ve hastanenin tepe yöneticisine doğrudan rapor verebilmektedir(151).

Ülkemizde özellikle büyük hastanelerde personel departmanı oluşturulmuştur. Ancak, yatak kapasitesi daha küçük olan, özel sektöre bağlı hastanelerde bu kurala fazla uygulamamaktadır. Genellikle, yukarıda belirtildiği gibi ikinci yol olan yani, personel yönetiminin diğer hizmet birimlerine katılarak yürütülmesi uygulaması görülmektedir. Bu uygulamanın getirdiği en büyük sakınca, hizmet birimi yöneticilerinin, genel yönetim ilkelerini ve özellikle de personel yönetimi ilkelerini ve politikalarını bilme konusundaki yetersizlikleridir. Bu tür bir esiklik, kurumda personeller arasında sorunlara neden olmakta ve uzun dönemde gelişecek olan personel hoşnutsuzluğu da verim düşüklüğünü yaratabilmektedir.

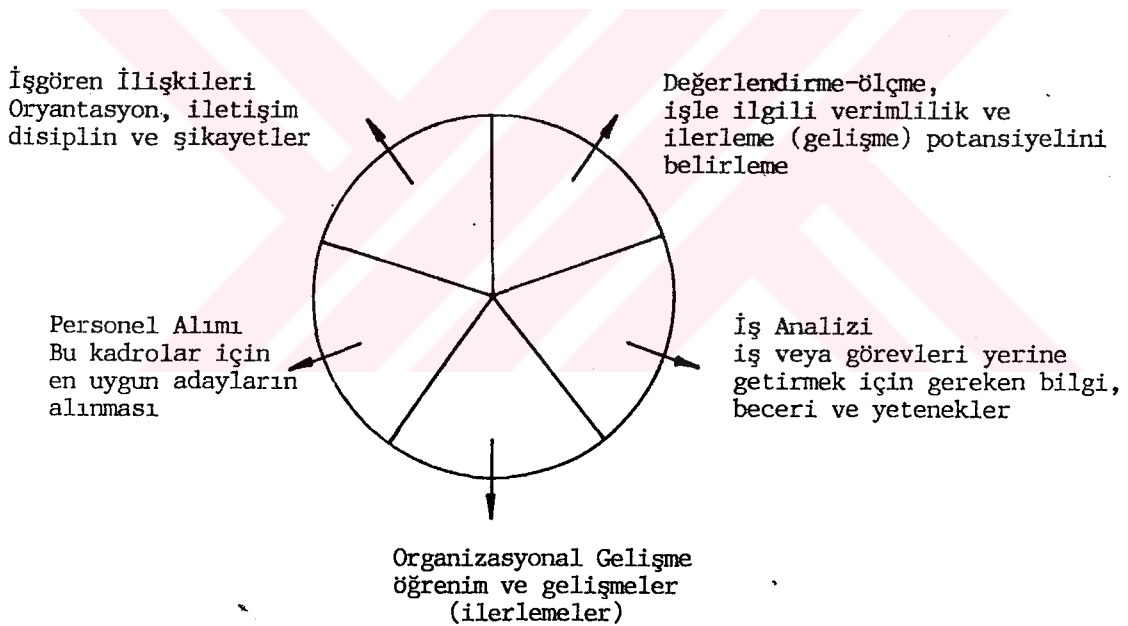
Hemşirelik hizmetleri yönetiminde, yönetici hemşirelerin insan ögesinden en etkili biçimde yararlanabilmeleri için, insanı iyi tanımaları, insan gereksinimlerini, insanın ruh sağlığını korumak için kullandığı savunma mekanizmalarını iyi bilmeleri, çalışanları olumlu yönde ha-

(150) Mac Eachern Malcolm T., **Hospital Organisation and Management**, Illinois, Physicians Record Company, 1962, s.515,965-966.

(151) Alan J.Goldberg - Raymond A. Buttoro, **Hospital Departmental Profiles**, Third Edition, USA, American Hospital Publishing Inc., 1990, s.80-81.

rekete geçirebilecekleri güçlerini iyi tanımaları ve bunları akıllıca kullanmaları gerekmektedir(152). Hemşire yöneticilerinin hizmetin etkinliğinin nasıl sağlanacağını, spesifik roller için standartların ve sonuçların nasıl oluşturulacağını bilmeleri gerekmektedir. Bir hemşirelik hizmetleri yöneticisi, çalışanın kişisel yapısı ve gelişimi, teknik beceri ve yetenekleri, mesleki bilgisi ve birikimi ve de performansı hakkında elde ettiği bilgileri dikkatle değerlendirebilmelidir(153).

Yönetici hemşireler hizmetin etkinliğini sağlayabilmek için, öncelikle çalışanları iyi tanımalı, onun kişiliği, mesleki, idari, teknik ve yönetsel yönleri ve performans gelişimleri gibi konularda bilgi sahibi olmalıdır. Böylece, çalışan elemanlarıyla neleri başarabileceğini çok daha iyi bilir ve beklentilerini (planlarını) daha gerçekçi yaparak sonuçta, belirlediği hedeflerine etkin bir şekilde ulaşır. Kısacası, yönetici hemşire insan kaynaklarını daha iyi yönetme becerisine sahip olmalıdır.



Şekil 2.6: İnsan Kaynaklarının Yönetimi (154)

(152) Uyer., a.g.e., *Hemşirelik ve Yönetim*, s.70.

(153) Hyett., s.10.

(154) Jacqueline Dienemann, *Nursing Administration-Strategic Perspectives and Application*, A.Publishing Division of Prentice Hall. 1990, s.409.

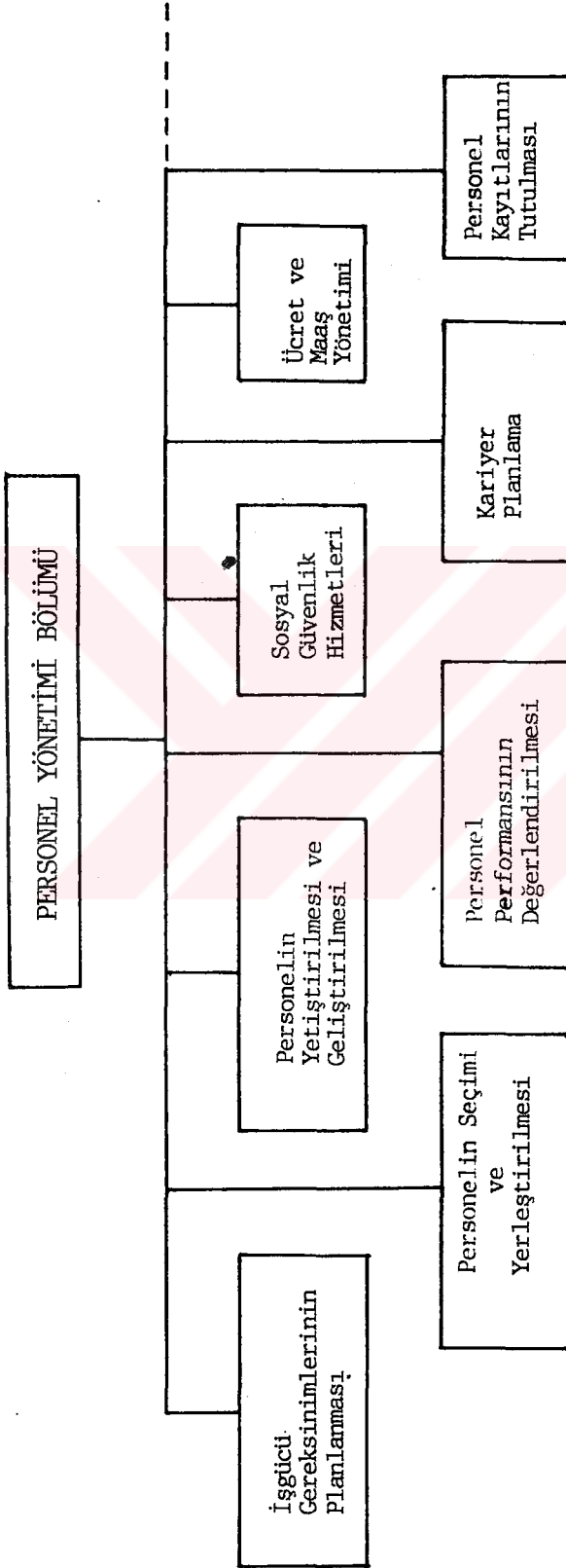
Şekil 2.6'da belirtildiği gibi, insan kaynaklarının yönetimi belirli fonksiyonların yerine getirilmesini gerektirmektedir. İnsan kaynakları yönetiminde, yönetici hemşirelerin dikkatlerini yönlendirmeleri gereken konular şekilde de görüldüğü gibi, kısaca şu aşamalarda ele alınmakta; iş analizinin yani iş veya görevin yerine getirilmesi için gerekli bilgi, beceri ve yeteneklerin belirlenmesi, organizasyon yapısının oluşturulması, oluşturulan bu kadrolar için en uygun adayların seçilmesi, adayların oryantasyonu, çalışanlar arasındaki ilişkiler, iletişim ağının kurulması ve koordinasyonun sağlanması ve sonuçta da personelin performans gelişiminin ölçülüp değerlendirilmesi işlemlerinin yapılması gerekmektedir.

Velioğlu "Hemşirelikte Yönetim" adlı yapıtında, personel yönetimi fonksiyonunun "bir örgütün esas hedefine ulaşmasını sağlamak amacıyla örgüte ait personelin bulunması, geliştirilmesi, maddi yönden tatmini, entegrasyonu, korunması ve devamı gibi özelliklerle ilgili" olduğunu belirtmektedir. Etkili bir personel yönetimiyle, sık işten çıkmalar ve çıkarmalar önleneyeğinden, personelin morali de yükseltilecektir. Hastanelerimizin pek çoğunda, henüz modern yönetim yaklaşımları ve ilkeleri uygulanmadığından, personel yönetimiyle ilgili faaliyetler genellikle gelişigüzel şekilde yürütülmekte, sorumlu bir personel yönetimi bölümü bulunmamaktadır. Bu nedenle de, hastanelerin hemşirelik hizmetleri yöneticileri zamanlarının büyük bir bölümünü bu işlerle uğraşmakla geçirmektedirler(155).

Personel yönetimi bölümü, hastane genelinde, gereksinim duyulan alanlarda işe başvuruları kabul eder, uygun adayları seçer, onların oryantasyonunu-eğitimini düzenler, işe alınan elemanın ücretinin düzenlenmesi işlevlerini yürütür. Ayrıca, işgören politikalarını düzenli olarak inceleyerek geliştirir ve işletme içindeki, çatışmaların önlenmesinde ya da çözümünde yöneticilere yardımcı olur. Yanısıra, hastane genelinde personelin gelişiminin desteklenmesinde, işgören ve işveren ilişkilerinin düzenlenmesinde, işgören performansının ve veriminin artışıyla ilgili çalışmalarda da bulunmaktadır(156).

(155) Velioğlu., a.g.e., Hemşirelikte Yönetim, s.109.

(156) Goldberg,-Buttaro., a.g.e., s.79.



Şekil 2.7: İnsan Kaynakları Yönetimi Bölümünün Başlıca İşlevleri

Büyük bir işletmede personel yönetimi bölümünün başlıca yürütsel işlevleri şekil 2.7'de görülmektedir. Buradaki her işlev tüm işletmelerde bulunmayabilir veya organizasyon yapısına göre farklılık gösterebilir. Şemadan da görüleceği gibi, öncelikle insan gücü planlamasının yapılması gerekmektedir. Gereksinimler planlandıktan sonra, işe aday bulunması yoluna gidilir (istihdam süreci), işletme içi ve dışı kaynaklardan işe aday bulunur ve bunlar arasından seçme yapılır. Sonra işgörenin eğitimi-oryantasyonu sağlanır. Daha sonraki aşamalarda, işgörenin sağlık ve güvenliğinin, ücret ve maaş yönetiminin, personel kayıtlarının tutulması gibi işlevler yerine getirilir(157).

Hastanelerdeki personel yönetimi fonksiyonunda diğer işletmelerdeki gibi, genel personel yönetimi kurallarına uygun olarak yürütülmektedir(158). Hastanelerin genelinde olduğu gibi hemşirelik hizmetleri personelinin yönetim fonksiyonu da, aynı şekilde işletme yönetimindeki ilkelere uygun olarak genellikle hemşire yöneticiler tarafından yürütülmektedir. Aşağıda personel yönetimi bölümünün temel işlevleri fazla ayrıntıya girilmeden ele alınacaktır.

a) İnsangücü Gereksinmesinin Planlanması

Ülke genelinde sağlık sistemimize baktığımızda, insangücü planlamasına yeterince önem verilmediği ve sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli olarak sunumunu sağlayacak insangücü gereksiniminin saptanmasıyla ilgili çalışmaların genellikle yapılmadığı, daha önce değindiğimiz sağlık personelinin dağılımını gösteren piramidlerden de anlaşılmaktadır. Hemşireler, hastane personelinin çoğunluğunu oluşturduklarından, bu grupta insangücü gereksiniminin planlanması, hastane yönetimindeki personel yönetiminin başarılı olması açısından büyük önem taşımaktadır. Günümüzde ise, ülkemizde bu planlamanın yapılmaması nedeniyle önemli ölçüde hizmet aksaması ve ekonomik kayıp olmaktadır. Hastanelerin hedeflerine etkin ve verimli bir şekilde ulaşabilmeleri için, diğer girdilerde olduğu gibi, insan gücü gereksiniminin iyi belirlenmesi, bu gereksinimi karşılamada en uygun planlamayı yapmaları gerekmektedir. Hemşirelik hizmetleri yöneticinin bu aşamadaki en önemli rolü, istenen düzeydeki hemşirelik hizmetini sunabilecek hemşirelik hizmetleri personelinin niteliğini ve niceliğini en doğru şekilde belirlemesidir.

(157) Baysal., a.g.e., s.61-63.

(158) N.Eren., a.g.e., s.136.

Hemşirelikte insangücü planlaması hem ülke sağlığı, hem de hemşirelerin yerinde ve etkili kullanımları açılarından zorunludur. Hemşirelik hizmetleri yöneticisinin, insangücü planlaması yaparken ön planda dikkate alacağı konular şunlar olabilmektedir(159).

- Ülkenin özellikleri ve bunlara göre değişen sağlık sorunları,
- Toplumun sağlık düzeyi ve sağlık gereksinimleri,
- Ülke genelinde belirlenen sağlık politikaları,
- Ülkenin temel sağlık hizmetleriyle ilgili ilkeleri,
- Hemşirelik hizmetleriyle ilgili olarak halkın beklentisi,
- Hemşireliğe karşı toplumun ilgisi ve yaklaşımı,
- Hemşirelik felsefesi,
- İnsanların sağlık ve sağlık kurumlarına ilişkin inanç ve yaklaşımları,
- Ülkedeki hemşire sayısı ve düzeyleri v.b. gibi.

Personel sağlanmasında amaç, işi yapacak yeterli miktarda ve nitelikte personelin istenilen zaman ve yerde hazır bulundurulmasıdır. Personel sağlanmasında genellikle iki yol kullanılmaktadır. Birincisi, gereksinim duyulan insangücünün dış işgücü kaynaklarından sağlanmasıdır. Bu yolda sağlanan personelin, istenen niteliklerde olması kurumun ne kadar gelişmiş seçme yöntemlerini kullandığının bir göstergesi olmaktadır. İkinci yol ise, personel gereksinimlerinin işletme içi olanaklardan yararlanılarak karşılanmasıdır. İşletmede böyle bir uygulamayla, özellikle daha üst pozisyonlara atanacak personelin seçilmesi, işletmenin iyi bir personel politikasına sahip olduğunun göstergesidir. Böylece işletmedeki işgörenlerin daha iyi güdülenmeleri, dayanışmaları ve bütünleşmeleri sağlanacağından, verim artışı da elde edilecektir. Ayrıca işletmelerin kullandıkları diğer bir personel sağlama yolu da, halen işletmede çalışan personelin tanındıklarından yararlanılmasıdır. Böyle bir uygulama ile işletmedeki işgörenler birbirleriyle kaynaşacaklarından, büyük yararlıklar sağlanacaktır(160).

(159) Uyar, a.g.e., Hemşireliğe Bakış., s.46.

(160) Tuğray Kaynak, **Personel Planlaması**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No. 228, İstanbul, Gençlik Basımevi, 1990, s.15.

Hastanelerimizde, hemşirelik hizmetleri personeli genellikle örgüt dışındaki kaynaklardan sağlanmaktadır. Hatta, hastaneler o kadar farklı eleman çekme yaklaşımına girmektedirler ki, özellikle yüksek okulda okuyan öğrenci hemşireleri işe alarak, mezuniyet sonrası kendilerinde kalmalarını garantilemeye çalışmaktadırlar. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde ise, bakanlığa bağlı okullarda okuyanlardan "mecburi hizmetlerini" ödemeleri (sağlık bakanlığının yatılı hemşirelik eğitimi vermesi nedeniyle) zorunluluğuna bağlı olarak eleman sağlanması yoluna gidilmektedir. Ayrıca, dışardan bakanlığa başvuru yoluyla da eleman sağlanmaktadır. Sosyal Sigortalar Koruma hastaneleri de, aynı şekilde eleman sağlamaktadırlar. Üniversite hastaneleri ve özellikle de özel hastaneler daha çok örgüt dışından eleman seçme yaklaşımına gitmektedirler.

Hastane hizmetlerinde, en fazla orta ve uzun süreli personel planlamasının yapılması gerektiği üzerinde durulmaktadır. İnsan kaynaklarının planlanmasında bir ve beş yıllık stratejik planlamaların düzenli olarak yapılması gerektiği vurgulanarak, bu planlamaların aksaması halinde, hastane genelinde işbirliğini ve eğitimi engelleyen, çeşitli organizasyonel problemlerin ortaya çıkabileceğine değinilmektedir(161).

En önemlisi, işe eleman cezbetme, uygun elemanı seçme ve yeni elemanı yapacağı işe hazırlama işlemlerinin oldukça masraflı olmasıdır. Ayrıca, yeni elemanın göreve hazırlanması sırasında, servislerde az sayıda elemanla işlerin yürütülmesi zorunluluğu, hastanelerdeki hemşirelik bakımını olumsuz etkilemekte ve grubun moralini bozmaktadır. Bu gibi nedenlerle, hemşirelik hizmetleri yöneticisinin elemanı işinde tutmak için gereken önlemleri alması, hem daha ekonomik, hem de hizmet verilen birey ve personel yönünden daha doyum sağlayıcı olacaktır(162).

Gerçektende hemşirelik personelinin sık değişim göstermesi, personelin kuruma çekilmesi ve seçilmesi, onun yapacağı işe oryante edilmesi, kurum açısından ve hizmetin kalitesi açısından maddi ve manevi kayıplara neden olacaktır. Hastanelerimiz genellikle, personelin oryantasyonunu tamamlamasına kadar geçen süredeki maliyetini dikkate almamaktadırlar. Hatta, çoğu kez personelin oryantasyonunu hızlandıracak eğitim programları hazırlamamakta, personelin zaman içinde yavaş-yavaş kendi yeteneği doğrultusunda oryante olmasını bekleyerek, verimsiz bir yol izlemektedirler.

(161) Thomas A. Barocci, *Non-Profit Hospital*, Massachusetts, Auburn House Publishing Company, 1981, s. 113.

(162) Uyer., a.g.e., *Hemşirelik ve Yönetim*, s.161.

b) Personel Seçimi ve Yerleştirilmesi

Personelin temin edilmesi, seçilmesi ve uygun işe yerleştirilmesi birçok aşamadan oluşan, bir süreç şeklinde yürütülmektedir. Bu süreç, kurumun herhangi bir bölümünün, personel yönetimi bölümünden eleman talebinde bulunmalarıyla başlamakta ve sonra başvurular arasında, göreve en uygun olan adayın araştırılmasına gidilerek, personelin seçimi sürecine girilmektedir(Adayların kabulü, öngörüşme, başvuru formlarını inceleme, test uygulama, görüşme yapma, soruşturma yapma gibi). Tüm seçim sürecinden geçildikten sonra, işe en uygun olan adayın seçimi gerçekleştirilerek, işe yerleştirme aşamasına gelinmektedir(163).

Personelin temin edilmesi, seçilmesi ve yerleştirilmesi sürecindeki aşamaların sırası ve sayısı, kurumlar arasında farklılık gösterebildiği gibi, işin niteliğine, organizasyon içindeki yerine ve personel politikalarına göre değişebilmektedir(164).

Personel seçiminde önemli bir husus, "seçme işlevinin sadece adaylar arasından en iyisinin seçilmesi şeklinde eksik algılanmasıdır". İşe almada, iş gerçekleri ile işe başvuranların özellikleri arasında uyumun sağlanması, kullanılan seçme tekniklerinin (görüşme ve testlerin) geçerliliğinin gösterilmesi zorunluğu bulunmaktadır(165). Bu nedenle, personelin seçilmesi ve yerleştirilmesinde, "personelin kişisel özelliklerine denk düşecek ve onun yapacağı işle tam bir uyum içinde, bütünleşmesini sağlayacak bir uygulamanın gerçekleştirilmesine önem verilmelidir. Bunun içinde öncelikle gerçekçi personel gereksinmelerinin planlanması yapılmalı, daha sonra da iş ve işgören arasındaki uyumun gerçekleştirilmesi sürecine gidilmelidir(166).

Yukarda değinildiği gibi, işgücü ile iş arasında uyumun sağlanması ile işgören verimliliği ve performansı artırılabilir. Ancak, sağlık hizmetlerinde bu konuya yeterince önem verilmemektedir. Hastanelerimizde sağlıklı işleyen personel seçme tekniklerine rastlanılmamakta, iş ve işgücü uyumuna yeterince dikkat edilmemektedir. Oysa, işgörenden verimli çalışmalarını sağlamak açısından, onların uygun işe yerleştirilmeleri veya "yerinde çalıştırılmaları" önemli bir yönetim kuralı olmaktadır. Hemşirelik hizmetleri yöneticileri de, personellerini uygun alanlara

(163) Zeki Adal, "Personel Yönetimi", I.Ü.İşletme Fakültesi Yayınlanmamış Personel Yönetimi Ders Notları, 1991, s.15.

(164) Ibid., s.15.

(165) Baysal., a.g.e., s.82.

(166) Kaynak., a.g.e., s.17.

yerleştirerek, performans artışı elde edebilecek ve hizmetin etkin ve verimliliğinin sağlanması açısından büyük katkılarda bulunabileceklerdir.

N. Eren, "yerinde çalıştırma" sözcüğünün iki anlamı üzerinde durmanın yararlı olacağını belirtmektedir. Birincisi, personelin atandığı görev yerinde çalıştırılması anlamını taşır ve bu kurala uyulmaması sıklıkla işgöreni huzursuz ederek, verim düşüklüğüne neden olmaktadır. Özel durumlarda bu kurala uyulamayacaksa durum, personele nedenleriyle birlikte, onun anlayacağı biçimde açıklanmalı ve huzursuzluğu önlenmeye çalışılmalıdır. İkincisi ise, personeli eğitim gördüğü kendi alanında çalıştırmanın gerektiğidir. Bu, özellikle mezuniyet sonrası eğitim gören personelde önem kazanmaktadır(167).

Özel eğitim alan sağlık personelinin, eğitim almadığı alanda çalıştırılması sonucu, personel varolan yeteneğini ortaya koyamadığı için morali bozulmakta, personelin varolan potansiyelinden yararlanılamadığı için de iş gücü kaybı olmakta ayrıca, verilen hizmetle ilgili alt yapısı olmadığından verimi düşük olmaktadır(168).

Hemşirelik hizmetleri yönetiminde, personel politikaları oluşturulmamış olduğundan ve çalışanların iş tanımları, görev yetki ve sorumluluk alanları belirlenmediğinden hemşirelik personelinin geliştirilmesinde "yerinde çalıştırma" işlerlikte olmayan bir yaklaşım olabilmektedir. Oysa, bu konuda bilgili ve duyarlı hemşire yöneticiler, işgörenin yerinde çalıştırılmamasıyla doğacak işgücü kaybını ve verimsizliği çok daha iyi değerlendirebileceklerdir. Olaya daha genel baktığımızda, hastane yöneticilerinin genellikle bu konuda fazla duyarlı olmadıkları bu yaklaşıma fazla dikkat edilmediği söylenebilir. Hastanelerimizde, sağlık personelinin özellikle de özel eğitim alan işgörenlerin, yerinde çalıştırılmasıyla hem personelin performansını yükseltici, hem de verilen hizmetin daha kaliteli, etkin ve verimli sunulmasını sağlayıcı çalışmalarda bulunulmuş olunacaktır.

c) Personelin Yetiştirilmesi ve Geliştirilmesi

Personelin yetiştirilmesi ve geliştirilmesini teşvik etme sorumluluğu, personel eğitim politikalarını belirleme, organizasyon çapında gelişimi ve değişimi destekleme yetkisine sahip olan tepe yöneticilerinde toplanmaktadır. Ancak, alt kademe yöneticiler de kendi bölümlerinde

(167) N.Eren., a.g.e., s.89-90.

(168) Yüncü., a.g.e., s.41.

rinde belirlenen standartlar doğrultusunda personellerinin yetişmesi ve gelişmesini destekleyici faaliyetlerde bulunabilirler(169). Eğitim bilindiği gibi, belirli amaçlar doğrultusunda, insan davranışlarında değişiklik yaratmaya, gelişme sağlamaya yönelik planlı etkinlikler olarak tanımlanır.

İşgörenler, kendilerine verilen eğitim ile çalıştırılacakları alandaki yetersizliklerini görebilmekte, daha gelişmiş görevlere hazırlanmaktadır. Eğitim kurumlarında verilen genel eğitim ile, alanında bilgili ve yeterli, uyum yeteneği gelişmiş insan gücü yetiştirilmesi amaçlanmakta iken, hızla ilerleyen teknolojik değişimler işgörenlerin çalışma ortamlarına uyumunu zorlaştırmakta, yetersizliklerin oluşmasına neden olabilmektedir(170).

D.S.Ö'nün "Herkes için sağlık hedefleri" adlı kitabında, sağlık görevlilerinin toplumun sağlık gereksinimlerini karşılayacak şekilde niteliklerini geliştirmeye olanak veren, sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi istenmektedir. Hazırlanacak sürekli eğitim programlarıyla, değişen sağlık gereksinimlerine uyum sağlanması ve topluma daha iyi bir sağlık hizmetinin sunulması amaçlanmaktadır(171).

Personelin yetiştirilmesi ve geliştirilmesinde kullanılacak eğitim yaklaşımları genel anlamda sürekli eğitim kapsamında ele alınsa da, kendi içinde, uygulanma amacı, şekli, süresi vb. açılardan farklılık göstermektedir. Personelin işe alıştırılması amacıyla yapılan eğitim, oryantasyon eğitimi adını alırken, daha sonraki aşamada personelin işindeki verimini arttırmayı amaçlayan eğitim, hizmet içi eğitim olarak ifade edilmektedir.

Hizmet içi eğitim, işgörenlerin hizmetteki verimliliğini ve etkinliğini arttırmak amacıyla, beceri ve tutumlarının zenginleştirilmesini amaç edinen, örgütün genel çalışma düzenini etkileyebilen eğitim şekli olarak tanımlanabilir(172).

Hizmet içi eğitimle, sağlık hizmetleri personelinin değişen durumlara uyumu sağlanabildiği gibi, yeni görev alanlarına ilerlemesine de olanak sağlanabilmektedir. Hemşirelik hizmetleri yöneticileri kendi perso-

(169) Velioğlu.,-Oktay., a.g.e., s.155.

(170) Bintuğ Aytek, *İşletmelerde İnsan Gücü Planlaması*, Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayın No. 115, Ankara, Kalite Matbaası, 1978, s.137.

(171) *Herkes İçin Sağlık Hedefleri*, a.g.e., s.115.

(172) Haydar Taymaz, *Hizmet İçi Eğitim*, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayın No.94, Ankara, Sevinç Matbaası, 1981, s.4.

nelinin gelişimini sağlayan ve hemşirelik hizmetinin niteliğini artıran eğitim programları düzenleyerek, hastane genelinde kalite artışına büyük ölçüde katkıda bulunabilmektedir.

Ayrıca, tüm hastane personelinin işe alındıktan sonra, yapacakları işin özelliğine göre belirlenmiş bir ön eğitimden yani oryantasyon programından geçirilmeleri, hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesini sağlamak açısından oldukça önemli bir yaklaşım olacaktır.

Oryantasyon programı, yeni personelin çevresine ve görevine alıştırılması, kural ve yönergelerden haberdar edilmesi, kendisinden neler beklenildiğinin açıklanması ile güvensizliği dolayısıyla, anksiyeteyi azaltmakta, anlaşmazlıkları ve hataları önlemekte, personelin kuruma daha kısa sürede uyumunu sağlamaktadır(173). Ayrıca, personelde, iş güvenliği, yükselebile, statü kazanma, iş tatmini sağlanarak personel devri azaltılabilmekte yanı sıra, personelin performansının, iş kalitesinin artırılması ve dolayısıyla işletmenin verimliliği sağlanabilecektir (174). İşletmelerde geleceğe dönük, "sağlam ve tutarlı, personel planlamalarının gerçekleştirilmesi öncelikle işletmenin elinde tuttuğu iç işgücü kaynaklarına ve bunların süreç içinde etkinliklerinin artırılmasına bağlıdır". Bu bilince sahip işletmeler de, öncelikle geliştirme ve yetiştirme gereksinimleri saptanarak, sonra kısa, orta ve uzun dönemli planlamalar yapılmaktadır. Ayrıca, uygulamanın etkinliğini sağlamak için, örgütsel ve bireysel amaçların uyumlaştırılmasına da özen gösterilmelidir (175).

Personelin oryantasyonunu ve gelişmesini sağlayan bu tür eğitim programlarıyla, işletmenin personel açığı sorunu çözümlendiği gibi, işgörenin kişisel gelişiminde katkıda bulunularak, aynı zamanda ona kariyer de kazandırılmaktadır. Bu tür eğitim programlarına katılanların, öğrendiklerini iş yerine aktaramamalarıyla ilgili sorunlar görülmektedir. Burada, "programın, değişimi gerçekleştirecek şekilde planlanıp değerlendirilmesi ile beceri kazandırma esası" ön planda ele alınmalıdır(176).

Yöneticiler, personel eğitim programları için olanaklar yaratmalı, işgörenleri kritik düşünmeye yöneltmeli, yeni düşünce ve fikirler için cesaretlendirmeli, karar vermeye personeli katmalı ve bu eğitim fırsatlarının avantajlarını yakalayanları ödüllendirmek için, mesleki bir gelişme ortamı yaratarak, destek olmalıdır(177).

(173) Uyer., a.g.e., Hemşirelik ve Yönetim, s.169.

(174) Adal., a.g.e., s.23.

(175) Kaynak., a.g.e., s.16.

(176) Baysal., a.g.e., s.83-84.

(177) Ruth H. Tappen, Nursing Leadership and Management Concepts and Practice, Second Edition, Philadelphia, F.A. Davis Company, 1989, s.491-493.

Yöneticiler, eğitim çalışmalarını bir bütün olarak yıllık eğitim planında göstermenin yanı sıra, her bir bölüm için yapılacak eğitim programı da ayrı olarak ele almalıdır. Eğitim programının hazırlanması çok dikkatli ve titiz bir çalışmayı gerektirdiğinden, yöneticilerin aşağıdaki konulara özen göstermeleri ve başarıyla uygulamaları zorunluluğu bulunmaktadır(178).

- Eğitim gereksinimlerinin saptanarak, önceliklere karar verilmeli ve eğitim konusu belirlenmelidir.

- Eğitim görececek personellerin saptanması; burada personelin gereksiniminden fazla ve gereksiz bilgilerin verilmesinden kaçınılmalıdır.

- Uygun eğiticilerin saptanmasına önem verilmelidir.

- Eğitim zamanı, eğitime katılanların ve eğitim verecek kişilerin iş hacimleri dikkate alınarak, herkes için en uygun olacak şekilde belirlenmelidir.

- Eğitimin yapılacağı ortamın uygun olmasına dikkat edilmelidir.

- Son olarak, eğitim için gerekli araç-gereçlerin bulundurulmasına özen gösterilmelidir.

Eğitim programlarında, eğitilecek gruba ve konuya özgü olarak değişen çeşitli eğitim yöntemleri kullanılabilir. Örneğin, yöneticilerin eğitiminde, duyarlılık eğitimi, vaka yöntemi, grup tartışması yöntemi, işletme oyunları (simulasyon teknikleri), rol oynama yöntemi gibi farklı eğitim yolları seçilebilir(179).

Hemşirelik hizmetleri yöneticileri, yukarıda belirtilen hususları göz önünde bulundurarak en uygun eğitim yöntemi belirlenmeli ve örgütünün belirlediği politikalar doğrultusunda, kendi personelinin yetiştirilmesi ve geliştirilmesini sağlayacak yönetsel faaliyetlerde bulunmalıdır. Mac Eachem'e göre, hemşirelik hizmetlerinde etkin bir insan kaynakları yönetiminin sağlanması için, işgörenlerin yetiştirilmesi ve geliştirilmesinin yanı sıra, etkin bir denetimin sağlanması hususlarına dikkat edilmesi gerekmektedir(180).

(178) Adalı., a.g.e., s.25-26.

(179) Osman Yozgat, İşletme Yönetimi, 6.Baskı, İstanbul, Venüs Ofset, 1984, s.379-388.

(180) Mac Eachem.,a.g.e., s.966.

Etkin bir hemşirelik yönetiminin amaçlarından biri, hemşirelik bakımında ekonomiyi ve güvenliğini sağlamak ve her çalışanın yeteneğinden maksimum derecede yararlanmak olduğuna göre, organizasyonun tüm aşamalarındaki işgörenlerin hizmetiçi eğitimlerinin yapılması önemli hale gelmektedir. Tüm çalışanlar için, düzenlenen eğitim programı üç amaca hizmet etmektedir; hastane ve departmanları yeni göreve başlayanlara tanıtmak, eğitim sırasında işin özel faaliyetlerine ilişkin uygulama yaptırmak, servisin gelişimi ve çalışanın ilgilerini, potansiyellerini karşılayacak, daha büyük sorumluluklar için işgörenin gelişimini sağlamak(181).

Kısaca özetlersek, daha önceden değindiğimiz gibi personel eğitim programları farklı amaçlara yönelik düzenlenebilmektedir. İşe yeni başlayan işgörenlerin, ortama ve işe alıştırılması amacıyla oryantasyon programları hazırlanabilir. Ya da çok hızlı gelişmeleri yaşadığımız çağımızda, hemşirelik hizmetleri personeli de diğer meslekler gibi, bilgi ve becerisini geliştirmek zorunda kaldığından, bunu sağlayabilmek için işgörenlerin yeni gelişmelerden haberdar olmaları, eski bilgilerini gözden geçirerek yenilenmeleri ve yeni bilgi ve beceri geliştirmelerinde hizmet-içi eğitim programlarından yararlanılmaktadır.

d) Kariyer Planlama

Personelin belirli bir göreve getirilmesinde, atanmasında, terfi ettirilmesinde kurum tarafından belirlenen belirli özellikler dikkate alınır. Personelin belirli görevlere gelebilmesi için uygulanan ve performans değerlendirme açısından ayrı bir önemi bulunan kariyer planlama sistemine ihtiyaç duyulabilmektedir. Bunun kısaca açıklanmasının, belirli pozisyonlara eleman sağlanmasında, terfi edecek kişilerin belirlenmesinde hemşirelik hizmetleri yöneticileri için yararlı olacağı kanısındayız.

Kariyer planlama, özellikle Avrupa'da uygulanan bir sistemdir. Kariyer planlaması, "bir işgörenin sahip olduğu bilgi, yetenek, beceri ve güdülerinin geliştirilmesiyle, çalışmakta olduğu örgüt içindeki ilerleyişinin (ya da daha somut olarak yükselmesinin) planlanması" olarak ele alınmaktadır(182). Yukarıdaki tanımdan da, anlaşılacağı gibi, üst düzeylere yapılacak atamalarda, kişinin deneyimi yanısıra, eğitimine, mesleki bilgi ve becerisine, kişilerarası ilişkilerine, görünüşüne vb. faktörlere önem verilebilmektedir.

(181) Ibid., s.515.

(182) Kaynak., a.g.e., s.105.

Kariyer planlaması uygulanmasındaki amaç, "bir işgörenin yeti ve güduları doğrultusunda, işletme içinde izleyeceği yolun (ilerleme çizgisinin) belirlenmesi" olarak saptanmaktadır. Örgüt ana ilke olarak örgütsel ve bireysel amaçlar arasında uyumu sağlayamadığı ölçüde özellikle üst pozisyonları, etkin ve başarı güduları yüksek yöneticilerle dolduramayacaktır(183).

Kariyer planlama, yönetimde belirli görevlere gelebilmek için, belli aşamaları geçmek gerektiği şeklinde özetlenmektedir. Ülkemizde de yakın zamanlara kadar kesin kes uygulanan bir yaklaşım durumundayken günümüzde önemini giderek kaybetmeye başlamıştır(184).

Kariyer sisteminde, her görev için belirli bir tecrübe aranmaktadır. Görev ortamının kişileri eğiterek, daha yüksek görevlere hazırladığına inanılmaktadır. Ancak, çalışma ortamının özellikleri her zaman okul ortamına aktarılamamaktadır. Bu nedenledir ki, kişinin yetişmesinde tecrübenin önemli bir yer tuttuğu kabul edilmektedir. Kariyer sisteminin özelliklerini Yüncü şu şekilde sıralamaktadır(185).

- Personel deneyimini kullanabileceği yeni olanaklar bulduğu için sisteme daha fazla bağlanmakta ve kişinin kendini kanıtlayabilme (gösterebilme) gereksinimi böylece karşılanmış olmaktadır.

- Personel çalışarak belirli görevlere gelinebileceğini bildiği için, daha etkin bir çalışma gösterecektir.

- Kariyer sistemi, performans değerlendirme sistemi ile desteklendiği takdirde verimli olmaktadır. Böylece, görev için en iyi ve en başarılı personelin seçilmesi ve yükseltilmesi sağlanmış olabilecektir.

Hemşirelik hizmetlerinde kariyer sisteminin uygulanmasına ülkemizde fazla önem verilmemektedir. Önceleri meslekte belirli yıllar çalışmış kıdem kazanmış hemşireler, yetersizliklerine bakılmaksızın üst pozisyonlara yükseltilmişler, sorumlu veya başhemşire pozisyonlarını doldurmuşlardır. Günümüzde de hala, emeklilikleri geldiği halde bu pozisyonları sürdüren, ancak verimli bir çalışma sergileyemeyen yönetici hemşirelere rastlanılmaktadır. Bu durum, genç ve başarılı işgörenlerin motivasyonunu azaltıcı bir etki yapabilmektedir.

(183) Ibid., s.166.

(184) N.Eren., a.g.e., s.87.

(185) Yüncü., a.g.e., s.40.

e) Sosyal Güvenlik Hizmetleri

Geniş anlamıyla sosyal güvenlik, bir ülke halkının ya da bir bölümünün bugününü ve yarınını güven altına almayı amaçlayan ve kendi aralarında bir birlik ve uyum sağlamakta olan kurumlar bütünüdür(186).

Uluslararası çalışma örgütlerinin yaptığı tanıma göre, sosyal güvenlik, halkın hastalık, işsizlik, yaşlılık, ölüm nedeniyle geçici veya sürekli olarak kazançtan yoksun kalması durumunda düşeceği yoksulluk halinde, tıbbi bakım gereksinimi durumunda, çocuk ve analık halinde korunmaya ilişkin tüm önlemleri içermektedir(187).

Eren'in tanımına göre, "sosyal güvenlik fizyolojik, mesleki ve sosyo-ekonomik risklerden ötürü geliri ya da kazancı sürekli ya da geçici olarak kesilmiş bulunan kimselerin ve ailelerin geçinme ve yaşama gereksinimlerini karşılayan bir sistemdir". Bu tanımlamadan çıkarılan sonuca göre, sosyal güvenliğin amacı gereksinim içinde bulunanların, fiziksel, ekonomik ve ailesel sorunlarını çözerek kişilerin güvenliğini sağlama, onları koruma ve geliştirme olmaktadır(188).

Kişilerin ekonomik ve sosyal yönden geleceğe güvenle bakabilmesi için hem kendilerine, hem de ailelerine devamlı bir gelir ve ayrıca üretimde sürekli faaliyette bulunma imkanının sağlanması gerekmektedir. Ülke ekonomisinde önemli bir yeri olan fikir ve beden işgörenlerinin de kazaları, meslek hastalıkları, hastalık, analık, malüllük, yaşlılık ve ölüm gibi hallerinde sigortalı olmaları gerekmektedir. Yüncü ise, sosyal güvenliği "kişilerin karşılaşılabilecekleri olası risklere karşı korunması ve doğabilecek zararların giderilmesini içeren bir ifade olarak kullanmaktadır"(189).

Kısaca sunduğumuz bu açıklamaların ışığında, sosyal güvenlik kurumlarının iki temel işlevi olduğunu söyleyebiliriz. Birincisi, çalışabilecek durumdaki herkese iş bulmakta olup, bir çok ülkede bu görev, işsizlik sigortaları ile yerine getirilmektedir. Ülkemizde ise, bu sorun henüz çözüme kavuşturulmamıştır. İkincisi, sosyal güvenlik kapsamında bulunanlara bazı haklar sağlamaktır. Ülkemiz de sosyal güvenlik hizmetlerini karşılayan üç ana kurum vardır. T.C. Emekli Sandığı (Devlet

(186) Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Hazırlık Çalışmaları, "Sosyal Güvenlik Sektör Raporu", Devlet Planlama Teşkilatı, Yayın No.1846, Ankara, Kasım 1982, s.2-4.

(187) Saif Dilik, **Sosyal Güvenlik**, Ankara, 1991, s.6,

(188) N.Eren., a.g.e., s.90-91.

(189) Yüncü., a.g.e., s.42.

memurlarının sosyal güvenliğini sağlamaktadır). Sosyal Sigortalar Kurumu (İşçilerin sosyal güvenliğini sağlamaktadır) ve Bağ-Kur (Bağımsız çalışanların sosyal güvenliğini sağlamaktadır). Çalışanların bu kurumlara verdikleri ödentiler ise, bireylerin sosyal güvenliğe karşı sorumluluklarını oluşturmaktadır(190).

Ülkemizde sosyal güvenlikle ilgili oluşturulmuş olan yukarda sayılan kurumların örgütlenmeleri Cumhuriyet dönemine rastlamakta, özellikle 1940'lı yılların sonlarına denk düşmektedir. Devlet tarafından kurulan bu örgütlerin kapsamına girenlere aynı yasal düzenlemelerle Sosyal Güvenlik hakları verilmeye çalışılmıştır. Aynı amaçla hizmet eden bu örgütlerin uygulamalarında (hak kazanma koşullarında, yardım miktarlarında vb.gibi) farklılıklar bulunabilmektedir(191).

Ülke genelinde sosyal güvenlik sistemleri ele alındığında, 1991 yılı itibariyle sosyal güvenlik kapsamındaki nüfusun, toplam nüfusa oranı % 73.8'e ulaşmıştır. Sağlık hizmetleri açısından, sosyal sigortalar kapsamına giren kişilerin sayısı giderek artmış, toplam nüfusa oranı yüzde 55.9 olmuştur(192).

Bu sosyal güvenlik örgütlerinden, pirimlerin zamanında tahsil edilememesi, plasmanların verimli değerlendirilememesi ve aktif sigortalı başına düşen pasif sigortalı ve bağımlı sayısındaki artış gibi nedenlerden dolayı sağlık güvenlik kuruluşları özellikle SSK ve Bağ-Kur önemli mali sıkıntılarla karşılaşmaktadırlar(193).

Sağlık sektöründeki güvenlik hizmetleri, sağlık kurumunun bağlı olduğu merkez örgüte göre yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri, Özel bir yasal düzenlemeyle Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanelerindeki sağlık personelinin sosyal güvenlik hizmetleri, Emekli Sandığı Kurumu tarafından yürütülmektedir. Özel statüdeki hastanelerde görevli personelin güvenlik hizmetleri ise, Sosyal Sigortalar Kurumunca yerine getirilmektedir.

Hemşirelik hizmetleri personeli de, yukarda açıklandığı gibi çalıştıkları hastanelerin bağlı bulunduğu, sosyal güvenlik örgütüne bağlı olarak hizmet alabilmektedir. Ancak, özellikle özel hastanelerde görevli

(190) N. Eren., a.g.e., s.92.

(191) Gürbüz Ersan, *Türkiye'de Sosyal Güvenlik*, İstanbul, Anadolu Matbaası, 1987, s.10.

(192) 6. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994), 1993 yılı Programı Destekleme Çalışmaları, Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, Ankara, 1992, s.157.

(193) Ibid., s.159.

yönetici hemşirelerin, kendilerine bağlı işgörenlerin sosyal güvenliğinin sağlanıp sağlanmadığının (sigorta primlerinin düzenli yatırılıp yatırılmadığının) kontrolünü yapmaları, olası aksaklıklara karşı dikkatli olmaları gerekmektedir. Bu durum daha sıklıkla, küçük hastanelerde personel yönetimi bölümünün olmaması nedeniyle, bu gibi faaliyetlerin bölüm yöneticilerinin gözetimine bırakıldığı durumlarda görülebilmektedir.

f) Ücret-Maaş Yönetimi

Ücret, belirli bir hizmet için, insan emeğine ödenen bedel olarak tanımlanmaktadır. İnsan emeğinin karşılığını ödeme basit bir işlem olmamakla birlikte, işgörelere en az asgari geçim olanaklarını sağlayabilecek ölçüde olmasına dikkat edilmelidir. Ücret belirlemede, işgören arz ve talep mekanizmasının önemli etkisi olabilmektedir(194). Ayrıca, işletmenin belirli bir ödeme gücünü koruması da gerekmektedir. Bu ise, işletmenin gelirlerini çoğaltmasına veya üretim miktarının-verimliliğinin artırılmasına bağlı olarak değişebilmektedir. Ancak işletmenin nitelikli işgöreleri olması veya elindekileri tutabilmesi için, o iş kolunun ortalama ücret düzeyinin biraz üstünde ödemede bulunması gerekmektedir(195).

İşgörelere için geliştirilecek olan maaş ve ücret programlarının, aşağıda belirtilen özellikleri içermesine dikkat edilmesi önerilmektedir(196).

- Ücretler yapılan işin karşılığında ödenmelidir.
- Daha hafif (ya da daha az yetenek gerektiren) işlere göre, daha karmaşık ve yoğun işlere ödenecek ücretlerin daha fazla olacağı düzenlemeler yapılmalıdır.
- Maaş belirlenmesinde, personelin veriminde gözlenebilecek minimal bir değişiklik değerlendirilmelidir.
- Ücretlemede, işgörelenin iş düzeni, çalışma koşulları içindeki konumu ve nerede bulunduğu dikkate alınmalıdır.

(194) Goldberg .,-Buttaro .,a.g.e., s.81-82.

(195) Telimen., a.g.e., s.68.

(196) Marie Divincenti, Administering Nursing Service, Second Edition, Boston, Brown and Company, 1977, s.184.

Hastaneler ve bakım evlerinde iyi işleyen bilimsel olarak geliştirilmiş ücret sistemlerine gereksinim vardır. Ücretlemelerde genellikle, piyasa ve toplumun baskısı önemli rol oynamaktadır. Belirsizliklerin olması ise, işgörenlerde memnuniyetsizlik yaratabilmektedir. Ücretleme önemli bir motivasyon aracı durumunda görüldüğünden, günümüzde sağlık çalışanlarının ücretleri benzeri görülmemiş bir hızda artmaktadır(197).

