

ÖRGÜT SAĞLIĞININ HEMŞİRELERİN ÖRGÜTSEL ADALETSİZLİK ALGISINA ETKİSİ¹

THE EFFECT OF THE ORGANIZATIONAL HEALTH ON THE NURSE'S PERCEPTION OF ORGANIZATIONAL INJUSTICE

Nezihe TÜFEKÇİ² - Merve UYSAL³

Geliş Tarihi: 14.07.2018

Kabul Tarihi: 03.09.2018

Özet

Örgüt sağlığı, örgütün çevresinde yaşamını sürdürerek, uzun vadede sürekli gelişen, hayatta kalma ve başa çıkma yeteneklerini geliştirmesi olarak açıklanabilir. Örgütsel adalet ise, çalışanların iş yerinde adaleti algılamalarına atıfta bulunmaktadır. Bu araştırmanın amacı, örgüt sağlığının hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısına etkisini araştırmaktır. Bu kavramların ışığında bu çalışmada örgüt sağlığının hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısına etkisi araştırılmış, bu kapsamda çalışma Mersin ilindeki Mersin Şehir Hastanesi, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve bir özel hastanede çalışan 417 hemşire ile yapılmıştır. Araştırmanın amacı örgüt sağlığının hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısına etkisini ölçmektir. Örgüt sağlığının hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısı üzerine etkisi regresyon analizi ile test edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre örgüt sağlığının hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algılarının etkin iletişim, maddi kazanımlar, terfi imkânları, görev dağılımı, kaynak dağılımı, yönetimin tutumu, adam kayırmacılık boyutunu negatif etkilediği, cinsiyet ayrımcılığı boyutuna ise etkisi olmadığı görülmüştür. Çalışma sonucunda değerlendirme kapsamına alınan Mersin Şehir Hastanesi'nin en düşük, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin ve özel hastanenin ise düşük sayılabilecek sağlık düzeyine sahip olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Örgüt Sağlığı, Örgütsel Adaletsizlik, Örgüt Sağlık Düzeyi, Hemşireler, Sağlık Sektörü

JEL Kodları: I12, M10, M19

Abstract

Organizational health can be explained as sustaining the life around the organization and developing the ability to survive and cope, which is constantly developing in the long run. Organizational justice means employees are at the point of perceiving justice at work. The aim

¹ Bu makale "Örgüt Sağlığının Hemşirelerin Örgütsel Adaletsizlik Algısına Etkisi" adlı yüksek lisans tezinden üretilmiştir. Ayrıca bu çalışma ÖYP-YL-06772 numaralı proje kapsamında Süleyman Demirel Üniversitesi Öğretim Üyesi Yetiştirme (ÖYP) Koordinatörlüğü tarafından desteklenmiştir. Bu çalışma 13-15 Ekim 2017 tarihleri arasında 1. Uluslararası 11. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'nde sunulmuş olan özet bildirinin genişletilmiş halidir.

² Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, nezihetufekci@gmail.com

³ Arş. Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, merveuysal@sdu.edu.tr

of this research is to investigate the effect of organizational health on the perception of organizational injustice of nurses. In this context, the study was carried out with 417 nurses in Mersin City Hospital, Mersin University Health Research and Application Hospital and a private hospital. The aim of the research is to measure the effect of organization health on the perception of organizational injustice of nurses. The effect of organizational health on nurses' perception of organizational injustice was tested by regression analysis. According to the results of the research the health of the organization effectt negatively to nurses' perceptions of organizational injustice's dimension of effective communication, material gains, promotion possibilities, task distribution, resource allocation, management attitude, favorability and it was seen that there was no effect on the dimension of gender discrimination. It is seen that the Mersin City Hospital has the lowest level, Mersin University Health Research and Practice Hospital and private hospital have almost low health level.