Hastanelerin ücretleme programı personel yönetimi tarafından yönetilmektedir. Genellikle ücretleme programları, her pozisyonun temel fonksiyonlarını açıklayan bireysel iş tanımlarının geliştirilmesini, iş değerlemelerinin yapılmasını gerektirmektedir. Personel yönetimi bölümü, karşılaştırılabilir pozisyonların ücretlerine karar vermek için, diğer hastanelerin ve hastane dışındaki çalışanların ücretlerini gözden geçirerek, ücretleme fonksiyonunu yürütmektedir. Ücretlemenin yürütülmesinde, birçok iş değerlendirme yöntemleri kullanılmaktaysa da, hastaneler de genellikle faktör karşılaştırma yöntemiyle iş değerlemeleri yapılmaktadır(198).

Ülkemizde sağlık personellerinin ücretleme sistemleri, çalıştıkları kurumun bağlı bulunduğu örgüte göre değişiklik göstermekte ve devlet memurları kanununa bağlı çalışanlarda, devletin belirlediği kat sayı doğrultusunda, sosyal sigortalar kurumuna bağlı çalışanlarda asgari ücret veya sözleşmeli personel olmalarına göre farklı ücretlemeler yapılabilmektedir.

Devlet memurları kanunu, devlet kurum ve kuruluşlarda çalışan tüm memurların ve diğer kamu görevlilerinin almakta oldukları aylıklar ve diğer ödemeler açısından denklik sağlamayı amaçlamaktadır. Ancak, günümüzde ücretlerde adalet sağlanamadığı gibi, özel sektörde ödenen ücretlerle, kamu sektöründe ödenen ücretler arasında büyük farklar yaratılmıştır. Uygulanan bu ücretleme sisteminin temelinde, "öğrenim derecesi" esas alınmaktadır(199).

Hemşirelik hizmetleri yöneticisi, özel hastanelerde personelin maaş ve ücret programlarının geliştirilmesinde etkin rol oynayabilmektedir. Böyle bir kurumda görevli yöneticilere ve çalışanlara rehber olacak, bir ücretleme programının içeriğinde daha önce değinilen özelliklerin bulun-

(197) Norman Metzger, *Personnel Administration*, New York, Spectrum Publication, Inc., 1979, s.27.

(198) Yalçın., a.g.e., s.105.

(199) Tayfun Akgüner, *Kamu Personel Yönetimi*, İstanbul, Der Yayınları, 1992, s.83.

masında yarar olacaktır. Ücretin nasıl ödeneceği, ücreti neyin belirlediğini, pozisyon değişiminin dikkate alınacağını bilmesi çalışanlar açısından oldukça önemli bir etki yaratacaktır.

Devlet memurları yasasına tabi kamu sektöründe çalışan heşirelik hizmetleri personelinin ücretlemesi için, yönetici hemşirelerin yapabileceği fazla bir etkinlik bulunmaktadır. Ancak, birçok kamu sektöründe oluşturulmakta olan, hemen hemen tüm hastanelerde bulunan "Döner Sermaye Gelirlerinin" dengeli paylaşılmasında, hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin "katkı yüzdelerini" belirlemeleri şeklinde önemli rolleri olabilmektedir.

Sağlık mevzuatıyla ilgili yeni düzenlemelerde "yerinden yönetim" ilkesi benimsenerek, hastanelerin bir işletme olarak ele alınması hedeflenmektedir. Bu yasal düzenlemelerin gerçekleşmesi halinde, hastaneler kendi girdi ve çıktılarını dengelemek zorunda kalacaklar ve işgörenlerin etkinliğini-verimliliğini ve iş başarılarını artıracak ücretleme programları geliştirme gereksinimlerini hissedeceklerdir.

g) Personelin Denetimi

Personelin denetlenmesi ve kontrol edilmesi, personel yönetimi fonksiyonlarının son aşamasında görülmektedir. Yöneticilerin, tüm girişimleri sonucunda personelin performans düzeyini saptayabilmeleri ancak, denetleme fonksiyonu sonucunda elde edilen verilerle gerçekleştirilebilmektedir.

Hemşirelik hizmetleri, yöneticisi, personelle ilgili kayıtların tutulmasının, zamana ve paraya mal olmasına karşın, yönetsel önemi olduğundan yerine getirilmesi gerektiğini ve bazılarının da kanuni olarak zorunlu olduğunu bilmektedir. Ayrıca kayıtları tutarken en etkili yöntemi kullanmaya dikkat etmelidir. Maaş izin ve devamlı ilgili kayıtlar, hem kurumun işlerliği hem de personelin fonksiyonlarını gerçekleştirip gerçekleştirmediğini göstermesi bakımından gereklidir. Bazı kayıtlar ise, atamayla ilgili esasları açıklaması yönünden önemlidir ve tutulmalıdır (müracaat formu, referans mektubu, iş tanımları ve çalışma listeleri gibi). Personelin ayrılması halinde onunla ilgili kayıtlar önemini yitireceğinden ayrı tasnif edilmeli ve örgütten ayrılan her personel için son değerlendirme raporu mutlaka yazılmalıdır (200).

Hemşirelik personelinin denetiminde, personelle ilgili kayıtların sağlıklı ve düzenli olarak tutulması ve güvenilir verilerin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Günümüzde gelişmiş örgütlerde işgören verileri bilgisayar teknolojisi ile tutmaktadır.

Hemşirelik hizmetleri yöneticisi, hemşirelik hizmetlerini denetleme sorumluluğunu, planlı olarak yaptığı hemşirelik viziteleriyle yerine getirmektedir. Bu viziteler, yönetici hemşireye hastalara verilen hemşirelik bakımını değerlendirme, personelin geliştirilmesi gereken yönlerini saptama, personeliyle iyi ilişkiler kurma, onları yakından tanıma, yapılan iyi işleri ve bunların hasta üzerindeki olumlu etkilerine işgörenin dikkatini çekerek, onları güdüleme olanağını sağlamaktadır(201).

Genellikle kontrolün bir fonksiyonu olarak denetimin gerekliliği, otorite amaçlı olmaktan çok, personelin geleceğine yönelik kararların verilmesinde rol oynamaktadır. Her çalışan için denetimin bir çeşitinin kullanımına gereksinim duyulmaktadır. İyi bir denetimin sağlanmasında başarısız sonuçların elde edilmesi, verilen hizmetin eksikliği ve çalışanın fonksiyon bozukluklarının esas sonucu olarak değerlendirilmelidir(202).

Yönetici hemşire, denetleme işlevini işi ve işi yapan kişiyi denetleme şeklinde ele almamalı, denetleme sırasında personele rehberlik yapmayı ve bilgi vermeyi de kapsayacak biçimde davranmalıdır. Yapılan denetleme sonunda, denetlenen personelin davranışlarında ve hizmetinde düzelme görülebilmelidir. Bunun içinde, yönetici hemşirenin astlarıyla iyi kişiler arası ilişkiler kurabilmesi, yol göstermesi ve sorunlarını kendisinin çözmesine yardımcı olması, iyi bir gözlemci ve dinleyici olması ve de önyargılardan kaçınmaya dikkat etmesi gerekmektedir(203).

Hastanelerimiz de personel denetimi (kontrolü) gerçek anlamda yapılmamaktadır. Hastanenin personel yapısının karmaşıklığı, hizmet birimlerinin çeşitliliği denetimi zorlaştırmaktadır. Özellikle, hemşirelik hizmetleri personelinin verdiği hizmetin denetimine son yıllarda önem vermeye başlanmıştır. Hemşirelik hizmetlerindeki yönetim ağı (hastane organizasyonu paralelinde) yeniden düzenlenerek hemşirelik hizmetlerinin gece-gündüz denetimine olanak yaratılmaya çalışılmaktadır. Ancak, çoğu kez yönetici hemşirelerin yaptığı bu denetim, otokratik bir çizgide yürütüldüğünden, hemşirelik personelinin gelişiminde, hizmetin niteliğinin artırılmasında etkili olacak bir değişiklik yaratamamıştır. De-

(201) Uyer., a.g.e., *Hemşirelik ve Yönetim*, s.262.

(202) Mac Eachern., a.g.e., s.515.

(203) Uyer., a.g.e., *Hemşirelik ve Yönetim*, s.265.

netleme sistemine daha modern bir yaklaşımın getirilmesiyle, hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin istenilen başarıyı sağlamaları mümkün olabilecektir.

Personelin denetlenmesi, sonucunda performans değerlendirmeye gidilmektedir. Hemşirelik hizmetleri yönetiminde, hemşirelik personelinin "etkin bir denetim sistemiyle" denetlenmesine ve uygun bir performans değerlendirme yöntemiyle değerlendirilmesine çalışılmalıdır. Bunun içinde, hemşire yöneticilerin bu alanda kendilerini geliştirmeleri gerekmektedir.

2.2.4. HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE PERFORMANS DEĞERLENDİRME

Performans değerlendirme konusuna, genel olarak çalışmamızın birinci bölümünde değinilmiştir. Burada, hastane ve hemşirelik hizmetlerinde performans değerlendirmeyeyle ilgili olarak açıklamalarda bulunulacaktır.

Hastane organizasyonları, tüm hastane personellerinin performansını değerlendirebilmek için, iyi tanımlanmış bir programa sahip olmalı ve aynı zamanda personelin gelişimini bilinçli olarak motive etmelidirler. Hastane gibi bir hizmet organizasyonunda, personelin performansının değerlendirilmesine, hastalara verilen hizmetin niteliği de bir kriter olarak katılmalıdır. Hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlendirmesi için de benzer kriterler dikkate alınabilir(204).

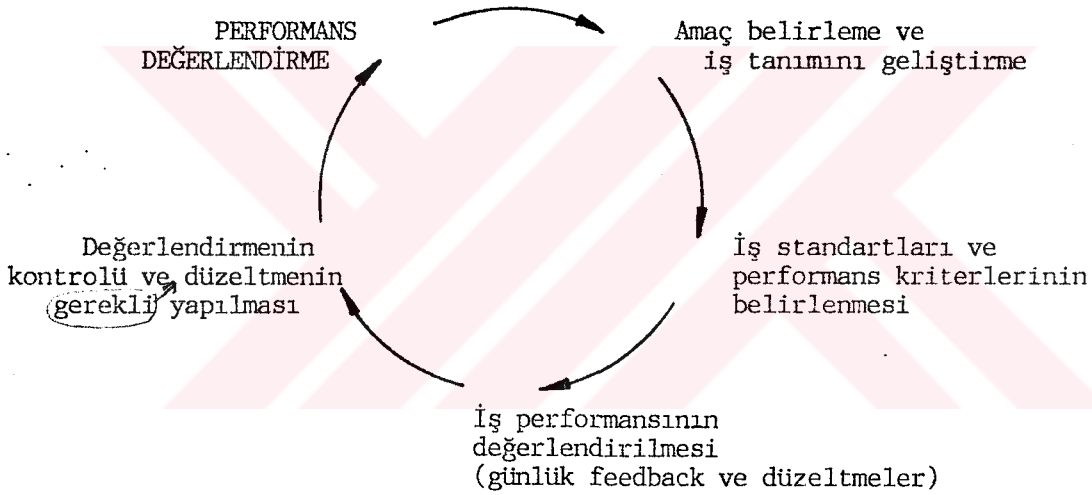
Barrett ve Gessner'e göre, hastane personelinin performansı, bireyin ve hastanenin hedefleri arasında bir uyum ve dengenin sağlanması halinde yükseltilebilecektir. Yanısıra, tüm personelin kendi amaçlarını belirlemesinde, başlıca kurumsal hedeflerin önemli katkısı olabilecektir. (205). Ancak hastanelerimizde, bu tür bir yaklaşımın uygulamalarını görmek, söz konusu olamamaktadır. Hastanelerimiz profesyonelce yönetilmediklerinden, genel hedef ve amaçların belirlenmesi, bunlara ulaştıracak stratejik kararların alınması ve hastane personeliyle paylaşarak onların desteğinin sağlanması gibi konularda büyük eksikliklere rastlanılmaktadır. Ancak, performans değerlendirme personel yönetiminin önemli bir aşaması olarak algılanmalıdır. Performans değerlendirme

(204) Mary D. Shanks - Dorothy A. Kennedy, *Administration in Nursing*, New York, Mac Graw Hill Book Company, 1970, s.193.

(205) Joan Barrett - Barbara A. Gressner - Chorlene Phelps, *The Head Nurse, Her Leadership Role*, Thrid Edition, New York, A Publishing Division of Pretice-Hall, 1975, s.379.

kriterleri (standartları), yönetici ve işgörenlerin ortak beklentileri ve başarı düzeyleri hakkında formal periyodik incelemeler için temel oluşturmaktadır. Günümüzdeki çağdaş uygulamalar, işgörenlerin kişisel özelliklerine yönelik kriterlerden çok, işe yönelik kriterlere daha fazla önem vermeye başlamıştır(206).

Personel yönetiminde, işten çıkarma, ilerleme (terfi) ve transfer gibi personel yönetimi işlemleri sıklıkla, performans değerlendirme formları üzerinde gösterilerek, belgelenmektedir. Ayrıca, bilgili bir yöneticinin kullandığı bir performans değerlendirme yönteminin, minimal gelişme potansiyeli gösteren işgörenler ile, daha büyük sorumluluklardaki bir pozisyonu başarabilecek işgörenler arasındaki ayrımı yapabilecek özellikte olması da gerekmektedir(207).



Şekil 2.8. Performans Değerlendirme Programı(208).

Yukarıdaki şekilde görülebileceği gibi, bir performans değerlendirme programında yöneticinin belirli aşamaları geçmesi, gerekli yerlerde kontrol ve denetlemeler yapması, değerlendirilene geri bildirim sağlayarak, gerekli düzeltmeleri yapması gerekmektedir.

(206) Jacqueline Dienemann, *Nursing Administration-Strategic Perspectives and Application*, New York, A Publishing Division of Prentise Hall, 1990, s.409.

(207) Ibid., s.412.

(208) Ibid., s.410.

Performans değerlendirme, hemşirenin performansını ve onun organizasyon hedefleriyle ilgisini değerleyen yönetimin bir fonksiyonu olarak ele alınmakta, çalışanların performanslarında görülen ilerleme yeteneklerinin bir ölçütü şeklinde yorumlanabilmektedir(209). Daha basit bir ifadeyle, hemşirelerin belirli bir zaman periodu süresinde görevlerini ne kadar, nasıl iyi yaptığının düzenli ve formal bir değerlendirmesi(210) şeklinde belirtilebilmektedir.

Yöneticilerin değerlendirme ve ölçme ifadelerini aynı anlamda kullanmamaya dikkat etmeleri gerekmektedir. Literatürlerde, değerlendirme, ölçmeden daha geniş kapsamlı bir ifade olarak kullanılmakta ve herhangi bir şeyin değerini (önemini) araştıran veya değerlendiren bir işlem olarak ele alınırken, ölçme ise, sadece niceliği kapsamaktadır(211).

Personel yönetiminde, performans değerlendirmeyeyle ilgili olarak yaşanan en büyük güçlük, yöneticilerin övgü, memnuniyet gibi olumlu ve olumsuz ifadelerini yazmada isteksiz davranmaları olmaktadır. Bu davranışlarda, yöneticilerin kişisel kaygı ve güvensizlik yaşamalarının önemli bir etkisi olduğu ileri sürülmektedir. Oysa, bilimsel olarak geliştirilen, güvenilir bir performans değerlendirme sistemi, değerlendirilenler için çok yararlı ve değerli veriler sağlayabilecektir. Performans değerlemede ortaya çıkabilecek güçlükleri gidermede, açık ve anlaşılır performans standartlarının belirlenmesi, işgörenlerin kurumu tanımlarına yönelik oryantasyon programlarının düzenlenmesi, her işgören grubu için iş tanımlarının ve performans değerlendirme kriterlerinin geliştirilmesi ve bunların işgörenler tarafından bilinmesine olanak sağlayan çalışmalarda bulunulması gerekmektedir(212).

Ülkemizdeki uygulamalarda da özellikle, sağlık hizmetleri açısından bu ele alındığında çok yetersiz uygulamaların yapılmakta olduğu ve var olan performans değerlendirme sistemini düzeltici çalışmalara gidilmediği görülmektedir. Hastanelerimizde, hemşirelik hizmetleri yöneticileri, performans değerlendirmeyi genellikle yasal olarak yapılması gereken bir iş yükü olarak algılamakta ve sonuçlarına yeterince önem vermemektedirler. Performans değerlendirmenin ciddiye alınmadan ve gerçeği yan-

(209) Marie Divincenti, **Administering Nursing Service**, Second Edition, Boston, Little, Brown and Company, 1977, s.189.

(210) Ann Marriner, **Guide to Nursing Management**, London, The C.V. Mosby Company, 1980, s.162.

(211) Helen M. Tobin-Pat S. Yoder Wise - Peggy K.Hull, **The Process of Staff Development Components for Change**, Second Edition, London, The C.V. Mosby Company, 1979, s.162.

(212) Helen M. Donovan, **Nursing Service Administration Managing the Enterprise**, Saint Louis, The C.V. Mosby Company 1975, s.120.

sıtmayacak şekilde yapılmasının bir sonucu olarak sıklıkla orta derecede değerlendirilmelere rastlanılmaktadır.

Hastane ve hemşirelik hizmetleri yönetiminde, performans değerlendirmenin uygulanma amaçları, birinci bölümümüzde değinilen amaçlardan belirgin bir farklılık göstermemektedir. Tüm işletmelerde olduğu gibi hastanelerde de benzer amaçlarla performans değerlendirmeler yapılmaktadır (213).

Herhangi bir performans değerlendirme yöntemiyle, hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlendirmesi yapılabilmektedir. Genellikle, her hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlendirmesi, hemşire yöneticileri tarafından yapılmakta olup, hastanenin genel yöneticisi de hemşirelik hizmetleri yöneticisinin performans değerlendirmesini yapmaktadır. Böylece hiyerarşik bir yapı içinde performans değerlendirme işlemi sürdürülmektedir (214).

Ülkemizdeki uygulamalar ise, hastanelerin örgüt yapılarına göre farklılık göstermektedir. Araştırmayla ilgili bölümde görülebileceği gibi, merkezci yönetim yapısının etkin olduğu ve hemşirelik yönetiminin özerkliğinin sağlanamadığı hastanelerde, hemşirelik personelinin performanslarının hala hekim şefler (bölümün şefi) tarafından değerlendirildiğine, hemşire yöneticilerin görüşlerinin alınmadığına rastlanılabilmektedir. İleride ayrıntılı değinileceğinden burada, hemşirelik hizmetlerinde performans değerlendirmenin olması gereken hiyerarşik yapı içinde yürütülmemesiyle ilgili sorunların yaşandığının belirtilmesi yerinde olacaktır. Ayrıca, hemşirelik hizmetleri personelinin sağlıklı bir performans değerlendirmesinin yapılabilmesi için, hemşire yöneticilerin ve hastanelerin genel yöneticisinin bu konuya önem vermeleri, duyarlılık göstermeleri ve bilimsel bir yaklaşım içinde olmaları da gerekmektedir.

Hemşirelik hizmetleri personelinin performansının değerlendirilmesinde, yönetici hemşirelerin gereksinim duydukları verilerin kaynağı genellikle aşağıdakileri içermektedir (215).

- Her çalışan hakkında yöneticinin kendisinde var olan izlenimleri, eğitimi ve deneyimi, hemşirelik bilgisi ve çeşitli uygulamalardaki kişisel deneyimleri, diğer işgörenlerden ne gibi farklılıklarının olduğu vb. konularla ilgili veriler.

(213) Howard S. Rowland – Beatrice L. Rowland, *Nursing Administration Handbook*, Second Edition, Maryland, An Aspen Publication, 1985, s.412.

(214) Linda A. Bernhard – Michell Walsh, *Leadership The Key to the Professionalization*, Second Edition, St.Louis, The C.V Mosby Company, 1990, s.199.

(215) Barrett,-Gessner, – Phelps., a.g.e., s.382.

- Hemşirelik hizmetleri personelinin önceki değerlendirmesinden elde edinilen bilgiler ile görüşme ve gözlemden yöneticinin edindiği bilgiler,

- Personel hakkında arkadaşları ile birlikte ekipteki diğer yöneticilerinin değerlendirmesinden elde edilen bilgiler,

- Personelin kendi amaçları ve uygulamalarını kaydettiği notlardan elde edilen bilgiler.

Performans değerlendirme sisteminin başarısı, değerlendirmede yararlanılan bilgilerin doğru ve güvenilir kaynaklardan elde edilmiş olması ve modern bilgi sistemlerinden destek alınmasıyla yakından ilgili bulunmaktadır. Hemşirelik hizmetleri personelinin performansının değerlendirilmesinde, genellikle gelişmiş ülkelerde kullanılan bilgi sistemleriyle ilgili, etkileyici teknolojik gelişmeler önemli değişikliklere neden olmuştur. Bilgi sistemlerinin ayrıca, verilen bakımın kalitesi üzerinde de potansiyel etkileri olmakta, iletişimi geliştirmekte, belgelemeyi artırmakta ve kliniksel kararların verilmesini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca, bütün hastane genelindeki hemşirelik hizmetleriyle ilgili tüm bilgilerin saklanması değerlendirme kolaylaştırması açısından hemşireliğin gelişimine büyük katkıları olmaktadır (216).

Yukarıda açıklandığı gibi, sağlıklı bir performans değerlendirme uygulaması için, bilgilerin elde edilişi, belgelenmesi ve kullanılmasında modern bilgi sistemlerinin büyük kolaylıkları olabilmektedir. Ayrıca, hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin pozisyonları da, çalışanların performanslarını inceleme fırsatlarını, karar verme yeteneklerini ve konuya uygun bir bakış açısı getirmeleri dolayısıyla yapacakları performans değerlendirmeleri etkileyebilecek bir faktör durumundadır(217).

İşletmelerde performans değerlendirmenin yapıldığı dönemlerle ilgili farklı yaklaşımlara rastlanılmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki uygulamalarda da diğer kurumlardakilere benzer şekilde farklı yaklaşımlar görülebilmektedir. Bazı hastanelerde, her çalışanın işe başladığı dönemde performansı değerlendirilirken, bazılarında da tüm işgörenler için belirli bir ay ya da belirli bir pozisyondaki tüm işgörenler için aynı ay belirlenerek formal değerlendirilmeleri tamamlanmaktadır (218). Rowland ise, formal değerlendirmelerin bir yıldan daha kısa bir dönemde

(216) Vaughn G.Sinclairs, "The Impact of Information Syten on Nursing Performance and Productivity", *Nursing Administration*, Vol.21, No.2, February, 1991, s.47.

(217) Rowland., - Rowland., a.g.e., s.413.

(218) Joyce L. Scherger, *The Nurse As Manager*, A Wiley Medical Publication, London, 1980, s.134.

yapılması gerektiğini hatta, işe yeni başlayanların ilk 3-6 ay arasında performanslarının mutlaka değerlendirilmesinin gerektiğini belirtmektedir(219).

Performans değerlendirme ile yöneticiler, çalıştırdıkları elemanlarını tanıma olanağına kavuşmakta ve işgörenlerinin gelişimi için ne yapabileceğini bilme fırsatını elde etmektedir. Ayrıca, performans değerlendirme görüşmeleriyle işgörenlerin kendi iş başarılarını öğrenmeleri olanağıda sağlanabilmektedir. Bu nedenle, yöneticinin performans değerlendirme süreci içinde gerektiği kadar vereceği geri beslemenin (feedback) ayrı bir önemi bulunmaktadır.

İşgörenle yapılan performans değerlendirme görüşmesinden sağlanacak olan geri besleme ile, örgütün performans beklentilerini işgörene açıklamak, işgörenin yapıcı davranışlarını kuvvetlendirmek, yetersiz davranışları düzeltmek ve işgörenin kendini tanımasını sağlayarak, kendi gücünün farkında olmasına olanak tanımak gibi amaçlarla yararlanılabilir(220).

Ülkemizdeki uygulamalarda, işgörene geri besleme sağlayan yaklaşımlara seyrek olarak rastlanılmaktadır. Performans değerlendirme, bizde sıklıkla kullanılan şekliyle "sicil raporları" genellikle gizli tutulmakta ancak, olumsuz sicillerin işgörene, yazılı olarak iletilmesi söz konusu olmaktadır.

Örneğin, olumsuz olarak değerlendirilmiş olan memur statüsündeki işgörenler, hata ve eksikliklerini gidermeleri amacıyla sicil raporlarının son teslim tarihinden sonraki bir ay içinde, yetkili amirler tarafından yazılı olarak uyarılırlar. Memurların ise, bu yazıya karşılık en fazla bir ay içinde itiraz etme hakları bulunmaktadır(221).

2.2.4.1. Hemşirelik Hizmetleri Personelinin Performans Değerlendirme Sistemlerine Bakış

Tez konusuna yönelik olarak yapılan literatür çalışmalarında, sağlık hizmetlerinde ve özellikle de hemşirelik hizmetleri alanında daha önce yapılmış konuyla ilgili bir araştırmanın olmadığı, yerli ve yabancı

(219) Rowland.,-Rowland., a.g.e., s.413.

(220) Ruth M. Tappen., **Nursing Leadership and Management Concepts and Practice**, Second Edition, Philadelphia, F.A.Davis Company, 1989, s.458.

(221) Akgüner., a.g.e., s.78.

literatürlerde de spesifik olarak bu konuya özgü verilerin bulunmadığı belirlenmiştir. Yapılan literatür çalışmasında, yerli yayınların, hemşirelik hizmetlerine yönelik performans değerlendirme konusuna çok sınırlı yer verdikleri, yabancı yayınların ise, konuya yaklaşımlarının genel personel yönetimi yaklaşımı dışında çok önemli bir farklılık yaratacak boyutta olmadığı görülmüştür.

Bu nedenle, hemşirelik hizmetlerinde uygulanan performans değerlendirme sistemlerinin genel performans değerlendirme sistemlerinden olan farklılıklarına değinerek, belli kriterler doğrultusunda bu farklılıkları analiz etmenin uygun olacağı kanısındayız. *Bu analizde 8 yabancı 9 yerli performans değerlendirme sistemi incelenip, aşağıda belirtilen kriterlerin üzerinde durdukları belirlenmiştir. Yabancı literatürlerde, hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlendirmesinde (statülerine göre) farklı yöntemler ve bir çok değişik formlar kullanılmaktadır. Değerlendirme formlarında, çeşitli sınıflama faktörlerine nasıl karar verileceğini ve değerlendirmenin nasıl yapılacağını yöneticiye anlatmada kolaylık sağlayan düzenlemelere yer verilmektedir.

Yerli literatürlerde ise, genellikle hemşirelik hizmetleri personeline özgü performans değerlendirme sistemleri bulunmamakta, hastanede bulunan tüm hizmet birimleri aynı sistem içinde ve aynı faktörlerle değerlendirilmektedir. Bu konuda yapılması gereken husus, hemşirelik hizmetleri personellerine özgü performans değerlendirme faktörleri geliştirilerek, uygun olan bir değerlendirme sistemi haline dönüştürülmesi ve hemşire yöneticiler tarafından uygulamaya geçirilmesi olmalıdır. Aşağıda yapılmakta olan analiz, yönetici hemşirelere performansların değerlendirilmesinde esas alınan kriterleri göstermekte ve onları yönlendirmektedir.

a) Kullanılan performans değerlendirme yöntemleri : Hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlendirmesinde yabancı literatürlerde genellikle, çeklist yöntemi kullanılmakta, yanısıra ağırlıklı çeklist yöntemi, grafik derecelendirme ve bazılarında da ağırlıklı cümle seçme yönteminin kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca, bazı performans değerlendirme sistemlerinin son bölümlerinde, çalışanın gelişimine yönelik olarak ve bir sonraki performans değerlendirme döneminde göz önünde bulundurulması düşünülen amaçların belirlendiği, bu amaçlarla bağıntılı olarak işgörenin ve yöneticinin, yapması gereken faaliyetlerin belirtildiği görülmektedir.

(*) Burada ele alınan sistemler EK 1'de belirtilmektedir.

Hemşirelik hizmetleri personeli için, ülkemizde kullanılmakta olan performans değerlendirme sistemlerinde ise, çoğunlukla puanlama sistemi ve grafik derecelendirme sistemi kullanılmaktadır.

b) Ele alınan değerlendirme faktörleri: Hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlendirilmesinde dikkate alınan bu kriterler kişilerin ünvanlarına/pozisyonlarına bağlı olarak farklılık göstermektedir. Yabancı literatürlerde, işgörenlerin iş tanımları doğrultusunda geliştirilen bu performans değerlendirme standartlarında görülen farklılıklar, değerlendirme faktörlerine de yansımaktadır. Hemşirelerin iş tanımları, çalıştıkları ünitelerin özelliklerine göre ve uzmanlaşma düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Dolayısıyla iş tanımlarındaki bu farklılık onların performans değerlendirme standartlarını da etkilemekte, bu alanda görevli hemşirelerin performans değerlendirmeleri, yapılırken belirtilen bu faaliyetleri gerçekleştirme dereceleri dikkate alınmaktadır.

Örneğin; dahili yoğun bakım ünitelerinde görevli bir hemşirenin alanında uzmanlaşabilmesi ve performans standartlarını karşılayabilmesi için, aşağıda belirtilen faaliyetleri gerçekleştiriyor olması gerekmektedir.

- * Basit EKG ve disritmileri tanır.
- * Defibrite eder ve kardiyoversiyona yardım eder.
- * Kardiyak hastalara bakım verir (geçici ve kalıcı pacemaker, anjioplasti takibi gibi).
- * İleri hemodinamik kateteri olan hastalara bakım verir.
- * Hemodinamik parametreleri moniterize eder ve yorumlar.
- * Basit moniterize aletleri kullanan hastalara bakım verir (Dopler, nabız göstergesi gibi).
- * Mekanik olarak ventile edilen hastalara bakım verir.
- * Artaryal kan gazı örneği alır ve yorumlar.
- * İntra venöz perfüzyonları sürekli kontrol eder ve dozlarını ayarlar.

- * Oksijen terapisini yürütür.
- * Göğüs tüpü olan hastalar için bakım verir.
- * Periton diyalizi/hemodiyaliz ve ultrafiltrasyona alınan hastalara bakar.
- * Gastroenteroloji hastası için bakım verir.
- * Bazı prosedürlere asiste etmek için hazırlık yapar (swan-ganz sokma, CVP, arteyal line takma).
- * Sağ arteriyel kateteri olan hastaya uygun bakım verir.
- * Gastrostomy tüpü için uygun bakım sağlar.
- * Hipo/hiperteriye yaklaşımda bulunur.

Ayrıca, hemşirelik hizmetleri personeli değişik kategorilerde (klinik hemşire I, II, III, yönetici hemşire I, II, III, vb. gibi) ele alınarak bunlara uygun performans değerlendirme standartları ve değerlendirme faktörleri geliştirilmiştir.

Hemşirelik hizmetleri personelinin performansının değerlendirilmesinde ele alınan faktörler aşağıda iki genel başlık altında (hemşire ve yönetici hemşire) analize tabi tutulmaktadır.

(1) Servis hemşirelerinin performansının değerlendirilmesinde dikkate alınan faktörler; şu şekilde gruplandırılabilir. Hemşirelik bakım süreci uygulaması, kişiler arası ilişkileri, etkinlik ve verimliliği, eğitimci rolü, kişisel özellikleri, ekip çalışmasına katkısı, mesleklerini algılayışları ve meslek ahlakları, araştırmacı yönü, yöneticilerine karşı tutumu ve yönetsel rolü, kendi bireysel gelişimi ile ilgili faktörlere, yabancı ve ülkemizdeki sistemlerde yer verilmektedir.

i) Hemşirelik Bakım Süreciyle İlgili Faktörler : Hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini saptaması ve değerlendirilmesi (hasta anamnezini alması ve yorumlanması) yani hastanın tanınması; tanılama doğrultusunda hemşirelik bakım planının geliştirilmesi (bakım planının yazılması); planın yürütülmesi ve sonuçların politika ve prosedürler doğrultusunda değerlendirilerek, açık, kısa, doğru ve okunaklı bir şekilde raporlaması gibi faktörlere yer verilmektedir.

Yanısıra, bakım planı, tıbbi kurallar ve hastane prosedürleri doğrultusunda hemşirelik aktivitelerini yerine getirmesi; teknik beceriyi yeterli bir düzeyde gösterebilmesi; hastadaki ilerlemeleri ya da gerilemeleri hemşirelik notuna ve bakım planına yansıtabilmesi; hastadaki değişiklikleri diğer profesyonellerle paylaşabilmesi; hasta ve ailesiyle bakımın sürdürülmesi için ilişki içinde bulunabilmesi gibi hususlara dikkat edilmektedir. Ayrıca, hemşirelik personelinin hastanın ve ailenin eğitimi ve rehabilitasyonuna yönelik faaliyetlerde bulunması da değerlendirmede gözönüne alınmaktadır.

Ülkemizde hemşirelik hizmetleri personeline özgü olarak geliştirilen sınırlı sayıdaki (3 adet) performans değerlendirme sisteminde ise, hemşirelerin mesleki bilgilerini, mesleki özelliklerini değerlendirmeye yönelik çok az sayıda faktöre yer verilmektedir. Bunlardan en önemlileri, hastanın gereksinimlerini saptaması, karşılaması ve bunu değerlendirmesi; hastanın rahatı için çaba göstermesi faktörleri olmaktadır. Kısaca, ülkemizde hemşirelik bakımıyla ilgili mesleki faktörlere performans değerlendirmeleri yapılırken çoğu kez dikkat edilmediği ve hemşirelik personelinin daha genel faktörler doğrultusunda değerlendirildiği uygulamalara sıklıkla rastlanılmaktadır.

ii) Kişiler arası ilişkileriyle ilgili faktörlerde; hemşirelik hizmetleri personelinin hastalar ve aileleriyle pozitif ilişkiler kurma ve bunu hastanın bakımına katabilme becerisi; diğer sağlık meslek gruplarıyla olumlu ilişkiler kurarak hizmetin kalitesini arttırıcı, kurumun iyi tanıtılmasını sağlayıcı çabaları; etkin hemşirelik uygulamalarının sağlık ekibine geribeslemesinin yapılmasıyla klinik koordinasyonun sağlanmasına; hemşirelerin mesleki uygulamalarının ve davranışlarının hastane ve hemşirelik hizmetleri bölümünün politikalarıyla tutarlı şekilde yürütülmesine; arkadaşları, diğer hemşirelik personeli ve yardımcı personel ile iyi ilişkiler kurmasına ve onları destekleme çabasına yabancı performans değerlendirme sistemlerinde yer verildiği görülmektedir.

Ülkemizdeki uygulamalarda ise; hasta ve hasta yakınlarına karşı tutumu; sağlık ekibi arasında bilgi akışını zamanında ve noksansız olarak sürdürmesi; iyi kişiler arası ilişkiler geliştirmedeki becerisi gibi hususlar hemşirelik hizmetleri personelinin performansının değerlendirilmesinde kriter olarak ele alınmaktadır.

iii) Etkinlik ve verimlilikle ilgili faktörler; hemşirelik hizmetleri personelinin faaliyetlerini planlaması; eldeki olanakları etkin şekilde kullanarak kaliteli ve verimli bir hizmet sunması; verimsizliği giderici

önlemler alması ve kaynakları iyi kullanması gibi hususlar göz önünde tutulmaktadır, Yabancı sistemlerde bunların yanısıra, kalite standartlarının yüksekliğini, maliyet ve etkinliği koruyacak şekilde çalışmaları; işlerini etkin ve verimli bir yöntemle sürdürebilmek için yetersizlikleri giderecek önerilerde bulunmaları ve fırsatları değerlendirmeleri; zamanlarını iyi kullanarak servisin/bölümün gereksinimlerini karşılayabilmeleri gibi hususlar üzerinde de durulmaktadır.

Ülkemizdeki sistemlerde ise; hemşire personelin dikkatli, titiz ve önemli hususları gözden kaçırmadan, düzenli ve memnuniyet verici bir çalışma sergilemesine; kendini hedefe ulaştıracak şekilde akılcı, tedbirli, planlı, yaratıcı ve rasyonel bir çalışma sergilemesine; işe devamı ve geç kalma durumuna; işindeki çalışkanlığı ve verimliliğine; yaptığı işin kalitesi ile üretim miktarına performansı değerlendirilirken dikkat edilmektedir.

iv) Eğitimci rolüyle ilgili faktörler: Hemşirelik hizmetleri personelinin değerlendirilmesi yapılırken eğitim faktörleriyle ilgili olarak üniteye yeni başlayan personelin yönergeleri, kuralları öğrenmesine ve oryantasyonuna yardımcı olması; öğrenci hemşirelerin olumlu öğrenme deneyimleri kazanmalarını desteklemesi; hasta ve ailesini tedavi planları, iyileşme ve rehabilitasyon konusunda eğitmesi; klinik içinde ve dışındaki eğitim programlarına katılımı yanısıra bu gibi programlara olan katkısı üzerinde durulmaktadır. Ayrıca, yardımcı personelin ve yeni gelen personelin eğitim gereksinimlerini değerlendirme ve bunları karşılayacak özel eğitim programlarının planlanması ve koordine etmesi; personele cesaret vermesi; onlar için bir rol model gibi davranması da göz önünde bulundurulmaktadır.

Ülkemizde uygulanan performans değerlendirme sistemlerinde ise, eğitim faktörüne fazla yer verilmemektedir. Bazı sistemlerde çalışanların eğitime katılımı, ilgisi ve katkısı çok sınırlı bir şekilde sorgulanmaktadır.

v) Kişisel özellikleriyle ilgili faktörlere ise; daha çok ülkemizde uygulanmakta olan performans değerlendirme sistemlerinde rastlanılmaktadır. Hemşirelik personelinin yeteneğine; işe ilgisi ve uygunluğuna; girişimciliğine; uyarılmadan hareket etme yeteneğine; duyarlılığına; dayanıklılığına (sorunlar karşısındaki direncine, mücadelesine) dürüstlüğüne; dikkatine; düzenine; çalışma hızına (yavaş-hızlı çalışma durumu); dakikliğine; nazik ve kibar olma durumuna; zekayla ilgili yeteneklerine; kavrama yeteneğine; sorun çözme becerisine; sorun çözmede çabuk ve

emin hareket edebilmesine; karar verme yeteneğine; açık, doğru ve isabetli kararlar verebilme durumuna; objektif ve soğukkanlı davranışlar sergilemesine; eleştiriye açık olmasına; fiziksel ve psikolojik sağlık durumuna; tarafsız tutumuna; giyiminin temizliğine ve görünüşüne; güvenirliliğine, sır saklamasına; kendi çıkarlarını koruma eğilimine; disipline uyumuna; yönlendirilmedeki tutumu ve yeteneğine; inisiyatif kullanabilmesine vb. gibi hususlara hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlendirmesi yapılırken dikkat edilmektedir. Ayrıca, yurt dışında görevli olarak çalışanların yeterliliğini değerlendirmek için, yabancı dil bilgisi ülke çıkarlarını korumadaki duyarlılığı, temsil becerisi, ülke yararına iyi ilişkiler geliştirme becerisi; bulunduğu ülkeye uyum yeteneği gibi hususlar gözönüne alınmaktadır.

vi) İşgörenin ekip çalışmasına katkısı: Hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlendirmesi yapılırken, çalıştığı, bölüm ve diğer alanlarla koordineli bir şekilde çalışması; değişen koşullara karşı esnek olması; sakin ve verimli şekilde katılması; program doğrultusunda işini zamanında raporlaması; grup içinde sorumluluk alması; görevlerini (sorumluluklarını) gerektiği şekilde yerine getirmesi; hastaların ve servisin gereksinimlerini etkin şekilde karşılamak için diğer disiplinlerle iletişim kurarak uyumlu çalışmalar göstermesi; hastalarla aileleriyle ve diğer sağlık gruplarıyla ilişkilerinde ve etkileşiminde hastanenin ve hemşirelik bölümünün felsefesi, amaçları ve hedefleri doğrultusunda hareket etmesi; özellikle acil durumlarda yerine getirmesi gereken rolü yeterince gerçekleştirebilmesi gibi kriterlere daha sıklıkla yer verilmektedir.

Ülkemizde kullanılmakta olan performans değerlendirme sistemlerinde ise, sorumluluk duygusu; sorumluluk alanındaki istekliliği; ortak çalışma yeteneği; başarısı; işbirliği ve uyum içinde çalışması üzerinde durulmaktadır.

vii) Hemşirelik mesleğini algılayışları ve meslek ahlaklarıyla ilgili faktörlerde; hasta gerçeklerine ve ahlaki değerlere saygı göstererek bakım vermesi; gerektiğinde mesleki toplantılara katılması ve desteklemesi; tüm hastaların gereksinimlerini göz önünde tutularak kişi başına düşen iş yükünde bir değişiklik yapıldığında sorumluluk alması; bakımın kalitesini güvence altına almaya çaba göstermesi; politika ve prosedürlere karşın tüm olağan dışı olayları raporlaması; hastanenin ve hemşirelik hizmetleri bölümünün felsefesini, amaçlarını, standartlarını ve politikalarını bilmesi ve buna uygun yaklaşımlar geliştirmesi; hekimlerin istemlerinin yerine getirilmesinde profesyonelce bir tutum içinde olması gibi hususlar göz önüne alınmaktadır.

Ülkemizdeki uygulamalarda ise, profesyonelleşme üzerinde fazla durulmamakta, diğer değerlendirme faktörlerinin altında çok sınırlı olarak değinilmekte ve daha çok mesleki onuru korumaya yönelik tutum ve davranışlar üzerinde durulmaktadır.

viii) Hemşirelerin araştırmacı yönüyle ilgili faktörler: Yabancı sistemlerde hastane genelinde planlanan araştırmalarda, ilgili sağlık ekibi üyeleriyle iletişim, gerçek danışma ve işbirliği içinde olması; araştırma planlamalarında hemşireliğe özgü problemleri tanınması; bunları giderecek planlamalar yapması; araştırma çalışmalarının personel ve hasta bakımı üzerindeki etkilerini değerlendirmesi; araştırma sonuçlarını hemşirelik uygulamalarına katması; hemşirelik personelinin araştırmalara katılma konusunda cesaretlendirmesi; yöneticileri tarafından istendiğinde ünite politikaları, prosedürleri ve bakım standartlarını inceleyerek, yenilerini geliştirme yönünde çaba göstermesi gibi faktörler hemşirelik hizmetleri işgörenlerinin performans değerlendirmeleri yapılırken dikkate alınmaktadır.

Ülkemizde kullanılmakta olan performans değerlendirme sistemlerinde, hemşirelik hizmetleri personelinin araştırmacı yönü üzerinde durulmamaktadır.

ix) Yöneticilerine karşı tutumu ve yönetsel rolü ile ilgili faktörler: Yabancı sistemlerde hemşire yöneticileriyle iletişim ve ilişki içinde olması; hemşirelik yönetiminin hiyerarşik yapılarının sorumluluk ve otorite düzeylerinin farkında olacak şekilde (bilincinde) davranması; yönetici hemşirelerden bir rol model ve kaynak insan olarak yararlanması; hemşirelik koordinatörü ve yöneticileriyle etkili şekilde haberleşmesi üzerinde durulmaktadır. Ayrıca, yönetici hemşirelerin istemi doğrultusunda, ünite-deki araç-gereç ve malzemelerin, temizlik görevlilerinin ve diğer hizmetlilerin görevlerinin kontrolünü ve denetimini yapmada yönetici hemşirelere yardımcı olması; işle ilgili aksaklıkları rapor etme becerisi gibi faktörlerde yer verildiği görülmektedir.

Ülkemizde uygulanan sistemlerde ise, hemşirelik hizmetleri personelinin yöneticilerine karşı tutumu; şikayetlere neden olma durum; yöneticilerine güçlük çıkarma durumu; görev dağılımı yapabilme ve sonucunu izleyebilme becerisi; temsil yeteneği gibi hususlar dikkate alınmaktadır.

x) Hemşirelik hizmetleri personelinin bireysel gelişimine yönelik olarak ele alınan faktörler: Performans değerlendirme sistemlerinin

bazılarında, değerlendiricilerin çalışanın performansını geliştirmek için gelecek çalışma döneminde ne planladıklarına yer verilmektedir. Bazı sistemlerde ise, çalışanların kendi gelişimleri için gelecek performans değerlendirme döneminde ne planladıklarına yer verildiği görülmektedir. Ayrıca işgörenlerin bireysel gelişimleriyle ilgili olarak, sorumluluk almakta isteklilik durumu ve ilave sorumluluğu kabullenmesi; daha bilgili bir personel olmak için uygun çaba göstermesi; daha iyi şeyler yapmak için ilgili olması ve fırsatları iyi değerlendirebilmesi; profesyonel bir meslek üyesi olarak gelişimini sürdürmesi gibi hususlara da hemşirelik hizmetleri işgörenlerinin performans değerlendirmesi yapılırken dikkat edilmektedir.

Ükemizde uygulanan performans değerlendirme sistemlerinde ise, personelin bugünkü çalışma alanı dışında kullanıma olanağı; yöneticilik yeteneğinin varlığı; kendini geliştirme olanaklarını kullanma yeteneği; boş zamanlarını iyi değerlendirebilme yeteneği; ilerleme kapasitesi gibi faktörler ele alınmaktadır.

(2) Yönetici hemşirelerin performansının değerlendirilmesinde dikkate alınan faktörler ise; yönetici hemşirelerin yönetsel sorumlulukları, hasta bakımıyla ilgili sorumlulukları, eğitimci yönüyle ilgili sorumlulukları araştırmacı yönüyle ilgili sorumlulukları gibi başlıkları altında toplanabilmektedir.

i) Yönetsel sorumluluklarıyla ilgili faktörlerin kapsamında; bütçe limitleri içinde personel planlamasının ve personel işlerinin yürütülmesinde etkin rol oynaması; iş tanımlarından yararlanarak hemşirelik personelinin değerlendirmesi; sözlü ve yazılı haberleşmeyi pozitif yönde kuvvetlendirebilme becerisi; açık iletişimin etkili şekilde sürdürülmesini desteklemesi; eldeki kaynakları uygun yöntemlerle zamanında ve tutarlılıkla değerlendirebilmesi; hastalar ve hemşirelik personeli için temiz, emniyetli etkin ve verimli bir çevreyi sağlaması; hastanedeki ve hemşirelik hizmetleri bölümündeki komitelere katılması; hastalara, topluma ve diğer profesyonellere sağlık bakımının dağıtımında hemşirenin rolünü rahatça açıklayabilmesi; sorumluluk alanı içinde değişimi kolaylaştırıcı bir yaklaşımı sergilemesi; hemşirelik hizmetleri personelinin kullanımı için araç-malzeme kaynağının geliştirilmesi; hemşirelik hizmetleri personelinin yönetimiyle ilgili olarak bulunduğu statünün sınırları dahilinde rol oynaması (personel seçimi, deneme süresinde değerlendirme, deneme süresinin uzatılmasının gerekliliğine karar verme, personelin kontrolü, disipline edilmesi, işine son verme gibi aşamalarda); yönetim hiyerarşisine göre bir üstünün yokluğunda onun yerini doldurabilme durumu (etkin

olup-olmadığı); hemşirelik dışında gelişen problemleri gidermek için uygun çözümler önermesi (alternatifler geliştirilmesi) gibi faktörler dikkate alınarak yönetici hemşirelerin performansları sorgulanmaktadır.

Ülkemizde uygulanan performans değerlendirme sistemlerinde ise, genel anlamda yönetici hemşirenin performans özelliklerinin sorgulandığı ifadelerle rastlanılmaktadır. Ancak, bu faktörlerden en belirgin olanları, planlama, organizasyon ve koordinasyon yeteneği; zamanında doğru ve kesin karar verebilme yeteneği; temsil ve görüşme yapma yeteneği; takip denetim ve örnek olma yeteneği; iş hakimiyeti ve kendine güveni vb. gibi belirtilmektedir.

ii) Yönetici hemşirenin hasta bakım sorumluluğu ile ilgili faktörler: Hemşirelik hizmetleri bölümünün felsefesini ve amaçlarını tanımlayarak, yüksek standartlarda hasta bakımının sunulması için destek vermesi; hasta bakımının kalitesini izlemesi; hasta bakımının tedavisinin sürekliliğini sergilemek için klinikteki diğer birimlerle haberleşme kanallarının açık tutulmasının sürdürülmesi; hasta bakımı verirken servis hemşiresi için bir rol model olarak hareket edilmesi; günlük hemşirelik bakım aktivitelerini etkin şekilde ve koordineli olarak yürütülmesinin sağlanması; hastanın gerçeklerine ve ahlaki değerlere saygı göstererek bakım verilmesini sağlaması; hasta gereksinimlerini göz önüne alarak kişi başına düşen işgücünde değişiklikler yapabilme becerisi vb. gibi hususlar hemşire yöneticilerin performanslarının bir göstergesi olarak göz önünde tutulmaktadır.