Keywords: Organizational Health, Organizational Injustice, Organizational Health Level, Nurses, Health Sector

JEL Classification Codes: I12, M10, M19

1. GİRİŞ

Hemşire ve ebeler sağlık sistemi içinde kilit rol oynamakta, hekim, hasta, hastane gibi tüm sağlık paydaşlarıyla birlikte uyum içinde çalışmakta ve hizmet vermektedir. Yoğun emekle hasta bakım kalitesini arttırmaya çalışan, maddiyatla karşılığı ölçülemeyecek bir çıktı sağlayan hemşire ve ebeler önemli bir görev üstlenmektedir. Bu kutsal görevi ifa ettikleri sağlık örgütleri ise kesintisiz insanlığa hizmet veren, diğer pek çok örgütten farklı olarak kendine has özellikler gösteren yerlerdir. Bu örgütlerin dengeli, adaletli, insancıl, çalışan odaklı olması önem arz etmektedir. Günümüze kadar yapılan çalışmalara bakıldığında örgüte yönelik pek çok kavram çalışılmıştır. Ancak örgüt sağlığı hakkında çalışmalar az sayıda olmakla birlikte ülkemizde yeni dikkatleri çekmeyi başarmış bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

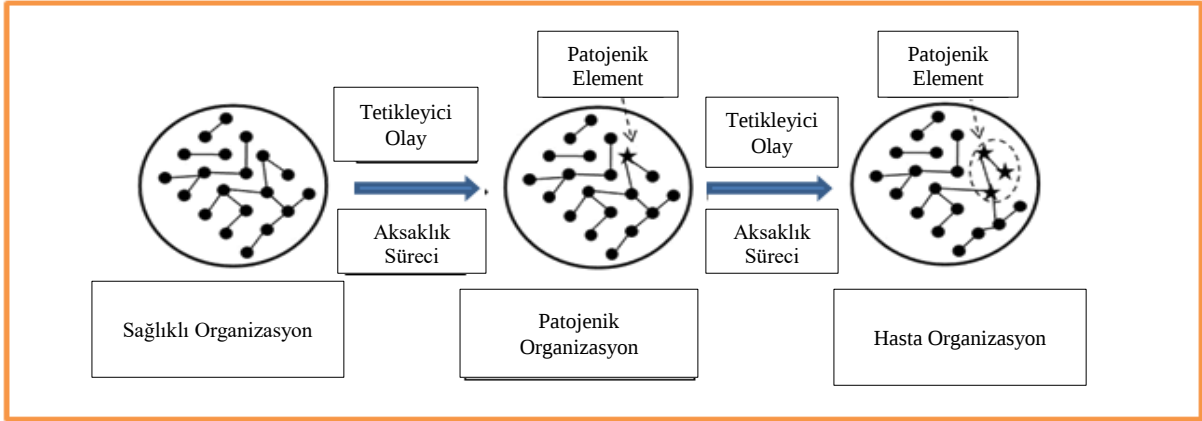
Örgüt sağlığı ile ilgili yapılan pek çok tanıtımda organizasyonun kendisine odaklanılmıştır. Kimi araştırmacılar sağlıklı bir örgütün aynı zamanda uzun vadede ayakta kaldığını, gelişme ve baş etme yeteneklerini devam ettirdiğini ve genişlettiğini vurgulamıştır. Bazı araştırmacılar ise sağlıklı bir organizasyonu mali açıdan başarılı ve sağlıklı bir işgücü olarak nitelendirmiş ve çalışanların sağlığını da dahil ederek bunu genişletmişlerdir. Buna ek olarak sağlıklı bir örgütün, piyasanın türbülans ve değişim zamanlarında bile, sağlıklı ve doyurucu bir çalışma ortamı sağlayabileceğini öne sürmüşlerdir (Tetrick vd., 2005: 209). Miles ise (1965: 17) sağlıklı örgütü “sadece çevresinde yaşamını sürdürmekle kalmayıp, uzun vadede sürekli gelişen, hayatta kalma ve başa çıkma yeteneklerini geliştiren örgüttür” şeklinde tanımlamıştır.

Birçok yönetici, kişiler arası ve örgütsel anlamdaki sorunların altında adaletsizlik meselelerinin yattığı konusunda bilgisiz olma eğilimindedirler. Örgütsel adalet kavramı; çalışan seçimini, performans yönetimini, ödülleri, örgütsel iletişimi, yönetim gelişimini, iş gücü çeşitliliğini ve örgütsel değişimi de ilgilendiren örgüte ilişkin hemen hemen her alanda uygulanabilen yapısı ile dikkat çekmektedir (Lopez, 2009: 226-229). Etik, adalet ve sosyal sorumluluk konuları aynı zamanda örgütler içinde temel konular olmakta, bireylerin başkalarının davranış ve kararlarını nasıl algıladıklarını ve değerlendirdiklerini kapsamaktadır (Rupp vd., 2015, 15-21). Yukarıdaki tanımlar göz önüne alındığında sağlıklı örgütlerde adaletsizlik algısının düşük olabileceği düşünülmektedir.