Ülkemizde hemşirelik hizmetlerine özgü olarak geliştirilmiş ve uygulanmakta olan performans değerlendirmelerin çok sınırlı olduğuna daha önce değinilmiştir. Yönetici hemşirelere özgü geliştirilmiş herhangi bir performans değerlendirme sistemine ise, yapılan çalışmada rastlanılamamıştır. Bundan dolayı da, ülkemizde yönetici hemşirelerin bakım sorumluluğunu açıklayan faktörler belirlenememiştir. Bundan sonraki çalışmalarda, burada verilen açıklamalar doğrultusunda yönetici hemşirelere özgü performans değerlendirme faktörlerinin geliştirilmesi mümkün olabilecektir.

iii) Yönetici hemşirelerin eğitimci yönüyle ilgili sorumluluklarına değinen faktörlerde; hemşirelik hizmetleri personeli için bir kaynak kişi olarak davranması; personellerin öğrenme gereksinimlerini değerlendirmesi ve bu gereksinimleri karşılayacak planlamalara gitmesi; hemşirelik personeli için pozitif öğrenme deneyimlerinin kazandırılmasında klinik uzmanlar ve öğretmenlerle işbirliği içine girmesi gibi hususlara değinilmektedir.

iv) Yönetici hemşirelerin araştırmacı yönüyle ilgili sorumluluğunu ifade eden faktörlerde; hemşirelik hizmetleri bölümü için standartlar, politikalar ve prosedürler geliştirmesi ve bunu grubuyla paylaşması; hemşirelik uygulamaların da araştırmacı ve yenilikçi bir ortamın (çevrenin) yaratılmasını sağlaması; hemşirelik pratiğiyle ilgili araştırmalara katılması; hemşirelik hizmetleri işgörenlerini araştırmaya katılmaya yöneltmesi (motive etmesi) gibi hususlar üzerinde durulmaktadır.

c) Hemşirelik Hizmetleri Personelinin Performans Değerlendirmesini Yapanlar;

Hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlendirmesi, genellikle çalışanın en yakın üstü tarafından yapılmaktadır. Ayrıca, işgörenin en yakın üstünün (1. dereceden sicil amiri) yanısıra bir sonraki üstü de (2. dereceden sicil amiri) performans değerlendirmesinde rol oynamaktadır. Yabancı sistemlerde genellikle çift amirin onayının alındığı görülmektedir.

Ülkemizdeki uygulamalarda, hemşirelik hizmetleri işgörenlerinin performans değerlendirmelerini yapanlar arasında farklılıklar görülmektedir. Bununla ilgili ayrıntılı açıklamalar, 3. bölümde sunulmakta olan araştırma sonuçlarında verilmektedir. Kısaca belirtmek gerekirse, klasik yönetim yapısının sürdürüldüğü hastanelerde, hemşirelik personelinin performans değerlendirmesinin başhekimlik kontrolünde yürütüldüğü hatta, servisin hekim şeflerinin değerlendirmeye katıldığı görülmektedir. Daha çağdaş bir yönetim anlayışına sahip hastanelerde ise, hemşire yöneticilerin, kendi personelinin performans değerlendirmesini yapmasına olanak tanınmaktadır.

d) Performans Değerlendirmenin Yapıldığı Dönemler

Hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlendirme sistemleriyle ilgili yabancı kaynakların analizi yapıldığında, uygulama sıklığının genellikle yılda bir kez tekrarlanması şeklinde olduğu ancak, yıl içinde personelin gelişimiyle ilgili olarak notların alındığı görülmektedir. Bu şekilde uygulanan performans değerlendirme sistemlerinde formlar üzerinde bu notlara ayrıca yer verilmektedir.

Yıllık değerlendirmelerin dışında, hemşirelik hizmetleri personelinin performansının altı ay veya daha kısa dönemlerde ya da terfi dönemlerinde değerlendirildiği uygulamalara da rastlanılmaktadır. Hem-

şirelik personelinin işe başlamasından kısa süre sonra (ilk 3 ayda) performansının değerlendirilmesi sıklıkla yapılmakta ve buna göre personelin işe kabulü gerçekleştirilmektedir. Ülkemizdeki uygulamalarda ise, genellikle yıllık performans değerlendirme yapılmakta, özel bazı sistemlerde ise altı aylık dönemler halindeki uygulamalara da seyrek olarak rastlanılmaktadır.

e) Performans Değerlendirme Sistemlerinde Asta Geribesleme Sağlama Durumu

Araştırma kapsamında ele alınan yabancı kaynaklı performans değerlendirme sistemlerinin hemen hepsinde, açık bir performans değerlendirme sistemi uygulanmakta, değerlendirme sonuçları görüşülmekte asta performansına ilişkin geri besleme sağlanmakta ve gelecek dönemlerle ilgili planlamalara gidilmektedir. Ayrıca, performans değerlendirme formunun sonunda değerlendirmenin çalışanlarla görüşüldüğünü ve çalışanın bu konudaki görüşlerinin belirtildiği, imzasının alındığı bölümlere de yer verilmektedir. Kısacası, performans değerlendirmelerin işgörenlerle paylaşıldığı, açık performansın değerlendirme sistemleri uygulanmakta ve incelenen örneklerin hiçbirinde performans değerlendirme sonuçlarının astlardan gizlendiğine rastlanılmamaktadır.

Ülkemizde hemşirelik hizmetleri personelinin yanısıra, tüm sağlık meslek gruplarında da performans değerlendirme kapalı bir sistem olarak ele alınmaktadır. Bazı açık gibi görülen uygulamalara rastlanılsa da işgörenlerin itiraz hakları, savunmaları dikkate alınmaksızın, sadece değerlendirmeyi gördüğünün bir işareti olarak imzaları alınmakta etkin, bir görüşme yapılmamaktadır. Bu nedenle, ülkemizdeki hastanelerde genel anlamda kapalı performans değerlendirme sistemlerinin uygulandığı söylenebilir.

2.2.4.2. Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Performans Değerlendirmede Karşılaşılan Sorunlar

Performans değerlendirmelerindeki sorunlar ve yetersizlikler, genellikle sistemin planlanmasına daha çok önem verilmesinden kaynaklanmaktadır. Ayrıntılı planlama, standart sisteme yardım etmekten çok zarar verebilmektedir. Değerlendirme de, zaman faktörü büyük önem taşımakta yani, sınırsız bir süre avantajına sahip olunamaya-

cağından planlar, sınırlı sürede belirli gereksinimleri karşılamak amacıyla kullanılacaktır(222).

İşgörenlerin etkili bir performans değerlendirmesini yapabilmek için uygun değerleyicinin belirlenmesi, uygun ve yeterli zamanın sağlanması, önyargıların giderilmesi ve değerlendirme sonunda düzenlenen rapordan değerlendirilenin haberdar edilmesi, değerlendirme sonuçlarının ciddiye alınması ve değerlendirmenin insancıl olması gerekmektedir (223).

Hemşirelik hizmetleri yöneticisi, performans değerlendirme yaparken, öncelikle uygun değerleyici tarafından değerlendirilmenin yapılmasını sağlamalı, yeterli bir zaman süresinin ayrılmasına da dikkat etmelidir. Yanısıra, hemşirelik hizmetleri işgörenlerini değerlendirecek olan değerleyicilerin önyargılarını gidermelerine çalışılmalı, değerlendirme sonuçları değerlendirilenle görüşülmeli ve bir bütün olarak performans değerlendirmeye önem verilmelidir.

Performans değerlendirmeye ilgili sorunlara genel anlamda daha önce değindiğimizden burada kısaca, yöneticinin kişisel önyargıları üzerinde durulmasının, hemşirelik hizmetleri yönetiminde konunun yeterince bilinmemesi nedeniyle yerinde olacağı kanısındayız .

Hemşirelik hizmetleri işgöreninin performansının değerlendirilmesinde görülen sorunlarda özellikle, önyargıları olan yöneticilerin objektif olmayan değerlendirmeler yapmalarının büyük bir etkisi olmaktadır. Önyargılar dışında diğer kişisel faktörlerde değerlendiricilerin değerlendirmelerini yönlendirebilmekte ve performans değerlendirmenin amaçlarını gerçekleştirmek için yapılan tüm çabaları ciddi şekilde güçleştirebilmektedir(224).

Hemşirelik hizmetleri işgörenleri için yapılan değerlendirmeler de, kişisel önyargılardan büyük oranda etkilenmeyi önleyebilmek için aşağıda belirtilen dört yola başvurulabilir(225).

(222) Peter J. Mc Guire., "Whay Performance Appraisals Fail" *Personnel Journal*, Vol.39, No.9, Semtember, 1980, s.744-745.

(223) Lemin., a.g.e., s.175-178.

(224) Marriner., a.g.e., s.182.

(225) S.Rowland - L.Rowland, a.g.e., s. 414

- İkinci düzeyde tekrar; değerlendirmeler yapıldıktan sonra yöneticinin bir üstü tarafından tekrar incelenmesiyle, değerlendirmelerin yüzeyselliği ve önyargılar azaltılabilmektedir.

- Grup değerlendirmesinde; değerleyicinin kararına, çalışanın değerlendirilmesiyle ilişkili olan diğer bireyler örneğin fonksiyonel yönetici veya işteki postabaşısı katılabilmektedir.

- Multiple değerlendirmelerde; işgörenin yöneticisi ayrıca yakın değerleyeni ve astın kendisi performans değerlendirmeyi gerçekleştirebilmektedirler.

- Spesifik inceleme alanı; yöneticiyle görüşülerek geçerli olan bilgilerden oluşan bir değerlendirme formu hazırlanır. Uygun eğitim almış bir uzmanla sürdürülen bu değerlendirmeler, olabildiğince objektif yapılmaya çalışılır.

Bireyin geçmiş performansı, onunla ilgili yeni performans değerlendirmelerde veri sağlayabilecektir. Ayrıca, eğitimiyle ilgili kayıtlar, formlar, eğitimden alınan bilgiler, daha önce çalışılan yerlerdeki eski iş kayıtları, adayın kararlı ve güvenilir bir işgören mi olduğu konusunda veri sağlamaktadır. Geçmiş kayıtlar aynı zamanda bireyin sahip olduğu deneyiminin şeklini de göstermektedir(226).

Hemşirelik hizmetleri yöneticisi, kişisel önyargıları azaltmak için yukarda belirtilen yaklaşımlardan herhangi birini gerçekleştirebilir. Grup değerlendirme yaklaşımı, günümüzde üzerinde durulan önemli bir yaklaşımdır. Ancak, ülkemizde sağlık hizmetleri ve hemşirelik yönetiminde kullanılmamaktadır. Yöneticinin, veri kaynaklarını geniş tutması ve verileri objektif olarak değerlendirmesi, değerlendirme sonucunu değerlenenle paylaşması yoluyla daha gerçekçi ve objektif değerlendirmelerin yapılması sağlanabilecektir.

2.2.4.3. Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Performans Değerlendirme Görüşmeleri

Performans değerlendirme görüşmesi, yönetici ve astı arasında işlemleri incelemek ve gelecek için plan yapmak olarak tanımlanmaktadır. İyi bir çalışma için motive etmek ve başarıyı geliştirmek ayrıca, amaçlar için eylemleri belirlemek ve eylemlerin yönlerini gelecek için planlamak,

(226) Boyer, -Westerhause, - Coggeshall., s.98.

görüşmelerin amaçları arasında bulunmaktadır. Görüşmenin genel özellikleri Lemin'e göre; hazırlık yapmak, uyumluluk, kabul edebilirlik, duyarlılık, kontrol ve rehberlik şeklinde belirtilmektedir(227).

Çalışanlar, işlerini ne kadar iyi yaptıklarını bilmek isterler. Onların gelişmeleri için bu şekilde bir geri beslemeye gereksinimleri vardır. Performans değerlendirme görüşmeleri, yöneticiler ve çalışanlar için formal olarak bu geri beslemeyi sağlamada büyük bir olanak yaratmaktadır. Ancak, performans değerlendirme görüşmeleri işgörenler için süpriz sonuçlar ortaya çıkarmamalıdır. En iyi performans değerlendirme görüşmesi, değerlendirme formunun tamamlanmasından önce yerine getirilmeli ve görüşme sırasında bir problem çözme yaklaşımı uygulanmaya çalışılmalıdır (228).

Performans değerlendirme raporları, yönetici ve çalışan hemşire tarafından birlikte yazılmalı, raporun güvenli, geçerli ve doğru olmasına özen gösterilmelidir. Hemşirelik personelinin performansını belirlemesinde yöneticinin, önceki yıldaki performans değerlendirmesine göre bilinçli bir sorumluluğu bulunmaktadır. Bu nedenle, önemli farklılıkları açıklayıcı bir yaklaşıma gitmelidir. Yönetici ve çalışan hemşire, performans değerlendirmesinin incelenmesi için uygun bir ortama sahip olmalıdırlar. Her ikisinin de zaman konusunda bir acelesi olmamalı ve nerede toplanacaklarının gizliliğini korumaları gerekmektedir.(229).

Performans değerlendirme görüşmeleriyle ilgili olarak, ayrıntılı bir açıklama Bölüm 1'de sunulmaktadır. Ancak konumuz gereği, hemşirelik hizmetleri yönetiminde, performans değerlendirme görüşmelerine baktığımızda uygulamanın yetersiz olduğunu ayrıca, planlı ve amaca yönelik olmadığını görmekteyiz. Performans değerlendirme görüşmesinin yönetici ve asta faaliyetlerin etkinliğini görmek ve gelecekteki hedefleri belirlemek açısından önemli yararları bulunmaktadır. Ancak, görüşmenin bazı özelliklerine dikkat edilmesi gerekmektedir. Öncelikle görüşmeye hazırlık yapılmalı, uygun bir yer ve zaman ayarlanmalı ayrıca, görüşme amaca uygun ve her iki taraf için kabul edilebilir şekilde yürütülmelidir. Görüşme sonunda, kontrol yapılmalı ve astın eksikliklerine rehberlik yapılarak giderilmesine çalışılmalıdır. Yani, iyi bir geri besleme mekanizması sağlanmalıdır.

(227) Lemin., a.g.e., s.190-196.

(228) Dienemann., a.g.e., s.414.

(229) Marriner., a.g.e., s.188.

Hemşire yöneticiler, performans değerlendirmeyeyle ilgili hataları gidermek için, kesin karara varmadan önce performans değerlendirme görüşmesini yapmalı ve daha sonra değerlendirmeyeyle ilgili kesin raporu hazırlamalıdır. Uygulama alanlarında, hemşire yöneticiler performans değerlendirme görüşmelerini yapmamaları ve görüşmeden kaçınmalarının temelinde birçok faktör rol oynamaktadır. Bu konudaki ayrıntılı açıklamalara, araştırma sonuçlarının sunulduğu üçüncü bölümde yer verilmektedir.



3. BÖLÜM

TÜRKİYE'DEKİ HASTANELERDE HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN PERFORMANS DEĞERLENDİRME SİSTEMLERİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ

Sağlık ve sağlıklı olma kavramı, insanların ve toplumun varlığını sürdürmesinde, etkinliğinin ve verimliliğinin sağlanmasında, başarıya ulaşılmasında önemli etkileri olan, bu nedenle üzerinde durulması gereken konulardır.

Bireyin ve toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesine yönelik olarak, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında büyük yaklaşım farklılıkları görülmektedir. Daha önce değinildiği gibi, gelişmiş ülkelerin bütçelerinden sağlığa ayırdıkları pay, diğerlerine göre önemli ölçüde fazlalık göstermektedir. Bu durum ise, sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve sunumuyla ilgili ciddi farklılıkların oluşmasına neden olmaktadır.

Gelişmekte olan bir ülke konumundaki ülkemizdeki durum ise, toplumun sağlığının korunmasına ve iyileştirmesine yönelik koruyucu sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler, toplumun tedavi edici hizmet birimlerine (hastane örgütlerine) yönetmelerine neden olmuş, bu alanlarda büyük bir hizmet talebini yaratmıştır. Tedavi edici hizmet birimlerinin de, bir çok alanda (örgüt yapıları, eleman, teknoloji gibi) yetersizlik göstermesiyle, sağlık hizmetleri ülkemizde gittikçe daha da kötü bir tablo oluşturur duruma gelmiştir.

Tedavi edici sağlık hizmetlerindeki bu talep artışını karşılayamamada, sağlık personelinin nicelik ve nitelik yönünden yetersiz olmasıda önemli bir rol oynamaktadır. Hastanelerimizde uygulanan personel poli-

tikaları, günün koşullarına ve gereksinimlere uygun olmayıp, problemlere neden olmaktadır. Ülke genelinde sağlık personelinin dengeli bir dağılımının yapılmaması, personelin gelişimini artıracak şekilde aldığı eğitimin niteliğine yönelik alanlarda görevlendirilmemesi, işlerinde gösterdikleri performansın fazla göz önünde tutulmaması gibi personel yönetimiyle ilgili birçok sorun bulunmaktadır. Hastane hizmetlerinin istenen düzeye ulaşmasında, sağlık işgücünün niteliğinin artırılmasının, etkin ve verimli bir çalışmaya yönlendirilmesinin zorunluluğu bulunmaktadır. Hastane hizmetlerinde daha önce belirtildiği gibi, büyük bir insan-gücünü oluşturan hemşirelik hizmetleri işgücünün de, daha etkin ve verimli kılınması, performanslarının geliştirilmesi gerekliliği söz konusudur.

Yukarıdaki açıklamalara dayalı olarak araştırmanın konusu, "hastanelerimizde hemşirelik hizmetleri işgörenlerinin performans değerlendirme sistemlerinin incelenmesi ve bu konudaki beklentilerin belirlenmesi" olarak saptanmıştır.

Araştırmanın amacı ise; hastanelerdeki hemşirelik hizmetleri işgörenlerinin performans değerlendirmeye ilgili bilgi düzeylerini, beklentilerini ve önerilerini belirleyerek, hastane yöneticilerine bu konuda geliştirecekleri uygulamalar için veri oluşturmaktır. Ayrıca, hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin bu konudaki eksikliklerini belirleyerek, bunların giderilebilmesine olanak sağlayabilmektir.

Araştırmanın daha genel ve kapsamlı bir amacı ise, Türkiye'deki farklı hastane örgütleri arasındaki uygulamaları inceleyerek karşılaştırmak ve sağlık personelinin (değerlendiren ve değerlendirilen her ikisi açısından) performans değerlendirmeye ilgili beklentilerinin ortaya konulması sonucunda, ülke genelinde sicil sistemleriyle ilgili düzenlemelere kaynak oluşturmaktır.

Günümüzde hastanelerimizin çoğunda hala fazla özen gösterilmeden gelişigüzel yapılan, çoğu kez de yasal bir zorunluluk gibi görünen ve değerlendirme sonuçlarının genellikle personelle ilgili kararların alınmasında kullanılmadığı performans değerlendirme uygulamalarına rastlanılmaktadır. Ayrıca, ülkemizdeki sağlık hizmetlerini sunan birimlerdeki uygulamalara daha genel bir açıdan bakıldığında, sağlık biriminin bağlı bulunduğu merkezi yapıya göre bazı farklılıkların görülmesine karşın, hemen tüm örgütlerde aynı kriterlerden oluşmuş performans değerlendirme formları ile tüm hizmet gruplarının performans değerlendirmelerinin yapıldığı görülmektedir.

Hastane hizmetlerinin “etkinliğinden ve verimliliğinden” sıklıkla söz edildiği günümüzde, hastanelerde görevli tüm personel için, etkin bir şekilde kullanılacak uygun performans değerlendirme uygulamalarının başlatılması gerekliliği söz konusudur. Özellikle, hastanelerde büyük bir insan gücü kaynağını oluşturan hemşirelik hizmetleri için, uygun bir performans değerlendirme sisteminin geliştirilerek, etkin bir şekilde kullanılması büyük önem taşımaktadır.

Ülkemizde, hastane hizmetlerindeki herhangi bir hizmet grubu için, bu konuyla ilgili bir çalışma yapılmamıştır. Sağlık hizmetlerimizde koruyucu sağlık hizmetlerinde görülen büyük aksaklıklar, hastanelere olan talebi arttırmakta, hastane hizmetleri bu açıdan toplum sağlığında önemli bir rol üstlenmektedirler. Hastane hizmetlerinin etkin ve verimli olmasında ise, hastanedeki insangücünün büyük etkisi olabilmektedir. Bu nedenle, hastane hizmetlerini önemli ölçüde etkileyecek durumda olan hastane işgücü grubundan biri seçilerek, bu grupla ilgili daha önceden bu tür bir çalışmanın yapılmamış olması, konuya geniş bir açıdan bakabilme ve gelecekteki çalışmalara referans oluşturması açısından bu araştırmanın yapılmasının gerekliliği hissedilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI

Araştırma, Türkiye’deki hastaneleri temsil eden 4 ana hastane grubundan, İstanbul il sınırları içinde bulunan 10 ayrı hastaneyi kapsamaktadır.

Türkiye’de tüm illerde aynı uygulamayı sergilediği kabul edilen, S.S.K. hastaneleri (Sosyal Sigortalar Kurumu Hastaneleri) nden İstanbul ilinde bulunan üç hastane; S. B.hastaneleri (Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler yani Devlet Hastaneleri)nden İstanbul ilinde bulunan iki hastane seçilmiştir. Araştırmada üçüncü bir grup olarak, ele alınan üniversite hastanelerini ise, ülkemizdeki diğer üniversite hastanelerindeki uygulamalara benzer bir performans değerlendirme yaklaşımı sergilediği kabul edilerek, İstanbul Üniversitesine bağlı iki hastane oluşturmaktadır. Araştırmanın dördüncü grubunu oluşturan özel hastanelerde ise, ülke çapında grubuna kendini kabul ettirmiş ve sağlıklı-gelişmiş bir örgüt yapısına sahip olduğu düşünülen üç özel hastane seçilmiştir.

Kısaca, Tablo 1’de de görüldüğü gibi, bu kapsam içinde dört ana gruptaki toplam 10 hastanedeki, 218 yönetici hemşire ve 429 yönetici olmayan hemşire araştırmaya dahil edilmiştir.

Tablo 1. Araştırma geneline dağıtılan ve toplanan anketlerin, araştırmanın yapıldığı hastanelere göre dağılımı

Hastanelerin Bağlı olduğu Gruplar	Hastanelerin Adı	Yönetici Hemşireler		Yönetici Olmayan (Servis) Hemşireler
		Dağıtılan Anket Sayısı	Toplanan Anket Sayısı	Dağıtılan Anket Sayısı
Üniversite Hastaneleri	I.Ü. İstanbul Tıp Araştırma ve Uygulama Hastanesi	55	44	76
	I.Ü. Cerrahpaşa Araştırma ve Uygulama Hastanesi	50	42	67
Genel Toplam		105	86	143
Sosyal Sigorta Kurumu Hastaneleri	S.S.K. İstanbul Hastanesi	15	7	50
	S.S.K. Okmeydanı Hastanesi	20	17	70
	S.S.K. Eyyup Hastanesi	12	10	40
	Genel Toplam	47	34	160
Özel Hastaneler	American Amiral Bristol Hastanesi	15	9	40
	International Hospital	20	12	30
	Florence Nightingale Hastanesi	18	14	76
	Genel Toplam	53	35	146
Sağlık Bakanlığı Bakanlığınca Bağlı Hastaneler	S. B. na Bağlı Haseki Devlet Hastanesi	12	11	50
	S. B. na Bağlı Şişli Etfal Hastanesi	55	52	75
	Genel Toplam	67	63	125
	Genel Toplam	262	218	574
Genel Toplam				429

3.3. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

3.3.1. ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ ÖN ÇALIŞMALAR

Araştırma planı oluşturulurken bu konuyla ilgili olarak ülkemizde daha önce bir araştırma yapıp-yapılmadığını belirlemek amacıyla kaynak taraması yapılmıştır. Yapılan tarama sonucunda sağlık hizmetlerinin herhangi bir hizmet grubunda, bu konuyla ilgili bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Hastane hizmetlerinde önemli bir insan gücünü oluşturması açısından, hemşirelik hizmetleri grubunun seçilmesinin bu konuda yapılacak olan ilk çalışmada uygun olacağı kanaatine varılmıştır.

Araştırma yapacağımız hemşirelik hizmetleri personeli iki gruba ayrılarak, her iki grup için (hemşire ve yönetici hemşire) anket geliştirilmiştir. Yanısıra, geliştirilen anketlerle ilgili olarak ifade hatalarını ve algılama farklılıklarını gidermek amacıyla 20'şer kişilik bir pilot çalışma yapılmıştır. Bu pilot çalışmanın sonucunda, anket formları tekrar gözden geçirilip (özellikle deneklerin tereddüte düştüğü seçeneklerde), gerekli düzeltmelerin yapılması yaklaşımına gidilerek, anketler uygulamaya hazır hale getirilmiştir.

3.3.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEME SÜRECİ

Tablo 1'de görüldüğü gibi araştırmada, Türkiye'yi temsil ettiği düşünülen 10 hastanenin örnek kütle olarak seçilmesi için iradi (kasdi) seçim usulü uygulanmıştır.

Her iki grup için uygulanacak olan anket formları hastanelere gidilerek tek tek dağıtılmış, bazende hemşirelik hizmetleri müdürlüklerinde toplu olarak, gerekli açıklamalarda bulunarak uygulanmıştır. Tablo 1'den de görüleceği gibi, dağıtılan anketlerin hemşirelerde % 75 (hemşirelere dağıtılan 574 anketten 429'u toplanmış) ve yönetici hemşirelerde % 83 (yönetici hemşirelere dağıtılan 264 anketten, 218'i toplanmış) cevaplama oranlarıyla toplanması gerçekleştirilmiştir.

3.3.3. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ ve ARACI

Araştırmanın amacı doğrultusunda, gereksinim duyulan bilgilerin toplanması için geliştirilen anketler kullanılarak, veri toplanması yoluna gidilmiştir. Anketlere daha doğru yanıtlar alabilmek amacıyla, kişilerden isim belirtmeleri istenmemiştir.

Anketler iki ayrı gruba uygulanmıştır. Birincisini kısaca "hemşire" olarak ifade edilen grup "yatakbaşı hemşiresi-servis hemşiresi" oluşturmaktadır. Hemşirelere uygulanan ankette (Ek-2'de) toplam 33 soru yöneltilmiştir. Bu soruların bazıları şıklı, bazıları da sonradan gruplandırılmak üzere açık uçlu olarak düzenlenerek, üç aşamada ele alınmış ve kişisel durum değişkenleriyle ilgili olanlar, çalışma koşullarıyla ilgili olanlar ve performans değerlendirmeye ilgili düşünceleri olmak üzere değerlendirilmiştir.

İkinci grubu kısaca, "yönetici hemşire" olarak ifade edilen "servis sorumluları, bölüm yöneticileri-başhemşireler ve hemşirelik hizmetleri müdürleri" oluşturmaktadır. Yöneticilere uygulanan ankette de (Ek 3'de) toplam 45 soru bulunmaktadır. Bu sorular da, şıklı ve sonradan sınıflandırılmak üzere açık uçlu olarak düzenlenmiştir. Deneklerin isim yazmaları istenmeyen anketlerde, yöneticilerin kişisel durum değişkenleri, çalışma koşulları, kurumlarında uygulanan performans değerlendirmeye ilgili bilgi düzeyleri ve beklentileri, (önerileri) sorgulanmaya çalışılmıştır.

Her iki araştırma grubuna dağıtılan, araştırma aracı olarak kullanılan anketler toplanarak, boş bırakılanlar iptal edilmiş ve araştırmaya katılacak olanlar numaralanarak sınıflandırılmıştır. Daha sonra da verilerin analiz edilmesi aşamasına geçilmiştir.

3.3.4. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Daha önce de belirtildiği gibi, iki ayrı gruptan (işgören ve yönetici) anket formları aracılığıyla elde edilen bilgiler, "SPSS" (Statistical Package for the Social Sciences) paket program uygulanarak bilgisayarda değerlendirilmiştir. Değişkenler arasında anlamlı bir bağıntının olup-olmadığını saptamak amacıyla, istatistiksel bağıntı çözümleme, bağımsızlık ve güvenilirlik testi denen X^2 (ki kare) testi kullanılmıştır.

İstatistiksel düzeyde iki veya daha fazla değişken arasında ilginin var olduğu belirtildiğinde, bu değişkenlerin üzerine aldıkları değerlerin birlikte değişme eğilimi içinde oldukları sonucu çıkarılmaktadır. Burada, araştırmacının değişkenleri arasında bir ilginin bulunması koşulu vardır. "İlgi, değişkenler arasındaki birlikte değişmenin bir ölçüsü iken, neden-sonuç ilişkisi, belirli bir değişkendeki değişimin hangi değişkendeki değişimin sonucu ortaya çıktığını açıklar". Ancak, araştırmalarda saptanan her ilginin neden-sonuç ilişkisinin belirlenmesi gerekliliği de bulunmamaktadır. Araştırmacıya neden-sonuç ilişkisini saptamak yarar sağlamıyorsa, yalnızca önemli bir ilgiyi saptamakla yetinilebilir(1).

(1) Kemal Kurtuluş, **Pazarlama Araştırmaları**, 4. Baskı, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayın No.2, İstanbul, Türk Dünyası Araştırması Vakfı, 1992, s.353-354.

Araştırmamızda da, böyle bir durum söz konusu olmuş, anket sonuçları alınmadan önce belirlenmiş olan bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında, araştırmayı yönlendirecek özellikte neden-sonuç ilişkilerine sınırlı düzeyde ulaşılmıştır. Yalnızca, araştırmamanın yapıldığı hastane grupları bağımsız değişkenleriyle yapılan karşılaştırmalardan elde edilen veriler, araştırmamızı yönlendirici ilgi düzeyinin varlığını göstermiştir. Araştırmamızı yönlendirmesi açısından verilerin, bu doğrultuda analiz edilip- değerlendirilmesi yoluna gidilmiş, yararlı olmadığı düşünülen veriler, araştırma kapsamı dışında ele alınarak eklerde sunulmuştur. Araştırmada kullanılan Ki-kare testi (X^2 , CHI-SQUARE), gözlenen frekanslarla, beklenen frekanslar arasındaki farkın anlamlı olup-olmadığı temeline dayanmaktadır(2). Ayrıca, değişkenler arasında bağıntının varlığının ortaya konmasında, gruplar arasında homojenliğin (eş düzenliliğin) olup-olmadığının değerlendirilmesinde ve örneklerden elde edilen dağılımın, kuramsal dağılımla uygunluğunun yorumlanmasında kullanılabilir(3).

Çalışmamızda, ikiden fazla değişken karşılaştırılarak aralarındaki bağıntının (ilginin) ortaya konması yoluna gidilmiş ve bu amaçla kontejans tabloları oluşturulmuştur.

Çalışmada, güven düzeyi (G.D=Significance) olarak, toplum bilimlerde yaygın şekilde kabul edilmekte olan "0.05 güven düzeyi" benimsenmiştir ve başka bir deyişle değişkenle arasında belirli özgürlük derecelerinde ve 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir bağıntının veya farkın olup olmadığı araştırılmıştır. Literatürlerde güven düzeyi şu şekilde ele alınmakta olup, "Ön kabüllü "p" olasılığına "güven derecesi" (genelde 0.95) ve bu aralığa da "güven aralığı" denilmiş, güven aralığı dışına (0.05) "yanılma olasılığı-anlamlılık düzeyi" adları verilmektedir. Araştırmacı, çalışmanın özelliğine göre bu güven aralığını daraltıp/genişletebilir (4). Çalışmamızda belirlediğimiz güven aralığı 0.05, olup, bu aralığın genişletilmemesi yoluna gidilmiştir.

Çalışmamızda, verilerin çokluğunu ve karışıklığını önlemek amacıyla frekans dağılım tablolarına bulgulara yer verilmeyerek, eklerde önemli olduğu düşünülenlerin sunulmasına çalışılmıştır. Ayrıca, bağımlı ve bağımsız değişkenlerle ilgili yapılan karşılaştırmaların sonuçları da aynı nedenlerle eklerde sunulmuştur.

(2) Kadir Sümbüloğlu – Vildan Sümbüloğlu, *Bioistatistik*, 3. Baskı, Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, 1990, s.125.

(3) Mustafa Şenocak, *Temel Biyoistatistik*, İstanbul, Çağlayan Kitabevi, 1990, s.116.

(4) Şenocak., a.g.e., s.190

3.3.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın başlangıcında belirlenen değişkenler, bağımlı ve bağımsız değişkenler olarak iki gruba ayrılarak, yanıtlayıcıların kişisel durum özellikleriyle ilgili değişkenler bağımsız, bu bağımsız değişkenlerden etkilendiği düşünülen performans değerlendirme ile ilgili görüş ve öneriler ise bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır. Araştırma, iki ayrı grup üzerinde gerçekleştirildiğinden, bu gruplar için araştırma başında belirlenen bağımsız ve bağımlı değişkenler farklılık göstermektedir. Bu değişkenleri aşağıdaki gibi belirlemek mümkün olabilmektedir.

Hemşire grubu için araştırmanın başında belirlenen ve aralarında bağıntı olabileceği varsayımıyla hareket edilen değişkenler şu şekilde belirtilebilir;

bağımsız değişkenler

- * Yaş
- * Eğitim
- * Medeni durum
- * Çalıştığı ünite
- * Deneyimi
- * Çalışma şekli
- * Çalıştığı yeri seçme özgürlüğü
- * Çalıştığı kurum (hastane grubu)

bağımlı değişkenler ise,

- * İşinden tatmin olma düzeyi
- * Performans değerlendirmede dikkate alınan kriterler
- * Performans değerlendirmeye ne kadar katıldıkları

Bu değişkenlerin birbirleriyle yapılan karşılaştırmalarında (ki kare testi sonucu) istatistiksel yönden anlamlı olmayan ve çalışmamızı yönlendirecek yararlılıkta bulunmayan sonuçlar elde edilmiştir. Ancak, çalışılan kurum (hastane grupları) bağımsız değişkeni bunun dışında sonuçlar vererek, çalışmamızda temel olacak karşılaştırma sonuçlarına ulaşmamızı sağlamıştır. Bu nedenle, araştırma bulguları verilirken bu doğrultuda ele alınması yoluna gidilecektir.

Hemşirelik hizmetleri işgörenleri için belirlenen her bir bağımsız değişkenin bağımlı değişkenle karşılaştırılmasıyla ilgili sonuçlar Ek 13'de ayrıntılı olarak verilmektedir.

Hemşire grubuna ait olarak belirlenmiş olan bağımsız ve bağımlı değişkenlerin karşılaştırmalarıyla ilgili sonuçları kısaca özetlersek; olgu-

ların yaş bağımsız değişkeniyle tüm bağımlı değişkenlerin karşılaştırılması yapıldığında istatistiksel olarak 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir bağıntı elde edilememiştir.

Eğitim bağımsız değişkeniyle, bağımlı değişkenler karşılaştırıldığında yalnızca, hemşirelerin eğitim düzeyleriyle performans değerlendirmede dikkate alınan kriterlerin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak 0.05 güven düzeyinde anlamlı ($p < 0.05$) bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, hemşirelerin eğitim düzeyleri arttıkça, kurumlarında uygulanan performans değerlendirme sistemini ve dikkate alınan kriterleri daha iyi değerlendirebildiklerini göstermektedir.

Medeni durum bağımsız değişkeni ile bağımlı değişkenlerin karşılaştırılması yapıldığında, araştırmamızı yönlendirecek şekilde 0.05 güven düzeyinde anlamlı bağıntılar belirlenememiştir. Çalışılan ünite (servis) bağımsız değişkeniyle yapılan karşılaştırmada da ileri derecede anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır. Ancak, performans değerlendirmede dikkate alınan kriterler ile çalışılan ünitenin 0.05 güven düzeyine eşit bir ilişkisinin olduğu saptanmıştır.

Olguların deneyimini ifade eden bağımsız değişken ile bağımlı değişkenler karşılaştırıldığında istatistiksel yönden 0.05 güven düzeyinde anlamlı ilişkiler belirlenememiştir. Çalışma düzeni faktörüyle yapılan karşılaştırmada, performans değerlendirmede dikkate alınan kriterlerle 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir bağıntının ($p < 0.01$) varlığı görülmüştür. Nöbet sisteminin uygulandığı hastanelerde daha çok kişiliğe yönelik kriterler uygulanırken, vardiyalı çalışmak sisteminin uygulandığı hastanelerde işteki başarıya yönelik kriterlerin dikkate alındığı saptanmıştır. Bu durumun hastanelerin yönetim yaklaşımlarıyla yakından ilgili olduğu düşünülebilir.

Hemşirelerin çalışacakları birimi seçme özgürlükleri, tüm bağımlı değişkenlerle karşılaştırıldığında, iş doyumlarıyla ilgili karşılaştırmaların istatistiksel yönden 0.05 güven düzeyinde anlamlı olduğu ($p < 0.01$) ayrıca, performans değerlendirmeye ne ölçüde katıldıklarıyla ilgili bağımlı değişkenle yapılan karşılaştırmaların da çok ileri derecede anlamlı olduğu ($p < 0.01$) görülmüştür. Çalışacağı birimi seçme özgürlüğü olan işgörenlerin, aynı zamanda performans değerlendirmeye de katıldıkları veya tam tersi bir durumun söz konusu olduğu belirlenirken, bununda hastanelerin personel yönetimi yaklaşımıyla yakından ilgili olduğu söylenebilir.

Yönetici hemşirelerle ilgili olarak da, aralarında bağıntı olabileceği varsayımı ile belirlemiş olduğumuz;

bağımsız değişkenler

- * Yaş
- * Eğitim düzeyi
- * Deneyimi
- * Görevi
- * Performans değerlendirme konusunda eğitim alıp-almama durumu
- * Çalıştığı kurum (hastane grubu) ve

bağımlı değişkenler

- * Performans değerlendirmenin kurumdaki uygulanma sıklığı/yanıtlayıcıların önerdikleri performans değerlendirme sıklığı.
- * Performans değerlendirmenin kurumlarında hangi amaçlarla uygulandığı/hangi amaçla uygulanması gerektiği hususundaki öneriler.
- * Kurumlarında uygulanan performan değerlendirmelere katılım olanakları/performans değerlendirmeye katılım hususundaki önerileri.
- * Performans değerlendirme uygulamalarında dikkate alınan kriterler/dikkate alınması önerilen kriterler.
- * Performans değerlendirmenin düzenli uygulanmasının gerekip-gerekmediğiyle ilgili görüşler” arasında ki kare (X^2) testi uygulanarak karşılaştırma yapılmıştır. Ancak, yapılan karşılaştırmalarda çalışılan kurum bağımsız değişkeni dışındaki diğer tüm bağımsız değişkenlerle ilgili olarak çalışmamızı yönlendirebilecek istatistiksel bağıntılar elde edilememiştir. Bu nedenle, kısaca yapılan karşılaştırmalara değinilerek istatistiksel sonuçların eklerde verilmesi yoluna gidilecektir.

Yaş faktörü bağımsız değişkeni, yukarda belirtilen bağımlı değişkenlerin herbiriyle karşılaştırması yapıldığında (Ek 14’de karşılaştırma sonuçlarının ayrıntılı dökümü görülebilir) genellikle istatistiksel olarak 0.05 güven düzeyinde anlamlı ilişkiler belirlenememiştir. Ancak, yaş faktörü ile performans değerlendirmenin kullanım amaçlarıyla ilgili öneriler arasında zayıf bir bağıntının olduğu belirlenerek, genç olguların diğerlerine göre hizmet kalitesi ve verimlilik artışına yönelik ve eğitim gereksinimleri saptamaya yönelik kullanılması gerektiği hususunda birleştikleri görülmüştür. Orta ve ileri yaş grubundaki olguların ise, performans değerlendirmede kişilik özellikleri üzerinde daha fazla durulması gerektiği görüşünde oldukları da saptanmıştır.

Bağımsız değişkenlerden eğitim faktörü ile, belirlenmiş olan tüm bağımlı değişkenler EK 15’de ayrıntılı olarak görüldüğü şekilde karşı-

laştırıldığında, istatistiksel olarak 0.05 güven düzeyinde anlamlı ilişkilere rastlanılmamıştır. İstatistiksel tablolar incelendiğinde, eğitim düzeyi ile performans değerlendirme sonuçlarının asta iletilmesinin gerekliliği arasında zayıf bir ilginin olduğu ve eğitim düzeyi arttıkça açık değerlendirme sisteminin daha fazla önerildiği görülmektedir.

Deneyim faktörü ile, bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmaları Ek 16'da incelendiğinde, genellikle istatistiksel yönden 0.05 güven düzeyinde anlamlı sonuçların elde edilmediği saptanmıştır. Ancak, deneyim faktörü ile performans değerlendirmenin gizlilik veya açıklığı arasında bir ilişkinin olduğu ($p < 0.05$) ve genç olguların açık değerlemeden yana oldukları belirlenmiştir.

Yöneticilik pozisyonunu gösteren bağımsız değişkenlerimiz ile, bağımlı değişkenlerimizin karşılaştırmaları yapıldığında Ek 17'de ayrıntılı olarak görülebileceği gibi, çalışmamıza katkısı olabilecek şekilde 0.05 güven düzeyinde anlamlı ilişkilere rastlanılmamıştır.

Araştırma grubumuzu oluşturan yönetici hemşirelerin performans değerlendirme konusundaki bilgi düzeyleri, bağımlı değişkenlerle karşılaştırıldığında (Ek 18'de tüm karşılaştırma sonuçları görülebilir) genellikle istatistiksel olarak anlamsız sonuçlara ulaşılmış olmasına rağmen, kurumlarında uygulanmakta olan performans değerlendirme sistemi hakkında bilgisi olmayanların, kurumlarındaki uygulama sıklığını çoğunlukla bilmedikleri saptanmıştır.

Kısaca özetlersek, yönetici hemşireler ve hemşirelerden olmak üzere her iki grup için de, çalışmamızın başında belirlediğimiz bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişki, çalışılan kurum dışında istatistiksel yönden anlamlı olmayıp, çalışmamızı yönlendirecek bağıntılara ulaşılamamıştır. Bu nedenle, araştırma bulguları sunulurken çalışılan kurum yani hastane grupları esas alınmış ve bu doğrultuda elde edilen tüm verilerin karşılaştırmaları, tablolar halinde sınıflandırılarak verilmeye çalışılmıştır.

3.3.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın başlangıcında, araştırma amacına uygun olarak test edilmek üzere geliştirilmiş olunan hipotezlerden, hastane grupları dışında belirlenen bağımsız ve bağımlı değişken arasında istatistiksel yönden anlamlı ilişkilerin ortaya konulamaması nedeniyle, sadece performans değerlendirmeye ilgili olan ve anlamlı ilişkilerin görüldüğü hipotezler aşağıda ele alınmış olup, hipotezlerle ilgili değerlendirmelere

de bulgularda yeri geldikçe değinilmektedir. Geliştirilen hipotezlerde, H_0 ilişkisinin yokluğunu (hipotezin doğrulanmadığını) ifade ederken, H_1 ilişkinin varlığını (Hipotezin doğrulandığını) ifade etmektedir.

1. Gruba (Hemşirelere) Ait Hipotezler

* İşgörenlerin performans değerlendirme konusundaki bilgileri yetersizdir.

H_0 hemşireler performans değerlendirme konusunda bilgilidirler.

H_1 Hemşireler performans değerlendirme konusunda bilgili değildirler.

* İşgörenler üstlerinin yaptığı performans değerlendirmelere genellikle güvenmemektedirler.

H_0 hemşireler, üstlerinin yaptığı değerlendirmelere güvenirlir.

H_1 hemşireler, üstlerinin yaptığı değerlendirmelere güvenmezler.

* İşgörenler, performansları değerlendirilirken yaptıkları işlerden çok, davranışlarının ve kişilik özelliklerinin değerlendirildiğini düşünmektedirler.

H_0 Hemşireler performans değerlendirme sırasında yaptıkları işlerden çok davranışları ve kişilik özelliklerinin dikkate alındığını düşünmemektedirler.

H_1 Hemşireler performans değerlendirmeleri sırasında yaptıkları işlerden çok, davranışları ve kişilik özelliklerinin dikkate alındığını düşünmektedirler.

* Hastanelerde, performans değerlendirme sonuçları işgörenlerle paylaşılmamaktadır.

H_0 Performans değerlendirme sonuçları hemşirelere iletilir (hastanelerde açık performans değerlendirme sistemleri kullanılmaktadır).

H_1 Performans değerlendirme sonuçları hemşirelere iletilmez (hastanelerde kapalı performans değerlendirme sistemleri kullanılmaktadır).

* Hastanelerde, her meslek grubunun performansı kendi fonksiyonel yöneticileri tarafından yapılmamaktadır.

H_0 Hemşirelerin performansı hemşire yöneticileri (ilk amir) tarafından değerlendirilmektedir.

H_1 Hemşirelerin performansı hemşire yöneticileri (ilk amiri) tarafından değerlendirilmemektedir.

II. Gruba (Yönetici Hemşirelere) Ait Hipotezler

* Yöneticiler performans değerlendirme konusunda bilgilidirler.

H_0 Yönetici hemşireler performans değerlendirme konusunda bilgili değildirler.

H_1 Yönetici hemşireler performans değerlendirme konusunda bilgilidirler.

* Hastanelerdeki tüm meslek grupları ayrı değerlendirme kriterleriyle değerlendirilmemektedir.

H_0 Hemşirelik hizmetleri personelleri için ayrı değerlendirme kriterleri kullanılmaktadır.

H_1 Hemşirelik hizmetleri personelleri için ayrı değerlendirme kriterleri kullanılmamaktadır.

* Hastanelerde kapalı bir performans değerlendirme sistemi kullanılmakta olup, değerlendirme sonuçları asta iletilmemektedir.

H_0 Hemşirelik hizmetleri işgörenlerine değerlendirme sonuçları iletilir (Açık sistem)

H_1 Hemşirelik hizmetleri işgörenlerine değerlendirme sonuçları iletilmemektedir (Kapalı sistem)

* Yöneticiler, astlarını daha sık aralıklarla değerlendirmek isterler.

H_0 Yönetici hemşireler astlarını sık aralarla değerlendirmek istememektedirler.

H_1 Yönetici hemşireler astlarını sık aralarla değerlendirmek istemektedirler.

* Yöneticiler, performans değerlendirmeye yeterince önem vermemektedirler.

H_0 Yönetici hemşireler performans değerlendirmeye önem verirler.

H_1 Yönetici hemşireler performans değerlendirmeye önem vermezler.

* Yöneticiler, astlarını değerlendirirken yaptıkları işten çok, davranışlarını ve kişilik özelliklerini dikkate almaktadırlar.

H_0 Yönetici hemşireler astlarını değerlendirirken davranışlarını ve kişilik özelliklerini dikkate almazlar.

H_1 Yönetici hemşireler astlarını değerlendirirken davranışlarını ve kişilik özelliklerini dikkate alırlar.

* Yöneticiler, genellikle yaptıkları performans değerlendirmelere güvenmemektedirler.

H_0 Hemşire yöneticiler, yaptıkları performans değerlendirmelere güvenirlir

H_1 Hemşire yöneticiler yaptıkları performans değerlendirmelere güvenmezler

3.4. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Daha öncede belirtildiği gibi, araştırma iki ayrı gruba uygulanan "hemşire grubuna 429 adet ve yönetici hemşire grubuna 218 adet anketin değerlendirilmesi de gerçekleştirilmiştir.