2. ÖRGÜT SAĞLIĞI

Tarihsel olarak sağlık kavramı, bir organizmadaki bozukluğun, insanda rahatsızlığın ve acının olmamasıyla özdeşleşmiştir. Önüne geçilmediği sürece ciddi bir hastalık, organın bozulması ve ölüm gibi geri dönüşü olmayan sonuçlara neden olabilmektedir (Miles, 1965: 14). Akademik yazında sağlığın önemi ve geliştirilmesine ilişkin, mesleki sağlık, sağlıklı işyeri ve işyeri sağlığı geliştirme gibi kavramlar, organizasyonlardaki sağlık konularını tanımlamak ve analiz etmek için kullanılmıştır (Orvik ve Axelsson, 2012: 797). Örgüt sağlığı kavramı ise, organizasyonun birçok farklı çevreyle ilişkili olarak etkili olduğunu ve durumlardaki değişikliklere tepki gösterebildiğini belirtmek için geliştirilmiştir. Örgüt sağlığı, kalite kontrolü, devamsızlık, grev ve çalışanların psikolojik ve fiziksel refahı gibi konularda kararlılık ve sorumluluğa sahip olmak, bu konularda meydana gelebilecek değişikliklere tepki vermek ve işçilerin örgüte karşı tutumları gibi pek çok kavramın bütünlüğünü gerektirir (Cox ve Howarth, 1990: 107).

Sağlığı teşvik eden bir iş organizasyonu, bir yandan müşteri beklentileri ile örgütsel hedefler arasında, diğer taraftan çalışanların beceri ve sağlık ihtiyaçları arasında esnek ve dinamik bir denge sağlayabilecek ve modern dünyada bunu başarıyla gerçekleştirdiklerinde rekabet edebileceklerini ispatlayacaklardır (Chu vd., 2000: 155). Sağlıklı bir organizasyon tüm süreçlerin verimli şekilde gerçekleştirildiği organizasyondur; ancak sağlıksız bir organizasyonda, süreçlerin bir kısmı hata verir ya da başarısız şekilde devam eder. Sadece örgütsel performansa odaklanmak doğru olmayacaktır çünkü bütün organizasyonel süreçler ürünün ya da hizmetin geliştirilmesi ile ilgili değildir. Yürütülen projelerde örgüt performansı tatmin edici bir unsur olarak görünse de örgüt sorunlarla yüzleşmeye devam edecektir. Sağlıklı bir durumdan hasta durumuna geçen bir organizasyonun örneği Şekil 1.'de sunulmuştur (Xenidis ve Theocharous, 2014: 565).



Şekil 1: Sağlıklı Bir Durumdan Hasta Durumuna Geçen Bir Organizasyonun Örneği

Kaynak: Xenidis ve Theocharous (2014).

Sağlıklı sayılabilecek örgütlerde süreçler verimli şekilde işler, hasta sayılabilecek örgütlerde ise süreçlerde bir takım sorunlar baş gösterecektir. Bu örgütün derhal hasta durumuna gelmesi anlamını taşımasa da örgütün patojenik hale gelmesine neden olabilir. Patojenik duruma gelen bir örgüt ise performansında düşüşler yaşayacak, içeriden veya dışarıdan gelebilecek herhangi bir olay başarısızlığına neden olabilecektir. Bu süreçten itibaren ise örgüte hasta teşhisi koyulabilecek, bu durum performansın geneline etki edebilecektir (Xenidis ve Theocharous, 2014: 565).

Başarılı bir organizasyonun mutlaka sağlıklı olduğu anlamına gelmez. İnsanlar akut bir hastalıkla savaştıkları, kendi kendini gerçekleştirmenin sınırlarını zorlamazlar, operasyonel yeteneklerini onarmaya odaklanırlar ya da bir kuruluşun özelliklerini belirlemek yerine başarılı olmasını önemserler. Buradan yola çıkarak başarılı ve sağlıklı bir organizasyon arasındaki farkların neler olduğu sorusu ortaya çıkmaktadır. Bu soruyu cevaplayabilmek ve kuruluşları karakterize edebilmek için, onların doğasını tanımlamaya başlamak gerekmektedir (Lövey vd., 2007: 17).