Anketler iki ayrı grup için farklı kapsamlarla hazırlanmış olduğundan, elde edilen bulguların da ayrı olarak değerlendirilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Ayrıca, her bir grup için elde edilen bulguların, ortak özellikleri dikkate alınarak ve belirli başlıklar altında toplanarak sunulmasının, konunun daha sistematik olarak ve kolaylıkla kavranmasında önemli etkisi olacaktır. Her iki grupta da oluşturulması düşünülen başlıklar; kişisel durum değişkenleri, çalışma koşulları ve performans değerlendirmeyle ilgili bulguları içermektedir.

Araştırma da elde edilen frekans dağılım tablolarının, bulguların sadeliğini sağlayabilmek, karışıklığı gidermek ve tekrarı önlemek amacıyla eklerde sunulması yoluna gidilmiştir.

Araştırma bulgularının sunumuna başlamadan önce, bu bölümde kullanılmakta olan bazı kısaltmaların anlamlarının açıklanmasının yararlı olacağı kanısıyla, bu kısaltmaların aşağıda verilmesi yoluna gidilmiştir.

Üniversite Hastaneleri derken, araştırmanın yapılmış olduğu İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Araştırma ve Uygulama Hastanesi kastedilmektedir.

SSK Hastaneleri ifadesi, Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı olan ve araştırmamızın yapıldığı Okmeydanı, Eyüp ve İstanbul SSK hastanelerinin tümü için kullanılmıştır.

Özel Hastaneler, özel statüdeki ve özel hastaneler yönetmeliğine bağlı olarak yönetilen hastaneler olup, araştırmada "Florance Nightingale, Amiral Bristol ve International Hospital hastaneleri" kastedilmektedir.

S. B. Hastaneleri ifadesi, Sağlık Bakanlığına bağlı olan, diğer bir ifadeyle devlet hastaneleri olarak anılan ve araştırmanın yapıldığı Şişli Etfal ve Haseki Devlet Hastaneleri için kullanılmıştır.

p-d.= Kısaltması, tablolarda performans değerlendirme yerine kullanılmıştır.

S.D= Serbestlik derecesi

X^2 = Ki kare değeri

P = Anlamlılık değeri

3.4.1. HEMŞİRELERE AİT BULGULAR

Çalışmamızda, bu grup yanıtlayıcılara ait verilerin frekans dağıtım tabloları eklerde sunulmuştur. Bulgular, araştırmanın yapıldığı "hastane grupları bağımsız değişkeni esas alınarak, belirli bir sistematik içinde sunulmaktadır. Ayrıca, bulguları bir sistematik içinde toplamak ve daha kolay yorumlanabilmesine olanak sağlamak açısından, toplu kontenjans tablolarının oluşturulması yoluna gidilmiştir.

Hemşirelere ait bulgular aşağıda belirtilen sistematik içinde, kişisel durum değişkenleri (demografik özellikler), çalışma koşulları ve performans değerlendirmeyeyle ilgili bulgular şeklinde sunulmaktadır.

Tablo 2 : Yanıtlayanların Kişisel Durum Değişkenlerinin, Araştırmanın Yapıldığı hastane gruplarına Göre Dağılımları.

		Üniversite Hastaneleri %	S.S.K Hastaneleri %	Özel Hastaneler %	S.S.B. Hastaneleri %	Genel Toplam %	Ki Kare Değeri	Serbestlik Derecesi	P Değeri- Anlamlılık Durumu
Yaş Gruplarına Göre Dağılım	20-25 Yaş 25-30 Yaş 30-35 Yaş 35 ve üst	58 13.5 32 7.5 13 3.0 13 3.0	42 9.8 29 6.8 15 3.5 23 5.4	79 18.4 21 4.9 6 1.4 1 0.2	49 11.4 28 6.5 9 2.1 11 2.6	228 53.1 110 25.6 43 10.0 48 11.2	38.89	9	0.000 p<0.001
Eğitim Durumlarına Göre Dağılım	S.M.L. Önlisans Lisans ve üst	67 15.6 23 5.4 26 6.1	78 18.2 16 3.7 15 3.5	61 14.2 3 0.7 43 10.0	68 15.0 12 2.8 17 4.0	274 63.9 54 12.6 101 23.5	34.99	6	0.000 p<0.001
Medeni Durumlarına Göre Dağılım	Bekar Evli Dul	52 12.1 61 14.2 3 0.7	45 10.5 64 14.9 0 0.0	88 20.0 19 4.4 0 0.0	44 10.3 51 11.9 2 0.5	229 53.4 195 45.5 5 1.2	52.29	6	0.000 p<0.001
Görevlerine Göre Dağılım	Yatak Başı Hemş. Poliklinik Hemş. Ebelik	111 25.9 2 0.5 3 0.7	97 22.6 3 0.7 9 2.1	107 24.0 0 0.0 0 0.0	78 18.2 0 0.0 19 4.4	393 91.6 5 1.2 31 7.2	39.34	6	0.000 p<0.001
Mesleki Deneyimle. Göre Dağılım	0-2 Yıl 3-4 Yıl 5-6 Yıl 7-8 Yıl 9-10 Yıl 11 ve üst	18 4.2 30 7.0 21 4.9 15 3.5 7 1.6 25 5.8	17 4.0 22 5.1 16 3.7 7 1.6 14 3.3 33 7.7	64 14.9 14 3.3 16 13.7 5 1.2 2 0.5 6 1.4	19 4.4 25 5.8 11 2.6 6 1.4 14 3.3 22 5.1	118 27.5 91 21.2 64 14.9 33 7.7 37 8.6 86 20.0	97.45	15	0.000 p<0.001
Kurumdaki Deneyimle. Göre Dağılım	0-2 Yıl 3-4 Yıl 5-6 Yıl 7-8 Yıl 9-10 Yıl 11 ve üst	42 9.8 28 6.5 18 4.2 10 2.3 5 1.2 13 3.0	59 13.8 14 3.3 9 2.1 4 0.9 9 2.1 14 3.3	92 21.4 8 1.9 5 1.2 2 0.5 0 0.0 0 0.0	38 8.9 27 6.3 7 1.6 3 0.7 10 2.3 12 2.8	231 53.8 77 17.9 39 9.1 19 4.4 24 5.6 39 9.1	86.42	15	0.000 p<0.001
	G.TOPLAM	116 27.0	109 25.4	107 24.9	97 22.6	429 100.0			

3.4.1.1. Hemşirelerin Kişisel Durum Değişkenleriyle İlgili Bulgular

Hemşirelerin kişisel durum değişkenleri yani demografik özellikleriyle ilgili bulguların, hastane gruplarına göre dağılımları tablo 2'de toplu olarak görülmektedir.

a) Yaş gruplarına göre dağılıma; bakıldığında yanıtlayıcıların çoğunluğunun (228- % 53.1) genç yaş grubunu (20-25 yaş) oluşturduğu görülmektedir. Orta yaş grubunda (30-35 yaş) çalışan olgu sayısı ise, en düşük (43 % 10) bulunmuştur. (Ek 5-1 frekans dağılım tablosundan görülebilir).

Hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımları, hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında, aralarında 0.05 güven düzeyinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ($p < 0.001$) bir bağıntının var olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Tablo 2'de, en genç hemşirelik personeline sahip hastane grubunun özel hastaneler olduğu, en yaşlı gruba sahip hastanelerin ise SSK hastaneleri olduğu görülmektedir.

b) Eğitim durumlarına göre dağılımı; incelendiğinde, sağlık meslek lisesi mezunlarının daha yüksek oranda (274, % 63.9) olduğu, önlisans mezunu olanların ise, en düşük oranda (54 % 12.6) olduğu görülmektedir. (Ek 5.2 frekans dağılım tablosunda görüldüğü gibi).

Eğitim durumlarına göre oluşturulan dağılım hastane gruplarıyla karşılaştırdığında (Tablo 2) aralarında 0.05 güven düzeyinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişkinin ($p < 0.001$) var olduğu belirlenmiştir. Tablo 2'de deneklerin eğitiminin en yüksek olduğu hastane grubunun özel hastaneler (43, % 10), en düşük olduğu hastane grubunun ise, SSK hastaneleri olduğu saptanmıştır.

c) Medeni durumlarına göre dağılımı; ele alındığında araştırma grubunda bekar işgörenlerin fazla olduğu (229 % 53.4) belirlenmiştir (Ek 5.3 frekans dağılımı tablosunda görüldüğü gibi)

Yanıtlayıcıların medeni durumlarının hastane gruplarına göre karşılaştırılması yapıldığında, aralarında istatistiksel olarak 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı ($p < 0.001$) bir bağıntının var olduğu görülmüştür. Tablo 2 incelendiğinde, bekar işgörenlerin sayısına özel hastanelerde daha fazla (88, % 20), evlilerin oranının ise SSK Hastanelerinde (64, % 14.9) daha fazla olduğu saptanmıştır.

d) Görevlerine göre dağılımı: Hemşirelerin görevlerine (yaptıkları işlere) göre dağılımlarına bakıldığında, hasta bakımını üstlenmiş olan yatak başı hemşirelerinin çoğunluğu oluşturduğu (393, % 91.6) görülmektedir. (Ek. 5.4 frekans dağılımında görüldüğü gibi).

Yanıtlayıcıların görevlerine göre dağılımları ile, hastane gruplarını karşılaştırdığımızda (tablo 2), 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı ($p < 0.001$) bir ilişkiye rastlanılmıştır. Özel hastanelerin hemşireleri "yatak başı hemşiresi" dışında çalıştırmadıkları tablodan açıkça görülmektedir.

e) Deneyimlerine göre dağılım: Araştırmamızı yaptığımız işgören grubunun deneyimi iki açıdan ele alınarak sorgulanmıştır. Ek 5.5 frekans dağılımından görüleceği üzere, öncelikle, hemşirelerin mesleki deneyimleri sorgulanmış, sonra da araştırmamızı yaptığımız kurumdaki deneyimi sorgulanmıştır. Çalışmamızın kapsamına giren kurumdaki deneyim süreleriyle ilgili tabloya baktığımızda, hemşirelerin büyük oranda deneyimsiz (0-2 yıl çalışma süresi) oldukları görülebilmektedir.

Kurumdaki deneyim sürelerinin hastane gruplarıyla karşılaştırmalarını yaptığımızda aralarında 0.05 güven düzeyinde ileri düzeyde anlamlı ($p < 0.001$) bir bağıntının var olduğu saptanmıştır (Tablo 2). İşinde deneyimsiz olanların en fazla (92, % 21.4) özel hastanelerde olduğu, en fazla deneyimli (11 yıl ve +) personele ise SSK hastanelerinin (14 % 3.3) sahip olduğu belirlenmiştir.

3.4.1.2. Hemşirelerin Çalışma Koşullarıyla İlgili Bulgular

Hemşirelerin çalışma koşullarıyla dolayısıyla, çalıştıkları hastanelerin özellikleriyle ilgili bulgular Tablo 3'de toplu olarak görülebilmektedir. Bu tabloda hemşirelerin çalışma alanlarının tanımlanmasına yönelik bazı kriterler ele alınarak, hastane grupları ile karşılaştırmaları yapılmış, böylece hastaneler arasındaki farklılıklar vurgulanmaya çalışılmıştır.

a) Çalışma düzenlerine göre dağılım: Hemşirelerin çalışma düzenlerine (sistemlerine) göre dağılımlarına bakıldığında, vardiyalı (8 saatlik-3 vardiya) sistemin çoğunluğu (189 % 44.1) oluşturduğu, ikinci olarak (12-16 saatlik) nöbet sisteminin (131, % 39,5) olduğu görülmektedir. (Ek 6.1' deki frekans dağılımlarındaki gibi).

Hemşirelerin, çalışma düzenleri ile hastane grupları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel yönden 0.05 güven düzeyinde ileri derecede

Tablo 3 : Hemşirelerin Çalışma Ortamlarıyla İlgili Verilerin Çalışmanın Yapıldığı Hastane Gruplarına Göre Dağılımı.

		Üniversite Hastaneleri %		S.S.K Hastaneleri %		Özel Hastaneler %		S. B. Hastaneleri %		Genel Toplam %		Ki Kare Değeri	Serbestlik Derecesi	P Değeri-Anlamlılık Durumu
Çalışma Üzenlerine göre dağılımı	Vardiyalı Sistem Nöbet Sistemi Normal Mesai Diğer Sistemler	84 11 17 4	19.6 2.6 4.0 0.9	1 99 9 0	0.2 23.1 2.1 0.0	81 9 16 1	18.9 2.1 3.7 0.2	23 12 59 3	5.4 2.8 13.8 0.7	189 131 101 8	44.1 30.5 23.5 1.9	355.07	9	0.000 p<0.001
Çalışacakları Üzümün Kendilerinin seçebilme durumu	Kendileri Seçenler Kendileri Seçemeyenler	66 50	15.4 11.7	29 80	6.8 18.6	64 43	14.9 10.0	15 82	3.5 19.1	174 255	40.6 59.4	63.43	3	0.000 p<0.001
Örgütasyon, seçirilip seçilme-liklerinin dağılımı	Geçenler Geçmeyenler	33 83	7.7 19.3	11 98	2.6 22.8	66 41	15.4 9.6	11 86	2.6 20.0	121 308	28.2 71.8	90.50	3	0.000 p<0.001
İ.L.E.Prog-amlarına Katılanların Dağılımı	Katılanlar Katılmayanlar	105 11	24.5 2.6	52 57	12.1 13.3	46 61	10.7 14.2	53 44	12.4 10.3	256 173	59.7 40.3	65.74	3	0.000 p<0.001
Ş tanımları bulunan kurumların Dağılımı	Var Yok	28 88	6.5 20.5	36 73	8.4 17.0	72 35	16.8 8.2	7 80	4.0 18.6	153 276	35.7 64.3	67.59	3	0.000 p<0.001
Tedavi-şakım Protokolle-ğinin Aralığının Dağılımı	Var Yok	50 66	11.7 15.4	33 76	7.7 17.7	99 8	23.1 1.9	31 66	7.2 15.4	213 216	49.7 50.3	109.17	3	0.000 p<0.001
şlerinden Memnun Olma Düzeylerinin Dağılımı	Çok Memnun Orta Düzeyde Az Memnun Çok Az Memnun	16 75 17 8	3.7 17.5 4.0 1.9	14 58 14 23	3.3 13.5 3.3 5.4	36 46 19 6	8.4 10.7 4.4 1.4	15 62 15 5	3.5 14.5 3.5 1.2	81 241 65 42	18.9 56.2 15.2 9.8	42.81	9	0.000 p<0.001
	G.TOPLAM	116	27.0	109	25.4	107	24.9	97	22.6	429	100.0			

anlamlı ($p<0.001$) bir bağıntının varlığı saptanmıştır (Tablo 3). Tablo'da nöbet sisteminin (12 veya 16 saatlik) SSK Hastanelerinde en fazla (99, % 23,1) olduğu; vardiya sisteminin ise en fazla üniversite (84, % 19,6) ve özel hastanelerde (81, % 18.9) olduğu belirlenmiştir.

b) Hemşirelerin çalışacakları bölümleri kendilerinin seçebilme durumlarında dağılımı: Hemşirelerin çalışacakları bölümleri kendilerinin seçebilme durumları incelendiğinde, kendisi seçemeyenlerin yüksek oranda olduğu (255, % 59,4) saptanmıştır. (Ek 6.2'de frekans dağılım tablosundan görülebilir).

Hastane grupları ile hemşirelerin çalışacakları bölümü seçme özgürlüğünün tanınıp-tanınmama durumu karşılaştırıldığında, aralarında 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) bir ilişkinin var olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Çalışacağı bölümü kendisi seçen işgörenlerin çoğunluğunu, üniversite hastaneleri (66, % 15.4) ve özel hastaneler (64, % 14,9) de çalışanlar oluşturmaktadır. Çalışılacak bölümü seçme özgürlüğünün tanınmadığı kurumların başında da S.B. bağlı devlet hastaneleri (82, % 19.1) gelmektedir.

c) Oryantasyonun yapıp yapılmadığının dağılımı: Hemşirelerin oryantasyon programlarından geçirilip-geçirilmediklerinin dağılımına bakıldığında, oryantasyondan geçirilmeyenlerin yüksek oranda olduğu (308, % 71.8) görülmektedir (Ek 6.3'de frekans tablosu).

Yanıtlayıcıların oryantasyon programlarından geçirilme durumlarının hastane gruplarıyla karşılaştırılmaları yapıldığında istatistiksel olarak 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı bir bağıntının ($p<0.001$) var olduğu belirlenmiştir. Tablo 3'de oryantasyondan geçenlerin özel hastanelerde çoğunluğu (66, % 15.4) oluşturduğu da görülmüştür. Oryantasyondan geçmeyenlerin büyük çoğunluğunu ise, SSK hastanelerinde (98, % 22,8) çalışanlar oluşturmaktadır.

d) Hizmet içi eğitim programına katılanların dağılımını; ele aldığımızda tablodan da görüleceği üzere, hizmet içi eğitim programından geçenler çoğunluğu (256, % 59,7) oluşturmaktadır (Ek 6.4 deki frekans dağılım tablosunda görüldüğü gibi).

Hemşirelerin hizmet-içi eğitim programına katılıp-katılmadıklarının hastane gruplarıyla karşılaştırılması yapıldığında, 0.05 güven düzeyinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) bir değişimin var olduğu görülmektedir. Hizmet içi eğitim programını en sık uygulayan hastane grubunun üniversite hastaneleri (105, % 24,5) olduğu, en az

uygulayan hasta grubunun ise SSK hastaneleri (57, % 13.3) olduğu tablo 3 den incelenebilmektedir.

e) İş tanımlarının bulunup-bulunmadığıyla ilgili dağılım; incelendiğinde iş tanımları olmayan hastanelerin çoğunlukta (276, % 64,3) olduğu saptanmıştır. (Ek 6.5'deki frekans tablosunda).

İş tanımlarının bulunup-bulunmadığının, hastane gruplarıyla karşılaştırıldığı dağılıma tablo 3'de baktığımızda, aralarında 0.05 güven düzeyinden anlamlı bir ilişkinin ($p < 0.001$) olduğu ve iş tanımlarının özel hastanelerde en fazla olduğu (72, % 16,8) görülmektedir.

f) Tedavi ve bakım protokollerinin var olup-olmadığıyla ilgili dağılım; bakıldığında tedavi-bakım protokollerinin büyük oranda bulunmadığı da (216, % 50) görülmektedir. (Ek 6.6 frekans dağılım tablosu).

Hastane grupları ile tedavi-bakım protokollerinin var olup-olmadığının dağılımı karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel yönden 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı ($p < 0.001$) bir bağıntının var olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Protokolü var olan hastanelerin başında özel hastaneler (99, % 23), yok olanların başında da SSK hastaneleri (76, % 17,7) gelmektedir (Tablo 3).

g) Hemşirelerin işlerinden memnun olma düzeylerinin dağılımı; ele alındığında (Ek 6.7'de) frekans dağılımı tablosunda görüldüğü gibi, deneklerin çoğunluğu (241, % 56.2) işlerinden orta düzeyde memnundurlar. Çok az memnun olanların oranı (42, % 9.8) düşük bulunmuştur.

Hastane gruplarıyla işgörenlerin işlerindeki memnuniyet dereceleri karşılaştırıldığında 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı bir ilişkinin ($p < 0.001$) var olduğu (tablo 3) görülmektedir. Çok memnun olanlar, en fazla özel hastaneler (36, % 8.4) de görev yapmaktadır. Çok az memnun olan işgörenler ise, SSK hastanelerinde (23, % 5.4) çalışmaktadır.

3.4.1.3. Hemşirelerin Performans Değerlendirmeye İlgili Bulguları

Hemşirelerin performans değerlendirmeye ilgili verilerinin çokluğu nedeniyle ve araştırmamızı belirlediğimiz sınırlar içinde sunabilmemiz için, bazı sonuçlar çalışmamızın sonundaki ekler bölümünde verilmektedir. Diğer veriler ise, toplu olarak tablo 4'de sunulmaktadır.

Tablo 4 : Hemşirelerin Performans Değerlendirme ile İlgili Verilerinin Hastane Gruplarına Göre Dağılımları.

		Üniversite Hastaneleri %		S.S.K Hastaneleri %		Özel Hastaneler %		S. B. Hastaneleri %		Genel Toplam %		Ki Kare Değeri	Serbestlik Derecesi	P Değeri-Anlamlılık Durumu
Performans Değerlendirme Tanımlarıyla İlgili Dağılım	Yapılan İşin Verimini Göst.	12	2.8	10	2.3	19	4.4	9	2.1	50	11.7	36.74	15	0.000 P<0.001
	Bireyin Başarı Düzeyini Göst.	19	4.4	16	3.7	16	3.7	15	3.5	66	15.4			
	Bireyin Görev ve Sorumluluklarını Yerine Getirmesidir	19	4.4	10	2.3	13	3.0	10	2.3	52	12.1			
	Bireyin Bilgi, Beceri ve Mesleki Yeterliliğini Göst.	13	3.0	9	2.1	26	6.1	15	3.5	63	14.7			
	Diğer Boş	14	3.3	9	2.1	11	2.6	17	4.0	51	11.9			
		39	9.1	55	12.8	22	5.1	31	7.2	147	34.1			
P.D.Düşün-cesinde Ra-hatsız Olma Durumları	Rahatsız Olanlar	11	2.6	10	2.3	8	1.0	1	0.2	30	7.0	9.25	6	0.15 P>0.05
	Biraz rahatsız Olanlar	24	5.6	20	4.7	27	6.3	19	4.4	90	21.0			
	Rahatsız Olmayanlar	81	18.9	79	18.4	72	16.8	77	17.9	309	72.0			
P.D.Uygula-Hakkındaki Bilgi Düzeyle.	Bilgisi Olanlar	21	4.9	3	0.7	21	4.9	5	1.2	50	11.7	41.00	6	0.000 P<0.001
	Kısmen Bilenler	50	11.7	27	6.3	26	6.1	34	7.9	137	31.9			
	Bilgisi Olmayan.	45	10.5	79	18.4	60	14.0	58	13.5	242	56.4			
P.D.Tarafsız ve Adil Yapıldığı Konusun-daki Dağılım	Tarafsız ve Adil Değerleme Yapılıyor	36	8.4	10	2.3	30	7.0	18	4.2	94	21.9	50.98	6	0.000 P<0.001
	Bazen	45	10.5	27	6.3	38	8.9	15	3.5	125	29.1			
	Tarafsız ve Adil Değerleme Ya-pılmıyor	35	8.2	72	16.8	39	9.1	64	14.9	210	49.0			
P.D. En Çok Önem Verilen Kriterlerin Dağılımı	Yapılan İşlerin Ne Ölçüde Yapıldığına Göre	38	8.9	36	8.4	28	6.5	29	6.8	131	30.5	49.65	9	0.000 P<0.001
	İşgörenin davranışlarına ve kişisel özelliklerle.	50	11.7	64	14.9	31	7.2	50	11.7	195	45.5			
	Hepsini	27	6.3	8	1.9	39	9.1	16	3.7	90	21.0			
	Boş	1	0.2	1	0.2	9	2.1	2	0.5	13	3.0			
İşgören Performansı. Yakından İzlenme Durumu	Her zaman Ya-kından izler.	51	11.9	9	2.1	36	8.4	14	3.3	110	25.6	75.64	9	0.000 P<0.001
	Bazen Yakın. İzler	45	10.5	36	8.4	36	8.4	24	5.6	141	32.9			
	Yakından izlemez.	20	4.7	63	14.7	33	7.7	58	13.5	174	40.6			
	Boş	0	0.0	1	0.2	2	0.5	1	0.2	4	0.9			
PD Kararlara ve Değerlen-dirmeye İşgörenin Katılım Düzeyi	PD Tamamen Gizli Yapılır	105	24.5	105	24.5	76	17.0	93	21.7	379	88.3	46.06	6	0.000 P<0.001
	Karar Verilmenden Önce İşgören Düşüncesi Alınır	8	1.9	2	0.5	26	6.1	3	0.7	39	9.1			
	İşgören Kararlara Katılır ve Görüş Bildirmesi İstenir	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
	Diğer	3	0.7	2	0.5	5	1.2	1	0.2	11	2.6			
PD'nin Kim Tarafından Yapıldığıının Dağılımı	Ünite Yöneticisi	80	18.6	37	8.6	76	17.7	24	5.6	217	50.6	129.69	15	0.000 P<0.001
	Hemş. Hizmet. Müd. (Başhemşire)	26	6.1	45	10.5	13	3.0	22	5.1	106	24.7			
	Başhekim	1	0.2	17	4.0	0	0.0	30	7.0	48	11.2			
	Sorumlu Hemşire ve Başhemşire	4	0.9	0	0.0	4	0.9	4	0.9	12	2.8			
	Diğer	5	1.2	4	0.9	8	1.9	10	2.3	27	6.3			
	Boş	0	0.0	6	1.4	6	1.4	7	1.6	19	4.4			
	G.TOPLAM	116	27.0	109	25.4	107	24.9	97	22.6	429	100.0			

Bu bölümde, hemşirelerin performans değerlendirmelerden ne anladıkları, kendi değerlendirmelerinin nasıl yapıldığı ve bu konudaki düşüncelerini, isteklerini belirlemeye yönelik verileri sağlanmaya çalışılmaktadır.

a) Hemşirelerin performans değerlendirmeyi tanımlamalarıyla ilgili dağılımlar : Tablodan da görüldüğü gibi, işgörenlerin performans değerlendirmeye ilgili yaptıkları tanımlardan "Bireyin başarı düzeyini gösterir" ifadesi çoğunluğu (66, % 15.4) oluşturmaktadır. Hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (147, % 34.11) ise performans değerlerinin tanımını yapmayarak boş bırakmışlardır. (Ek 7.1'den frekans dağılımı tablosu) Bu durum, hemşirelerin performans değerlendirme ifadesinin anlamı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığının bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Hastane gruplarıyla performans değerlendirme tanımları arasında bir karşılaştırma yapıldığında, 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı bir bağıntının ($p < 0.001$) olduğu görülmektedir. (Tablo 4'de). Tablo incelendiğinde, SSK hastanelerinde çalışan işgörenlerin en fazla (55, % 12.8) boş bıraktıkları, özel hastanelerdeki işgörenlerin ise, en fazla oranda (26, % 6.1) tercih ettikleri seçenek "performans değerlendirme bireyin bilgi, beceri ve mesleki yeterliliğini gösterir" olmuştur. Üniversite hastanelerindeki işgörenler ise, "bireyin başarı düzeyini gösterir" ifadesinde en fazla oranda (19, % 4.4) birleşmektedirler.

Elde edilen bu bulgular, "hemşireler performans değerlendirme konusunda bilgili değildirler" hipotezini (H_1) gerçekler niteliktedir. Ayrıca, bilgi düzeylerinin hastaneler arasında değişim göstermekte olduğu ve SSK ile SSYB hastanelerindeki hemşirelerin bu konuda çok yetersiz bilgiye sahip oldukları da söylenebilir.

b) Hemşirelerin performanslarının değerlendirilmesi düşüncesinden rahatsız olma durumlarıyla ilgili dağılım: Ek 7.2'de frekans dağılımlarından görüldüğü gibi, performanslarının değerlendirilmesi düşüncesinden rahatsız olmayan hemşireler (309, % 72.0) çoğunluktadır. Rahatsız olanların oranı ise, oldukça düşüktür (30, % 7.0). Bu sonuçlar, işgörenlerin performans değerlendirmelerinin yapılması konusunda istekli oldukları şeklindeki teorik bilgiyle paralellik göstermektedir.

Hastane gruplarıyla işgörenlerin performans değerlendirme düşüncesinden rahatsız olma düzeylerinin dağılımı karşılaştırıldığında, tablo 4'de belirtildiği gibi, 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir bağıntıya rast-

lanılmamıştır. Tablo incelendiğinde, tüm hastane gruplarındaki işgörenlerin rahatsız olmadıkları noktasında birleştikleri ve bu nedenle diğer seçeneklerle ilgili olarak aralarında anlamlı bir değişimin olmadığı görülmektedir. (Yani, iki değişken arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır).

Ek 4'de görülen tablonun (1) sütunundaki (hemşirelerin performans değerlendirme sırasında üstleriyle ilişkilerinin etkilenip-etkilenmediğinin) dağılıma bakıldığında "üstleriyle ilişkilerinin etkilenmediğini" ifade eden hemşirelerin yukarıda elde ettiğimiz sonucu destekler nitelikte, çoğunlukta olduğu (264, % 61.5); etkilediğini belirten hemşirelerin ise, yukarıdaki gibi çok düşük oranda (10, % 9.3) olduğu; bu sonuçlar hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında ise, SSK hastaneleri ve özel hastanelerde (12, % 2.8) etkilenmenin daha fazla olduğu görülmektedir.

c) Hemşirelerin kurumlarında yer alan performans değerlendirme uygulamaları hakkındaki bilgi düzeylerinin dağılımı: Hemşirelerin, çalıştıkları kurumlarda uygulanmakta olan performans değerlendirme sistemi hakkında bilgilerinin olup olmadığı (Ek 7.3'deki frekans dağılımında) incelendiğinde, bilgisi olmayanların büyük oranda (242, % 56.4) olduğu belirlenmiştir.

Hastane gruplarıyla, yanıtlayıcıların kurumlarından uygulanan performans değerlendirme sistemi hakkındaki bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında, 0.05 güven düzeyinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ($p < 0.001$) bir ilişkinin var olduğu görülmüştür (Tablo 4). Bilgisi olan deneklerin üniversite ve özel hastanelerde (21, % 4.9) yoğunlaştığı, bilgisi olmayan deneklerin ise SSK hastanelerinden daha çok (79, % 18.4) olduğu görülmektedir.

Yukarıdaki bulgular da, hemşireler performans değerlendirme konusunda bilgili değildirler hipotezini (H_1) desteklemektedir.

d) Hemşirelerin performans değerlendirmelerinin tarafsız ve adil yapıldığıyla ilgili görüşlerinin dağılımı: Hemşireler, çalıştıkları kurumlarda yapılan performans değerlendirmelerinin tarafsız ve adil yapılmadığı konusunda büyük çoğunlukla (210, % 49.0) birleşmektedirler. Tarafsız ve adil değerlendirildiklerini belirten işgörenlerin oranı ise, oldukça düşük (34, % 21.9) bulunmuştur. (Ek 7.4'deki frekans dağılımlarda görülebileceği gibi).

Hemşirelerin tarafsız ve adil değerlendirilip-değerlendirilmediğiyle ilgili düşüncelerini hastane gruplarıyla karşılaştırdığımızda, aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ($p < 0.001$) bir bağıntının olduğu

Tablo 4’de saptanmıştır. Performans değerlendirmelerinin tarafsız ve adil bir şekilde değerlendirilmediğini düşünen deneklerin SSK hastanelerinde daha yüksek oranda (72, % 16.8) olduğu; tarafsız ve adil bir şekilde değerlendirildiğini düşünen işgörenlerin ise, üniversite hastaneleri (36 % 8.4) ile özel hastanelerde (30 % 7) daha yüksek sayıda olduğu belirlenmiştir.

Elde edilen bulgular genel olarak değerlendirildiğinde, geliştirmiş olduğumuz “Hemşireler üstlerinin yaptığı değerlendirmelere güvenmezler” hipotezini (H_1) doğrular niteliktedir.

e) Hemşirelerin performans değerlendirmede en çok önem verilen kriterle ilgili düşüncelerinin dağılımı: Hemşireler, performans değerlendirmeleri yapılırken en çok üzerinde durulan kriterin “işgörenin davranışları ve kişisel özellikleri” (195,% 45.5) olduğunu belirtmişlerdir (Ek 7.5’de frekans dağılımında görüldüğü gibi)

Yanıtlayıcıların performans değerlendirmelerde dikkate alınan kriterlerle ilgili görüşleri, hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında, aralarında 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) bir bağıntının var olduğu tablo 4’de görülmektedir. Tablo incelendiğinde, davranış ve kişisel özelliklerle ilgili kriterlere önem verildiğini düşünenlerin SSK hastanelerinde (64, % 14,9) daha fazla olduğu, işlerin ne ölçüde yapıldığıyla ilgili kriterlere önem verildiğini düşünen deneklerin çoğunluğunun ise üniversite hastanelerinde (38, % 8.9) çalışmakta olduğu saptanmıştır.

Elde edilen bu sonuçlara göre, “Hemşireler performans değerlendirmeleri sırasında yaptıkları işlerden çok, davranışları ve kişilik özelliklerinin dikkate alındığını düşünmektedir” hipotezi (H_1) gerçekleşmektedir. Özellikle,klasik yönetim anlayışının hakim olduğu hastanelerde bu görüş daha çok desteklenmektedir.

f) Hemşirelerin performanslarının yakından izlenip-izlenmesiyle ilgili düşüncelerinin dağılımı: Hemşirelerin, üstleri tarafından performanslarının yakından izlenip-izlenmediğiyle ilgili düşüncelerinin dağılımı (Ek 7.6’da frekans dağılımında) incelendiğinde, yakından izlenmediğini belirten işgörenlerin çoğunlukta (174, % 40.6) olduğu görülmektedir.

Hastane grupları ile hemşirelerin performanslarının yakından izlenip- izlenmediğiyle ilgili görüşleri karşılaştırıldığında 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) bir bağıntı belirlenmiştir. Tablo 4 incelendiğinde “izlenmediğini” belirten işgörenlerin sıklıkla SSK hasta-

neleri (63 % 14.7 ve S. B.hastanelerinde (58, % 13.5) olduğu; “yakından izlerler” düşüncesini taşıyan işgörenler ise, sıklıkla üniversite hastanelerinde (51, % 11.9) takiben özel hastanelerde (36, % 8.4) olduğu görülebilmektedir.

Burada ulaşılan bulgular da, işgörenlerin yapılan değerlendirmelere güven duymadığıyla ilgili olarak geliştirilen H¹ hipotezini desteklemektedir.

g) Hemşirelerin performans değerlendirmede kararlara ve değerlendirmeye katılım durumlarıyla ilgili dağılım : Hemşirelerin performans değerlendirmeye ilgili kararlara ve değerlendirmeye katılımlarının düzeyini tablodan (Ek 7.7 frekans dağılımından) incelediğimizde, hemşirelerin büyük çoğunluğu “performans değerlendirme tamamen gizli yapılır ve düşüncem alınmaz” (379, % 88.3) şeklinde ifade etmişler. “Kararlara katılır ve görüş bildirmem istenir” ifadesini ise hiç bir işgören işaretlememiştir. Bu sonuçlar bize, performans değerlendirme uygulamalarının gizli tutulduğunu işgörenin katılımına olanak verilmediğini göstermektedir.

Yanıtlayıcıların performans değerlendirmede kararlara ve değerlendirmeye katılımlarıyla ilgili dağılımları hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında, aralarında 0.05 güven düzeyinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ($p < 0.001$) bir bağıntının varlığı saptanmıştır (Tablo 4). Kararlar verilmeden önce düşüncesinin alındığını belirten deneklerin özel hastanelerde daha yüksek oranda (26, % 6.1) olduğu belirlenmiştir.

Ek 7.10’da frekans dağılımlarından görülebileceği gibi, üstlerin büyük çoğunluğu (319, % 74.4) astlarıyla performans değerlendirme sonuçlarını görüşüp tartışmamaktadır. Astlarıyla performans değerlendirme görüşmesi yapan yöneticilerin oranı oldukça düşük (48, % 11.2) bulunmuştur.

Performans değerlendirme görüşmelerinin yapılıp-yapılmadığını hastane gruplarıyla karşılaştırdığımızda aralarında 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı ($p < 0.001$) bir ilişkinin olduğu Ek Tablo 4 sütun (3) de görülebilmektedir. Performans değerlendirme sonuçlarını görüşüp tartışan hastane gruplarının başında, özel hastaneler (24, % 5,6) ve üniversite hastaneleri (18, % 4.2) gelmektedir. Görüşüp tartışmayan hastane gruplarının başında ise, SSK hastaneleri (97, % 22.6), SSYB hastaneleri (86, % 20) gelmektedir.

Yukarıdaki bulgulardan görülebileceği gibi, "Performans değerlendirme sonuçları hemşirelere iletilmez" hipotezi H_1 doğrulanmakta olup, hastanelerimiz genelinde kapalı performans değerlendirme sistemleri kullanılmaktadır.

h) Hemşirelerin performans değerlendirmelerinin kim tarafından yapıldığıyla ilgili düşüncelerinin dağılımı : Performans değerlendirmenin kim tarafından yapıldığıyla ilgili olarak, hemşirelerin çoğunluğu (217, % 50.6) 1. sicil amiri durumundaki servis (ünite) sorumlusu tarafından performans değerlendirmelerinin yapıldığını belirtmişlerdir. Başhekim tarafından performans değerlendirmelerinin yapıldığını söyleyen işgörenlerin oranı da (48, % 11.2) bulunmuştur. (Ek 7.8'de frekans dağılımında görüldüğü gibi)

Yanıtlayıcıların performans değerlendirmelerinin kim tarafından yapıldığının hastane gruplarıyla kararlaştırılması yapıldığında, 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı ($p < 0.001$) bir ilişki bulunmuştur. Tablo 4 incelendiğinde, başhekim tarafından performans değerlendirmenin yapıldığını belirten hemşirelerin daha çok SSYB hastanelerinde (30, % 7.0) ve SSK hastanelerinde (17, % 4.0) olduğu belirlenmiştir. Deneklerden performans değerlendirmelerini, 1. sicil amiri durumundaki servis sorumlularının yaptığı belirtenlerin çoğunluğu, üniversite hastaneleri (80, % 18,6) ve özel hastaneler (76, % 17.7) de görev yapmaktadır.

Elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, geliştirilmiş olunan hipotezin doğrulanmadığı, hemşirelerin performansı hemşire yöneticileri tarafından değerlendirildiği yani H_0 'ın gerçekleştiği görülmektedir.

Ek 7.9'da frekans dağılımında görüldüğü gibi, performans değerlendirmelerin kim tarafından yapılması gerektiğiyle ilgili olarak hemşirelerin önerileri incelendiğinde, büyük orandaki deneğin servis sorumlusunun (302, % 70.4) performans değerlendirmelerini yapması gerektiğini, ikinci çoğunlukla servis sorumlusu ve bölüm yöneticisinin birlikte (63, % 14.7) değerlendirmelerinin gerektiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca, bazı denekler, grup değerlendirmeden (işgören+servis sorumlusu+bölüm yöneticisi) düşük bir oranda da (16, % 3.7) olsa söz etmişlerdir.

Hastane grupları ile hemşirelerin performans değerlendirmelerinin kim tarafından yapılmasının gerektiğiyle ilgili görüşleri karşılaştırıldığında ileri düzeyde anlamlı bir bağıntının olduğu görülmüştür. Ek tablo 4 incelendiğinde, hemşirelerin başhekim tarafından performans değerlendirmelerinin yapılmasını istemedikleri, öncelikle SSYB hastanelerde

(1. % 0.2) ve SSK hastanelerinde (4, % 0.9) daha düşük oranda istendiği görülmektedir. Performanslarının servis sorumlusu tarafından değerlendirilmesini isteyen deneklerin çoğunluğu özel hastaneler (91, % 21.2) ve üniversite hastanelerinde (89, % 20.7) görev yapmaktadırlar.

ı) Hemşirelerin performans değerlendirmeyeyle ilgili olarak ilave görüş ve önerilerinin dağılımı: Ek 7.11 frekans dağılımlarından da görüldüğü gibi, hemşirelerin büyük çoğunluğu (380, % 88,6) üstlerinin performans değerlendirmelerine katılmak istemektedirler. Üstlerinin performans değerlendirmesine katılmak isteyen işgörenlerin hastane gruplarıyla karşılaştırması yapıldığında 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir bağıntıya ($p > 0.05$) rastlanılmamıştır (Ek Tablo 4'de).

Ek Tablo 4'de 5 sütunda hemşirelerin performans değerlendirme ile ilgili ilave görüş ve önerileri ele alındığında, hemşirelerin çoğunluğunun (80, % 18.6) "performans değerlendirmeler açık olmalı işgören eksikliklerini bilmeli ve gelişme olanağı sağlanmalıdır" ifadelerini destekledikleri, ikinci çoğunluğun da (38, % 8.9) "performans değerlendirme kriterleri standart hale getirilmeli, daha objektif ve geçerli değerlendirmeler yapılmalıdır" ifadesini destekledikleri görülmektedir. Ayrıca, hastane grupları ile işgörenlerin performans değerlendirmeyeyle ilgili ilave görüş ve önerileri karşılaştırıldığından 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı ($p < 0.001$) bir ilişkinin var olduğu da saptanmıştır.

3.4.2. YÖNETİCİ HEMŞİRELERE AİT BULGULAR

3.4.2.1. Yönetici Hemşirelerin Kişisel Durum Değişkenleriyle İlgili Bulgular

Yönetici hemşirelerin kişisel durum değişkenleri (demografik özellikleri) ile ilgili verilerin araştırma yapılan hastane gruplarına göre dağılımları tablo 5'de toplu olarak gösterilmektedir.

a) Yaş gruplarına göre dağılımı; Ek 10.1'deki frekans dağılımlar incelendiğinde, 25-30 yaş grubundaki yönetici hemşirelerin oranının (69, % 31.7) diğerlerine göre daha yüksek olduğu, 20-25 yaş grubundaki yönetici hemşire oranının en düşük (25, % 11.5) olduğu görülmektedir.

Yönetici hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımlarının, araştırmanın yapıldığı hastane gruplarıyla karşılaştırması yapıldığında (Tablo 5'de) aralarında 0.05 güven düzeyinde istatistiksel yönden anlamlı bir

Tablo 5 : Yönetici Hemşirelerin Kişisel Durum Değişkenlerinin Araştırmanın Yapıldığı Hastane Gruplarına Göre Dağılımları.

		Üniversite Hastaneleri %		S.S.K Hastaneleri %		Özel Hastaneler %		S. B. Hastaneleri %		Genel Toplam %		Ki Kare Değeri	Serbestlik Derecesi	P Değeri- Anlamlılık Durumu
Yaş Gruplarına Göre Dağılım	20-25 Yaş	12	5.5	2	0.9	7	3.2	4	1.8	25	11.5	15.82	12	0.1996 p>0.05
	25-30 Yaş	28	12.8	8	3.7	14	6.4	19	8.7	69	31.7			
	30-35 Yaş	21	9.6	8	3.7	10	4.6	18	8.3	57	26.1			
	35-40 Yaş	15	6.9	11	5.0	3	1.4	12	5.5	41	18.8			
	40 ve ↑	10	4.6	5	2.3	1	0.5	10	4.6	26	11.9			
Eğitim Durumuna Göre Dağılım	S.M.L.	31	14.2	22	10.1	15	6.9	55	25.0	123	56.4	60.06	9	0.000 p<0.001
	Önlisans	6	2.8	3	1.4	1	0.5	2	0.9	12	5.5			
	Lisans	32	14.7	7	3.2	19	8.7	6	2.8	64	29.4			
	Lisans ve ↑	17	7.8	2	0.9	0	0.0	0	0.0	19	8.7			
Medeni Durumlarına Göre Dağılım	Bekar	35	16.1	16	7.3	19	8.7	27	12.4	97	44.5	3.98	6	0.6793 p>0.05
	Evli	49	22.5	17	7.8	15	6.9	36	16.5	117	53.7			
	Dul	2	0.9	1	0.5	1	0.5	0	0.0	4	1.8			
Görevlerine Göre Dağılım	Sorumlu Hemş.	43	19.0	24	11.0	23	10.6	51	23.4	141	64.7	56.52	9	0.000 p<0.001
	Bölüm Başhemş.	33	15.1	0	0.0	6	2.8	1	0.5	40	18.3			
	Başhemşire Yrd.	9	4.1	8	3.7	1	0.5	9	4.1	27	12.4			
	Hemş.Hizmet. Müdürleri ve Hast.Başhemş.	1	0.5	2	0.9	5	2.3	2	0.9	10	4.6			
Mesleki Deneyimle. Göre Dağılım	0-3 Yıl	6	2.8	0	0.0	8	3.7	0	0.0	14	6.4	44.56	15	0.000 p<0.001
	3-5 Yıl	7	3.2	3	1.4	4	1.8	6	2.8	20	9.2			
	5-7 Yıl	19	8.7	1	0.5	7	3.2	4	1.8	31	14.2			
	7-9 Yıl	5	2.3	5	2.3	4	1.8	4	1.8	18	8.3			
	9-11 Yıl	8	3.7	2	0.9	3	1.4	6	2.8	19	8.7			
	11 ve ↑	41	18.8	23	10.6	9	4.1	43	19.7	116	53.6			
Yönetim Alanındaki Deneyim Sürelerine Göre Dağılımlar	0-3 Yıl	33	15.1	11	5.0	24	11.0	16	7.3	84	38.5	38.33	15	0.000 p<0.001
	3-5 Yıl	18	8.3	8	3.7	4	1.8	7	3.2	37	17.0			
	5-7 Yıl	10	4.6	4	1.8	3	1.4	6	2.8	23	10.6			
	7-9 Yıl	6	2.8	1	0.5	1	0.5	2	0.9	10	4.6			
	9-11 Yıl	4	1.8	4	1.8	1	0.5	16	7.3	39	17.9			
	11 ve ↑	15	6.9	6	2.8	2	0.9	16	7.3	39	17.9			
	G.TOPLAM	86	39.4	34	15.6	35	16.1	63	28.9	218	100.0			

bağıntıya rastlanılmamış ($p>0.001$) genellikle tüm hastane gruplarındaki yanıtlayıcıların orta yaş grubunda (25-35) bir yoğunlaşma gösterdiği belirlenmiştir.

b) Eğitim durumlarına göre dağılımı; ele alındığında, sağlık meslek lisesi mezunu yönetici hemşirelerin çoğunlukta olduğu (123, % 56.4), ikinci olarak lisans mezunlarının (64,% 29.4) yer aldıkları belirlenmiştir (Ek 10.2'deki frekans dağılımında)

Yanıtlayıcıların eğitim durumlarının, hastane gruplarına göre dağılımlarına tablo 5'e bakıldığında, aralarında 0.05 güven düzeyinde çok ileri derecede anlamlı bir bağıntının varlığı görülmektedir ($p<0.001$). Sağlık meslek lisesi mezunu olanların en fazla oranda S. B. hastanelerinde (55, % 25.0); Lisans mezunlarının ise, en fazla oranda üniversite hastanelerinde (32, % 14.7) çalışmakta oldukları saptanmıştır.

c) Medeni durumlarına göre dağılımı; incelendiğinde, araştırma grubunda evli olan deneklerin sayısı yüksek (117, % 53.7) bulunmuştur. (Ek 10.3'deki frekans dağılımında görüldüğü gibi).

Yönetici hemşirelerin medeni durumlarının hastane gruplarıyla karşılaştırması yapıldığında (Tablo 5) aralarında, 0.05 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı bulunamamıştır ($p>0.05$).

d) Görevlerine göre dağılımı; yönetici hemşirelerin görevlerine göre dağılımlarına (Ek 10.4 frekans dağılımına bakıldığında), 1. sicil amiri konumundaki servis sorumlu hemşireleri çoğunluğu (141,% 64.7) oluşturmaktadır. Hemşirelik hizmetleri müdürü (veya hastane başhemşireleri) ise en düşük oranda (10, % 4.6) bulunmuş olup, bu çalışmada beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Çünkü, her hastanenin hemşirelik hizmetlerinden sorumlu bir tepe yöneticisi bulunmaktadır ve bu nedenle araştırma grubunu az sayıda tepe yöneticisi oluşturmuştur.

Yanıtlayıcıların hastane gruplarıyla yapılan karşılaştırmaları 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı bir bağıntıyı ($p<0.001$) göstermektedir (Tablo 5). Araştırma grubuna katılanlardan sorumlu hemşirelerin çoğunluğu (51, % 23.4) S. B. hastanelerinde görevli, bölüm başhemşirelerinin çoğunluğu (33, % 15.1) üniversite hastanelerinde görevli bulunmaktadır.

e) Deneyimlerine göre dağılımı; araştırma yaptığımız grubun deneyimi iki açıdan ele alınarak değerlendirilmiştir. Birincisi mesleki deneyimi, ikincisi yönetim alanındaki deneyimidir. (Ek 10.5 ve 6'daki frekans

dağılımlarında görüldüğü gibi). Araştırmayı yönlendireceği düşüncesiyle yönetim alanındaki deneyim dikkate alındığında, deneklerin çoğunun (84, % 38.5) en düşük deneyim grubunda (0-3 yıl) toplandıkları görülmektedir.

Yönetici hemşirelerin deneyim sürelerinin, hastane gruplarıyla yapılan karşılaştırmasının dağılımı Tablo 5’de incelendiğinde, mesleki deneyimleri ve yönetsel deneyimleri açısından 0.05 güven düzeyinde anlamlı bağıntıların ($p < 0.001$) varlığı saptanmıştır. Mesleki deneyimi en fazla (11 yıl ve üzeri) olan deneklerin çoğu S. B hastanelerinde (43, % 19.7) en düşük mesleki deneyimi olanların ise, özel hastanelerde (8, % 3.7) olduğu belirlenmiştir. Yönetim deneyimi açısından en deneyimli grubun ise S. B hastanelerinde (16, % 7.3 olduğu) en az deneyimli grubun ise üniversite hastanelerinde (33, % 15.1) olduğu saptanmıştır.

3.4.2.2. Yönetici Hemşirelerin Çalışma Koşullarıyla İlgili Bulgular

a) Yönetim alanlarına göre dağılım; Yönetici hemşirelerin yönetim alanının belirlenmesi amacıyla emir-komutalarındaki ast sayıları sorulduğunda çoğunluğun (69, % 31.7) en düşük ast sayısına (1-10) sahip olduğu, 40 asta sahip olan deneklerin sayısının üçüncü çoğunluğu (44 % 20.2) oluşturduğu belirlenmiştir (Ek 11.1 deki frekans dağılımında).

Yönetici hemşirelerin yönetim alanları, hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında Tablo 6’da görülebileceği gibi 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir bağıntı saptanmamıştır ($p > 0.05$) Yönetim alanı en geniş (40 ve üzeri) yöneticilerin çoğunluğunun üniversite hastanelerinde (15, % 6.9) çalıştıkları yine en düşük yönetim alanına sahip yöneticilerin de üniversite hastanelerinde (30, % 13.8) daha fazla oranda oldukları görülmektedir.

b) Organizasyon şemalarının olup-olmadığının dağılımı; Tablo 6’da hastane gruplarına göre dağılım yorumlandığında, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişkinin ($p < 0.001$) varlığı belirlenmiştir. Organizasyon şemasına sahip olduğunu belirten yönetici hemşirelerin çoğunluğunun üniversite hastanelerinde (60, % 27.5); olmadığını söyleyenlerin çoğunluğunun ise, S. B Hastanelerinde (43, % 19.7) görevli oldukları saptanmıştır.

c) Hemşirelik hizmetleri personelinin sağlanmasıyla ilgili yaklaşımlar; Hastane genelinde personel sağlanmasında izlenmekte olan yaklaşımlarla ilgili seçenekler incelendiğinde (Ek Tablo 8 (1), personel

Tablo 6 : Yönetici Hemşirelerin Çalışma Koşullarının Araştırmanın Yapıldığı Hastane Gruplarına Göre Dağılımı.

		Üniversite Hastaneleri %		S.S.K Hastaneleri %		Özel Hastaneler %		S. B. Hastaneleri %		Genel Toplam %		Ki Kare Değeri	Serbestlik Derecesi	P Değeri- Anlamlılık Durumu
Ast Sayılarına Göre Dağılım	1-10 Kişi	30	13.8	6	2.8	17	7.8	16	7.3	69	31.7	27.15	12	0.073 p>0.05
	10-20 Kişi	20	9.2	10	4.6	10	4.6	28	12.8	68	31.2			
	20-30 Kişi	15	6.9	7	3.2	4	1.8	3	1.4	29	13.3			
	30-40 Kişi	6	2.8	0	0.0	0	0.0	2	0.9	8	2.7			
	40 ve l	15	6.9	11	5.0	4	1.8	14	6.4	44	20.2			
Organizasyon Şemasının Olup- Olmadığı	H.Organizas. Şeması Var	60	27.5	7	3.2	25	11.5	20	9.2	112	51.4	39.8	3	0.000 p<0.001
	H.Organizas. Şeması Yok	26	11.9	27	12.4	10	4.6	43	19.7	106	48.6			
Hemşirelik Hizm.Per-sonelinin Sağlanma- sındaki Yöntemlerle İlgili Dağılım	Boş	3	1.3	7	3.2	0	0.0	10	4.6	20	9.2	166.06	15	0.000 p<0.001
	Hemş.Hiz.Md. Tarafından Sağ.	43	19.7	3	1.4	26	11.9	10	4.6	82	37.6			
	Personel+Hemş. Hizm.Md.kararıyla	4	1.8	0	0.0	8	3.7	1	0.5	13	6.0			
	Merkez Öğrütten Atamayla	4	1.8	14	6.4	0	0.0	29	13.3	47	21.6			
	Başhekim.tarafından	0	0.0	4	1.8	1	0.5	13	6.0	18	8.3			
Dekanlık+Hemş. Hizmetleri Müd.	32	14.7	6	2.8	0	0.0	0	0.0	38	17.4				
Oryantasyon Programının Yapılıp- Yapılmadığı	Oryantas. Programı Uygulanıyor	61	28.0	8	3.7	32	14.7	17	7.8	118	54.1	60.90	3	0.000 p<0.001
	Oryantas.Programı Uygulanmıyor	25	11.5	26	11.9	3	1.4	46	21.1	100	45.9			
Oryantasyonu Sağlamak İçin Denek Önerilerinin Dağılımı	Boş	33	15.1	3	1.4	10	4.6	19	8.7	65	29.8	52.20	15	0.000 p<0.001
	Üniteye Özgü													
	Oryantas.Prog. Teori-Pratik	27	12.4	16	7.3	7	3.4	31	14.2	81	37.2			
	Bir Toplantı Yapıla. Tanışma-bilgi													
	Aktarımı Yapılmalı	5	2.3	3	1.4	0	0.0	5	2.3	13	6.0			
	Kurumda Merkezi- Kapsamlı bir Oryan. Programı Yapılmalı	12	5.5	3	1.4	16	7.3	3	1.4	34	15.6			
	Yeni Başlayan Pers. Kursu Tabi Tutulmalı													
Sonuç Değerlenmeli	4	1.8	3	1.4	1	0.5	2	0.9	10	4.6				
Bir Süre Deneyimli Pers.Oryantasyon	5	2.3	6	2.8	1	0.5	3	1.4	15	6.9				
Görev-Yetki Sorumluluk. Yazılı Olup- Olmadığı	Evet	29	13.3	13	6.0	23	10.6	12	5.5	77	35.3	21.67	3	0.000 p<0.001
	Hayır	57	26.1	21	9.6	12	5.5	51	23.4	141	64.7			
Yönetmelik Personel El Kitabı,Stan- dard ve Pro- tokollerin Olup-Olmadığı	Hepsi Var	7	3.2	8	3.7	25	11.5	1	0.5	41	18.8	96.43	6	0.000 p<0.001
	Hepsi Yok	67	30.7	17	7.8	2	0.9	41	18.8	127	58.3			
	Yönet+Bakım-Ted. Protokolleri Var	12	5.5	9	4.1	8	3.7	21	9.6	50	22.9			
G.TOPLAM		86	39.4	34	15.6	35	16.1	63	28.9	218	100.0			

sağlanması genellikle hastanenin tepe yöneticileri tarafından sınav sistemiyle personelin alınması şeklinde olduğu (89, % 40.8) veya genel merkezden kurumlar arası atamayla (53, % 24.3) gerçekleştirildiği görülmektedir. Sınav sistemi sıklıkla üniversite hastanelerinde (61, % 28.0); atama sistemi ise, sıklıkla S. B. hastanelerinde (37, % 17.0) uygulamaktadır.

Hemşirelik hizmetlerine personel sağlanmasında ise, genellikle hemşirelik hizmetleri müdürlüğünün etkin olduğu (82, % 37.6), ikinci olarak merkezden atama (47, % 21.6) yolunun kullanıldığı Ek 11.2'deki frekans dağılımında görülebilmektedir.

Hastane grupları ile hemşirelik hizmetleri personelin sağlanmasıyla ilgili seçenekler karşılaştırıldığında (Tablo 6) aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir bağıntı ($p < 0.001$) saptanmıştır. Hemşirelik hizmetleri müdürlüğünün kendi personelinin kendisinin sağlaması yaklaşımı, en çok üniversite hastanelerinde (43, % 19.7) olurken, merkezden atama yaklaşımının ise, en çok S. B. hastanelerinde (29, % 19.3) olduğu görülmektedir.

d) Oryantasyon programının uygulanıp-uygulanmadığının dağılımı; yönetici hemşirelerin çoğunluğu hemşirelik hizmetleri personeline oryantasyon programının uygulandığını (118, % 54.1) belirtmişlerdir (Ek 11.3'deki frekans dağılımında).

Hemşirelik hizmetleri personeline oryantasyon programının uygulanıp uygulanmadığının, hastane gruplarıyla karşılaştırması yapıldığında (Tablo 6) aralarından 0.05 güven düzeyinde istatistiksel olarak çok ileri bir bağıntı ($p < 0.001$) olduğu saptanmıştır. Oryantasyon programları üniversite hastanelerinde büyük oranda (61, % 28) uygulanmakta iken, S. B. hastanelerinde ise çoğunlukla (46, % 21.1) uygulanmamaktadır.

e) Oryantasyon nasıl sağlanması gerektiğiyle ilgili görüşlerin dağılımı; Hastanelerde, göreve yeni başlayan hemşirelik hizmetleri personelinin oryantasyonu genellikle bölüm sorumlusu tarafından görev başında eğitim yapmak şeklinde (31, % 14.2) yapılmaktadır. Ek Tablo 8(2) sütun incelendiğinde, hastane grupları ile oryantasyon sağlamada uyguladıkları yaklaşımların karşılaştırmasının 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir bağıntıya ($p < 0.05$) sahip olduğu görülmektedir.

Yönetici hemşirelerin, yeni başlayan personelin oryantasyonunu sağlamak için getirdikleri öneriler çoğunlukla "Üniteye özgü teorik ve pratik oryantasyon programlarının hazırlanması" (81, % 37.2) hususunda

birleşmektedir. Tablo 6'da görüldüğü gibi, özel hastanede görevli yöneticiler, daha çok kurum genelinde (merkezi) düzenleme ve kapsamlı eğitim programları (16, %7.3) önermektedirler.

f) Görev, yetki ve sorumlulukların (iş tanımlarının) yazılı olup olmadığıyla ilgili dağılım; Hastanelerde görev, yetki ve sorumlulukların belirli olup olmadığı sorgulandığında, yönetici hemşirelerin çoğunluğu belirli olmadığını (141, % 64.7) belirtmişlerdir. (Ek 11.4'deki frekans dağılımlarında görüldüğü gibi).

Görev, yetki ve sorumlulukların yazılı olarak belirlenme durumu, hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir bağıntı ($p < 0.001$) belirlenmiştir. İş tanımlarının yazılı olarak belirtilmiş olduğunu belirten deneklerin çoğunluğunun üniversite hastanelerinde (29, % 13.3) görev yaptıkları saptanmıştır.

g) Yönetmelik, personel el kitabı, standart ve protokollerin olup olmadığının dağılımı; ele alındığında yönetici hemşirelerin çoğunluğu (127, % 58,3 bu hususlara sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. (EK 11.5'deki frekans dağılımında).

Yönetmelik, personel el kitabı, standart ve protokollerin olup olmadığı hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı bir bağıntı ($p < 0.001$) saptanmıştır. Tablo 6 incelendiğinde, hepsine sahip olduklarını söyleyenlerin çoğunluğu özel hastanelerde (25, % 11.5) çalışmakta iken, hepsi yok diyenlerin çoğunluğu üniversite hastanelerinde (67, % 30.7) görev yapmaktadır.

3.4.2.3. Yönetici Hemşirelerin Performans Değerlendirmeye İlgili Bulguları

a) Performans değerlendirmeyi tanımlamalarıyla ilgili dağılım; Ek 12.1'deki frekans dağılımına bakıldığında, yönetici hemşirelerden soruyu yanıtlayanların çoğunluğu performans değerlendirmeyi "bireyin bilgi beceri ve davranışlarının değerlendirilmesi" (43, % 19.7) olarak tanımlarken büyük bir çoğunluğun (45, % 20.6) performans değerlendirmeyi tanımlamadıkları ve boş bırakmış oldukları görülmektedir.

Yönetici hemşirelere ait bulgulara göre, "yönetici hemşireler performans değerlendirme konusunda bilgilidirler" hipotezi (H_1) gerçekleşmektedir.

Tablo 7 : Yönetici Hemşirelerin Performans Değerlendirmeye İlgili Verilerinin, Araştırmanın Yapıldığı Hastane Gruplarına Göre Dağılımları.

		Üniversite Hastaneleri %	S.S.K Hastaneleri %	Özel Hastaneler %	S. B. Hastaneleri %	Genel Toplam %	Ki Kare Değeri	Serbestlik Derecesi	P Değeri- Anlamlılık Durumu
Hemşire Yöneticilerin Performans Değerlendir- meyle İlgili Tanımlama- larının Dağılımı	Boş	17 7.8	12 5.5	7 3.2	9 4.1	45 20.6	31.98	18	0.022 p<0.05
	Bireyin bilgi-beceri								
	Davranış.Değer.	13 6.0	3 1.4	13 6.0	14 6.4	43 19.7			
	Bireyin Başarı Düz.	15 6.9	5 2.3	3 1.4	13 6.0	36 16.5			
	Bireyin Verimlilik								
	Derecesi Ölçülme.	14 6.4	5 2.3	6 2.8	4 1.8	29 13.3			
	Hizmet.Kalite-Verim- lilik Bireyin Gelişme								
Farklı Pers. Gruplarına Farklı PD Kriterleri Uygulanıp- Uygulanmad. Dağılımı	Çabasını Gösterir	5 2.3	1 0.5	2 0.9	6 2.8	14 6.4	14.65	6	0.023 p<0.05
	Personelin Kapasit.	16 7.3	3 1.4	4 1.8	6 2.8	29 13.3			
	Personelin Belirli Dön.								
	Çalışma ve Potansi.	6 2.8	5 2.3	0 0.0	11 5.0	22 10.1			
	Hayır,Tüm Pers.Aynı Formla Değerlendi.	56 5.7	16 7.3	24 11.0	37 17.0	133 61.0			
	Evet,Farklı Pers.Grupları İçin Farklı Formlar	22 10.1	7 3.2	3 1.4	10 4.6	42 19.3			
	Kurumumuzda Kulla. Hiçbir Form Yok	8 3.7	11 5.0	8 3.7	16 7.3	43 19.7			
Performans Değ.nin Ne Şekilde Yapıldığının Dağılımı	SistematiK Bir Değer. Yapılmamaktadır	8 3.7	6 2.8	11 5.0	27 12.4	52 23.9	31.91	9	0.000 p<0.001
	Düzenli Değerlendirme Formu Doldurularak	73 33.5	24 11.0	24 11.0	31 14.2	152 69.7			
	Yöneticilerin Katıldığı Topl.Grup Değ.	3 1.4	3 1.4	0 0.0	5 2.3	11 5.0			
	Diğer	2 0.9	1 0.5	0 0.0	0 0.0	3 1.4			
	Yılda Bir Kez	49 22.5	29 13.3	5 2.3	53 24.3	136 62.4	71.19	6	0.000 p<0.001
	Altı Ayda Bir	34 15.6	1 0.5	19 8.7	4 1.8	58 26.6			
	Verilen Görev Bittiğinde	3 1.4	4 1.8	11 5.0	6 2.8	24 11.0			
P.Değerleme. Hangi Sıklıkla Yapıldığının Dağılımı	Yılda Bir Kez	10 4.6	9 4.0	5 2.3	10 4.6	34 15.6	10.55	9	0.307 p>0.05
	Altı Ayda Bir	51 23.4	19 8.7	17 7.8	28 12.8	115 52.8			
	Verilen Görev Bitiminde	20 9.2	6 2.8	11 5.0	19 8.7	56 25.7			
	Diğer	5 2.3	0 0.0	2 0.9	6 2.8	13 6.0			
	Denetleme Boş	57 26.1	22 10.1	15 6.9	34 15.6	128 58.7	6.74	3	0.080 p>0.05
	Amacıyla Evet	29 13.3	12 5.5	20 9.2	29 13.3	90 41.3			
	İşten Çıkarma Boş	83 38.1	33 15.1	23 10.6	61 28.0	200 91.7			
PD Sonuçlarının Hangi Amaçlarla Kullanıldı- ğının Dağılımı	Amacıyla Evet	3 1.4	1 0.5	12 5.5	2 0.9	18 8.3			
	Terfi Boş	20 9.2	11 5.0	20 9.2	22 10.1	73 33.5	37.30	3	0.000 p<0.001
	Amacıyla Evet	66 30.3	23 10.6	15 6.9	41 18.8	145 66.5			
	Ödüllendirme Boş	53 24.3	32 14.7	15 6.9	50 22.9	150 68.8			
	Özendirme Evet	33 15.1	2 0.9	20 9.2	13 6.0	68 31.2			
	G.TOPLAM	86 39.4	34 15.6	35 16.1	63 28.9	218 100.0			

Performans değerlendirmeye getirilen tanımlamaların, araştırma yapılan hastane gruplarıyla karşılaştırması yapıldığında aralarında 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir ilişkinin ($p < 0.05$) olduğu görülmektedir. (Tablo 7) S.B hastanelerinde görevli yönetici hemşireler daha yüksek oranda "bireyin bilgi, beceri ve davranışları gösterir" (14, % 6.4) tanımlaması üzerinde durmaktadırlar. Üniversite hastanesinde görevli yönetici hemşireler ise; "personelin işindeki yeterlilik düzeyini (kapasitesini) ifade eder" (16, % 7.3) tanımlaması üzerinde daha yüksek oranda birleşmektedirler.

b) Farklı personel gruplarının performans değerlendirmesi yapılırken, farklı kriterlerin dikkate alınıp-alınmadığının dağılımı; ele alındığında, hastanelerin çoğunda (133, % 61.0) tüm personelin performans değerlendirmesinin aynı kriterler doğrultusunda yapılmakta olup, yaptığı işle ilgili hususlar fazla dikkate alınmamaktadır (Ek 12.2'de görüldüğü gibi).

Araştırmanın yapıldığı hastane grupları ile performans değerlendirmede farklı personel grupları için farklı kriterlerin kullanılıp- kullanılmadığının dağılımı karşılaştırıldığında 0.05 güven düzeyinde istatistiksel yönden anlamlı ($p < 0.05$) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 7). Elde edilen bu ilişki, "hemşirelik hizmetleri personeli için ayrı performans değerlendirme kriterleri kullanılmamaktadır" şeklinde geliştirilmiş olunan H_1 hipotezini doğrulamaktadır. Tablo incelendiğinde de, personel gruplarına göre farklı kriterler esas alınarak performans değerlendirmenin yapıldığını belirten deneklerin çoğunluğu, üniversite hastanelerinde (22, % 10.1) görevli bulunmaktadır. Bu sonuca ulaşılmasında, üniversite hastanelerinde hemşirelik hizmetleri müdürlüklerinin kendi personelinin performans değerlendirmesini yapabilmek için "yıllık sicil formu" dışında özel performans değerlendirme formları geliştirmiş olmalarının etkisi olmuştur. Ancak, bu sistem, her bölümde yaygın ve sağlıklı bir şekilde işletilememektedir. S.B hastanelerindeki denekler ise, daha yüksek oranda performans değerlendirme sistemlerinin olmadığını (16, % 7.3) belirtmektedirler. Bu yanıtlar onların bu konuda yetersiz bilgiye sahip olduklarının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Ek Tablo 8(3) sütunda hastane gruplarına göre, hangi personel grubunun performans değerlendirmesinin düzenli yapıldığı araştırıldığında 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı bir bağıntının var olduğu görülmektedir. Üniversite hastanelerinde hemşirelik hizmetleri personelinin (32, % 14.7), özel hastanelerde hemşirelik hizmetleri personeli ve yardımcı personelin (12, % 5.5) S.B hastanelerinde (23, % 10.6) ve SSK hastanelerinde (14, % 6.4) oranlarında tüm personelin düzenli performans değerlendirmelerinin yapıldığı belirtilmiştir.

c) Performans değerlendirmenin ne şekilde yapıldığıyla ilgili dağılım; incelendiğinde, yönetici hemşirelerin çoğunluğu (152, % 69.7) düzenli olarak performans değerlendirilme formunun doldurulduğunu belirtmişlerdir. (E 12.3'de). Bu beklenen bir sonuç olup, araştırma kapsamına alınan grupların çoğunluğunun devlet memuru konumunda olmaları ve "devlet memurları sicil yönetmeliği" kapsamında değerlendirilmeleriyle yakından ilgilidir.

Hastane gruplarıyla performans değerlendirmenin ne şekilde yapıldığının karşılaştırması yapıldığında aralarında 0.05 güven düzeyinde ileri düzeyde bir bağıntı saptanmıştır (Tablo 7). Tablo da, sistematik bir değerlendirmenin yapılmadığını belirten deneklerin çoğunluğu S. B hastanelerinde (27, % 12.4) ve özel hastanelerde (11, % 5) görevli bulunmaktadır. Üniversite hastanelerinde görevli denekler (73, % 33.5), daha yüksek oranda düzenli değerlendirmenin yapıldığını belirtmektedirler.

d) Performans değerlendirmenin uygulanma sıklığıyla ilgili dağılım; Ek 12.4'de performans değerlemenin yapılma sıklığıyla ilgili frekans dağılımları gösterilmektedir. Yılda bir kez yapılmasının oranı (136, % 62.4) çok yüksek bulunmuştur. Performans değerlendirmenin uygulama sıklığı, hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında aralarında 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı ($p < 0.01$) bir bağıntı belirlenmiştir. Yılda bir kez yapılan uygulama daha yüksek oranda S. B hastanelerinde (53, % 24.3), altı ayda bir kez yapılan uygulamaya üniversite hastanelerinde (34, % 15.6), görev bitimindeki değerlemelere ise özel hastanelerde (11, % 5.0) daha çok rastlanılmıştır.

Yanıtlayıcıların önerdiği performans değerlendirme sıklığıyla ilgili dağılım ile araştırmanın yapıldığı hastane grupları karşılaştırıldığında aralarında 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır (Tablo 7). Yönetici hemşirelerin çoğunluğu tabloda da görülebileceği gibi altı ayda bir performans değerlendirmenin yapılması gerektiği (115, % 52.8) konusunda birleşmişlerdir. Yılda bir değerlendirme yapılması fazla önerilmemekte (24, % 15.6); önerenlerin ise, sıklıkla S. B hastaneleri ve üniversite hastaneleri'nde (10, % 4.6) görevli olan yönetici hemşireler oldukları belirlenmiştir.

Yukarıdaki bulgulardan görüleceği gibi, "hemşire yöneticiler astlarını sık aralıklarla değerlendirmek istemektedir" hipotezi (H_1) doğrulanmaktadır.

e) Performans değerlendirme sonuçlarının hangi amaçlarla kullanıldığının dağılımı; ile hastane grupları arasında yapılan karşılaştırmalar ve anlamlılık durumlarıyla ilgili dağılımlar Tablo 7'de ayrıntılı olarak görülmektedir. Tablo genelde değerlendirildiğinde karşılaştırmaların istatistiksel yönden anlamlı bağıntılar verdiği saptanmıştır. Tablo 7' bir bütün olarak ele alındığında performans değerlendirme sonuçlarının çoğunlukla, terfi amacıyla (145, % 66.5) ve denetleme amacıyla (90, % 41.3) kullanılmakta olduğu belirlenmiştir. Bu tür kullanımların işgören gelişimini artırmaya dolayısıyla da etkinlik ve verimliliği, kaliteyi artırmaya daha fazla katkı sağlamayacakları düşünülmektedir.

Yanıtlayıcıların performans değerlendirme sonuçlarının kullanım amaçlarıyla ilgili önerilerinin dağılımının hastane gruplarıyla yapılan karşılaştırmaları tablo 8'de belirtilmektedir. Yanıtlayıcıların birden fazla seçenek işaretlemelerine olanak tanındığından, seçeneklerin hastane gruplarıyla karşılaştırmaları tek tek yapılarak anlamlılık durumlarıyla ilgili olasılıklar tablo 8'de ayrıntılarıyla açıklanmıştır. Tabloyu bir bütün olarak değerlendirdiğimizde, yanıtlayıcıların önerdikleri seçeneklerin sıklıkları, hizmetin kalitesini ve organizasyonunun verimliliğini artırmak amacıyla (199, % 91.3), eğitim gereksinimlerinin saptanması amacıyla (179, %82.1), ödüllendirme ve özendirilmenin artırılması amacıyla (151, % 68.3) şeklinde olduğu ve en düşük oranda önerilen seçeneğin ise, işten çıkarmak amacıyla (43, % 19.7) performans değerlendirme sonuçlarının kullanılması olduğu görülmüştür.

f) Performans değerlendirmenin kim tarafından yapılması gerektiğiyle ilgili dağılım; ele alındığında tablo 8'de görüldüğü gibi, yönetici hemşirelerin çoğunluğu (185, % 84.9) sorumlu hemşire tarafından (1. sicil amiri) değerlendirmenin yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Tablo 8'de yönetici hemşirelerin önerilerinin, hastane gruplarına göre dağılımları yapılarak, aralarındaki istatistiksel anlamlılık ilişkileri gösterilmektedir. Konuya genel bir açıdan bakıldığında, hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlendirilmesinin hemşire yöneticiler tarafından yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Çok az sayıdaki olgu, performans değerlendirme uzmanları tarafından değerlendirmenin yapılması gerektiği (41, % 18.8) üzerinde durmuşlardır.

Performans değerlendirmenin kim tarafından yapıldığıyla ilgili frekans dağılım tablosuna (Ek 12.5) bakıldığında ise, 218 olgudan 128'i "sorumlu hemşirelerin değerlendirdiğini" belirtmişler, diğerleri de başhekim veya hemşirelik hizmetleri müdürlerinin (başhemşirelerin) tek başlarına değerlendirme yaptıklarını ifade etmişlerdir. Hastane gruplarıyla yapılan karşılaştırma da ise, 0.05 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntıya rastlanılmamıştır.

Tablo 8 : Yönetici Hemşirelerin Performans Değerlendirmeye İlgili Verilerinin, Araştırmanın Yapıldığı Hastane Gruplarına Göre Dağılımları.

		Üniversite Hastaneleri %	S.S.K Hastaneleri %	Özel Hastaneler %	S. B. Hastaneleri %	Genel Toplam %	Ki Kare Değeri	Serbestlik Derecesi	P Değeri- Anlamlılık Durumu
Yöneticilerin	Denetleme Boş	51 23.4	22 10.1	18 8.3	36 16.5	127 58.3	1.32	3	0.723 p>0.05
Önerdiği	Amacıyla Evet	35 16.1	12 5.5	17 7.8	27 12.4	91 41.7			
Öğrenim	İşten Boş	64 29.4	33 15.1	24 11.0	54 24.8	175 80.3	12.11	3	0.007 p<0.01
Öğrenim	Çıkarma Evet	22 10.1	1 0.5	11 5.0	9 4.1	43 19.7			
Öğrenim	Terfi Boş	41 18.8	28 12.8	17 7.8	43 19.7	129 59.2	16.04	3	0.001 p=0.001
Öğrenim	Amacıyla Evet	45 20.6	6 2.8	18 8.3	20 9.2	89 40.8			
Öğrenim	Ödüllendir. Boş	29 13.3	6 2.8	12 5.5	20 9.2	67 30.7	3.33	3	0.343 p>0.05
Öğrenim	Özendirme Evet	57 26.1	28 12.8	23 10.6	43 19.7	151 69.3			
Öğrenim	Eğitim İhtiya. Boş	21 9.6	3 1.4	2 0.9	13 6.0	39 17.9	8.25	3	0.041 p<0.05
Öğrenim	Saptama Evet	65 29.8	31 14.2	33 15.1	50 22.9	179 82.1			
Öğrenim	Hizm.Kalite. Boş	8 3.7	0 0.0	3 1.4	8 3.7	19 8.7	4.54	3	0.208 p>0.05
Öğrenim	Organiz. Evet	78 35.8	34 15.6	32 14.7	55 25.2	199 91.3			
Öğrenim	Verimlili. Arttırma								
Yönetici	Sorumlu Hemş. Boş	8 3.7	7 3.2	1 0.5	17 7.8	33 15.1	14.05	3	0.002 p<0.01
Hemşirelerin	Değerlendir. Evet	78 35.8	27 12.4	34 15.6	46 21.1	185 84.9			
Yönetici	Hemş.Hiz.Müd. Boş	43 19.7	9 4.1	12 5.5	35 17.4	102 46.8	12.82	3	0.005 p<0.01
Hemşirelerin	Değerlendirmeli Evet	43 19.7	25 11.5	23 10.6	25 11.5	116 53.2			
Yönetici	P.Değer.Uzmanı Boş	69 31.7	31 14.2	27 12.4	50 22.9	177 81.2	2.78	3	0.426 p>0.05
Hemşirelerin	Değerlendirmeli Evet	17 7.8	3 1.4	8 3.7	13 6.0	41 18.8			
Yönetici	Hemş.Görevle. Boş	39 17.9	27 12.4	12 5.5	42 19.3	120 55.0	20.95	3	0.000 p<0.001
Hemşirelerin	Gerçek.Derecesi Evet	47 21.6	7 3.2	23 10.6	21 9.6	98 45.0			
Yönetici	Amaç. Ulaşma Boş	75 34.4	30 13.8	18 8.3	58 26.6	181 83.0	30.17	3	0.000 p<0.001
Hemşirelerin	Derecesi Evet	11 5.0	4 1.8	17 7.8	5 2.3	37 17.0			
Yönetici	Hemş.Kişisel Boş	16 7.3	13 6.0	8 3.7	27 12.4	64 29.4	12.33	3	0.006 p<0.01
Hemşirelerin	Özellikleri Evet	70 32.1	21 9.6	27 14.4	36 16.5	154 70.6			
Yönetici	Mesleki Bilgi- Boş	26 11.9	26 11.9	12 5.5	32 14.7	96 44.0	23.68	3	0.000 p<0.001
Hemşirelerin	Becerileri Evet	60 27.5	8 3.7	23 10.6	31 14.2	122 56.0			

Tablo 8 devam...

		Üniversite Hastaneleri %		S.S.K Hastaneleri %		Özel Hastaneler %		S. .B. Hastaneleri %		Genel Toplam %		Ki Kare Değeri	Serbestlik Derecesi	P Değeri-Anlamlılık Durumu
Yönetici	Hemş.Görev. Boş Gerçekleştir. Evet	11	5.0	2	0.9	2	0.9	3	1.4	18	8.3	3.90	3	0.272 p>0.05
Hemşirelerin	Düzeylerine Dikkat Edilmeli	75	34.4	32	14.7	33	15.1	60	27.5	200	91.7			
PD Dikkate														
Alınması	Amaçlara Boş Ulaşma Evet	19	8.7	2	0.9	3	1.4	16	7.3	40	18.3	8.65	3	0.034 p<0.05
Gereken	Derecesi Dikkate Alınmalı	67	30.7	32	14.7	32	14.7	47	21.6	178	81.7			
Kriterlerle														
İlgili	Hemş.Kişisel Boş Özellikleri Evet	26	11.9	17	7.8	6	2.8	17	7.8	66	30.3	9.41	3	0.023 p<0.05
Düşünce-	Dikkate Alınmalı	60	27.5	17	7.8	29	13.3	49	21.1	152	69.7			
lerinin														
Dağılımı	Hemş.Bilgi Boş Becerileri Evet	7	3.2	1	0.2	1	0.5	5	2.3	14	6.4	2.08	3	0.554 p>0.05
	Dikkate Alınmalı	79	36.2	33	15.1	34	15.6	58	26.6	204	93.6			
P Değer-	Sonuçlar Tamamen Gizli Tutulur	35	16.1	23	10.6	14	6.4	55	25.2	127	58.3	75.50	12	0.000 p<0.001
lendirme														
Uygulamala-	Değerleme Olumlu ise Asta Duyurulur	29	13.3	3	1.4	2	0.9	4	1.8	38	17.4			
rının Gizlilik														
Derecesiyle	Değerleme Sonuçları Asta Duyurulur	7	3.2	1	0.5	13	6.0	2	0.9	23	10.6			
İlgili														
Dağılımı	Sadece Olumsuz Sonuçları Asta Duyurulur	11	5.0	6	2.8	4	1.8	1	0.5	22	10.1			
	Diğer	4	1.8	1	0.5	2	0.9	1	0.5	8	3.7			
	G.TOPLAM	86	39.4	34	15.6	35	16.1	63	28.9	218	100.0			

g) Performans değerlendirmede dikkate alınan kriterlerin ve yanıtlayıcıların bu konudaki düşüncelerinin dağılımı; Tablo 8'de hastanelerde performans değerlendirme yapılırken göz önünde tutulan kriterlerin, hastane gruplarına göre dağılımları ve aralarındaki anlamlılık ilişkileri görülmektedir. Tablo incelendiğinde deneklerin, kişisel özellikleri (154, % 70.6) ile mesleki bilgi-becerilerinin dikkate alındığı konusunda birleştikleri saptanmıştır. Üniversite hastanelerinin daha çok kişisel özellikler üzerinde durduğu (70 % 32.1); özel hastanelerin ise, amaçlara ulaşma derecesinin dikkate alınması (17, % 7.8) hususuna diğer hastanalara göre daha çok ağırlık verdiği belirlenmiştir.

Elde edilen sonuçlar, "yönetici hemşireler astlarını değerlendirirken davranışlarını ve kişilik özelliklerini dikkate alırlar" şeklinde geliştirilen H1 hipotezinin gerçekleştiğini göstermektedir. Ancak, yönetici hemşirelerin bu konudaki düşünceleri ve önerilerinde farklılıklar bulunmaktadır.

Performans değerlendirmede dikkate alınması gereken kriterlerle ilgili düşüncelerinin, hastane gruplarına göre dağılımlarını ve aralarındaki istatistiksel anlamlılık durumları tablo 8'de görülmektedir. (Yönetici hemşireler değerlendirmede önem verdikleri kriterleri birden fazla olarak belirtmişlerdir).

Tablo bir bütün olarak değerlendirildiğinde, yanıtlayıcıların, en çok "işgörenlerin bilgi-becerileri dikkate alınmalıdır" (204,% 93.6); "görevlerini gerçekleştirme düzeylerine dikkat edilmelidir" (200,% 91.7) hususları üzerinde durduğu görülmekte, bunların tüm hastane gruplarında öncelikle önerildiği ve yapılan karşılaştırmalarda da kısmen anlamlı bağintıların olduğu saptanmıştır. (Tablo 8'de anlamlılık durumları ayrıntılı olarak görülebilmektedir).

h) Hastanelerdeki performans değerlendirme uygulamalarının gizlilik derecesiyle yanıtlayıcıların bu konudaki önerilerinin dağılımı: Performans değerlendirmede gizlilik derecesiyle ilgili frekans dağılım tablosuna (Ek 12.6) bakıldığında, çoğunlukla sonuçların gizli tutulduğu (127, % 58.3) ya da değerlendirme olumluysa asta duyurulduğu (38, % 17,4) ortaya çıkmaktadır.

Tablo 8'de hastane grupları ile performans değerlendirme uygulamalarındaki gizlilik durumları karşılaştırıldığında, 0.05 güven düzeyinde istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir bağintının ($p < 0.001$) olduğu saptanmıştır. S. B hastaneleri daha yüksek oranda (55, % 25.2) sonuçları gizli tutma eğilimi gösterirken, özel hastanelerin ise daha

yüksek oranda (13, % 6.0) sonuçları asta duyurma eğilimi gösterdiği belirlenmiştir.

Burada ulaşılan sonuçlar, çalışmamızın başlangıcında belirlediğimiz hipotezlerden, hemşirelik hizmetleri işgörenlerine değerlendirme sonuçları iletilmez” hipotezini H_1 gerçeklemektedir.

Yönetici hemşirelerin, performans değerlendirme uygulamalarının gizlilik dereceleriyle ilgili önerilerinin frekans dağılım tablosuna (Ek 12.7) bakıldığında, yönetici hemşirelerin çoğunluğunun performans değerlendirme sonuçlarının asta duyurulmasını (170, % 78) istedikleri görülmektedir.

Yönetici hemşirelerin performans değerlemenin gizliliği konusundaki düşünceleri, hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında aralarında, 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir ilişkinin ($p=0.001$) olduğu belirlenmiştir. (Tablo 9). S. B hastanelerinde görevli yönetici hemşirelerin diğerlerine göre daha fazla oranda performans değerlendirmenin tamamen gizli olmasının (8, % 3.7) ve sadece olumsuz olan performans değerlendirme sonuçlarının asta duyurulmasının (8, % 3.7) gerektiğini savunmuş oldukları saptanmıştır.

ı) Hastanelerde performans değerlendirme sonuçlarına itiraz hakkının olup- olmadığı ve yönetici hemşirelerin bu konudaki görüşleriyle ilgili dağılım: Hastanelerde performans değerlendirme sonuçlarına çoğunlukla itiraz edilemediği, tüm işgörenlere böyle bir hakkın tanınmadığı (139, % 63.8) Ek 12.8’de saptanmıştır.

Performans değerlendirme sonucuna itiraz hakkının bulunup- bulunmadığının hastane gruplarıyla karşılaştırması yapıldığında istatistiksel olarak 0.05 güven düzeyinde anlamlı, bir bağıntının ($p<0.001$) varlığı belirlenmiştir(Tablo 9). Tablo incelendiğinde, S. B hastanelerinde daha yüksek oranda (48, % 22) işgörenlere bu hakkın tanınmamış olduğu görülebilmekteyken üniversite hastanesinde ise, çoğunlukla bu hakkın tanınmakta olduğu (145 % 20.6) görülmüştür.

Yanıtlayıcıların performans değerlendirmede itiraz hakkıyla ilgili düşünceleri dikkate alındığında, büyük bir çoğunlukla (195, % 89.4) itiraz hakkı olmalı görüşünde birleştikleri görülmektedir (Ek 13.9).

Yönetici hemşirelerin bu konudaki görüşleri, hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir bağıntıya ($p>0.05$) rastlanılmaması, yanıtlayıcıların büyük çoğunluğunun itiraz hakkının

Tablo 9 : Yönetici Hemşirelerin Performans Değerlendirmeye İlgili Verilerinin, Araştırmanın Yapıldığı Hastane Gruplarına Göre Dağılımları.

		Üniversite Hastaneleri %		S.S.K Hastaneleri %		Özel Hastaneler %		S. B. Hastaneleri %		Genel Toplam %		Ki Kare Değeri	Serbestlik Derecesi	P Değeri-Anlamlılık Durumu
Yöneticilerin D'nin izlilik derecesiyle ilgili Düşüncelerinin dağılımı	Tamamen Gizli Olmalıdır	5	2.3	5	2.3	6	2.8	8	3.7	24	11.0	28.00	9	0.001 p=0.001
	P.Değerleme Olumluya Asta Duyurulmalıdır	3	1.4	6	2.8	1	0.5	4	1.8	14	6.4			
	Tüm Değerleme Sonuç.Asta Duyurulmalıdır	76	34.9	23	10.6	28	12.8	43	19.7	170	78.0			
	Sadece Olumsuz Değerlemeler Asta Duyurulmalıdır	2	0.9	0	0.0	0	0.0	8	3.7	10	4.6			
Emiş.PD sonuç.İtiraz haklarının olup-Olmad.	Var	45	20.6	7	3.2	12	5.5	15	6.9	79	36.2	17.50	3	0.000 p<0.001
	Yok	41	18.8	27	12.4	23	10.6	48	22.0	139	63.8			
Yönetici.PD sonuç.İtiraz haklarının olup-Olmad. İli Görüşleri	Olmalı	75	34.4	31	14.2	29	13.3	60	27.5	195	89.4	4.41	3	0.220 p>0.05
	Olmalı	11	5.0	3	1.4	6	2.8	3	1.4	23	10.6			
Yöneticilerin D'nin Düşünceleriyle ilgili Görüşleri	Gerekli	84	38.5	33	15.1	34	15.6	58	26.6	209	95.9	3.27	3	0.350 p>0.05
	Gereksiz	2	0.9	1	0.5	1	0.5	5	2.3	9	4.1			
Uygulanmakta olan PD.Yönetiminin Performansını Yansıtmadığıyla İli Görüş.	Evet	12	5.5	3	1.4	3	1.4	4	1.8	22	10.1	25.15	6	0.000 p<0.001
	Kısmen	54	24.8	12	5.5	20	9.2	21	9.6	107	49.1			
	Hayır	20	9.2	19	8.7	12	5.5	38	17.4	86	40.8			
D.Nasıl Uygulanacağı konusunda İhtim Verilip-Verilmediği	Evet	21	9.6	2	0.9	5	2.3	6	2.8	34	15.6	26.92	6	0.000 p<0.01
	Bazen	24	11.0	1	0.5	10	4.6	9	4.1	44	20.2			
	Hayır	41	18.8	31	14.2	20	9.2	48	22.0	140	64.2			

Tablo 9 devam...

		Üniversite Hastaneleri %		S.S.K Hastaneleri %		Özel Hastaneler %		S. B. Hastaneleri %		Genel Toplam %	Ki Kare Değeri	Serbestlik Derecesi	P Değeri-Anlamlılık Durumu
stlarnızın Yapılm. Rahatsız İp-Etmediği	Boş	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.5	2	0.9		
	Evet	4	1.8	3	1.4	3	1.4	3	1.4	13	6.0		
	Hayır	44	20.2	14	5.5	20	9.2	26	11.9	102	46.3		
	Bazen	37	17.0	19	8.7	12	5.5	33	15.1	101	46.3	7.25	9
													0.6107 p>0.05
İnetici amş. PD'ye Kadar ıman arcadık- ının ağılımı	Bir Saat	12	5.5	6	2.8	7	3.2	3	1.4	28	12.8		
	İki-Üç Saat	24	11.0	13	6.0	12	5.5	13	6.0	62	28.4		
	1 Gün	19	8.7	5	2.3	5	2.3	8	3.7	37	17.0		
	1 Hafta	24	11.0	4	1.8	8	3.7	15	6.9	51	23.4		
	Diğer	7	3.2	6	2.8	3	1.4	24	11.0	40	18.3	33.30	12
													0.000 p<0.001
enelde, Sicil/De- rleme nirleri ile ğerlemeler asında ırlılıkların up-Olmadığı	Boş	3	1.4	8	3.7	7	3.2	14	5.4	32	14.7		
	Genelde Katılır	56	25.7	3	1.4	18	8.3	25	11.5	102	46.8		
	Kısmen Katılır	24	11.0	22	10.1	8	3.7	21	9.6	75	34.4		
	Katılmaz	3	1.4	1	0.5	2	0.9	3	1.4	9	4.1	41.73	9
													0.000 p<0.001
	G.TOPLAM	86	39.4	34	15.6	35	16.1	63	28.9	218	100.0		

olması gerektiği (195, % 89.4) konusunda birleştiklerini göstermektedir. Ayrıca ek tablo 8 (4) sütununda görüldüğü gibi, yönetici hemşirelerin itiraz makamı olarak çoğunlukla birleştikleri yer "hemşirelik hizmetleri müdürlüğü (Hastane başhemşiresi) (123, % 56.4) olmaktadır.

i) Yönetici hemşirelerin performans değerlendirmenin düzenli değerlendirmesinin gerekli olup-olmadığı ile ilgili görüşlerinin dağılımı; frekans dağılım tablosunda (Ek 12.10) görüldüğü gibi yönetici hemşirelerin büyük çoğunluğu (209, % 95.9) düzenli bir performans değerlendirmenin yapılması gerektiği noktasında birleşmektedirler. Yönetici hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin dağılımı, araştırma yapılan hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında, 0.05 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı ($p > 0.05$) saptanamamıştır (Tablo 9).

j) Hastanelerde uygulanmakta olan performans değerlendirme yönteminin gerçek performansı yansıtıp yansıtmadığıyla ilgili görüşlerin dağılımı; frekans dağılım tablosundan incelendiğinde, gerçek performansı yansıttığını belirten yanıtlayıcıların çok az (22, % 10.1) olduğu, büyük çoğunluğun ise, kısmen gerçek performans yansıttığı (107, % 49.1) görüşünde olduğu görülebilmektedir (Ek 12.11).

Uygulanmakta olan performans değerlendirme yönteminin gerçek performansı yansıtıp yansıtmadığıyla ilgili görüşler, hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında, 0.05 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin ($p < 0.001$) varlığı saptanmıştır. (Tablo 9). Uygulanan performans değerlendirme yönteminin gerçek performansı yansıtmadığını söyleyenlerin çoğunluğu S.B hastanelerinde (38, % 17.4) görevli iken, gerçek performansı kısmen yansıttığını belirtenlerin çoğunluğu ise üniversite hastanelerinde (54, % 24.8) görevli bulunmaktadır.

Elde edilen bulgular, "yönetici hemşireler yaptıkları performans değerlendirmelere güvenmezler" hipotezini (H_1) doğrular niteliktedir.

Ayrıca yanıtlayıcılara astlarını tarafsız ve adil değerlendirip-değerlendirmedikleri sorulduğunda (Ek Tablo 9 (3) sütununda) büyük çoğunluğu tarafsız ve adil değerlendirdiğini (141, % 64.7) belirtmişlerdir. Tarafsız ve adil bir değerlendirme yaptığını düşünmeyenler ise (30, % 13.8) gibi bir azınlığı oluşturmaktadır. Yönetici hemşirelerin bu konudaki düşünceleri, hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında, aralarında 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir bağıntı olduğu saptanmıştır. (Ek Tablo 9 (3) sütun).

k) Hastanelerde, yönetici hemşirelere, performans değerlendirme konusunda eğitim verilip-verilmediğinin dağılımı; frekans dağıtım tablosunda ele alındığında yönetici hemşirelerin çoğunluğunun eğitim almadıkları (140, % 64.2) ortaya çıkmaktadır (Ek 12.12). Hastane gruplarıyla, yönetici hemşirelere eğitim verilip-verilmediğinin dağılımı karşılaştırıldığında aralarında 0.05 güven düzeyinde çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişkinin var olduğu görülmektedir (Tablo 9). Tablo incelendiğinde, eğitim alanların üniversite hastanelerinde (21, % 9.6) en fazla olduğu, eğitim olmayanların ise S. B hastanelerinde (48, % 22.0) daha fazla olduğu belirtilebilmektedir.

Ek Tablo 9 (1) sütununda görüldüğü gibi, yönetici hemşirelerin büyük çoğunluğu kendilerine verilen eğitimin niteliği sorusuna yanıt vermemişlerdir. Yanıt verenlerin çoğu ise, "Hemşirelikte yönetim seminerine katıldıklarını" (25, % 11.5) belirtmektedirler. Yönetici hemşirelerin katıldıkları eğitimin nitelikleri, hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı ($p < 0.001$) bir değişimin var olduğu aynı tabloda görülebilmektedir. Eğitim verilen deneklerin büyük çoğunluğu üniversite hastanelerinde (19, % 8.7) görevli bulunmaktadır.

l) Yönetici hemşirelerin, astlarının performans değerlendirmelerini yapmaktan rahatsız olup-olmadıklarının dağılımı; ile ilgili frekans dağılım tablosuna (Ek 12.13) bakıldığında yönetici hemşirelerin çoğunluğu rahatsız olmadıklarını (102, % 46) belirtmişlerdir. Rahatsız olduklarını söyleyenler ise (13, % 6.0) azınlıktadır.