Tablo 1: Sağlıklı ve Sağlıksız Örgüt Arasındaki Farklılık

SAĞLIKLI ÖRGÜT	SAĞLIKSIZ ÖRGÜT
Uzun vadede etkindir.	Uzun vadede etkin değildir.
Yenilik ve gelişime açıktır.	Yenilik ve gelişime açık değildir.
İş görenlerin kararlara katılmaları sağlanır.	İş görenlerin tepe yönetim tarafından alınan kararları uygulatılır.
Örgütsel bağlılık gelişmiştir.	Örgütsel bağlılık gelişmemiştir.
Çevreye ve iş görenlere karşı sorumludur.	Çevreye ve iş görenlere karşı sorumlu değildir.
Proaktif, önleyici tedbirler alınır.	Reaktif, düzeltici uygulamalar yapılır.
İş stresi düşüktür.	İş stresi yüksektir.
İş tatmini ve işyeri huzuru yüksektir.	İş tatmini ve işyeri huzuru düşüktür.
İş görenlere önem verilir.	İş görenlere önem verilmez.
İşe gelmeme ve işten ayrılmalar azdır.	İşe gelmeme ve işten ayrılmalar çoktur.
Bireyler arası ve üst yönetimle iletişim güçlüdür.	Bireyler arası, üst yönetimle iletişim zayıftır.
İşçi güvenliği vardır, iş kazalarına pek rastlanmaz.	İşçi güvenliği vardır, iş kazalarına sık rastlanır.
İş görenler yüksek motivasyonla çalışıp yüksek performans sergiler.	İş görenler düşük motivasyonla çalışıp düşük performans sergiler.
Olumsuz iç ve dış çevre şartları örgüte zarar veremez.	Olumsuz iç ve dış çevre şartları örgüte zarar verir.
Takım ruhu gelişmiştir, iş görenler "biz" duygusuyla hareket ederler.	Takım ruhu gelişmemiştir, iş görenler bireysel çıkarları doğrultusunda hareket ederler.
İş görenler örgütte kendilerini güvende hissedebilirler.	İş görenler örgütte kendilerini güvende hissetmezler.
Bilgi akışı sağlam ve zamanındadır.	Sağlam ve zamanında bir bilgi akışı yoktur.
Stratejiler uygulamaya başarı ile geçirilir.	Stratejileri uygulamaya geçirecek güçleri yoktur.
Açık, güven odaklı ve teşvik edici bir örgüt kültürü mevcuttur.	Kapalı, cezalandırıcı ve adil olmayan bir örgüt kültürü mevcuttur.
Sorunların kaynaklarına inilerek müdahale edilir.	Sorunun belirtileri ile ilgilenilir, asıl kaynak tespit edilemez.
Örgüt verimli ve etkindir.	Örgüt verimli ve etkin değildir.

Kaynak: Polatçı vd., (2008).

Polatçı ve arkadaşlarına (2008) göre bir örgütteki işlevsel bozukluk, değişimi ve yeniliği gerektirmektedir. Bu sebeple sağlıklı ve sağlıksız örgüt ayrımının yapılması gerektiğini öne sürmüşlerdir, onlara göre örgütün yapısını tanıyıp sorun belirlenmeli ve müdahale

gerçekleşmelidir. Buradan yola çıkarak sağlıklı ve sağlıksız örgüt ayrımını tablo haline getirmişlerdir. Buna göre (Polatçı vd., 2008: 149- 150):

Sağlıklı olmak, herhangi bir organizasyonun başarmak istediği bir idealdir. Sağlıklı insanlar hakkında kullanılan güçlü, gelişen, sağlam, esnek gibi kelimeler aynı şekilde sağlıklı organizasyonları tanımlamak için de kullanılabilir. Sağlıklı organizasyonlar, çalışanların refahı ve performansı arasında kalıcı bir bağlantı kurarlar, bu bağlantının felsefesinde, uzun vadeli bir strateji vardır (Lowe, 2010). Sağlıklı bir organizasyon, teknik, yönetsel ve kurumsal seviyelerin tek tek görüldüğü organizasyondur. Organizasyon hem etkilidir hem de çalışan ve iş gören açısından ifade edebilme ihtiyaçlarını karşılamaktadır (Hoy ve Miskel, 1996: 151).