Yönetici hemşirelerin, astlarının performans değerlendirmelerini yapmaktaki rahatsızlık durumları hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında, araların 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır.

Ayrıca yönetici hemşirelere, performans değerlendirme sırasında astlarıyla ilişkilerinin etkilenip-etkilenmediği sorulduğunda da çoğunlukla etkilenmediği (126, % 57.8) yanıtı alınmıştır. Ek Tablo 9 (2) sütunda görüldüğü gibi, bu yanıtların hastane gruplarıyla karşılaştırılması yapıldığında da 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir bağıntı ($p > 0.05$) saptanamamıştır.

m) Yönetici hemşirelerin performans değerlendirmeye ne kadar zaman harcadıklarının dağılımı; Yönetici hemşirelerin çoğunlukla 2-3 saat içinde (62, % 28.4) astlarının performans değerlendirme işlemlerini tamamladıkları belirlenmiştir. (Ek 12.14 frekans dağılım tablosunda görüldüğü gibi). Yönetici hemşirelerin performans değerlendirmeye ayır-

dıkları zaman ile araştırma yapılan hastane grupları karşılaştırıldığında aralarında 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir bağıntının ($p < 0.005$) olduğu Tablo 9'de görülmektedir. Çoğunlukla iki-üç saat içinde performans değerlendirmenin tamamlandığını ileri sürenlerin daha fazla sayıda üniversite hastanelerinde (24, % 11.0) görevli oldukları belirlenmiştir.

Yukarıdaki sonuca göre, yönetici hemşirelerin performans değerlendirmeye önem vermediği şeklindeki H_1 hipotezinin gerçekleştiği söylenebilir.

n) Yönetici hemşirelerin yaptığı performans değerlendirmeler ile 2. sicil amirlerinin yaptığı performans değerlendirmeler arasında fark olup olmadığının dağılımı: Yönetici hemşireler, yaptıkları değerlendirmelere ikinci sicil amirlerinin genellikle katıldıklarını büyük oranda (102, % 46.8) belirtmektedirler. Katılmadıklarını belirtenlerin oranı (9, % 4.1) oldukça düşüktür (Ek 12.15'deki frekans dağılımından). Yönetici hemşirelerin yanıtları hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında aralarında 0.05 güven düzeyinde ileri derecede anlamlı bir ilişkinin ($p < 0.001$) var olduğu tablo 13'de görülmektedir. Genellikle katıldıklarını belirten yöneticiler büyük çoğunlukla, üniversite hastanelerinde (56, % 25.7) görevli iken, bu soruyu yanıtlamayanların çoğunluğu S.B hastanelerinde (14 % 6.4) görevli bulunmaktadır.

o) Yönetici hemşirelerin performans değerlendirmesiyle ilgili ilave görüş ve önerilerinin dağılımı: Yanıtlayıcılara performans değerlendirmenin sonunda, nihai değerlendirmenin kim tarafından yapılması gerektiği sorulduğunda, Ek Tablo 8 (5) sütunda görüldüğü gibi, çoğunluğun hemşirelik hizmetleri müdürlüğü (veya hastane başhemşiresi) tarafından (188, % 86.2) yapılması gerektiği üzerinde durdukları belirlenmiştir. Yönetici hemşirelerin bu konudaki önerileri, hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında, aralarında 0.05 güven düzeyinde anlamlı bir bağıntının ($p < 0.001$) var olduğu saptanmıştır.

Yanıtlayıcıların performans değerlendirme sonuçları ile ücretleme arasında ilişkinin olup-olmaması gerektiğiyle ilgili dağılımı Ek Tablo 8 (6) sütunda incelediğimizde, deneklerin çoğunluğunun olması gerektiğini (196, % 89.9) belirttikleri ve bu sonuçların hastane gruplarıyla yapılan istatistiksel karşılaştırmasının da 0.05 güven düzeyinde anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) ortaya çıkarılmıştır.

Yanıtlayıcıların, ankette sorgulanmaya çalışılan konular dışında ilave etmek istedikleri görüş ve önerileriyle ilgili dağılıma Ek Tablo 9 (4) sütunda bakıldığında, yöneticilerin yarıya yakının (104, % 47.7) bu

bölümü yanıtlamadıkları; yanıtlardan en çok üzerinde durulanların ise, "performans değerlendirme formlarının yetersiz olduğu, değerleyicilerin uygun olmadığı ve değerleyicilerin eğitilmediği (24, % 11) ve "çalışanların görev, yetki ve sorumluluk sınırları belirterek buna uygun değerlendirmelerin yapılmasıdır" (23, % 10.6) seçeneklerinin olduğu görülmektedir.

Yanıtlayıcıların ilave görüş ve önerilerinin dağılımı, hastane gruplarıyla karşılaştırıldığında 0.05 güven düzeyinde istatistiksel bir ilişkinin ($p < 0.01$) var olduğu saptanmıştır. Performans değerlendirme formlarının yetersiz olduğu, değerleyicilerin uygun olmadığı ve eğitilmediğini belirten deneklerin çoğunluğu üniversite hastanelerinde (15, % 6.9); çalışanların görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenerek bu doğrultuda performans değerlendirmenin yapılması gerektiğini belirtenlerin çoğunluğu ise özel hastanelerde (8, % 3.7) görevli bulunmaktadır. S.B hastanelerinde görevli olanlar ise, en çok "çalışanın performansını etkileyen etmenler dikkate alınmalı ve buna göre performans değerlendirilmesi yapılmalıdır" (11, % 5.0) seçeneği üzerinde durmuşlardır.

3.5. ARAŞTIRMA SONUÇLARININ GENEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma, işgören ve yönetici, iki ayrı grup üzerinde yapılmış olup, bu gruplardan elde edilen bilgiler toplu olarak ele alınmış ve yorumlanmıştır. Çalışmada hemşirelere yani hasta başında çalışan gruba ve yönetici hemşirelere yönelik olarak, üç aşamada elde edilmiş olan bulgular kısaca şu şekilde değerlendirilebilir.

Özel hastanelerin, daha genç, dinamik ve yüksek eğitilmiş hemşirelik hizmetleri personelinin çalıştırdıkları, bekar hemşire, işe yeni girmiş hemşire oranlarının yüksek olduğu, ayrıca hemşirelik hizmetleri personelinin eğitim gördükleri alanların dışında çalıştırmadıkları saptanırken, üniversite hastanelerinden elde edilen sonuçların da benzer nitelikte olduğu görülmüştür. SSK hastanelerinin ise en yaşlı, en az eğitilmiş ve en fazla deneyimli hemşirelik personeline sahip oldukları saptanmıştır.

Yönetici hemşirelerle ilgili sonuçlarda da, üniversite hastanelerinin daha genç, daha az deneyimli ve daha yüksek eğitilmiş eleman çalıştırdıkları, S.B hastanelerinin ise diğerlerine göre daha düşük eğitilmiş, daha yaşlı ve daha deneyimli yönetici hemşireye sahip oldukları belirlenmiştir.

Yukarıdaki sonuçlar bir bütün olarak değerlendirildiğinde, özel hastanelerin kısmen de üniversite hastanelerinin, SSK ve S. B hastaneleri gibi klasik ve merkezci bir yönetim yaklaşımı sergilemedikleri, hemşirelik hizmetleri grubunun dinamik, üretken ve başarılı insan gücü potansiyeline sahip oldukları, bu potansiyeli iyi kullanacak yaklaşım içinde oldukları söylenebilir.

Hastanelerin sağladığı çalışma koşulları ele alındığında, çalışanın performans düşüklüğünü önleyen ve verimli bir çalışmaya olanak sağlayan vardiyalı çalışma sistemini, üniversite ve özel hastanelerin tercih ettikleri, işgörenlerin performanslarında büyük bir düşüş yaratan ve hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkileyen nöbet sistemini ise SSK ve S. B hastanelerinin kullandıkları görülmüştür.

Hemşirelerin performansları açısından önemli olan, çalışacağı bölümü seçme özgürlüğünün tanınması, oryantasyon ile hizmet-içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve iş tanımlarının geliştirmiş olması yanısıra tedavi ve bakım protokollerinin geliştirilmesi hususunda SSK ve

S. B hastanelerinin daha yetersiz oldukları, üniversite ve özel hastanelerin ise işgörenlerine daha olumlu bir çalışma ortamı sağladıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda SSK ve S. B hastanelerinde görevli hemşirelerin işlerinden tatmin olma düzeyleri de düşük bulunmuştur.

Yönetici hemşirelerin, çalışma koşullarıyla ilgili yanıtları ele alındığında; yönetim alanlarının geniş olmadığı, çalıştıkları hastanelerin örgüt yapılarını yeterince bilmedikleri, yönetim alanlarındaki işgörenlerin işe alımında, onların oryantasyonu ve eğitiminde rol aldıkları saptanmıştır. Araştırma yapılan hastanelerde genellikle personel el kitabı, iş tanımları, hizmet alanlarıyla ilgili standart ve protokollerin geliştirilmemiş olduğu da belirlenmiştir. Ancak, üniversite ve özel hastanelerdeki çalışma koşullarının diğer hastanelere göre daha iyi olduğu, buna bağlı olarak da yönetici hemşirelerin daha etkin ve verimli bir çalışma sergiledikleri, sonuçta hemşirelik hizmetlerinin daha iyi durumda olduğu belirtilebilmektedir. Çalışma koşullarıyla ilgili olarak, her iki grubun yanıtları karşılaştırıldığında birbiriyle uygunluk gösterdiği ve beklenen sonuçlara da ulaşıldığı görülmektedir.

Performans değerlendirme hususunda, hemşirelik hizmetleri personelinin verdiği yanıtlar bütünüyle değerlendirildiğinde, servis hemşirelerinin performans değerlendirmeyi tanımlamakta güçlük çektikleri ve hastanelerindeki değerlendirme sistemi hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları belirlenmiştir. Performans değerlendirmelerinin adil ve

tarafsız yapıldığı konusunda kuşkuları olduğu, performanslarının yakından izlenmediğini düşündükleri, değerlendirme yapılırken kişisel özelliklerinin daha ön planda tutulduğu, genellikle performans değerlendirme sonuçlarının kendilerine iletilmediği ortaya konmuştur. Performanslarını değerlendirenler sorulduğunda, SSK ve S. B hastanelerindeki hemşireler hekim grubunu (bölüm şefleri ve başhekimlik) belirtirlerken, özel ve üniversite hastanelerindeki hemşireler ise, servis sorumlu hemşirelerinin değerlendirmeye katıldığını ifade etmişlerdir. Servis hemşireleri, yöneticilerinin performanslarını değerlendirmek istediklerini, kendi performanslarının da kendi yöneticileri tarafından, açık bir değerlendirme sistemiyle yapılmasının gerektiğini açıklamışlardır. Ayrıca, performansları hakkında kendilerine geri besleme sağlandığında eksiklikleri bileceklerinden, geliştirme çabası içine girebileceklerini ve performanslarının değerlendirilmesinde kullanılan kriterlerin yeniden düzenlenerek, daha objektif, daha geçerli ve gerçekçi değerlendirmelerin yapılabileceğini ifade etmişlerdir.

Yönetici hemşirelerin performans değerlendirmeye ilgili yanıtları ele alındığında, çoğunluğun performans değerlendirmeyi tanımlayarak, kendi kurumlarında düzenli aralıklarla performans değerlendirmenin yapıldığını, burada kişisel özelliklerin daha çok ön planda tutulduğunu ve hastanelerindeki tüm hizmet grupları için aynı kriterlerin esas alındığı performans değerlendirme formlarının kullanıldığını belirttikleri görülmüştür. Ayrıca, performans değerlendirmenin yılda bir yapıldığı, değerlendirme sonuçlarının sıklıkla terfi ve denetleme amacıyla kullanıldığı, değerlendirme sonuçlarının işgörenlere iletilmediği saptanırken, yönetici hemşirelerin performans değerlendirme konusunda genellikle eğitim görmedikleri, değerlendirme işlerine çok kısa süre ayırdıkları ve yaptıkları değerlendirmelerin gerçek durumu yansıtmasıyla ilgili kuşkuların yaşandığı da belirlenmiştir.

Üniversite hastanelerinde görevli yönetici hemşirelerin verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde, hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlendirmesi yapılırken farklı kriterlerin gözönüne alındığı ve diğer hizmet gruplarına göre daha düzenli olarak değerlendirmelerinin yapıldığı görülmüştür. Performans değerlendirme yapılırken, daha çok kişisel özellikler üzerinde durulduğu, değerlendirmelerin daha gerçekçi olduğu, yönetici hemşirelere diğer hastane gruplarına (SSK ve S. B hastaneleri) göre daha yüksek oranda, performans değerlendirme konusunda eğitim verilmeye çalışıldığı saptanmıştır. Özel hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin yanıtları da benzer özellikte olup, daha sistemli ve modern performans değerlendirme uygulamalarının yapıldığını destekler niteliktedir.

S. B ve SSK hastanelerinde görevli yönetici hemşirelerin yanıtları incelendiğinde, kurumlarında performans değerlendirme sisteminin olmadığı ve sistematik olarak sağlıklı değerlendirmelerin yapılmadığı açıklanırken, değerlendiricilerin genellikle hekim yöneticiler olduğu, performans değerlendirme sonuçlarının tamamen gizli tutulduğu ve işgörenlere itiraz hakkının tanınmadığı da belirlenmiştir. Bu sonuçlar S. B ve SSK hastanelerinin aşırı merkezci ve otokratik bir yönetim anlayışı içinde olduklarının, hemşire yöneticilerin kendi işgören grubunun yönetimi konusunda bağımsız olamadıklarının ve hekimlerin etkisi altında bulunduklarının bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Yönetici hemşirelerin performans değerlendirme konusuyla ilgili görüş ve önerileri aşağıda ele alındığı şekilde kısaca özetlenebilir.

Yönetici hemşirelerin çoğunluğu, performans değerlendirmenin yapılma sıklığının altı ay olması gerektiği üzerinde durarak, sonuçlarının en çok, hizmetin kalitesi ve organizasyonun verimliliği, eğitim gereksinimlerinin saptanması, işgörenin ödüllendirilmesi ve özendirilmesi amacıyla kullanılması gerektiği görüşünü ileri sürmüşlerdir. Hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlendirmesinin, servis sorumlu hemşireleri tarafından yapılmasının uygun olduğu, ikinci sicil amiri olarak da hemşirelik hizmetleri müdürlüğünün (veya başhemşirelik) uygun olduğu belirtilmiştir.

Performans değerlendirme uygulamalarının gizlilik derecesiyle ilgili olarak getirilen öneri, tüm performans değerlendirme sonuçlarının astlarla paylaşılması, onlara duyurulması şeklindedir. Ayrıca yönetici hemşirelerin çoğunluğu, astların performans değerlendirme sonuçlarına itiraz haklarının olması gerektiğini belirtmişlerdir.

Yönetici hemşirelerin büyük çoğunluğu performansın düzenli değerlendirilmesinin gerekli olduğu inancını taşıyarak, tarafsız ve adil bir değerlendirmenin yapılmasının ve performans değerlendirme sonuçları ile ücretleme arasında bir bağıntının kurulmasının gerekliliğini ileri sürmüşlerdir.

Yönetici hemşireler ayrıca, kullanılmakta olan performans değerlendirme formlarının yetersizliğinden, ilk amirlerin değerlendirme yapamamalarından ve üstlerin bu konuda eğitimsiz olmalarından yakınarak bunların giderilmesinin gerektiği üzerinde durmuşlar, işgörenlerin görev, yetki ve sorumluluklarının sınırlarının belirlenmesi ile buna uygun performans değerlendirmelerin yapılmasının gerekliliğini belirtmişlerdir.

SONUÇ

Çalışmamızda, öncelikle performans değerlendirme konusu kavramsal olarak incelenerek, insan kaynakları yönetimi açısından önemi ve yeri belirlenmeye çalışılmıştır. Daha sonra hastane yönetimine girilerek, hastane hizmetlerinin ve bu hizmetin etkinliğinin sağlanmasında büyük rolü olan hemşirelik hizmetlerinin, toplumun sağlığının korunması, sürdürülmesi ve tanı-tedavi hizmetlerinin yerine getirilmesindeki önemine değinilmiştir. Hastanelerde uygulanmakta olan performans değerlendirme sistemlerini inceleyebilmek amacıyla yapılan araştırma bölümünde ise, ülkemizdeki hastanelerde hemşirelik hizmetlerinde kullanılmakta olan performans değerlendirmelerin irdelenmesi yoluna gidilmiştir.

Ülkemizde bu konuyla ilgili daha önce herhangi bir çalışmanın yapılmamış olması, araştırmanın ele alınış biçimi, amaç ve analiz yaklaşımı olarak orijinal oluşu, önceden düşünülmemeyen bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Araştırmada ele alınan varsayımların bazıları, istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır. Bu nedenle, araştırmamız tanımlayıcı bir çalışma olarak ele alınmış ve değerlendirilmiş, araştırmanın yapıldığı hastane gruplarıyla ilgili veriler doğrultusunda anlamlı ilişkilere ulaşılmaya çalışılmıştır. Bundan sonra, konuyla ilgili yapılacak olan çalışmalarda, istatistiksel yönden anlamlı olan bu ilişkilerin ayrıntılı olarak ele alınması ve incelenmesinin yararlı olacağı inancındayız.

Çalışmamızda ayrıca, hemşirelik hizmetleri işgörenleri ve yöneticilerinin kurumlarında uygulanmakta olan performans değerlendirmede yaşadıkları sorunlara karşı getirdikleri öneriler ve beklentilere de yer verilmiştir. Getirilen önerileri kısaca özetlersek; geliştirilecek olan yeni performans değerlendirme sisteminde, işe göre değerlendirme kriterlerinin belirlenmesi ve özellikle bilgi, beceri ve görevlerin gerçekleştirilme derecesine önem verilmesi; değerlendirme sonuçlarının mutlaka astlarla görüşülmesi; performans değerlendirme döneminin daha kısa tutulması ve yapılan değerlendirme sonuçlarının kalite ve verimlilik artışı ile değerlendirilenlerin geliştirilmesi, ödüllendirilmesi, özendirilmesi gibi amaçlarla kullanılması üzerinde durulmuştur.

Çalışmamızda elde ettiğimiz performans değerlendirme sistemleriyle ilgili sonuçlar, hastane organizasyonunun genelinde ele alınıp değerlendirildiğinde, aşağıda kısaca açıklamaya çalıştığımız düzenlemelere gidilmesi gerekmektedir.

* Hastanedeki tüm hizmet birimlerinin her kademesinin yönetiminde rol oynayan ve astlarının performansını değerlendirmek durumunda olan yöneticilere, uygulanmakta olan performans değerlendirme sistemiyle ilgili olarak bilgi verilmelidir. Yöneticilerin bu konudaki eğitimleri belirli dönemlerde tekrarlanarak, bilgilerini yenilemelerine, eksikliklerini gidermelerine olanak sağlanmalıdır.

* Yöneticilere performans değerlendirme konusunda eğitim uygulanırken, özellikle değerlendirme sırasında ortaya çıkabilecek ve bilinçsizce yapabilecekleri performans değerlendirme hataları hakkında bilgi verilmeli, bu hususlara karşı çok dikkatli olmaları belirtilerek, imkanlar doğrultusunda hataları azaltıcı ve değerlendirmeyi kontrol edici uygulamalar ile en gerçekçi değerlendirmelerin yapılmasına çalışılmalıdır.

* Hastanedeki tüm hizmet birimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları açık ve kesin bir şekilde belirlenerek, bu doğrultuda iş analizi ve iş tanımları yapılmalıdır. İş tanımlarından hareket edilerek, her görev alanı için ayrı olmak üzere performans değerlendirme standartları oluşturulmalıdır.

* Performans değerlendirme dönemleri daha kısa tutulmalıdır. Özellikle bir hizmet sektörü olan hastaneler için, uygulamada bir yıl olan değerlendirme döneminin çok uzun olması nedeniyle, birçok sakıncalar ortaya çıkabildiğinden bu sürenin altı ay veya daha kısa tutulması yararlı olacaktır. Böylece, hastane personelinin performansı kısa aralıklarla değerlendirilebilecek sonuçta, personelin eksikliklerinin ve hizmet aksamalarının erken belirlenmesi sağlanabilecektir.

* Hastanede bulunan tüm hizmet birimlerinde görevli işgörenlerin, kendi hizmet grubunda olan yöneticileri tarafından yani, en uygun değerlendiricileri (sicil amirleri) tarafından değerlendirilmesi uygundur. Örneğin; araştırma yaptığımız hemşirelik hizmetleri grubu kendi yöneticileri tarafından (ilk amirleri tarafından), özellikle de en yakın üstleri tarafından performans değerlendirmelerinin yapılmasını önermişler, hekim yöneticiler tarafından değerlendirmelerinin yapılmasını istemişlerdir.

* Performans değerlendirmede uygulanan klasik yaklaşımlar yerine, daha modern yaklaşımlara gidilmesi önerilmiştir. Ancak, böyle bir

uygulamanın gerçekleşebilmesi için öncelikle hastanelerimizdeki yönetim yapısının değişmesi, reorganizasyonlara gidilerek, çağdaş anlamda hastane işletmeciliğinin oluşturulması gerekmektedir. Yaptığımız araştırma sonucunda görüldüğü gibi, hastanelerdeki tüm hizmet birimleri, yönetsel özerkliğe kavuşmak istemekte, hekimlik hizmetlerini yürüten yöneticilerin yönetiminde genellikle ikinci planda önem verilerek, hizmet vermeyi arzulamamaktadırlar.

* Performans değerlendirme sonuçlarının, işgörenlerin cezalandırılmaları ve eleştirilmeleri açısından ele alınmayıp, tüm işgörenlerin eksikliklerinin giderilmesine, geliştirilmesine ve ödüllendirilmesine yönelik olarak kullanılması önerilmektedir. Bunun sonucunda, yıkıcı bir performans değerlendirme uygulamalarından çok, yapıcı ve olumlu amaçlarla kullanılan bir değerlendirmeye gidilmesi ile, hastane hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesi ayrıca, hizmetin kalitesinin sürdürülmesi sağlanabilecektir.

* Performans değerlendirmeden mümkün olduğunca yararlanılabilmesi ve örgütsel amaçlara ulaşılabilmesi için, performans değerlendirme sonuçlarının astlarla paylaşılması, onlara performanslarına ilişkin geri besleme (feedback) sağlanması gerekmektedir. Hastanelerde açık bir değerlendirme sisteminin uygulanmasıyla, işgörenler eksikliklerini, hatalarını bilecek ve kendilerini geliştirme, düzeltme olanağına kavuşabileceklerdir. Sonuçta da, hastane hizmetlerinde düzelme ve ilerleme görülebilecektir.

Yukardaki araştırma sonuçlarından ve önerilerden de anlaşılacağı gibi, hastane yönetiminde performans değerlendirmeden etkin bir biçimde yararlanabilmek için, yönetimin bu konuya gerekli önem ve desteği göstermesi, bu doğrultuda çalışanları bilinçlendirip, eğitmesi ve uygun düzenlemeleri yapması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Adal, Zeki : "Personel Yönetimi", İ.Ü. İşletme Fakültesi Personel Yönetimi Yayınlanmamış Ders Notları, İstanbul, 1991.
- Allen, Anne S. : "Development of the Health Professions", **Introduction to Health Professions**, Third Edition, London, The C.V. Mosby Company, 1989.
- Allen, Louis A. : "The Care Crisis = Hospitals Need New Leadership", **Management Review**, January, 1991.
- Altıncı 5 Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)**, 1993 Yılı Programı Destek Çalışmaları Ekonomik ve Sosyal Sektördeki Gelişmeler, Ankara, Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, 1992.
- Ak, Bilal-Aker, Çetin : "Hastanelerin Özellikleri ve Diğer İşletmelerden Farklılıkları", **Sağlık Yönetimi Dergisi**, Ankara, Afşaroğlu Matbaası, Sayı 5, Yıl 2, Ocak, 1988.
- Akdur, Recep : "Ulusal Ekonomi ve Sağlık Harcamaları", **Sağlık ve Toplum Dergisi**, Ankara, Saydam Matbaası, Mayıs-Haziran, 1990.
- Akgün, Ahmet-Kaya, Sıdika : "Hastanelerde Personel Devri", **Sağlık Yönetimi Dergisi**, Ankara, Afşaroğlu Matbaası, Sayı 5, Yıl 2, Ocak 1988.
- Akgüner, Tayfun : **Kamu Personel Yönetimi**, İstanbul, Der Yayınları, 1992.
- Aksakoğlu, Gazanfer : "Doksanlara Doğru Türkiye'nin Sağlık Sorunları", **Sağlık ve Toplum Dergisi**, Ankara, Saydam Matbaası, Mayıs-Haziran, 1990.

- Armstrong, Michael: **A Handbook of Human Resource Management**, London, Kogan Page Ltd, 1990.
- Ataay, İsmail D.: **İş Değerleme ve Başarı Değerleme Yöntemleri**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No. 235, İstanbul, Küre Matbaacılık, 1990.
- Aytek, Bintuğ: **İşletmelerde İnsan Gücü Planlaması**, Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayın No. 115, Ankara, Kalite Matbaası, 1978.
- Baddy, D. - Buchanan, D.A. - Calman, J.Mc.: **The New Management Challenge Information Systems for Improved Performance**, New York, Croom Helm, 1988.
- Ball, Robert R.: "What's the answer to performance appraisal?", **The Personnel Administrator**, Vol. 23, No.7, July, 1978.
- Baransel, Atilla: **Çağdaş Yönetim Düşüncesinin Evrimi**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No. 63, 2. B., İstanbul, Venüs Ofset, 1979.
- Barocci, Thomas A.: **Non Profit Hospital**, Massachusetts, Auburn House Publishing Company, 1981.
- Barrett, Jean-Gessner, Barbara A. - Phelps, Charlene: **The Head Nurse**, Third Edition, New York, A Publishing Division of Prentice Hall, 1975.
- Battomley, Michael H.: **Personnel Management**, London, Mac Donald and Evans Ltd., 1983.
- Baysal, Ayşe: **Çalışma Yaşamından İnsan**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No. 225, İstanbul, Avcıoğlu Matbaası, 1993.
- Beach, Dale S.: **Personnel The Management of People at Work**, Fourth Edition, New York, Mac Millan Publishing Company, 1980.
- Benner; Patricia: **From Notice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practice**, New York, Addison-Wesley Publishing Company, 1984.

- Benson, M.C. : "Yönetmel Başarının Değerlendirilmesi ve Türkiye Uygulaması" İstanbul Teknik Üniversitesi İşletme Fakóltesi Yayınlanmamış Bitirme Tezi, İstanbul, 1991.
- Bernhard, Linda A. : Walsch, Michelle **Leadership-The Key to the Professionalisation of Nursing**, Second Edition, Toronto, The C.V.Mosby Company, 1990.
- Boddy David-Buchanan David : "Developing Managers to Meet the New Challenges", **The New Management Challenge Information System for Improved Performance**, New York, Croom Helm, 1988.
- Boyer, John M. -Wasterhaus, Carl L. -Caggeshall, John H. : **Employee Relations and Collective Bargaining In Health Care Facilities**, Second Edition, London, The C.V. Mosby Company, 1975.
- Buford, J.A.-Burkhalter, B.B.-Jacobs, G.T.:"Link Job Descriptions to Performance Appraisals" **Personnel Journal**, Vol.67, No.6, June, 1988.
- Cascio, Wayne F. : **Managing Human Resources, Productivity, Quality of Work, Profits**, Second Edition, New York, Mc Graw-Hill Book Company, 1989.
- Çatalca, Huriye : "Hastane Hizmetlerinde Kalite Sağlama ve Değerleme Sistemleri ve Örnek Olaylar", İstanbul Üniversitesi İşletme Fakóltesi Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 1989.
- Çubukçu, Zeliha: "Hemşirelikte Sağlık Hukuku", **Türk Hemşireler Dergisi**, Cilt 39, Sayı-4, Ankara, Bil Ofset, Aralık, 1990.
- Dessler, Gray: **Personnel Management**, Fourth Edition, Florida, Prentice-Hall International INC., 1986.
- Devlet Memurları Kanunu (En son değişikliklere göre) Ankara, Yetkin Hukuk Yayınları, 1989.
- Dicle, Ülkü: **Yönetmel Başarının Değerlendirilmesi**, Orta Doğu Teknik Üniversitesi İdari İlimler Fakóltesi Yayın No. 43. Ankara, Ortadoğu Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakóltesi Basımevi, 1982.

- Dienemann, Jacqueline: **Nursing Administration-Strategic Perspectives and Application**, New York, Appleton and Lange a Publishing Division of Prentice Hall, 1990.
- Dilik, Sait : **Sosyal Güvenlik**, Ankara, 1991.
- Divincenti, Marie : **Administering Nursing Service**, Second Edition, Little Brown and Company, Boston, 1977.
- Donang, Joan M.: Donang, Warren L. **Nursing Management**, Second Edition Maryland, Aspen Publications, 1980.
- Donavan, Helen M.: **Nursing Service Administration Managing the Enter-prise**, Saint Lousis, The C.V. Mosby Company, 1975.
- Douglass, Laura M.-Bevis, E.O.: **Nursing Leadership In Action**, Second Edition, London, The C.V. Mosby Company, 1974.
- Eachem, Malcolm T. M.: **Hospital Organization and Management Physicians**, Illinois, Recond Company, 1962.
- Erdoğan, İlhan: **İşletmelerde Personel Seçimi ve Başarı Değerleme Teknikleri**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No. 248, İstanbul, Küre Matbaacılık, 1991.
- Eren, Erol: **Yönetim Psikolojisi**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No. 209, 3. Baskı, İstanbul, Yön Ajans, 1989.
- Eren, Nevzat: **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, 3. Baskı, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 1987.
- Ersan, Gürbüz: **Türkiye’de Sosyal Güvenlik**, İstanbul, Anadolu Matbaası, 1987.
- Eryan, Joseph : “Better Style for Chance = Matrix Management”, **The Total Management Magazine for Health Care Institutions Hospitals**, No. 16, November, 1980.
- Feldman, D.C.-Arnold, H.J.: **Managing Individual and Group Behaviour in Organisations**, New York, Mc. Graw-Hill Book Company, 1988.

- Fitzgerald, Wendy D.: "Performance Evaluation", **Handbook for First Line Nursing Managers**, New York, A Wiley Medical Publication, 1986.
- Flippo, Edwin B.: **Personnel Management**, Fifth Edition, New York, Mc Graw-Hill Book Company, 1980.
- Forrest, Lewis C.: **Training for the Hospitality Industry Techniques to Improve Job Performance**, Printed in the U.S. of America, 1989.
- Gandossy, Robert P.-Gudman, Edward L.: "Change pay for performance without resistance", **Personnel Journal**, Vol.68. No.10, October, 1988.
- Georgopoulos, Basil S.: **Hospital Organization Research Review and Source Book**, London, W.B.Sounders Company, 1975.
- Ginzberg, Eli: **American Medicine The Power Shift**, New York, Rowman and Allanheld Publishers, 1985.
- Ginzberg, Eli: **The U.S. Health Care System, A Look to the 1990 s**, Cornell University Medical College Conference on Health Policy, March 7-8, New York, Rowman and Allanheld Puldishers, 1985.
- Girard, Richard: "Is there a need for performance appraisals", **Personnel Journal**, Vol.69, No.8, August, 1988.
- Goldberg, Alan J.: Buttara, Raymond A. **Hospital Departmental Profiles**, Third Edition, USA., American Hospital Publishing Inc. ,1990.
- Goldsmith, Jeff C.: "The Changing Role of the Hospital," **The U.S. Health Care System A Look to the 1990's**, Conservation of Human Resources Series = 26, New York, Rowman and Allenheld Publishers, 1985.
- Gönenli, Ülkü: "Başarı Değerlemede Klasik ve Modern Yöntemler ve Bir Örnek Olay", İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, İstanbul, 1977.
- Grant, Philip C.: "How to Manage Employee Job Performance", **Personnel Administrator**, Personnel and Productivity, Vol.26, No.8, August, 1981.

- Guire, Peter J.: "Why Performance Appraisals Fail", **Personnel Journal**, Vol.59, No.9, September-1980.
- Hatipoğlu, Zeyyat : **Organizasyon, Personel Davranışı ve Yönetimi**, İşletme İktisadi ve Yönetimi No.1, İstanbul, Metler Matbaası, 1976.
- Hatun, Şükrü. : "Türkiye Sağlık Sektörünün Finansman Sorunları", **Sağlık ve Toplum Dergisi**, Ankara, Saydam Matbaası, Mayıs-Haziran, 1990.
- Haynes, Marion G.: "Developing An Appraisal Program", **Personnel Journal**, Vol.57, No.1, 1978.
- Hegarty, W.H.: "Supervisor' reactions to subordinates' appraisals", **Personnel-American Management Association**, Nov-Dec., 1973.
- "Hemşirelik Eğitimi Çalışma Grubu 1990 Abant Sempozyumu Raporu", **Türk Hemşireler Dergisi**, Cilt. 39, Sayı.4, Ankara, Bil ofset, Aralık, 1990.
- "Hemşireliğin Sosyo-Ekonomik Sorunları, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Çalışma Grubu 1990, Abant Sempozyumu Raporu", **Türk Hemşireler Dergisi**, Cilt 39, Sayı 4. Ankara, Bilofset, Aralık, 1990.
- Herkes İçin Sağlık Hedefleri**, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi, Kopenhag, Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye ve Uluslararası Çocuk Sağlığı Merkezi Yayını.
- Hoevemeyer, Victoria A.: "Performance-Based Compensation = Miracle or Waste?", **Personnel Journal**, Vol.68, No.7, July, 1989.
- Hyett, Ken: **Nuring Management Handbook**, New York, Churchill Livingstone, 1988.
- Kabasakal, Hayat E. : "Yöneticilik, Kadınlar ve Toplumsal Tutumlar" **Boğaziçi Üniversitesi Ekonomik ve İdari Bilimler Dergisi**, Vol.5, No.1, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayını, 1991.
- Kalpsız, Oya : "Hastane Yönetim Bilişim Sistemi", **Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi**, Sayı 22, İstanbul, 1991.

- Kalkandelen, Hayrettin :**İşletmelerde ve Kamu Kuruluşlarında Norm Kadro ve Reorganizasyon**, 2. Baskı, Ankara, Önder Matbaası, 1976.
- Katrinli, Ergenç A., -Özmen, Timurcanday Ö. : "Teknoloji, İş Tasarımı ve Birim Etkinliği Üzerine Bir Araştırma", **Verimlilik Dergisi**, Sayı 3, Ankara, Yücel Matbaası, 1991.
- Kaynak, Tuğral : **Personel Planlaması**, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayın No. 228, İstanbul, Gençlik Basımevi, 1990.
- Kelly, Joe : **Organisational Behaviour, Its Data, First Principles and Applications**, New York, R. Irwin, 1980.
- Kıral, Haydar : **Hastane İşletmeleri Yönetiminde Temel Bilgiler**, Ankara, SSYB Meslek Öğretim Genel Müdürlüğü Yayını, 1976.
- Koç, Safiye : "Kent Tipi Sağlık Örgütlenmesi ve Yerel Yönetimler", **Türk Hemşireler Dergisi**, Cilt. 39, Sayı.4, Ankara, Bil Ofset, Aralık 1990.
- Koçel, Tamer : **İşletme Yöneticiliği**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No. 205, İstanbul, Yön Ajans, 1989.
- Köroğlu, Ertuğrul : **Sağlık Mevzuatı**, 2. Baskı, Ankara Hacettepe Yayın Birliği, 2.B., Net Ofset, 1987.
- Kron, Thora : **The Management of Patient Care, Putting Leadership Skills to Work**, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1971.
- Kurtuluş, Kemal : **Pazarlama Araştırmaları**, 4.B., İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No. 2, İstanbul, Türk Dünyası Araştırma Vakfı, 1992.
- Landry, James A. : "Performance Management System", **Productivity and Performance Management In Health Care Institutions**, New York, American Hospital Publishing Inc, 1989.
- Lee, C. : "Poor Performance Appraisals Do More Harm Than Good", **Personnel Journal**, Vol.70, No.9, September, 1989,
- Lemin, Brain : **First Line Nursing Management**, Liverpool, British Library Catalogue in Publication Data, 1978,

- Levin, Artur : "Health Service the Local Perspective", **The Academy of Political Science, Proceedings** Vol. 32, No.3, New York, 1977.
- Levy, Martin : "Almost-Perfect Performance Appraisals", **Personnel Journal**, Vol.68, No.4, April, 1989.
- Lindberg, Janice B.: Hunter, Mary L. Kruszewski, Ann Z. **Introduction to Nursing**, Philadelphia, J.B.Lippincott Company, 1990.
- Linenberger, Patricia - Keaveny, Timothy J. : "Performance appraisal standards used by the courts", **Personnel Administrator**, Vol 26, No.5, May, 1981.
- Loncher, Slan H.-Teed, Kenneth S.; "Performance Appraisal-A Survey of Current Practices", **Personnel Journal**, Vol. 56, No.5, May, 1977.
- Loncher, Slan H.-Teed Kenneth, S. "Appraisal Trends", **Personnel Journal**, Vol.67, No.9. September, 1988.
- Marriner, Ann : **Guide to Nursing Management**, St. Louis, The C.V. Mosby Co., 1980.
- Metzger, Norman : **Personnel Administration**, New York, Spectrum Publications. Inc., 1979.
- Odiorne, George S.; **Management by Objectives**, New York, Pitman Press, 1972.
- Oktay, Sevgi : "Etkin Sağlık Hizmeti İçin Disiplinlerarası Ekip Yaklaşımı", **Hemşirelik Bülteni**, Cilt IV, Sayı 15, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul 1990,
- Oktay, Sevgi : "2000 Yılında Herkese Sağlık" için hemşirelerin yükümlülüğü, İlkeleri, rolü", **Hemşirelik Bülteni**, Cilt IX, Sayı 17, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, 1990.
- Özdemir, Mahmut : "Verimlilik Üzerine Düşünceler ve Verimlilik Çalışmaları", **Verimlilik Dergisi**, Sayı.2, Ankara, Yücel Ofset, 1991.

- "Report of the National Commision on Community Health Services",
Health Is a Community Affair, Massachusetts, Harward
University Press, 1966.**
- Rowland, Howard S.-Rowland, Beatrice L. : Nursing Administration
Handbook, Second Edition, Maryland, Aspen Publishers,
1985.**
- Sabuncu, Necmiye-Babadağ, Kamerya: Hemşirelik Esasları, Anadolu
Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayın No. 225, Eski-
şehir. Web Ofset, 1991.**
- "Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı", T.C.Sağlık Bakanlığı 1.Ulusal Sağlık
Kongresi, 23-27 Mart, Ankara, 1992.**
- "Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum", 23-27 Mart, 1.Ulusal Sağlık Kong-
resi, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 1992.**
- Sanvar, Fulya : "Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri
Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi", Sağlık Yönetimi Paneli
Yayınlanmamış Notları, İstanbul 1992.**
- Sarpyener, Ahmet : "Hastane Yönetimi ve Organizasyonu ve Türkiye'deki
Uygulamaya İlişkin Örnekler", İstanbul Üniversitesi İşletme
Fakültesi Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul 1977.**
- Seçim, Hikmet : "Hastanelerde Verimliliği Artırma Yöntemleri", Sağlık
Yönetimi Dergisi, Sayı:3-4, Yıl 1. Ankara, Afşaroğlu Matbaası,
Ekim, 1987.**
- Seçim, Hikmet : Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, Anadolu Üniver-
sitesi Yayın No. 130, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Ba-
sımevi, 1985.**
- Şentürk, Selva : Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi, 5.B., İstanbul, Can
Yayıncılık, 1990.**
- Schick, Melvin E. : "The Refined" Performance Evaluation Monitoring
System= Best of Both Worths", Personnel Journal, Vol.59,
No.1,January, 1980.**
- Schweiger, Joyce L. : The Nurse As Manager, New York, John Wiley &
Sons Publication, 1980.**

- Shanks, Mary D.- Kennedy, Dorothy A. : **Administration in Nursing**, Second Edition, New York, Mc. Graw-Hill Book Company, 1970.
- Sinclair, Vaughn G. : "The Impact of Information Systems on Nursing Performance and Productivity", **Nursing Administration**, Vol.21, No.2. February, 1991.
- Sloan, Frank A.- Blumstein, James F.-Perrin, James M. : **Cost, Quality and Access in Health Care New Roles for Health Planning in a Competitive Environment**, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1982.
- Shoke, Albert W. : **Hospitals, Health and People**, London, Yale University Press, 1987.
- Somers, Mark J.-Birnbaum, D. : "Assessing Self-Appraisal of Job Performance as an Evaluation Device: Are The Poor Results a Function of Method or Methodology?" **Human Relations**, Vol.44, No.10, New York, Plenum Press, October, 1991.
- Sözen, Ural : **Yönetici Değerlemesinde Personel Seçiminin Bir Faktör Olarak Kullanılması**, Ankara, İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayınları No. 58, Ankara, Emel Matbaacılık, 1973.
- Strauss, G.- Sayles, L.R. : **Personnel-The Human Problems of Management**, Third Edition, New York, Prentice-Hall INC., 1972.
- Sümbüloğlu, K.- Sümbüloğlu, V. : **Bioistatistik**, 3. Baskı, Ankara, Hatiboğlu Yayınevi, 1990.
- Şenocak, Mustafa : **Temel Biyoistatistik**, İstanbul, Çağlayan Kitabevi, 1990.
- Tappen, Ruth M. : **Nursing Leadership And Management Concepts and Practice**, Second Edition, Philadelphia, F. A. Davis Company, 1989.
- Taymaz, Haydar. : **Hizmet-İçi Eğitim**, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayın No. 94, Ankara, Sevinç Matbaası, 1981.
- Telimen, Osman : **Personel Yönetimi ve Beşeri İlişkiler**, İstanbul, Sermet Matbaası, 1978.

- Tobin, Helen M.-Yoderwise, Pat S.-Hull, Peggy K. : **The Process of Staff Development Components For Change**, Second Edition, St Luis, The C.V. Mosby Company, 1979.
- Torrington, D.- Hall, L. : **Personnel Management**, A.New Approach, 2.E., London, Prentice Hall, 1991.
- Tokat, Mehmet : **Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı**, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi, Genel Koordinatörlüğü Yayınları, 1993.
- Tosun, Kemal : **İşletme Yönetimi**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No. 226, 1.Cilt, 4.Baskı, İstanbul, Yön Ajans, 1987.
- Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje**, Ankara, T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, 1992.
- Uyargil, Cavide : "İşletmelerde Performans Değerlendirme Çalışmalarında Karşılaşılan Başlıca Sorunlar", Yayınlanmamış Ders Notları, İ.Ü.İşletme Fakültesi, İstanbul, 1992.
- Uyargil, Cavide : "Değerleme Merkezi Yaklaşımı", Yayınlanmamış Ders Notları. İ.Ü.İşletme Fakültesi, İstanbul, 1992.
- Uyargil, Cavide : "Performans Değerlendirme", Yayınlanmamış Hemşirelikte Yönetim Kursu Notları, İstanbul, 1992.
- Uyer, Gülten : **Hemşirelik ve Yönetim**, Ankara, Hürbilek Matbaacılık, 1993.
- Uyer, Gülten : "Hemşireliğin Çağdaş Gelişimi ve Hemşirelik Mevzuatı", **Türk Hemşireler Dergisi**, Cilt 39. Sayı.4. Ankara, Bil Ofset, Aralık,1990.
- Uyer, Gülten : **Hemşireliğe Genel Bakış**, Ankara, 1992.
- Ülgen, Hayri : **İşletmelerde Organizasyon İlkeleri ve Uygulaması**, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul, Gençlik Basımevi, 1990.
- Velioğlu, Perihan : "İ.Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanelerindeki Hemşirelik Hizmetlerinin Yeniden Örgütlenmesine Dair Rapor", **Hemşirelik Bülteni**, Cilt 2, Sayı 7, İstanbul, Döner Sermaye İşletmesi Basım Atölyesi, 1986.

- Velioğlu, Perihan : **Hemşirelikte Yönetim**, 2. Baskı, Ankara, Meleksan Yayınları No.6, 1982.
- Velioğlu, P. : **Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru**, İstanbul, Bozok Mat-baası, 1985.
- Velioğlu, P.- Babadağ, K. : **Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi**, Açık Öğretim Fakültesi Yayın No. 260, Eskişehir, Web Ofset, 1992.
- Velioğlu, P.-Oktay, S. : **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları No.715, Eskişehir, Etam A.Ş. Web Ofset, 1993.
- WHO, European Symposium on the Estimation of Hospital Regulations, Copenhagen, 1985,
- Williams, Stephen J. : **Issues in Health Services**, Second Edition, New York, John Wiley and Sons, 1984.
- Wood, Donna J. : "Toward Improving Corporate Social Performance", **Business Horizons**, Vol. 34, No.4, Indiana, Indiana University Printing Services, July - August 1991.
- Yalçın, Selçuk : **Personel Yönetimi**, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayın No: 246, İstanbul, Küre Matbaacılık, 1991.
- "Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı", Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No.545, Sağlık Bakanlığı Basımevi, Ankara, 1991.
- Yozgat, Osman : **İşletme Yönetimi**, 6. Baskı, İstanbul, Venüs Ofset, 1984.
- Yüncü, Fatma : **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Ankara, Kadioğlu Matbaası, 1992.

EK 1.

Bu bölümde ele alınan sistemler

1. The Methodist Hospital System, Houston, Texas Employee Performance Appraisal Form.
2. University of Illinois Hospital and Clinics, Performans Management System.
3. The University of Connecticut Health Center Department of Nursing John Dempsey Hospital-Clinical Advancement System-1988.
4. St. Luke's Roosevelt Hospital Center, New York City, Department of Nursing.
5. Doctors Hospital, Performans Appraisal-Department of Nursing, New York.
6. Rush-Presbyterian-St-Luke's Medical Center, Chicago (Nursing Affairs) Department of Nursing.
7. St Luke's Hospital/Richmond-Performance Appraisal Form Ellen M-Lench, Nursing Management, Formerly Supervisor Nurse, Vol. 13. No.7, July 1982.
8. Standarts Job Description and Performans Evaluations for Nursing Practice, Date Kayser Jernigen,-Abigail Peppers Young, Appleton-Centray Crafts/Norwalk, Connecticut, 1983.
9. Alman Hastanesi, Personel-Sicil Kartı-Sağlık Hizmet Bölümü.
10. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Hemşirelik Hizmetleri Personeli Yıllık Mesleki Gelişme ve Değerlendirme Formu.
11. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Hemşirelik Müdürlüğü Hemşire Değerlendirme Formu.
12. Amiral Bristol Hastanesi-Personel Değerlendirme Fişi.
13. T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Devlet Memurları Sicil Raporu.
14. T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Döner Sermayeden Yapılacak Ek Ödemeye Özgü Personel Değerlendirme Formu.
15. Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü Sicil Raporu.
16. Florance Nightingale Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Personelinin Performans Değerlendirme Sistemi (Taslak halinde).
17. International Hospital Personel Değerlendirme Formu.

EK 2 :

ÜNİTE HEMŞİRELERİNE UYGULANACAK ANKET

- 1- Çalıştığınız kurumun adı:
- 2- Yaşınız:
- 3- Eğitim durumunuz:
- 4- Medeni haliniz:
- 5- Görev yaptığınız ünitenin adı:
- 6- Göreviniz:
- 7- Toplam çalışma süreniz (yıl olarak):
- 8- Şu andaki görevinizde kaç yıldır çalışıyorsunuz?
- 9- Çalışma düzeniniz ve günlük çalışma saatiniz?
 - a- Vardiyalı, ...saat.
 - b- Nöbet, ...saat.
 - c- Normal mesai saatlerinde, ...saat.
 - d- Diğer, ...saat.
- 10- Çalıştığınız bölümü kendi isteğinizle mi seçtiniz?
 - a- Evet
 - b- Hayır
- 11- Yanıtınız "Evet" ise nedenini açıkla mısınız?
.....
- 12- Yanıtınız "Hayır" ise niçin bu bölümde çalışmaya devam ediyorsunuz?
.....
- 13- İşe alındıktan sonra oryantasyon programından geçirildiniz mi?
 - a- Evet
 - b- Hayır
- 14- Yanıtınız "Evet" ise oryantasyon programının size ne gibi yararları oldu?
.....
- 15- Kurumunuzda mesleksen gelişiminizi sağlayıcı sürekli hizmet içi eğitim programları düzenleniyor mu?
 - a- Evet
 - b- Hayır
- 16- Kurumunuzda görev-yetki-sorumluluklar (iş tanımları) yazılı olarak belirlenmiş midir?
 - a- Evet
 - b- Hayır
- 17- Kurumunuzda tedavi ve bakımla ilgili uygulanmakta olan yazılı protokoller ve standartlar var mı?
 - a- Evet
 - b- Hayır
- 18- Yanıtınız "Hayır" ise sizce geliştirilmesi gerekir mi? Neden?
.....
- 19- Genel olarak işinizden ne derecede tatmin oluyorsunuz?
 - a- Çok
 - b- Orta
 - c- Az
 - d- Çok az
- 20- Performans değerlendirme (başarı değerlendirme) size neyi ifade ediyor? Lütfen açıklayınız.
.....
.....

- 21- Performansınızın değerlendirilmesi düşüncesi sizi rahatsız ediyor mu?
a- Evet b- Bazen c- Hayır
- 22- Çalıştığınız kurumda uygulanan performans değerlendirme sistemi hakkında bilginiz var mı?
a- Evet b- Kısmen c- Hayır
- 23- Yanıtınız "Evet" ise bu konudaki düşünceniz nedir?
.....
- 24- Performansınızın tarafsız ve adil bir şekilde değerlendirildiği kanısında mısınız?
a- Evet b- Bazen c- Hayır
- 25- Performansınız değerlendirilirken hangi kriterlere daha çok önem verilmektedir?
a- Verilen işleri ne ölçüde yaptığımıza
b- Saptanan amaçlara ne derecede ulaşabildiğime
c- Davranışımıza, kişisel özelliklerime
d- Diğer.....
- 26- Sizi değerlendirenler, performansınızı yakından izlerler mi?
a- Evet b- Bazen c- Hayır
- 27- Performansınızın değerlendirilmesi sırasında üstlerinizle ilişkileriniz etkileniyor mu? Nasıl?
a- Evet b- Bazen c- Hayır
.....
- 28- Performansınız değerlendirilirken, kararlara ve değerlendirmeye ne ölçüde katılmaktasınız?
a- Değerlendirmeler tamamen gizlice yapılır, düşüncem alınmaz
b- Yalnızca gerektiğinde düşüncem alınır
c- Karar verilmeden önce düşüncem alınır
d- Değerlemeyle ilgili kararlara katılmam ve görüş bildirmem istenir
e- Diğer.....
- 29- Performans değerlemenizi kim yapmaktadır?
a- Ünite sorumlu hemşiresi
b- Hemşirelik hizmetleri müdürü
c- Başhekim
d- Personel müdürü
e- Diğer.....
- Performans değerlemenizi sizce kim yapmalıdır?
a- Ünite sorumlu hemşiresi
b- Hemşirelik hizmetleri müdürü
c- Başhekim
d- Personel müdürü
e- Diğer.....
- 30- Performansınızı değerlendirenler, değerlendirme sonuçlarını sizinle görüşüp performans durumunuzu sizinle tartışırlar mı?
a- Evet b- Bazen c- Hayır
- 31- Üstlerinizin performansını değerlendirmek ister misiniz?
a- Evet b- Hayır

- 32- Yanıtınız "Evet" ise, böyle bir yöntemle üstlerinizin performansını değerlemeniz sizce ne gibi yararlar sağlar?
Lütfen açıklayınız.....
.....
.....
- 33- Performansınızın değerlendirilmesi konusunda eklemek istediği düşünceleriniz varsa lütfen açıklayınız.....
.....
.....
.....
.....
.....



Yanıtlarınız için
teşekkür ederim.

EK 3 :

YÖNETİCİ HEMŞİRELER İÇİN UYGULANACAK ANKET

- 1- Çalıştığınız kurumun adı:
- 2- Yaşınız:
- 3- Eğitim durumunuz:
- 4- Medeni haliniz:
- 5- Görev yaptığınız birimin adı:
- 6- Göreviniz:
- 7- Kaç yıldır çalışıyorsunuz:
- 8- Kaç yıldır yönetici olarak çalışıyorsunuz?
- 9- Emir-komutanızda bulunanların (astlarınızın) sayısı nedir?
- 10- Hastanenizin organizasyon şeması var mı? Varsa basitce bu şemayı çizerek konumunuzu lütfen belirtiniz. (üstlerinizi ve astlarınızı gösteriniz).
 - a- Var
 - b- Yok
- 11- Kurumunuzda personel alımı nasıl gerçekleştirilmektedir?
.....
- 12- Hemşirelik hizmetleri bölümü için personel alımı kimler tarafından yürütülür?
.....
- 13- Hemşirelik hizmetleri personelinin seçiminde dikkate alınacak kriterler yazılı olarak belirlenmiş midir?
 - a- Evet
 - b- Hayır
 - c- Bilmiyorum
- 14- Kurumunuzda işe yeni başlatılan hemşirelik hizmetleri personeli için oryantasyon programı yapılıyor mu?
 - a- Evet
 - b- Hayır
- 15- Yanıtınız "Hayır" ise işe yeni başlatılan personelin kuruma uyumunu sağlamak için ne yapılmaktadır?
.....
.....
Sizce, personelin kuruma oryantasyonunu sağlamak için ne yapılmalıdır?
.....
.....
- 16- Kurumunuzda, çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları yazılı olarak belirlenmiş midir?
 - a- Evet
 - b- Hayır
- 17- Kurumunuzda yazılı (1) yönetmelik, (2) personel el kitabı, (3) standartlar ve (4) protokoller var mıdır?
 - a- Evet
 - b- Hayır
 - 1-
 - 2-
 - 3-

- 18- Performans değerleme (başarı değerleme) size neyi ifade ediyor?
.....
.....
- 19- Kurumunuzda, farklı personel gruplarının değerlendirilmesinde farklı kriterler (formlar) kullanılmakta mıdır?
a- Hayır, tüm personel tek bir formla değerlendiriliyor
b- Evet, farklı personel grupları için farklı formlar kullanılıyor
c- Kurumumuzda kullanılan hiç bir yöntem yok
- 20- Kurumunuzda hangi görevlilerin performansları belirli bir sistem içinde değerlendirilmektedir?
a- Hekimler
b- Hemşireler
c- Yardımcı personel
d- Hasta kayıt, büro personeli
e- Yöneticiler
f- Diğer.....
- 21- Kurumunuzda performans değerleme ne şekilde yapılmaktadır?
a- Sistematik bir değerleme yapılmamaktadır (Rastgele değerleme
b- Değerleme formu doldurularak yapılmakta).
c- Yöneticilerin katıldığı toplantılarda grup değerlemeleri yapılarak
d- Diğer.....
- 22- Kurumunuzda, hemşirelerin performans değerlemeleri ne sıklıkla yapılmaktadır?
a- Yılda bir kez
b- Altı ayda bir
c- Verilen görev bittiğinde
d- Diğer.....
Sizce, hemşirelerin başarıları ne kadar sıklıkla değerlendirilmektedir?
a- Yılda bir kez
b- Altı ayda bir
c- Verilen görev bittiğinde
d- Diğer.....
- 23- Performans değerleme sonuçları, kurumunuzda hangi amaçlar için kullanılmaktadır?
a- Denetleme
b- İşten çıkarma
c- Terfi
d- Ödüllendirme ve özendirme
e- Eğitim gereksinmelerini saptama
f- Hizmetin kalitesini ve organizasyonunun verimliliğini artırma
g- Diğer.....
Sizce, performans değerleme sonuçları hangi amaçlar için kullanılmaktadır?
a- Denetim
b- İşten çıkarma
c- Terfi
d- Ödüllendirme ve özendirme
e- Eğitim gereksinmelerini saptama
f- Hizmetin kalitesini ve organizasyonunun verimliliğini artırma
g- Diğer.....

- 24- Kurumunuzda, hemşirelik hizmetleri yöneticilerine performans değerlemenin nasıl yapılacağı konusunda bir eğitim veriliyor mu?
a- Evet b- Bazen c- Hayır
- 25- Yanıtınız "Evet" ise, yöneticiler ne şekilde bilgilendiriliyorlar?
.....
- 26- Kurumunuzda, hemşirelik hizmetleri personelinin performans değerlemesini kimler yapar?
a- Ünite sorumlu hemşiresi
b- Hemşirelik hizmetleri müdürü
c- Başhekim
d- Personel müdürü
e- Diğer.....
Sizce, hemşirelik hizmetleri personelinin performansını kimler değerlendir-
melidir?
a- Ünite sorumlu hemşiresi
b- Hemşirelik hizmetleri müdürü
c- Personel müdürü
d- Değerlendirme uzmanı
e- Diğer.....
- 27- Kurumunuzda, hemşirelerin performansı değerl endirilirken aşağıdaki husus-
lardan hangisi/hangileri esas alınır?
a- Hemşirelerin görevlerini gerçekleştirme dereceleri
b- Kurum tarafından belirlenen amaçlara ulaşma derecesi
c- Hemşirelerin kişisel nitelik ve yetenekleri (zeka, analiz yeteneği,
girişimcilik, uyum yeteneği, çalışkanlığı v.b. gibi)
d- Hemşirelerin mesleğiyle ilgili bilgi ve becerileri
e- Diğer.....
Sizce, hemşirelerin performansları değerlendirilirken değerlemeye aşağıdaki
hususlardan hangisi/hangileri esas alınmalıdır?
a- Hemşirelerin görevlerini gerçekleştirme dereceleri
b- Kurum tarafından belirlenen amaçlara ulaşma derecesi
c- Hemşirelerin kişisel nitelik ve yetenekleri
d- Hemşirelerin mesleğiyle ilgili bilgi ve becerileri
e- Diğer.....
- 28- Kurumunuzda, performans değerlendirme sonuçlarının gizlilik derecesi nedir?
a- Sonuçlar tamamen gizli tutulur
b- Değerleme olumlu ise asta duyurulur
c- Değerleme sonuçları asta duyurulur
d- Sadece olumsuz sonuçlar asta duyurulur
e- Diğer.....
Sizce, performans değerlendirme sonuçlarının gizlilik derecesi ne olmalıdır?
a- Tamamen gizli olmalıdır
b- Değerleme olumlu ise asta duyurulmalıdır
c- Değerleme sonuçları asta duyurulmalıdır
d- Sadece olumsuz sonuçlar asta duyurulmalıdır
e- Diğer.....
- 29- Hemşirelerin performans değerlendirme sonuçlarına itiraz hakları var mıdır?
a- Evet b- Hayır
Sizce, hemşirelerin değerlendirme sonuçlarına itiraz hakları olmalı mıdır?
a- Evet b- Hayır

- 30- Yanıtınız "Evet" ise itiraz makamı neresidir? Neresi olmalıdır?
.....
- 31- Kurumunuzda, performans değerlendirmenin sonunda sonuçlar nihai olarak kim tarafından değerlendiriliyor?
a- Hemşirelik hizmetleri müdürü
b- Personel müdürü
c- Başhekim
d- Hastane genel müdürü
e- Diğer.....
Sizce, bu değerlendirme kim tarafından yapılmalıdır?
a- Hemşirelik hizmetleri müdürü
b- Personel müdürü
c- Başhekim
d- Hastane genel müdürü
e- Diğer.....
- 32- Bir yönetici olarak, performansın düzenli olarak değerlendirilmesi gerektiğine inanıyor musunuz?
a- Evet b- Hayır
- 33- Sizce, performans değerlendirme ile ücretleme arasında doğrudan bir ilişki kurulmalı mıdır? Nedenini lütfen açıklayınız?
a- Evet b- Hayır
.....
- 34- Kurumunuzda uygulanmakta olan performans değerlendirme yöntemini tatmin edici buluyor musunuz?
a- Evet b- Kısmen c- Hayır
- 35- Yanıtınız "Hayır" ise nedenlerini lütfen açıklayınız?
.....
.....
- 36- Sizce, uygulanmakta olan performans değerlendirme yöntemi gerçek performansı yansıtabilmekte midir?
a- Evet b- Kısmen c- Hayır
- 37- Performans değerlendirme konusunda herhangi bir eğitim programına katıldınız mı? Katıldıysanız programı lütfen açıklayınız.
a- Evet b- Hayır
.....
- 38- Kurumunuzda, hemşirelerin performanslarını değerlendirmede karşılaşılan sorunlar nelerdir? Siz bu sorunlara ne tür çözümler önerirsiniz?
.....
.....
.....
.....
- 39- Başkalarını değerlendirmek sizi rahatsız ediyor mu?
a- Evet b- Hayır c- Bazen
- 40- Astlarınızın performansını değerlendirme sırasında onlarla olan ilişkileriniz etkileniyormu? Etkileniyorsa ne yönde etkilenmektedir?
a- Evet b- Bazen c- Hayır
.....
.....
.....

- 41- Astlarınızın performansını değerlendirmek için ortalama ne kadar zaman harcarsınız?
- a- Bir saat
 - b- İki-üç saat
 - c- 1 gün
 - d- 1 hafta
 - e- Diğer.....
- 42- Performans değerlendirmek için kullandığınız zamanı kayıp olarak görüyor musunuz?
- a- Evet
 - b- Bazen
 - c- Hayır
- 43- Astlarınızı tarafsız ve adil bir şekilde değerlendirdiğiniz kanısında mısınız?
- a- Evet
 - b- Bazen
 - c- Hayır
- 44- Genel olarak 2. sicil / Değerleme amirleri ile sizin değerlemeleriniz arasında görüş farklılıkları oluyor mu?
- a- Genelde 2. sicil / değerlendirme amiri benim görüşlerime tümüyle katılır
 - b- Kısmen katılıyor
 - c- Katılmıyor
- 45- Performans değerlendirme konusuyla ilgili, eklemek istediğiniz düşünceniz varsa lütfen açıklayınız?

.....

.....

.....

.....

.....

Yanıtlarınız için

teşekkür ederim.

Ek Tablo 4 : Hemşirelerin Performans Değerlendirme ile İlgili Verilerinin Hastane Gruplarına Göre Dağılımları.

		Üniversite Hastaneleri %		S.S.K Hastaneleri %		Özel Hastaneler %		S. .B. Hastaneleri %		Genel Toplam %		Ki Kare Değeri	Serbestlik Derecesi	P Değeri-Anlamlılık Durumu
İşgörenlerin PD Sırasında Üstleriyle İlişkilerinin Etkilenip Etkilenmediği	Üstüyle İlişkileri Etkilenenler	7	1.6	12	2.8	12	2.8	9	2.1	40	9.3	15.31	9	0.082 P>0.05
	Bazen Etkilenenler	39	9.1	31	7.2	26	6.1	18	4.2	114	26.6			
	Etkilenmeyenler	70	16.3	64	14.9	63	14.7	67	15.6	264	61.5			
	Boş	0	0.0	1	0.5	6	1.4	3	0.7	11	2.6			
İşgörenlerce PD Kim Tarafından Yapılmalıdır? Sorusunun Dağılımı	Ünite Sorumlu Hemşiresi	89	20.7	64	14.9	91	21.2	58	13.5	302	70.4	45.93	12	0.001 P=0.001
	Hemş.Hiz.Müd. (Başhemşire)	12	2.8	10	2.3	2	0.5	13	3.0	37	8.6			
	Başhekim	5	1.2	4	0.9	1	0.2	1	0.2	11	2.6			
	Sorumlu Hemş.	4	0.9	27	6.3	13	3.0	19	4.4	63	14.7			
	Grup Değerlen.	6	1.4	4	0.9	0	0.0	6	1.4	16	3.7			
Üstlerin İşgörenle PD Sonuçlarını Görüşüp-Tartışma Durumları	PD Sonuçları Görüşülüp Tartışılır	18	4.2	2	0.5	24	5.6	4	0.0	48	11.2	49.63	6	0.000 P<0.001
	Bazen Görüşülüp Tartışılır	22	5.1	10	2.3	23	5.4	7	1.6	62	14.5			
	Görüş. Tartışılmaz	76	17.7	97	22.6	60	14.0	86	20.0	319	74.4			
İşgörenlerin Üstlerinin PD Katılma İsteklerinin Dağılımı	Üstlerinin PD'ne Katılmak isteyenler	98	22.8	102	23.8	97	22.6	83	19.3	380	88.6	5.94	3	0.1145 P>0.05
	İstemeyenler	18	4.2	7	1.6	10	2.3	14	3.3	49	11.4			
İşgörenlerin PD Konusunda İlave Etmek İstedikleri Görüşleri ve Önerileri	Boş	67	15.6	72	16.8	57	13.3	55	12.8	251	58.5	45.12	18	0.000 P<0.001
	PD Şekilsel Öneminden çok İşgörenin Niteliklerine Ağırlık Verilmeli, Sonuçlar Kullanılmalı	6	1.4	2	0.5	6	1.4	6	1.4	20	4.7			
	PD Kriterleri Standart Hale Getirilip Daha Objektif-Geçerli Değer.Yapılmalı	19	4.4	10	2.3	6	1.4	3	0.7	38	8.9			
	PD Açık Olmalı, Eksiklikler Bilinip Gelişme Olanağı Sağlanmalı	15	3.5	11	2.6	31	7.2	23	5.4	80	18.6			
	PD Grup Değ. Yoluyla Yapılmalı	6	1.4	3	0.7	6	1.4	5	1.2	20	4.7			
	PD Standartları Belirlenmeli, Geçerli ve Açık Bir Sistem Geliştirilmeli	1	0.2	8	1.9	0	0.0	3	0.7	12	2.8			
	Diğer	2	0.5	3	0.7	1	0.2	2	0.5	8	1.9			
	G.TOPLAM	116	27.0	109	25.4	107	24.9	97	22.6	429	100.0			

Ek 5. HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE AİT FREKANS DAĞILIMLAR

1) Yaş gruplarına göre dağılım

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
20-25	1.	228	53.1	53.1	53.1
25-30	2.	110	25.6	25.6	78.8
30-35	3.	43	10.0	10.0	88.8
35+	4.	48	11.2	11.2	100.0
TOTAL		429	100.0	100.0	
MEAN	1.793	STD ERR	0.049	MEDIAN	1.441
MODE	1.000	STD DEV	1.019	VARIANCE	1.039
KURTOSIS	-0.119	SKEWNESS	1.063	RANGE	3.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	4.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

2) Eğitim durumlarına göre dağılım

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
SML	1.	274	63.9	63.9	63.9
Ön lisans	2.	54	12.6	12.6	76.5
Lisans	3.	101	23.5	23.5	100.0
TOTAL		429	100.0	100.0	
MEAN	1.597	STD ERR	0.041	MEDIAN	1.233
MODE	1.000	STD DEV	0.844	VARIANCE	0.713
KURTOSIS	-1.329	SKEWNESS	0.875	RANGE	2.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	3.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

3) Medeni durumlarına göre dağılım

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Bekar	1.	229	53.4	53.4	53.4
Evlî	2.	195	45.5	45.5	98.8
Dul	3.	5	1.2	1.2	100.0
TOTAL		429	100.0	100.0	
MEAN	1.473	STD ERR	0.025	MEDIAN	1.437
MODE	1.000	STD DEV	0.523	VARIANCE	0.273
KURTOSIS	-1.333	SKEWNESS	0.335	RANGE	2.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	3.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

4) Görevlerine göre dağılım

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Yatak başı hemş.	1.	393	91.6	91.6	91.6
Diğer görevler	2.	5	1.2	1.2	92.8
Ebelik	4.	31	7.2	7.2	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	
MEAN	1.229	STD ERR	0.038	MEDIAN	1.046
MODE	1.000	STD DEV	0.782	VARIANCE	0.611
KURTOSIS	8.597	SKEWNESS	3.233	RANGE	3.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	4.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

5) Deneyimlerine göre dağılım

.Toplam mesleki deneyimi

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
0-3 yıl	1.	118	27.5	27.5	27.5
3-5 yıl	2.	91	21.2	21.2	48.7
5-7 yıl	3.	64	14.9	14.9	63.6
7-9 yıl	4.	33	7.7	7.7	71.3
9-11 yıl	5.	37	8.6	8.6	80.0
11	6.	86	20.0	20.0	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	
MEAN	3.083	STD ERR	0.071	MEDIAN	2.586
MODE	1.000	STD DEV	1.881	VARIANCE	3.539
KURTOSIS	-1.305	SKEWNESS	0.423	RANGE	5.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	6.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

.Çalışma yapılan kurumdaki deneyimi

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
0-3 yıl	1.	231	53.8	53.8	53.8
3-5 yıl	2.	77	17.9	17.9	71.8
5-7 yıl	3.	39	9.1	9.1	80.9
7-9 yıl	4.	19	4.4	4.4	85.3
9-11 yıl	5.	24	5.6	5.6	90.9
11	6.	39	9.1	9.1	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	
MEAN	2.172	STD ERR	0.080	MEDIAN	1.429
MODE	1.000	STD DEV	1.656	VARIANCE	2.741
KURTOSIS	0.312	SKEWNESS	1.290	RANGE	5.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	6.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

Ek 6. HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA KOŞULLARIYLA İLGİLİ FREKANS DAĞILIMLARI

1) Çalışma düzenlerine göre dağılım

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Vardiyalı	1.	189	44.1	44.1	44.1
Nöbet	2.	131	30.5	30.5	74.6
Normal mesai	3.	101	23.5	23.5	98.1
Diğer	4.	8	1.9	1.9	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	
MEAN	1.332	STD ERR	0.041	MEDIAN	1.695
MODE	1.000	STD DEV	0.851	VARIANCE	0.724
KURTOSIS	-0.364	SKEWNESS	0.511	RANGE	3.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	4.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

2) Hemşirelerin çalışacakları bölümü kendilerinin seçebilme durumlarının dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Evet	1.	174	40.6	40.6	40.6
Hayır	2.	255	59.4	59.4	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	
MEAN	1.594	STD ERR	0.024	MEDIAN	1.659
MODE	2.000	STD DEV	0.492	VARIANCE	0.242
KURTOSIS	-1.361	SKEWNESS	-0.386	RANGE	1.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	2.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

3) Hemşirelerin oryantasyon programından geçirilip-geçirilmediklerinin dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Evet	1.	121	28.2	28.2	28.2
Hayır	2.	308	71.8	71.8	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	
MEAN	1.719	STD ERR	0.022	MEDIAN	1.804
MODE	2.000	STD DEV	0.451	VARIANCE	0.203
KURTOSIS	-1.361	SKEWNESS	-0.972	RANGE	1.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	2.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

4) Hizmet-içi eğitim programlarının yapılıp-yapılmadığının dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Evet	1.	256	59.7	59.7	59.7
Hayır	2.	173	40.3	40.3	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	
MEAN	1.403	STD ERR	0.024	MEDIAN	1.338
MODE	1.000	STD DEV	0.491	VARIANCE	0.241
KURTOSIS	-1.852	SKEWNESS	0.396	RANGE	1.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	2.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

5) Hastanelerde iş tanımlarının bulunup-bulunmadığının dağılımı

CATEGORY LABEL	CCODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Evvet	1.	153	35.7	35.7	35.7
Hayır	2.	276	64.3	64.3	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	
MEAN	1.543	STD ERR	0.023	MEDIAN	1.723
MODE	2.000	STD DEV	0.480	VARIANCE	0.230
KURTOSIS	-1.647	SKEWNESS	-0.601	RANGE	1.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	2.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

6) Tedavi-bakım protokollerinin var olup-olmadığının dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Evvet	1.	213	49.7	49.7	49.7
Hayır	2.	216	50.3	50.3	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	
MEAN	1.503	STD ERR	0.024	MEDIAN	1.507
MODE	2.000	STD DEV	0.501	VARIANCE	0.251
KURTOSIS	-2.009	SKEWNESS	-0.014	RANGE	1.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	2.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

7) Hemşirelerin işlerinden memnun olma düzeylerinin dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Çok	1.	81	18.9	18.9	18.9
Orta	2.	241	56.2	56.2	75.1
Az	3.	65	15.2	15.2	90.2
Çok az	4.	42	9.8	9.8	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	
MEAN	2.159	STD ERR	0.041	MEDIAN	2.054
MODE	2.000	STD DEV	0.842	VARIANCE	0.708
KURTOSIS	0.102	SKEWNESS	0.685	RANGE	3.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	4.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

1) Hemşirelerin performans değerlendirmeyi tanımlamalarıyla ilgili dağılım

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	0.	147	34.3	34.3	34.3
	1.	50	11.7	11.7	45.9
	2.	66	15.4	15.4	61.3
	3.	52	12.1	12.1	73.4
	4.	63	14.7	14.7	88.1
	5.	51	11.9	11.9	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	
MEAN	1.970	STD ERR	0.087	MEDIAN	1.765
MODE	0.0	STD DEV	1.809	VARIANCE	3.272
KURTOSIS	-1.320	SKEWNESS	0.331	RANGE	5.000
MINIMUM	0.0	MAXIMUM	5.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

2) İlgörenlerin performans değerlendirme düşüncesinden rahatsız olma durumlarının dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	Evet 1.	30	7.0	7.0	7.0
	Bazen 2.	90	21.0	21.0	28.0
	Hayır 3.	109	72.0	72.0	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	
MEAN	2.550	STD ERR	0.029	MEDIAN	2.806
MODE	3.000	STD DEV	0.607	VARIANCE	0.368
KURTOSIS	1.231	SKEWNESS	-1.533	RANGE	2.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	3.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

3) İlgörenlerin kurumlarındaki performans değerlendirme uygulamaları hakkındaki bilgi düzeylerinin dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	Evet 1.	50	11.7	11.7	11.7
	Bazen 2.	137	31.9	31.9	43.6
	Hayır 3.	242	56.4	56.4	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	
MEAN	2.443	STD ERR	0.034	MEDIAN	2.614
MODE	3.000	STD DEV	0.694	VARIANCE	0.481
KURTOSIS	-0.491	SKEWNESS	-0.865	RANGE	2.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	3.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

4) İşgörenlerin, p.d. tarafsız ve adil yapıp-yapılmadığı konusundaki düşüncelerini dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Evet	1.	94	21.9	21.9	21.9
Kısmen	2.	125	29.1	29.1	51.0
Hayır	3.	210	49.0	49.0	100.0
TOTAL		429	100.0	100.0	

MEAN	2.270	STD ERR	0.033	MEDIAN	2.464
MODE	3.000	STD DEV	0.793	VARIANCE	0.637
KURTOSIS	-1.240	SKEWNESS	-0.525	RANGE	2.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	3.000		

VALID CASES 429 MISSING CASES 0

5) İşgörenlerin kurumlarında p.d. sırasında en çok önem verildiğini düşündükleri kriterlerin dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	0.	13	3.0	3.0	3.0
	1.	81	18.9	18.9	21.9
	2.	50	11.7	11.7	33.6
	3.	147	34.3	34.3	67.8
	4.	48	11.2	11.2	79.0
	5.	90	21.0	21.0	100.0
TOTAL		429	100.0	100.0	

MEAN	2.946	STD ERR	0.070	MEDIAN	2.930
MODE	3.000	STD DEV	1.448	VARIANCE	2.093
KURTOSIS	-0.952	SKEWNESS	-0.103	RANGE	5.000
MINIMUM	0.0	MAXIMUM	5.000		

VALID CASES 429 MISSING CASES 0

6) İşgörenlerin, performanslarının yakından izlenip-izlenmediğiyle ilgili düşüncelerinin dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Boş	0.	4	0.9	0.9	0.9
Evet	1.	110	25.6	25.6	26.6
Kısmen	2.	141	32.9	32.9	59.4
Hayır	3.	174	40.6	40.6	100.0
TOTAL		429	100.0	100.0	

MEAN	2.131	STD ERR	0.040	MEDIAN	2.213
MODE	3.000	STD DEV	0.827	VARIANCE	0.684
KURTOSIS	-1.189	SKEWNESS	-0.347	RANGE	3.000
MINIMUM	0.0	MAXIMUM	3.000		

VALID CASES 429 MISSING CASES 0

7) İlgörenlerin performans değerlendirmede kararlara katılma düzeylerinin dağılımı

CATEGORY LABEL	CCODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	1.	325	75.3	75.8	75.8
	2.	54	12.6	12.6	88.3
	3.	12	2.8	2.8	91.1
	4.	27	6.3	6.3	97.4
	5.	11	2.6	2.6	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	

MEAN	1.473	STD ERR	0.048	MEDIAN	1.160
MODE	1.000	STD DEV	0.998	VARIANCE	0.993
KURTOSIS	3.921	SKEWNESS	2.217	RANGE	4.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	5.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

8) Hemşirelerin p. d. kim tarafından yapıldığının dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	0.	19	4.4	4.4	4.4
	1.	217	50.6	50.6	55.0
	2.	106	24.7	24.7	79.7
	3.	48	11.2	11.2	90.9
	5.	27	6.3	6.3	97.2
	6.	12	2.8	2.8	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	

MEAN	1.813	STD ERR	0.064	MEDIAN	1.401
MODE	1.000	STD DEV	1.334	VARIANCE	1.780
KURTOSIS	2.091	SKEWNESS	1.576	RANGE	6.000
MINIMUM	0.0	AXIMUM	6.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

9) Hemşirelerin önerdikleri değerlendiricilerin dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	1.	302	70.4	70.4	70.4
	2.	37	8.6	8.6	79.0
	3.	11	2.6	2.6	81.6
	6.	16	3.7	3.7	85.3
	7.	63	14.7	14.7	100.0
	TOTAL	429	100.0	100.0	

MEAN	2.205	STD ERR	0.103	MEDIAN	1.210
MODE	1.000	STD DEV	2.229	VARIANCE	4.967
KURTOSIS	0.557	SKEWNESS	1.547	RANGE	6.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	7.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

10) Hastanelerde performans değerlendirme görüşmesinin yapıp-yapılmadığının dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Evet	1.	48	11.2	11.2	11.2
Bazen	2.	62	14.5	14.5	25.6
Hayır	3.	319	74.4	74.4	100.0
TOTAL		429	100.0	100.0	

MEAN	2.632	STD ERR	0.033	MEDIAN	2.828
MODE	3.000	STD DEV	0.676	VARIANCE	0.457
KURTOSIS	1.000	SKEWNESS	-1.580	RANGE	2.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	3.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

11) İşgörenlerin, üstlerinin performans değerlendirmelerini yapmak isteyip-istemedik-
lerinin dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Evet	1.	380	88.6	88.6	88.6
Hayır	2.	49	11.4	11.4	100.0
TOTAL		429	100.0	100.0	

MEAN	1.114	STD ERR	0.015	MEDIAN	1.064
MODE	1.000	STD DEV	0.313	VARIANCE	0.101
KURTOSIS	3.744	SKEWNESS	2.434	RANGE	1.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	2.000		
VALID CASES	429	MISSING CASES	0		

Ek Tablo 8 : Yönetici Hemşirelerden Elde Edilen Verilerin Araştırma Yapılan Hastane Gruplarına Göre Dağılımları.

		Üniversite Hastaneleri %		S.S.K Hastaneleri %		Özel Hastaneler %		S. B. Hastaneleri %		Genel Toplam %		Ki Kare Değeri	Serbestlik Derecesi	P Değeri-Anlamlılık Durumu
(1) Personel Alımıyla İlgili Genel Uygulamaların Dağılımı	Boş	7	3.5	6	2.8	1	0.5	4	1.8	18	8.3	229.45	15	0.000 p<0.001
	Personel Müd. Başvuru Formu+ Mülakat ile	2	0.9	1	0.5	23	10.6	0	0.0	26	11.9			
	Başhekimlik- Dekanlık Tara. Sınavla	61	28.0	13	6.0	0	0.0	15	6.9	89	40.8			
	Her Birim Kendi Elemanını Alabiliyor	4	1.8	0	0.0	7	3.2	0	0.0	11	5.0			
	Genel Merk. Atamayla	1	0.5	14	6.4	1	0.5	37	17.0	53	24.3			
	Diğer (Vakıf Aracılığıyla)	11	5.0	0	0.0	3	1.4	7	3.2	21	9.6			
(2) Yeni Başlayan Personelin Uyumu- Oryantasyonu İçin Ne Yapılmakta Olduğunun Dağılımı	Boş	64	29.4	22	10.1	30	13.8	33	15.1	149	68.3	31.27	15	0.008 p<0.05
	Bölüm Sorum. Tarafından Görevi Başında Eğitiliyor	8	3.7	3	1.4	2	0.9	18	8.3	31	14.2			
	Toplantı Yapılarak İşler Anlatılır	2	0.9	1	0.5	0	0.0	0	0.0	3	1.4			
	Herhangi Birşey Yapılmıyor	8	3.7	3	1.4	0	0.0	5	2.3	16	7.3			
	1-4 Hafta Gündüz Nezareti ile Çalıştırılıp Sonra Vardiyaya Giriyor	4	1.8	5	2.3	3	1.4	5	2.3	17	7.8			
	Diğer	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.9	2	0.9			
(3) Kurumu- nuzda, Hangi Personel Grubunun Performans Değerlen. Belirli Bir Sistem İçinde Yapılmaktadır	Boş	4	1.8	0	0.0	0	0.0	5	2.3	9	4.1	72.24	21	0.000 p<0.001
	Hekimler	0	0.0	2	0.9	0	0.0	9	4.1	11	5.0			
	Hemşireler	32	14.7	3	1.4	9	4.1	7	3.2	51	23.4			
	Yard.Personel	0	0.0	1	0.5	0	0.0	0	0.0	1	0.5			
	Büro Personeli- Sekreteryası	2	0.9	1	0.5	0	0.0	6	2.8	9	4.1			
	Yöneticiler	3	1.4	5	2.3	7	3.2	9	2.8	21	9.6			
	Hemşire+ Yard.Personel	29	13.3	8	3.7	12	5.5	7	3.2	56	28.7			
	Hepsi	16	7.3	14	6.4	7	3.2	23	10.6	60	27.5			
(4) Hemş.PD İtirazlarının Hangi Makama Olması Gerektiği	Boş	25	11.5	5	2.3	7	3.2	15	6.9	52	23.9	43.07	9	0.000 p<0.001
	Sorumlu Hemş. Hemş.Hizm.Müd. (Başhemşire)	14	6.4	4	1.8	17	7.8	1	0.5	36	16.5			
	Başhekim- Servis Şefleri	43	19.7	24	11.0	11	5.0	45	20.6	123	56.4			
		4	1.8	1	0.5	0	0.0	2	0.9	7	3.2			

Ek Tablo 8 devam...

		Üniversite Hastaneleri %		S.S.K Hastaneleri %		Özel Hastaneler %		S. S. B. Hastaneleri %		Genel Toplam %		Ki Kare Değeri	Serbestlik Derecesi	P Değeri-Anlamlılık Durumu
(5) PD Sonunda Sonuçların Nihai Olarak Kim Tarafından Değerlendirilmesi Gerektiğinin Dağılımı	Boş	4	1.8	0	0.0	0	0.0	1	0.5	5	2.3			
	Hemş. Hizmet.	75	34.4	32	14.7	34	15.6	47	21.6	188	86.2			
	Md. Başhemşire	0	0.0	1	0.5	1	0.5	0	0.0	2	0.9			
	Personel MÜd.	0	0.0	1	0.5	0	0.0	9	4.1	10	4.6			
	Başhekim	4	1.8	0	0.0	0	0.0	1	0.5	5	2.3			
	Hastane Genel MÜd.	3	1.4	0	0.0	0	0.0	5	2.3	8	3.7	37.98	15	0.000 p<0.001
(6) PD İle Ücretleme Arasında İlişkinin Olup Olmaması Gerektiğinin Dağılımı	Olmalı	76	34.9	33	15.1	30	13.8	57	26.1	196	89.9			
	Olmamalı	10	4.6	1	0.5	5	2.3	6	2.5	22	10.1	2.84	3	0.416 p>0.05
G.TOPLAM		86	39.4	34	15.6	15	16.1	63	28.9	218	100.0			

Ek Tablo 9 : Yönetici Hemşirelerden Elde Edilen Verilerin Araştırma Yapılan Hastane Gruplarına Göre Dağılımları.

		Üniversite Hastaneleri %	S.S.K Hastaneleri %	Özel Hastaneler %	S .B. Hastaneleri %	Genel Toplam %	Ki Kare Değeri	Serbestlik Derecesi	P Değeri- Anlamlılık Durumu
(1) Yönetici Hemşirelerin PD Konusun- da Katıldık- ları Eğitim Programla- rının Niteliği ile İlgili Dağılım	Boş	65 29.8	31 14.2	26 11.9	56 25.7	178 81.7			
	Hemş.Yönetim Seminerine Katıldım	19 8.7	2 0.9	2 0.9	2 0.9	25 11.5			
	Yönetim Alanında Yüksek Lisans Aldım	2 0.9	1 0.5	1 0.5	3 1.4	7 3.2			
	HİE Programına Katıldım	0 0.0	0 0.0	1 0.5	2 0.9	3 1.4			
	Kendi Kendimi Bu Konuda Geliştirdim	0 0.0	0 0.0	2 0.9	0 0.0	2 0.9			
	Mesleki Eğitimimde Aldıklarımdan Yararlandım	0 0.0	0 0.0	3 1.4	0 0.0	3 1.4	46.11	15	0.000 p<0.001
(2) Yöneticilerin PD Sırasında Astlarıyla Olan İlişki- lerinin Etki- lenme Durum- larının Dağılımı	Evet-								
	Etkileniyor	7 3.2	3 1.4	2 0.9	8 3.7	20 9.2			
	Bazen-								
	Etkileniyor	27 12.4	15 6.9	11 5.0	19 8.7	72 33.0			
	Hayır-								
	Etkilenmiyor	52 23.9	16 7.3	22 10.1	36 16.5	126 57.8	3.87	6	0.6932 p>0.05
(3) Yöneticilerin Astlarını Tarafsız ve Adil Değer- lendirip - Değerlendir- medikleriyle İlgili Düşün- celerinin Dağılımı	Evet	68 31.2	14 6.4	23 10.6	36 16.5	141 64.7			
	Bazen	15 6.9	10 4.6	8 3.7	14 6.4	47 21.6			
	Hayır	3 1.4	10 4.6	4 1.8	13 6.0	30 13.8			
							22.85	6	0.000 p<0.001

Ek Tablo 9 devam...

		Üniversite Hastaneleri %		S.S.K Hastaneleri %		Özel Hastaneler %		S B. Hastaneleri %		Genel Toplam %		Ki Kare Değeri	Serbestlik Derecesi	P Değeri-Anlamlılık Durumu
(4) Yönetici Hemşirelerin Performans Değerlen- dirmeye İlgili İlave Görüş ve Önerilerinin Dağılımı	Boş	41	18.8	23	10.6	11	5.0	29	13.3	104	47.7	47.39	24	0.003 p<0.01
	Pers.Değerleme Formları Yetersiz													
	Uygun Üst De-ğerlemiyor,De-ğerleyiciler													
	Bilgisiz-Eğitimsiz	15	6.9	4	1.8	3	1.4	2	0.9	24	11.0			
	Y.Hemş.Önyargılı													
	Değerleme Yapma-malı,Objektif Olmalı													
	Ödül-Ceza Sistemi Olmalı	5	2.3	1	0.5	5	2.3	10	4.6	21	9.6			
	Çalışanların Görev, Yetki ve Sorumluluk Sınırları Belirlenerek Buna Uygun Değer-leme Yapılmalı	8	3.7	1	0.5	8	3.7	6	2.8	23	10.6			
	Değerlemeler Grup Halinde Çalışan+Sorumlusu+Müd.													
	Birlikte Yapmalı	3	1.4	0	0.0	1	0.5	0	0.0	4	1.8			
Farklı Pers.Grup. İçin Farklı Form. Kriterler Gelişti.	2	0.9	1	0.5	3	1.4	1	0.5	7	3.2				
Çalışanla Performans. Değer.Görüşülmeli-Tartışılmalı	6	2.8	2	0.9	4	1.8	4	1.8	16	7.3				
Çalışanın Perfor. Etkileyen Etmen. Dikkate Alınmalı, Buna Göre De-ğerleme Yapılmalı	5	2.3	1	0.5	0	0.0	11	5.0	17	7.8				
Diğer	1	0.5	1	0.5	0	0.0	0	0.0	2	0.9				
												47.39	24	0.003 p<0.01
G.TOPLAM		86	39.4	34	15.6	35	16.1	63	28.9	218	100.0			

Ek 10. YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE AİT FREKANS DAĞILIMLAR

1) Yaş gruplarına göre dağılım

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
20-25	1.	25	11.5	11.5	11.5
25-30	2.	69	31.7	31.7	43.1
30-35	3.	57	26.1	26.1	69.3
35-40	4.	41	19.3	18.8	88.1
40 ↑	5.	26	11.9	11.9	100.0
TOTAL		218	100.0	100.0	
MEAN	2.881	STD ERR	0.081	MEDIAN	2.761
MODE	2.000	STD DEV	1.197	VARIANCE	1.431
KURTOSIS	-0.865	SKEWNESS	0.248	RANGE	4.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	5.000		
VALID CASES	218	MISSING CASES	0		

2) Eğitim durumlarına göre dağılım

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
SML	1.	123	56.4	56.4	56.4
Ön lisans	2.	12	5.5	5.5	61.9
Lisans	3.	64	29.4	29.4	91.3
Yüksek lisans	4.	19	8.7	8.7	100.0
TOTAL		218	100.0	100.0	
MEAN	1.904	STD ERR	0.074	MEDIAN	1.386
MODE	1.000	STD DEV	1.097	VARIANCE	1.203
KURTOSIS	-1.269	SKEWNESS	0.535	RANGE	3.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	4.000		
VALID CASES	218	MISSING CASES	0		

3) Medeni durumlarına göre dağılım

X4

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Bekar	1.	97	44.5	44.5	44.5
Evlı	2.	117	53.7	53.7	98.2
Dul	3.	4	1.8	1.8	100.0
TOTAL		218	100.0	100.0	
MEAN	1.573	STD ERR	0.036	MEDIAN	1.601
MODE	2.000	STD DEV	0.512	VARIANCE	0.281
KURTOSIS	-1.207	SKEWNESS	0.075	RANGE	2.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	3.000		
VALID CASES	218	MISSING CASES	0		

4) Görevlerine göre dağılım

x6

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Sorumlu hemş.	1.	141	54.7	64.7	64.7
Bölüm başhemş.	2.	40	18.3	18.3	83.0
Başhemşire yard.	3.	27	12.4	12.4	95.4
Hemş. hizm. başı	4.	10	4.6	4.6	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	

MEAN	1.569	STD ERR	0.059	MEDIAN	1.273
MODE	1.000	STD DEV	0.878	VARIANCE	0.772
KURTOSIS	0.767	SKEWNESS	1.373	RANGE	3.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	4.000		
VALID CASES	213	MISSING CASES	0		

x7 5) Deneyimlerine göre dağılım

.Toplam çalışma deneyimi

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
0-3 yıl	1.	14	6.4	6.4	6.4
3-5 yıl	2.	20	9.2	9.2	15.6
5-7 yıl	3.	31	14.2	14.2	29.3
7-9 yıl	4.	18	8.3	8.3	38.1
9-11 yıl	5.	19	8.7	8.7	46.3
11-	6.	116	53.2	53.2	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	

MEAN	4.633	STD ERR	0.116	MEDIAN	5.500
MODE	6.000	STD DEV	1.707	VARIANCE	2.913
KURTOSIS	-0.796	SKEWNESS	-0.821	RANGE	5.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	6.000		
VALID CASES	213	MISSING CASES	0		

.Yönetim alanındaki deneyimi

x8

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
0-3 yıl	1.	84	38.5	38.5	38.5
3-5 yıl	2.	37	17.0	17.0	55.5
5-7 yıl	3.	23	10.6	10.6	66.1
7-9 yıl	4.	10	4.6	4.6	70.6
9-11 yıl	5.	25	11.5	11.5	82.1
11-	6.	39	17.9	17.9	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	

MEAN	2.872	STD ERR	0.132	MEDIAN	2.176
MODE	1.000	STD DEV	1.956	VARIANCE	3.827
KURTOSIS	-1.322	SKEWNESS	0.543	RANGE	5.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	6.000		
VALID CASES	213	MISSING CASES	0		

Ek 11. YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA KOŞULLARIYLA İLGİLİ FREKANS DAĞILIMLARI

1) Yönetici hemşirelerin yönetim alanları dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	1-10 1.	69	31.7	31.7	31.7
	10-20 2.	68	31.2	31.2	62.8
	20-30 3.	29	13.3	13.3	76.1
	30-40 4.	8	3.7	3.7	79.8
	40- 5.	44	20.2	20.2	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	
MEAN	2.495	STD ERR	0.100	MEDIAN	2.088
MODE	1.000	STD DEV	1.476	VARIANCE	2.177
KURTOSIS	-0.920	SKEWNESS	0.700	RANGE	4.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	5.000		
VALID CASES	218	MISSING CASES	0		

2) Hemşirelik hizmetleri personelin alım şekillerinin dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	0.	20	9.2	9.2	9.2
	1.	82	37.6	37.6	46.8
	2.	13	6.0	6.0	52.8
	3.	47	21.6	21.6	74.3
	4.	18	8.3	8.3	82.6
	5.	38	17.4	17.4	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	
MEAN	2.344	STD ERR	0.112	MEDIAN	2.038
MODE	1.000	STD DEV	1.659	VARIANCE	2.752
KURTOSIS	-1.224	SKEWNESS	0.356	RANGE	5.000
MINIMUM	0.0	MAXIMUM	5.000		
VALID CASES	218	MISSING CASES	0		

3) Hastanelerde hemşirelik hizm. personeline oryantasyon programının yapılıp-
yapılmadığının dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	Evet 1.	118	54.1	54.1	54.1
	Hayır 2.	100	45.9	45.9	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	
MEAN	1.459	STD ERR	0.034	MEDIAN	1.424
MODE	1.000	STD DEV	0.439	VARIANCE	0.249
KURTOSIS	-1.991	SKEWNESS	0.167	RANGE	1.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	2.000		
VALID CASES	218	MISSING CASES	0		

4) Hastanelerde görev, yetki ve sorumlulukların yazılı olup-olmadığının dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	Evet 1.	77	35.3	35.3	35.3
	Hayır 2.	141	64.7	64.7	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	
MEAN	1.647	STD ERR	0.032	MEDIAN	1.727
MODE	2.000	STD DEV	0.479	VARIANCE	0.230
KURTOSIS	-1.631	SKEWNESS	-0.618	RANGE	1.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	2.000		
VALID CASES	214	MISSING CASES	0		

5) Hastanelerde yazılı yönetmelik, standart ve protokollerin olup-olmadığının dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	Evet 1.	41	18.8	18.8	18.8
	Hayır 2.	127	58.3	58.3	77.1
	Kısmen 4.	50	22.9	22.9	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	
MEAN	2.271	STD ERR	0.069	MEDIAN	2.035
MODE	2.000	STD DEV	1.018	VARIANCE	1.037
KURTOSIS	-0.593	SKEWNESS	0.757	RANGE	3.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	4.000		
VALID CASES	213	MISSING CASES	0		

Ek 12. YÖNETİCİ HEMŞİRELERİN P. D. İLE İLGİLİ VERİLERİNİN FREKANS DAĞILIMLARI

1) Yanıtlayıcıların performans değerlendirmeyi tanımlamalarıyla ilgili dağılımla

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	0.	45	20.6	20.6	20.6
	1.	43	19.7	19.7	40.4
	2.	36	16.5	16.5	56.9
	3.	29	13.3	13.3	70.2
	4.	14	6.4	6.4	76.6
	5.	29	13.3	13.3	89.9
	6.	22	10.1	10.1	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	
MEAN	2.454	STD ERR	0.136	MEDIAN	2.083
MODE	0.0	STD DEV	2.009	VARIANCE	4.037
KURTOSIS	-1.122	SKEWNESS	0.410	RANGE	6.000
MINIMUM	0.0	MAXIMUM	6.000		
VALID CASES	218	MISSING CASES	0		

2) Hastanelerde farklı personel grupları için, farklı kriterlerin kullanılıp-kullanılmadığının dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Evet	1.	133	61.0	61.0	61.0
Hayır	2.	42	19.3	19.3	80.3
Yöntem yok	3.	43	19.7	19.7	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	
MEAN	1.587	STD ERR	0.054	MEDIAN	1.320
MODE	1.000	STD DEV	0.800	VARIANCE	0.640
KURTOSIS	-0.362	SKEWNESS	0.884	RANGE	2.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	3.000		
VALID CASES	218	MISSING CASES	0		

3) Hastanelerde p. d. ne şekilde yapıldığının dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	1.	52	23.9	23.9	23.9
	2.	152	69.7	69.7	93.6
	3.	11	5.0	5.0	98.6
	4.	3	1.4	1.4	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	
MEAN	1.839	STD ERR	0.038	MEDIAN	1.875
MODE	2.000	STD DEV	0.565	VARIANCE	0.320
KURTOSIS	2.114	SKEWNESS	0.446	RANGE	3.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	4.000		
VALID CASES	218	MISSING CASES	0		

4) Hastanelerde p.d. ne sıklıkla yapılmakta olduğunun dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Yılda bir	1.	136	62.4	62.4	62.4
Altı ayda bir	2.	58	26.6	26.6	89.0
Görev bitiminde	3.	24	11.0	11.0	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	
MEAN	1.485	STD ERR	0.047	MEDIAN	1.301
MODE	1.000	STD DEV	0.637	VARIANCE	0.472
KURTOSIS	-0.116	SKEWNESS	1.082	RANGE	2.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	3.000		
VALID CASES	218	MISSING CASES	0		

5) Hemşirelik hizmetlerinde p.d. kim tarafından yapıldığının dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	0.	90	41.3	41.3	41.3
	1.	128	58.7	58.7	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	
MEAN	0.587	STD ERR	0.033	MEDIAN	0.648
MODE	1.000	STD DEV	0.493	VARIANCE	0.244
KURTOSIS	-1.890	SKEWNESS	-0.357	RANGE	1.000
MINIMUM	0.0	MAXIMUM	1.000		
VALID CASES	218	MISSING CASES	0		

6) Hastanelerdeki p. d. uygulamalarının gizlilik derecesiyle ilgili dağılım

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	1.	127	58.3	58.3	58.3
	2.	38	17.4	17.4	75.7
	3.	23	10.6	10.6	86.2
	4.	22	10.1	10.1	96.3
	5.	8	3.7	3.7	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	

MEAN	1.835	STD ERR	0.030	MEDIAN	1.358
MODE	1.000	STD DEV	1.184	VARIANCE	1.401
KURTOSIS	0.313	SKEWNESS	1.213	RANGE	4.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	5.000		
VALID CASES	213	MISSING CASES	5		

7) Yanıtlayıcıların, p. d. gizlilik derecesiyle ilgili önerilerinin dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	1.	24	11.0	11.0	11.0
	2.	14	6.4	6.4	17.4
	3.	170	78.0	78.0	95.4
	4.	10	4.6	4.6	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	

MEAN	2.761	STD ERR	0.043	MEDIAN	2.918
MODE	3.000	STD DEV	0.704	VARIANCE	0.496
KURTOSIS	1.965	SKEWNESS	-1.546	RANGE	3.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	4.000		
VALID CASES	213	MISSING CASES	5		

8) Hastanelerde p. d. sonuçlarına itiraz hakkının olup-olmadığıyla ilgili dağılım

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Evet	1.	79	36.2	36.2	36.2
Hayır	2.	139	63.8	63.8	100.0
TOTAL		218	100.0	100.0	
MEAN	1.633	STD ERR	0.033	MEDIAN	1.716
MODE	2.000	STD DEV	0.482	VARIANCE	0.232
KURTOSIS	-1.683	SKEWNESS	-0.577	RANGE	1.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	2.000		
VALID CASES	213	MISSING CASES	0		

9) Yönetici hemşirelerin p. d. gizliliğiyle ilgili düşüncelerinin dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Evet	1.	195	89.4	89.4	89.4
Hayır	2.	23	10.6	10.6	100.0
TOTAL		218	100.0	100.0	
MEAN	1.104	STD ERR	0.021	MEDIAN	1.059
MODE	1.000	STD DEV	0.303	VARIANCE	0.095
KURTOSIS	4.731	SKEWNESS	2.586	RANGE	1.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	2.000		
VALID CASES	213	MISSING CASES	0		

10) Yanıtlayıcıların, p. d. düzenli değerlendirilmesinin gerekli olup-olmadığıyla ilgili görüşlerinin dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Evet	1.	209	95.9	95.9	95.9
Hayır	2.	9	4.1	4.1	100.0
TOTAL		218	100.0	100.0	
MEAN	1.041	STD ERR	0.014	MEDIAN	1.022
MODE	1.000	STD DEV	0.193	VARIANCE	0.040
KURTOSIS	19.743	SKEWNESS	4.643	RANGE	1.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	2.000		
VALID CASES	213	MISSING CASES	0		

11) Uygulanan p. d. yönteminin gerçek performansı yansıtmı durumuyıla ilgili dağılım

CATEGORY LABEL	CCODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Evet	1.	22	10.1	10.1	10.1
Kısmen	2.	107	49.1	49.1	59.2
Hayır	3.	89	40.8	40.8	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	
MEAN	2.307	STD ERR	0.044	MEDIAN	2.313
MODE	2.000	STD DEV	0.645	VARIANCE	0.417
KURTOSIS	-0.703	SKEWNESS	-0.392	RANGE	2.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	3.000		
VALID CASES	218	MISSING CASES	0		

12) Yönetici hemşirelere p. d. konusunda bilgi verilip-verilmediğinin dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Evet	1.	34	15.6	15.6	15.6
Bazen	2.	44	20.2	20.2	35.8
Hayır	3.	140	64.2	64.2	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	
MEAN	2.485	STD ERR	0.051	MEDIAN	2.721
MODE	3.000	STD DEV	0.751	VARIANCE	0.564
KURTOSIS	-0.392	SKEWNESS	-1.072	RANGE	2.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	3.000		
VALID CASES	218	MISSING CASES	0		

13) Yönetici hemşirelerin astlarının p. d. yapmaktan rahatsız olup-olmamalarının f dağılımı

CATEGORY LABEL	CODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Boş	0.	2	0.9	0.9	0.9
Evet	1.	13	6.0	6.0	6.9
Hayır	2.	102	46.8	46.8	53.7
Bazen	3.	101	46.3	46.3	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	
MEAN	2.185	STD ERR	0.044	MEDIAN	2.422
MODE	2.000	STD DEV	0.643	VARIANCE	0.413
KURTOSIS	0.541	SKEWNESS	-0.772	RANGE	3.000
MINIMUM	0.0	MAXIMUM	3.000		
VALID CASES	218	MISSING CASES	0		

14) Yönetici hemşirelerin astlarının p. d. için harcadıkları zamanın dağılımı

CATEGORY LABEL	CCODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
	1.	28	12.8	12.8	12.8
	2.	62	29.4	28.4	41.3
	3.	37	17.0	17.0	58.3
	4.	51	23.4	23.4	81.7
	5.	40	19.3	18.3	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	
MEAN	3.060	STD ERR	0.090	MEDIAN	3.014
MODE	2.000	STD DEV	1.331	VARIANCE	1.771
KURTOSIS	-1.245	SKEWNESS	0.032	RANGE	4.000
MINIMUM	1.000	MAXIMUM	5.000		
VALID CASES	213	MISSING CASES	0		

15) Yönetici hemşirelerin yaptıkları p.d. ile 2. sicil amirlerinin değerlemeleri arasında fark olup-olmadığının dağılımı

CATEGORY LABEL	CCODE	ABSOLUTE FREQ	RELATIVE FREQ (PCT)	ADJUSTED FREQ (PCT)	CUM FREQ (PCT)
Bos	0.	32	14.7	14.7	14.7
Evet	1.	107	46.8	46.8	61.5
Kısmen	2.	75	34.4	34.4	95.9
Hayır	3.	9	4.1	4.1	100.0
	TOTAL	218	100.0	100.0	
MEAN	1.280	STD ERR	0.032	MEDIAN	1.255
MODE	1.000	STD DEV	0.762	VARIANCE	0.530
KURTOSIS	-0.433	SKEWNESS	0.047	RANGE	3.000
MINIMUM	0.0	MAXIMUM	3.000		
VALID CASES	213	MISSING CASES	0		

EK 13**Yaş Faktörü**

1) İşlerinden memnun olma düzeyleriyle karşılaştırıldığında;

$$X^2 = 12,66$$

$$S.D = 9$$

$$P \text{ Değeri} = 0,1784 \text{ } p > 0,05$$

2) Performans değerlendirmede dikkate alınan kriterler karşılaştırıldığında;

$$X^2 = 10,02$$

$$S.D = 9$$

$$P \text{ Değeri} = 0,3487 \text{ } p > 0,05$$

3) Performans değerlendirmeye ne ölçüde katıldıkları karşılaştırıldığında;

$$X^2 = 4,86$$

$$S.D = 6$$

$$P \text{ Değeri} = 0,5607 \text{ } p > 0,05$$

Eğitim Faktörü

1) İşlerinden memnun olma düzeyleriyle karşılaştırıldığında;

$$X^2 = 7,79$$

$$S.D = 6$$

$$P \text{ Değeri} = 0,253 \text{ } p > 0,05$$

2) Performans değerlendirmede dikkate alınan kriterler karşılaştırıldığında;

$$X^2 = 14,88$$

$$S.D = 6$$

$$P \text{ Değeri} = 0,021 \text{ } p < 0,05$$

3) Performans değerlendirmeye ne ölçüde katıldıkları karşılaştırıldığında;

$$X^2 = 2,56$$

$$S.D = 4$$

$$P \text{ Değeri} = 0,633 \text{ } p > 0,05$$

Medeni Durum Faktörü

1) İşlerinden memnun olma düzeyleriyle karşılaştırıldığında;

$$X^2 = 12,69$$

$$S.D = 10$$

$$P \text{ Değeri} = 0,048 \text{ } p < 0,05$$

2) Performans değerlendirmede dikkate alınan kriterler karşılaştırıldığında;

$$X^2 = 7,26$$

$$S.D = 6$$

$$P \text{ Değeri} = 0,294 \text{ } p > 0,02$$

3) Performans değerlendirmeye ne ölçüde katıldıkları karşılaştırıldığında;

$$X^2 = 5,41$$

$$S.D = 4$$

$$P \text{ Değeri} = 0,246 \text{ } p > 0,05$$

Çalışılan Ünite Faktörü

1) İşlerinden memnun olma düzeyleriyle karşılaştırıldığında;

$$X^2 = 42,15$$

$$S.D = 3$$

$$P \text{ Değeri} = 0,004 \text{ } p < 0,01$$

2) Performans değerlendirmede dikkate alınan kriterler karşılaştırıldığında;

$$X^2 = 32,62$$

$$S.D = 21$$

$$P \text{ Değeri} = 0,05, p = 0,05$$

3) Performans değerlendirmeye ne ölçüde katıldıkları karşılaştırıldığında;

$$X^2 = 19,43$$

$$S.D = 14$$

$$P \text{ Değeri} = 0,148 \text{ } p > 0,05$$

Deneyim Faktörü

1) İşlerinden memnun olma düzeyleriyle karşılaştırıldığında;

$$X^2 = 17,87$$

$$S.D = 13$$

$$P \text{ Değeri} = 0,269 \text{ } p > 0,05$$

2) Performans değerlendirmede dikkate alınan kriterler karşılaştırıldığında;

$$\begin{aligned} X^2 &= 10,77 \\ S.D &= 15 \\ P \text{ Değeri} &= 0,768 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

3) Performans değerlendirmeye ne ölçüde katıldıkları karşılaştırıldığında;

$$\begin{aligned} X^2 &= 11,20 \\ S.D &= 10 \\ P \text{ Değeri} &= 0,341 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

Çalışma Düzeni Faktörü

1) İşlerinden memnun olma düzeyleriyle karşılaştırıldığında;

$$\begin{aligned} X^2 &= 17,62 \\ S.D. &= 10 \\ P \text{ Değeri} &= 0,039 \quad p < 0.05 \end{aligned}$$

2) Performans değerlendirmede dikkate alınan kriterler karşılaştırıldığında;

$$\begin{aligned} X^2 &= 24,41 \\ S.D &= 9 \\ P \text{ Değeri} &= 0,003, \quad p < 0.01 \end{aligned}$$

3) Performans değerlendirmeye ne ölçüde katıldıkları karşılaştırıldığında;

$$\begin{aligned} X^2 &= 8,00 \\ S.D &= 6 \\ P \text{ Değeri} &= 0,237 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

Çalışacağı Birimi Seçme Faktörü

1) İşlerinden memnun olma düzeyleriyle karşılaştırıldığında;

$$\begin{aligned} X^2 &= 13,35 \\ S.D &= 8 \\ P \text{ Değeri} &= 0,003 \quad p < 0.01 \end{aligned}$$

2) Performans değerlendirmede dikkate alınan kriterler karşılaştırıldığında;

$$\begin{aligned} X^2 &= 4,59 \\ S.D &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0,200 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

3) Performans değerlendirmeye ne ölçüde katıldıkları karşılaştırıldığında;

$$X^2 = 20,64$$

$$S.D = 2$$

$$P \text{ Değeri} = 0,000 \quad p < 0,001$$

Ek. 14

YAŞ FAKTÖRÜ İLE

1) Performans değerlendirmenin kurumlardaki uygulama sıklığının karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} X^2 &= 10.51 \\ S.D. &= 8 \\ P \text{ Değeri} &= 0.2304 \text{ } p>0.05. \end{aligned}$$

Yönetici hemşirelerin önerdikleri sıklığın karşılaştırılması ;

$$\begin{aligned} X^2 &= 13.68 \\ SD. &= 12 \\ P \text{ Değeri} &= 0.321 \text{ } p>0.05 \end{aligned}$$

2) Performans değerlendirmenin kurumlarında hangi amaçlarla uygulandığının karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} * \text{ Denetleme amacıyla} \quad X^2 &= 1.23 \\ S.D. &= 4 \\ P \text{ Değeri} &= 0.8724 \text{ } p>0.05 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} * \text{ İşten çıkarmak amacıyla} \quad X^2 &= 10.79 \\ S.D. &= 4 \\ P \text{ Değeri} &= 0.1290 \text{ } p>0.05 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} * \text{ Terfi amacıyla} \quad X^2 &= 4.32 \\ S.D. &= 4 \\ P \text{ Değeri} &= 0.3642 \text{ } p>0.05 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} * \text{ Ödülledirme, özendirme amacıyla} \quad X^2 &= 0.03 \\ S.D. &= 4 \\ P \text{ Değeri} &= 0,9998 \text{ } p>0.05 \end{aligned}$$

Performans değerlendirmenin hangi amaçlarla uygulanması gerektiğiyle ilgili görüşlerin karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} * \text{ Denetleme amacıyla} \quad X^2 &= 11.25 \\ S.D. &= 4 \\ P \text{ Değeri} &= 0.023 \text{ } p<0.05 \end{aligned}$$

* İşten çıkarmak amacıyla $X^2 = 19.72$
 S.D. = 4
 P Değeri = 0.000 $p < 0.001$

* Terfi amacıyla $X^2 = 17.13$
 S.D. = 4
 P Değeri = 0.001 $p = 0.001$

* Ödüllendirme ve özendirme amacıyla $X^2 = 8.19$
 S.D. = 4
 P Değeri = 0.08 $p > 0.05$

* Eğitim gereksinimlerini sağlamak amacıyla $X^2 = 10.33$
 S.D. = 4
 P Değeri = 0.03 $p < 0.05$

* Hizmetin kalitesi ve organizasyonunun verimliliğini artırmak amacıyla $X^2 = 14.82$
 S.D. = 4
 P Değeri = 0.05 $p = 0.05$

3. Kurumlarında uygulanan performans değerlendirmelere katılım olanaklarının karşılaştırılması; $X^2 = 20.33$
 S.D. = 16
 P Değeri = 0.205 $p > 0.05$

Yönetici hemşirelerin, performans değerlendirmeye katılımı ile ilgili önerilerinin karşılaştırılması; $X^2 = 14.53$
 S.D. = 12
 P Değeri = 0.267 $p > 0.05$

4. Hastanelerde performans değerlendirme uygulamalarında dikkate alınan kriterlerin karşılaştırılması;

* Görevlerini gerçekleştirme derecesi $X^2 = 6.84$
 S.D. = 4
 P Değeri = 0.1445 $p > 0.05$

* Hastanenin belirlediği amaçlara
ulaşma derecesi $X^2 = 13.07$
S.D. = 4
P Değeri = 0.1109 $p > 0.05$

* Kişisel nitelik ve yeteneklerin
dikkate alınması $X^2 = 3.11$
S.D. = 4
P Değeri = 0.5395 $p > 0.05$

* Mesleki bilgi ve beceriler $X^2 = 4.29$
S.D. = 4
P Değeri = 0.3678 $p > 0.05$

Yönetici hemşirelerin performans değerlendirme uygulamalarında
dikkate alınmasını önerdikleri kriterlerin karşılaştırılması;

* Görevlerini gerçekleştirme derecesi $X^2 = 1.18$
S.D. = 4
P Değeri = 0.8805 $p > 0.05$

* Amaçlara ulaşma derecesi $X^2 = 4.06$
S.D. = 4
P Değeri = 0.3979 $p > 0.05$

* Mesleki bilgi ve beceri $X^2 = 4.81$
S.D. = 4
P Değeri = 0.3065 $p > 0.05$

5) Performans değerlendirmenin düzenli uygulamasının gerekip-
gerekmediğiyle ilgili görüşlerin karşılaştırılması;

$X^2 = 6.83$
S.D. = 4
P Değeri = 0.1449 $p > 0.005$

Ek 15.

EĞİTİM DÜZEYİ FAKTÖRÜ İLE

1. Performans değerlendirmenin kurumlarındaki uygulama sıklığının karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} X^2 &= 5.45 \\ S.D. &= 6 \\ P \text{ Değeri} &= 0.486 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

Yönetici hemşirelerin önerdikleri sıklığın karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} X^2 &= 13.0 \\ S.D. &= 9 \\ P \text{ Değeri} &= 0.1625 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

2. Performans değerlendirmenin hangi amaçlarla uygulandığının karşılaştırılması;

* Denetleme amacıyla

$$\begin{aligned} X^2 &= 1.89 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.5940 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

* İşten çıkarmak amacıyla

$$\begin{aligned} X^2 &= 10.20 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.1100 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

* Terfi amacıyla

$$\begin{aligned} X^2 &= 0.92 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.8191 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

* Ödüllendirme-Özendirme amacıyla

$$\begin{aligned} X^2 &= 2.89 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.4086 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

Yönetici hemşirelerin performans değerlendirmenin hangi amaçlarla uygulanması gerektiğiyle ilgili görüşlerinin karşılaştırılması;

* Denetleme amacıyla

$$\begin{aligned} X^2 &= 5.26 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.1535 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

* Ödüllendirme-özendirme $X^2 = 3.62$
 S.D. = 3
 P Değeri = 0.3044 $p > 0.05$

* Öğretim gereksinimlerini saptama amacıyla $X^2 = 3.77$
 S.D. = 3
 P Değeri = 0.2864 $p > 0.05$

* Hizmetin kalitesi-örgütün verimliliğini ölçmek amacıyla $X^2 = 1.30$
 S.D. = 3
 P Değeri = 0.7275 $p > 0.05$

3. Kurumlarında uygulanan performans değerlendirmelere katılım olanaklarının karşılaştırılması; $X^2 = 22.05$
 S.D. = 12
 P Değeri = 0.036 $p > 0.05$

Yöneticisi hemşirelerin performans değerlendirmeye katılımı ile ilgili önerilerinin karşılaştırılması; $X^2 = 15.17$
 S.D. = 9
 P Değeri = 0.086 $p > 0.05$

4. Hastanelerde performans değerlendirme uygulamalarında dikkate alınan kriterler karşılaştırılması;

* Görevlerini gerçekleştirme derecesi $X^2 = 4.56$
 S.D. = 3
 P Değeri = 0.2070 $p > 0.05$

* Hastanenin belirlediği amaçlara ulaşma derecesi $X^2 = 9.45$
 S.D. = 3
 P Değeri = 0.2070 $p > 0.05$

* Kişisel nitelikler ve yetenekleri $X^2 = 0.53$
 S.D. = 3
 P Değeri = 0.9109 $p > 0.05$

* Mesleki bilgi ve becerileri $X^2 = 3.93$
 S.D. = 3
 P Değeri = 0.2682 $p > 0.05$

Yönetici hemşirelerin performans değerlendirme uygulamalarında dikkate alınmasını önerdikleri kriterlerin karşılaştırılması;

* Görevlerini gerçekleştirme derecesi
 $X^2 = 3.60$
 S.D. = 3
 P Değeri = 0.30 $p > 0.05$

* Amaçlara ulaşma derecesi $X^2 = 5.47$
 S.D. = 3
 P Değeri = 0.1400 $p > 0.05$

* Kişisel nitelik ve yetenekleri $X^2 = 2.21$
 S.D. = 3
 P Değeri = 0.5290 $p > 0.05$

* Mesleki bilgi ve becerileri $X^2 = 1.36$
 S.D. = 3
 P Değeri = 0.7148 $p > 0.05$

5. Performans değerlendirmenin düzenli uygulanmasının gerekip gerekmediğiyle ilgili görüşlerin karşılaştırılması;

$X^2 = 5.86$
 S.D. = 3
 P Değeri = 0.1184 $p > 0.05$

Ek 16

DENEYİM FAKTÖRÜ İLE

1. Performans değerlendirmenin kurumlarındaki uygulama sıklığının karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} X^2 &= 22.54 \\ S.D. &= 10 \\ P \text{ Değeri} &= 0.112 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

Yönetici hemşirelerin önerdikleri sıklığın karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} X^2 &= 17.62 \\ S.D. &= 15 \\ P \text{ Değeri} &= 0.2827 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

2. Performans değerlendirmenin kurumlarda hangi araçlarla uygulandığının karşılaştırılması;

* Denetleme amacıyla kullanılır

$$\begin{aligned} X^2 &= 2.40 \\ S.D. &= 5 \\ P \text{ Değeri} &= 0.7904 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* İşten çıkarmak amacıyla kullanılır

$$\begin{aligned} X^2 &= 8.67 \\ S.D. &= 5 \\ P \text{ Değeri} &= 0.1229 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* Terfi amacıyla kullanılır

$$\begin{aligned} X^2 &= 3.13 \\ S.D. &= 5 \\ P \text{ Değeri} &= 0.6796 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* Ödüllendirme-özendirme amacıyla kullanılır

$$\begin{aligned} X^2 &= 5.14 \\ S.D. &= 5 \\ P \text{ Değeri} &= 0.3989 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

Yönetici hemşirelerin performans değerlendirmenin hangi amaçlarla uygulanması gerektiğiyle ilgili önerilerinin karşılaştırılması;

* Denetleme amacıyla kullanılmalı

$$\begin{aligned} X^2 &= 4.49 \\ S.D. &= 5 \\ P \text{ Değeri} &= 0.4808 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* İşten çıkarmak amacıyla kullanılmalı

$$\begin{aligned} X^2 &= 6.08 \\ S.D. &= 5 \\ P \text{ Değeri} &= 0.2981 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* Terfi amacıyla kullanılmalı

$$\begin{aligned} X^2 &= 5.62 \\ S.D. &= 5 \\ P \text{ Değeri} &= 0.3449 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* Ödüllendirme-özendirme amacıyla kullanılmalı

$$\begin{aligned} X^2 &= 8.68 \\ S.D. &= 5 \\ P \text{ Değeri} &= 0.1223 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* Eğitim gereksinimlerini saptamada

$$\begin{aligned} X^2 &= 3.84 \\ S.D. &= 5 \\ P \text{ Değeri} &= 0.5723 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* Hizmetin kalitesi ve örgütün verimliliğini sağlamada

$$\begin{aligned} X^2 &= 6.54 \\ S.D. &= 5 \\ P \text{ Değeri} &= 0.2566 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

3. Kurumlarda uygulanan performans değerlendirmelere katılım olanaklarının karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} X^2 &= 22.30 \\ S.D. &= 11 \\ P \text{ Değeri} &= -0.324 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

Yönetici hemşirelerin performans değerlendirmeye katılımı ile ilgili önerilerinin karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} X^2 &= 26.95 \\ S.D. &= 15 \\ P \text{ Değeri} &= 0.029 \quad p<0.05 \end{aligned}$$

4. Hastanelerde performans değerlendirme uygulamalarında dikkate alınan kriterlerin karşılaştırılması;

* Görevlerini gerçekleştirme derecesi

$$\begin{aligned} X^2 &= 11.42 \\ S.D. &= 5 \\ P \text{ Değeri} &= 0.1436 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* Hastanenin belirlediği amaçlara ulaşma

$$X^2 = 7.32$$

$$S.D. = 5$$

$$P \text{ Değeri} = 0.1973 \quad p > 0.05$$

* Kişisel nitelik ve yetenekler

$$X^2 = 3.83$$

$$S.D. = 5$$

$$P \text{ Değeri} = 0.1203 \quad p > 0.05$$

* Mesleki bilgi ve beceriler

$$X^2 = 10.35$$

$$S.D. = 5$$

$$P \text{ Değeri} = 0.1203 \quad p > 0.05$$

Yönetici hemşirelerin performans değerlendirme uygulamalarında dikkate alınmasını önerdikleri kriterlerin karşılaştırılması;

* Görevlerini gerçekleştirme derecesi

$$X^2 = 6.46$$

$$S.D. = 5$$

$$P \text{ Değeri} = 0.2635 \quad p > 0.05$$

* Amaçlara ulaşma derecesine bakılmalı

$$X^2 = 10.82$$

$$S.D. = 5$$

$$P \text{ Değeri} = 0.1550 \quad p > 0.05$$

* Kişisel nitelik ve yeteneklere

$$X^2 = 9.21$$

$$S.D. = 5$$

$$P \text{ Değeri} = 0.1007 \quad p > 0.05$$

* Mesleki bilgi ve becerilere

$$X^2 = 5.95$$

$$S.D. = 5$$

$$P \text{ Değeri} = 0.3103 \quad p > 0.05$$

5. Performans değerlendirmenin düzenli uygulanmasının gerekip gerekmediğiyle ilgili görüşlerin karşılaştırılması;

$$X^2 = 12.51$$

$$S.D. = 5$$

$$P \text{ Değeri} = 0.028 \quad p < 0.05$$

Ek 17

YÖNETİCİLİK POZİSYONU FAKTÖRÜ İLE

1. Performans değerlendirmenin kurumlarındaki uygulama sıklığının karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} X^2 &= 17.20 \\ S.D. &= 6 \\ P \text{ Değeri} &= 0.008 \quad p < 0.05 \end{aligned}$$

Yönetici hemşirelerin önerdikleri sıklığın karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} X^2 &= 7.52 \\ S.D. &= 9 \\ P \text{ Değeri} &= 0.5826 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

2. Performans değerlendirme kurumlarında hangi amaçlarla uygulandığının karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} * \text{ Denetleme amacıyla} \quad X^2 &= 4.86 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.1819 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} * \text{ İşten çıkarmak amacıyla} \quad X^2 &= 5.66 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.1289 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} * \text{ Terfi amacıyla} \quad X^2 &= 3.46 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.3250 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} * \text{ Ödüllendirme-özendirme amacıyla} \quad X^2 &= 3.94 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.2675 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

Yönetici hemşirelerin performans değerlendirmenin hangi amaçlarla uygulanması gerektiğiyle ilgili önerilerinin karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} * \text{ Denetleme amacıyla kullanılmalı} \quad X^2 &= 1.05 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.7896 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

* İşten çıkarmak amacıyla kullanılmalı

$$\begin{aligned} X^2 &= 3.60 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.3073 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* Terfi amacıyla kullanılmalı

$$\begin{aligned} X^2 &= 6.42 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.0926 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* Ödüllendirme-özendirme amacıyla kullanılmalı

$$\begin{aligned} X^2 &= 4.42 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.2189 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* Eğitim gereksinimlerini saptamak amacıyla

$$\begin{aligned} X^2 &= 4.46 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.2152 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* Hizmetin kalitesi ve örgütün verimliliğini sağlamak amacıyla

$$\begin{aligned} X^2 &= 4.27 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.2337 \quad p<0.05 \end{aligned}$$

3. Kurumlarda uygulanan performans değerlendirmelere katılım olanaklarının karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} X^2 &= 13.75 \\ S.D. &= 12 \\ P \text{ Değeri} &= 0.316 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

Yönetici hemşirelerin performans değerlendirmeye katılım ile ilgili önerilerinin karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} X^2 &= 8.43 \\ S.D. &= 9 \\ P \text{ Değeri} &= 0.4907 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

4. Hastanelerde performans değerlendirme uygulamalarda dikkate alınan kriterlerin karşılaştırılması;

* Görevlerini gerçekleştirme derecesi

$$\begin{aligned} X^2 &= 8.21 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.0418 \quad p<0.05 \end{aligned}$$

* Hastanenin belirlediği amaçlara ulaşma

$$\begin{aligned} X^2 &= 8.79 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.032 \quad p < 0.05 \end{aligned}$$

* Kişisel nitelik ve yetenekler

$$\begin{aligned} X^2 &= 4.48 \\ S.D. &= 13 \\ P \text{ Değeri} &= 0.213 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

* Mesleki bilgi ve beceriler

$$\begin{aligned} X^2 &= 8.96 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.029 \quad p < 0.05 \end{aligned}$$

Yönetici hemşirelerin performans değerlendirme uygulamalarında dikkate alınmasını önerdikleri kriterlerin karşılaştırılması;

* Görevlerini gerçekleştirme derecesi

$$\begin{aligned} X^2 &= 6.40 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.0936 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

* Belirlenen amaçlara ulaşma derecesi

$$\begin{aligned} X^2 &= 3.65 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.3013 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

* Kişisel nitelik ve yetenekleri

$$\begin{aligned} X^2 &= 7.53 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.0966 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

* Mesleki bilgi ve becerileri

$$\begin{aligned} X^2 &= 1.87 \\ S.D. &= 3 \\ P \text{ Değeri} &= 0.5997 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

5. Performans değerlendirmenin düzenli uygulanmasının gerekip gerekmediğiyle ilgili görüşlerin karşılaştırılması

$$\begin{aligned} X^2 &= 5.12 \\ S.D. &= 2 \\ P \text{ Değeri} &= 0.162 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

Ek 18

PERFORMANS DEĞERLENDİRMEYLE İLGİLİ
BİLGİ DÜZEYİ FAKTÖRÜ İLE

1. Performans değerlendirmenin kurumlarındaki uygulama sıklığının karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} X^2 &= 22.66 \\ S.D. &= 4 \\ P \text{ Değeri} &= 0.000 \quad p < 0.001 \end{aligned}$$

Yönetici hemşirelerin önerdikleri sıklığın karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} X^2 &= 6.14 \\ S.D. &= 6 \\ P \text{ Değeri} &= 0.407 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

2. Performans değerlendirmenin kurumlarında hangi amaçlarla uygulandığının karşılaştırılması;

* Denetleme amacıyla

$$\begin{aligned} X^2 &= 3.80 \\ S.D. &= 2 \\ P \text{ Değeri} &= 0.1491 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

* İşten çıkarmak amacıyla

$$\begin{aligned} X^2 &= 0.56 \\ S.D. &= 2 \\ P \text{ Değeri} &= 0.7524 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

* Terfi amacıyla

$$\begin{aligned} X^2 &= 0.65 \\ S.D. &= 2 \\ P \text{ Değeri} &= 0.7200 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

* Ödüllendirme-özendirme amacıyla

$$\begin{aligned} X^2 &= 5.23 \\ S.D. &= 2 \\ P \text{ Değeri} &= 0.1500 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

Yönetici hemşirelerin performans değerlendirmenin hangi amaçlarla uygulanması gerektiğiyle ilgili önerilerin karşılaştırılması;

* Denetleme amacıyla kullanılmalı

$$\begin{aligned} X^2 &= 0.53 \\ S.D. &= 2 \\ P \text{ Değeri} &= 0.7637 \quad p > 0.05 \end{aligned}$$

* İşten çıkarmak amacıyla kullanılmalı

$$X^2 = 5.24$$

$$S.D. = 2$$

$$P \text{ Değeri} = 0.0725 \quad p > 0.05$$

* Ödüllendirme-özendirme amacıyla kullanılmalı

$$X^2 = 2.25$$

$$S.D. = 2$$

$$P \text{ Değeri} = 0.3238 \quad p > 0.05$$

* Eğitim gereksinimlerini saptamak amacıyla

$$X^2 = 1.38$$

$$S.D. = 2$$

$$P \text{ Değeri} = 0.5005 \quad p > 0.05$$

* Hizmetin kalitesi ve örgütün verimliliğini sağlamak amacıyla

$$X^2 = 1.81$$

$$S.D. = 2$$

$$P \text{ Değeri} = 0.4042$$

3. Kurumlarında uygulanan performans değerlendirmelere katılım olanaklarının karşılaştırılması;

$$X^2 = 30.13$$

$$S.D. = 8$$

$$P \text{ Değeri} = 0.000 \quad p < 0.001$$

Yönetici hemşirelerin performans değerlendirmeye katılımı ile ilgili önerilerinin karşılaştırılması;

$$X^2 = 1.89$$

$$S.D. = 6$$

$$P \text{ Değeri} = 0.928 \quad p > 0.05$$

4. Hastanelerde performans değerlendirme uygulamalarında dikkate alınan kriterlerin karşılaştırılması;

* Görevlerini gerçekleştirme derecesi

$$X^2 = 11.95$$

$$S.D. = 2$$

$$P \text{ Değeri} = 0.002 \quad p < 0.01$$

* Hastanenin belirlediği amaçlara ulaşma

$$X^2 = 0.08$$

$$S.D. = 2$$

$$P \text{ Değeri} = 0.9579 \quad p > 0.05$$

* Kişisel nitelik ve yetenekler

$$\begin{aligned} X^2 &= 2.31 \\ S.D. &= 2 \\ P \text{ Değeri} &= 0.3141 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* Meslek bilgi ve beceriler

$$\begin{aligned} X^2 &= 11.30 \\ S.D. &= 2 \\ P \text{ Değeri} &= 0.003 \quad p<0.01 \end{aligned}$$

Yönetici hemşirelerin performans değerlendirme uygulamalarında dikkate alınmasını önerdikleri kriterlerin karşılaştırılması;

* Görevlerini gerçekleştirme derecesi dikkate alınmalı

$$\begin{aligned} X^2 &= 3.66 \\ S.D. &= 2 \\ P \text{ Değeri} &= 0.1603 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* Amaçlara ulaşma derecesi gözönüne alınmalı

$$\begin{aligned} X^2 &= 4.96 \\ S.D. &= 2 \\ P \text{ Değeri} &= 0.1340 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* Kişisel nitelik ve yeteneklere

$$\begin{aligned} X^2 &= 0.08 \\ S.D. &= 2 \\ P \text{ Değeri} &= 0.9581 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

* Mesleki bilgi ve becerilere

$$\begin{aligned} X^2 &= 0.81 \\ S.D. &= 2 \\ P \text{ Değeri} &= 0.6643 \end{aligned}$$

5. Performans değerlendirmesi düzenli uygulanmasının gerekip-gerekmediğiyle ilgili görüşlerin karşılaştırılması;

$$\begin{aligned} X^2 &= 0.77 \\ S.D. &= 2 \\ P \text{ Değeri} &= 0.6796 \quad p>0.05 \end{aligned}$$

EK 19

Hemşirelik Hizmetlerinde Kullanılan Klasik Performans Değerlendirme Yöntemlerinden Grafik Dereceleme yönteminde ele alınabilecek başlıca performans değerlendirme kriterlerine aşağıda yer verilmektedir.

a) Yönetici hemşirenin performansını değerlendirirken dikkate alınabilecek olan değerlendirme kriterleri:

YÖNETSEL SORUMLULUKLARI

- Hemşirelik hizmetleri bölümünün bütçesini planlar ve/veya hazırlık çalışmalarını yürütülmesi
- Bütçe sınırları içinde gerekli malzeme/araç/gereç gereksinimlerini sağlaması
- Hemşirelik hizmetlerinin personel gereksinimini saptama aranacak nitelikleri belirleme, personel sağlanması faaliyetlerinde rol alma
- İş tanımlarından yararlanarak hemşirelik personelini değerlendirmesi
- Hemşirelik personelinin gelişimi için eğitim fırsatları yaratması
- Sözlü ve yazılı haberleşmeyi olumlu şekilde kullanarak, açık bir iletişimin sürdürülmesini desteklemesi
- Hastalar ve kendi personeli için, temiz, emniyetli, etkin ve verimli bir çevre sağlaması
- Kurum içindeki komite çalışmalarında rol alması
- Hastalara, topluma ve diğer meslek üyelerine hemşirenin rolünü açıklayabilmesi
- Sorumluluk alanı içinde değişimi kolaylaştırıcı bir yaklaşım sergileyerek, rol modeli oluşturması
- Hemşirelik personelinin kullanımı için araç-gereç ve malzeme kaynağının geliştirilmesi

- Hemşirelik hizmetleri personelinin yönetimiyle ilgili olarak bulunduğu statüye göre rol oynaması (personel seçimi, deneme süresini uzatma, personelin kontrolü/değerlendirmesi, disiplin cezası verme, işten çıkarma gibi)
- Hiyerarşiye göre bir üstünün yokluğunda onun yerini doldurabilme durumu
- Hemşirelik hizmetleri dışında gelişen sorunlara karşı çözüm önerileri getirebilmesi
- Zamanında doğru ve kesin karar verebilme yeteneği

HASTA BAKIM SORUMLULUKLARI

- Hemşirelik hizmetleri bölümünün felsefesini ve amaçlarını tanımlayarak, yüksek standartlarda bakım verilmesini sağlaması
- Hasta bakımının kalitesini izlemesi
- Hasta bakımının sürekliliğini sağlamak için, diğer birimlerle haberleşme kanallarının açık tutulmasını sağlaması
- Hasta bakımı verilirken, gerektiğinde bir rol model olarak hareket etmesi
- Günlük hemşirelik bakım faaliyetlerinin etkin ve koordineli şekilde yürütülmesini sağlaması
- Hasta haklarına ve ahlaki değerlere saygı gösterilerek bakım verilmesini sağlaması
- Hasta gereksinimlerini dikkate alarak, hemşirelik personelinin dağılımını yapabilmesi

EĞİTİMCİ YÖNÜYLE İLGİLİ SORUMLULUKLARI

- Hemşirelik hizmetleri personeli için bir kaynak kişi gibi davranabilmesi

- Kendi personelinin eğitim gereksinimlerini değerlendirebilmesi
- Saptadığı eğitim gereksinimlerini karşılayacak eğitim planlamaları yapabilmesi
- Klinik uzmanlar ve öğretmenlerle işbirliği içine girerek personeli için olumlu öğrenme deneyimleri gerçekleştirebilmesi

ARAŞTIRMACI YÖNÜYLE İLGİLİ SORUMLULUKLARI

- Hemşirelik hizmetleri bölümü için standartlar, politikalar ve prosedürler geliştirmesi ve bunu grubuyla paylaşması
- Hemşirelik uygulamalarında araştırmacı ve yenilikçi bir ortamı yaratabilmesi
- Hemşirelik hizmetleri personellerini araştırmalara katılmaya motive etmesi

b) Servis Hemşiresinin Performansı Değerlendirilirken Dikkate Alınabilecek Değerlendirme Kriterleri

HEMŞİRELİK BAKIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

- Hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini sağlama, hasta anamnezini alması
- Hasta anamnezini değerlendirip-yorumlaması (sorun saptama)
- Hasta sorunlarını hemşirelik bakım planına aktarabilmesi
- Bakım planındaki girişimleri uygulaması, yürütmesi
- Hemşirelik girişimlerinin sonuçlarını değerlendirerek, açık, kısa, doğru ve okunaklı şekilde raporlaması
- Teknik becerisini yeterli bir düzeyde gösterebilmesi
- Hastadaki değişiklikleri (ilerleme/gerileme gibi) hemşirelik raporuna anında kaydetmesi
- Hastadaki değişiklikleri diğer meslek üyeleriyle paylaşabilmesi

- Hasta ve ailesiyle bakımın sürdürülebilmesi amacıyla ilişki içinde olması
- Hasta ve ailesinin bakım konusunda eğitiminde, rehabilitasyonunda rol alması
- Hastanın rahat edebileceği uygun çevreyi sağlaması

KİŞİLER ARASI İLİŞKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

- Hastalar ve aileleriyle olumlu ilişkiler kurarak, bunu hasta bakımına aktarabilme becerisi
- Hastanedeki diğer meslek gruplarıyla olumlu ilişkiler kurabilmesi
- Kurumun tanıtımı ve hizmetin kalitesini artırıcı çabalara katılımı
- Yaptığı etkin hemşirelik uygulamalarını, ekip üyeleriyle paylaşarak klinik koordinasyonu sağlaması
- Hemşirelik uygulamalarını ve davranışlarını, hastanenin ve hemşirelik hizmetleri bölümünün politikalarına uygun şekilde yürütebilmesi
- Hemşirelik hizmetleri personeliyle (iş arkadaşları, yardımcı personel gibi) iyi ilişkiler kurarak, onları destekleyici çabalar göstermesi

HİZMETİN VERİMLİLİĞİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

- Hemşirelik hizmetleri faaliyetlerini planlı olarak gerçekleştirmesi
- Eldeki olanakları etkin bir şekilde kullanarak kaliteli ve verimli bir hemşirelik hizmeti sunabilmesi
- İşlevlerini yerine getirirken verimsizliği giderici önlemler alması
- Maliyet ve etkinliği gözönünde tutarak, kaynakları yerinde ve gerektiği şekilde kullanması

- İşlerin etkin ve verimli sürdürülmesi için düzenlemeler yaparak, zamanını iyi kullanması
- Çalışma ortamındaki tüm fırsatları değerlendirebilmesi
- Dikkatli, titiz olması ve önemli hususları gözden kaçırmaması

EĞİTİMCİ YÖNÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

- İşe yeni başlayan hemşirelik personelinin servis kurallarını, yönergelerini öğrenmesine ve oryantasyonuna yardımcı olması
- Öğrenci hemşirelerin olumlu öğrenme deneyimi kazanmalarını desteklemesi
- Hasta ve ailesine, tedavi-bakım ve rehabilitasyon konusunda eğitim vermesi
- Klinik içi ve dışındaki eğitim programlarına katılımı
- Kurum içi veya dışı tüm eğitim programlarına katkıda bulunması (eğitim planının yapılmasında rol alma gibi)
- Yardımcı personel ve deneyimsiz hemşirelerin eğitim gereksinimlerini saptayarak, değerlendirmesi
- Hemşirelik hizmetleri personeli için bir rol model gibi davranması
- Hemşirelik hizmetleri personelinin, kendisini geliştirmesi hususunda cesaretlendirmesi

EKİP ÇALIŞMASINA KATKISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

- Hemşirelik hizmetleri bölümü ve diğer hizmet birimleri arasında koordineli bir çalışma sergilemesi
- Değişen koşullara karşı esnek olması, sakin ve olumlu şekilde katılması
- Yapılan planlar doğrultusunda, işini zamanında raporlaması

- Grup çalışmalarında sorumluluk alması
- Sorumluluklarını gerektiği şekilde yerine getirilmesi
- Hastaların ve servisin gereksinimlerini karşılamak için diğer disiplinlerle iletişim kurarak, uyumlu çalışmalar sergileyebilmesi
- Hastalar, aileleri ve diğer meslek gruplarıyla ilişkilerinde hastanenin ve hemşirelik hizmetleri bölümünün felsefesi, amaçları doğrultusunda hareket etmesi
- Özellikle acil durumlarda, üzerine düşen rolün gerektirdiklerini yapabilmesi

MESLEKİ İNANÇLARIN VE MESLEKİ (ETİK) KURALLARA UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ:

- Hastanın gereksinimlerinin, mahremiyeti ve ahlaki değerler doğrultusunda saygı gösterilerek karşılanması
- Mesleki toplantılara katılımı ve destekleyici yaklaşımları
- Hasta bakım gereksinimlerindeki ani değişikliklerde sorumluluk yüklenmesi
- Hemşirelik bakımının kalitesini güvence altına almaya çaba göstermesi
- Hastanenin ve hemşirelik hizmetleri bölümünün felsefesini, amaçlarını, standart ve politikalarını bilerek, buna uygun yaklaşımlar geliştirmesi
- Hekim istemlerinin yerine getirilmesinde, profesyonelce bir tutum sergilemesi

ARAŞTIRMACI YÖNÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

- Hastane genelinde planlanan araştırmalarda, sağlık ekibi üyeleriyle iletişime geçerek, danışma ve işbirliği içinde davranması
- Araştırma planlamalarında hemşireliğe özgü problemleri tanıması

- Araştırma çalışmalarının hemşirelik personeli ve hasta bakımı üzerindeki etkilerini değerlendirmesi
- Araştırma sonuçlarını hemşirelik uygulamalarına katabilmesi
- Hemşirelik hizmetleri personelini araştırmalara katılma konusunda cesaretlendirmesi
- Yöneticilerinin istemesi halinde, ünitenin politika, prosedür ve bakım standartlarını geliştirme çabası göstermesi

YÖNETİCİLERİNE KARŞI TUTUMU ve YÖNETSEL ROLÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

- Hemşire yöneticilerle iyi iletişim ve ilişki içinde olması
- Hemşirelik hizmetleri yönetiminin hiyerarşik yapısına bağlı olarak sorumluluk ve otorite düzeylerinin farkında olarak, davranabilmesi
- Yönetici hemşirelerden bir rol model ve kaynak kişi olarak yararlanabilmesi
- Hemşirelik hizmetleri yöneticileri ve koordinatörleriyle etkili bir şekilde haberleşebilmesi
- Yönetici hemşirenin istemesi halinde, ünitedeki yardımcı hizmet grubundaki personelin ve malzeme araç-gerecin kontrol ve denetimini yapmada, yöneticiye yardımcı roller üstlenebilmesi
- Ünite içinde işlerin yürütülmesinde görülebilecek aksaklıkların rapor edilmesi
- Yöneticinin istemesi halinde, üniteye görev dağılımı yapabilme ve sonucunu izleyebilme becerisi

BİREYSEL GELİŞİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

- Sorumluluk almada isteklilik durumu ve ilaye sorumluluk verilmesi halinde kabullenme durumu
- Bilgisini geliştirmede istekli olması ve çaba göstermesi

- Daha iyi hizmet verebilmek için ilgili olması ve fırsatları değerlendirebilmesi
- Profesyonel bir meslek üyesi olarak gelişimini sürdürmeye çalışması

KİŞİSEL ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İşe ilgisi ve uygunluğu

Girişimciliği ve uyarılmadan hareket etme yeteneği

Sorunlar karşısında mücadelesi, dayanıklılığı

Dürüstlüğü

Dikkati

Düzenli çalışması

Çalışma hızı

Dakikliği

Sorun çözmede çabuk ve emin hareket edebilmesi

Objektif ve soğukkanlı davranışlar sergilemesi

Nazik ve kibar olma durumu

Zekayla ilgili yetenekleri, kavrama durumu

Eleştiriye açık olması, yönlendirme halindeki tutumu

Fiziksel ve psikolojik sağlık durumu

Giyiminin temizliği ve görünüşüne dikkat etme durumu

İşe geç gelme ve devam durumu

Karar verme yeteneği ve isabetli kararlar verme durumu

Tarafsız bir tutum sergilemesi

Sır saklaması ve güvenilirliği

Kendi çıkarlarını koruma eğilimi

Disipline uyumu

İnsiyatif kullanabilmesi