3. ÖRGÜTSEL ADALET

Örgütsel adalet, çalışanların iş yerinde adaleti algılamalarına atıfta bulunmaktadır. Yöneticiler, çalışanların hem örgüte hem de yönetime karşı olumlu tutum sergilemesini görev edinmişlerdir. Örgütsel adalet algısı bu amaç için temel araç işlevi görmektedir. Çalışanlar kendileriyle ilgili karar ve uygulamalarda eşit söz sahibi ve hakkı olduğunu algıladıkları takdirde, örgüt içi adalet algıları da güçlenecektir (İyigün, 2012: 60).

Yunan düşüncesinde adalet adaletsizliğe dayandırılarak tanımlanmış ve adaletsizlik olmadan adaletin ne olduğunu toplumun bilemeyeceğini öne sürülmüştür. *Themis*, bir elinde terazi, diğer elinde kılıç tutan gözü bandajlı bir kadın adaletin sembolü olarak kullanılmış, terazi suçu ve kusuru belirleyecek, kılıçla cezalandıracak ve gözü kapalı olduğu için öznel davranamayacaktır. Böylece adaletin fonksiyonu denkleştirici ve düzeltici olarak şekillenmiş olacaktır (Güriz, 2008: 7). Genel tabirle adalet terimi "doğruluk" ya da "dürüstlük" anlamına gelmektedir. Bu tanımlamalardan sonra, adaletle ilişkin ek bir kavram daha ortaya çıkmıştır. Bu kavram etkileşimsel adalettir, örgütsel uygulamaların kişilerarası yönü üzerine özellikle, yönetim tarafından kişilere ve kişilerarası muameleler ve iletişim üzerine yoğunlaşmıştır (Bies ve Moag, 1986; Akt. Cohen-Charash ve Spector, 2001: 279). Bu kapsamda araştırma amacı göz önünde bulundurularak aşağıdaki hipotez önerilebilir:

H1: Hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının etkin iletişim boyutunu negatif etkiler.

H2: Hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının maddi kazanımlar boyutunu negatif etkiler.

H3: Hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının terfi imkânları boyutunu negatif etkiler.

H4: Hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının görev dağılımı boyutunu negatif etkiler.

H5: Hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının kaynak dağılımı boyutunu negatif etkiler.

H6: Hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının yönetimin tutumu boyutunu negatif etkiler.

H7: Hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının adam kayırmacılık boyutunu negatif etkiler.

H8: Hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının cinsiyet ayrımcılığı boyutunu negatif etkiler.

Cropanzano ve arkadaşlarına göre örgütsel adalet, insanların birlikte etkili bir şekilde çalışmasına izin veren "tutkal"dır, çalışanların, nasıl muamele gördüklerinin ahlaki uygunluğuna dair duydukları hissiyattır. Bireylerin işverenlerle olan ilişkisinin özünü tanımlar. Buna karşılık, adaletsizlik, toplum içindeki bağları eritebilen bir aşındırıcı, çözücü gibidir, bireylere ve örgütlere zararlıdır. Örgütsel adalet, örgütler ve çalışanlar için güçlü yararlar oluşturma potansiyeline sahiptir. Bu yararlar olarak yüksek düzeyde güven ve bağlılık, gelişmiş iş performansı, daha yararlı vatandaşlık davranışı, müşteri memnuniyetinin artırılması ve çatışmanın azalması sayılabilir (Cropanzano vd., 2007: 34). Buradan yola çıkarak örgütsel adalet; örgüt üyelerine ücretlerin, ödüllerin ve cezaların nasıl verileceği ve terfi sisteminin nasıl işleyeceğini, karar mekanizmasının nasıl yürütüldüğü ve bu kararların örgüt üyeleriyle nasıl paylaşıldığının algılanma şekli olarak tanımlanabilecektir (İçerli, 2010: 69). Bu açıklamalar ışığında, araştırma amacı da göz önünde bulundurularak aşağıdaki hipotezler önerilmiştir:

Homans (1961), Adams (1965) ve Walster, Berscheid ve Walster (1973) gibi teorisyenler 1960 ve 70'li yıllarda, eşitlik teorisinden yola çıkarak ödeme dağılımı ve diğer işlerle ilgili ödüllerin dağılımı üzerinde durarak örgütsel adaleti kavramsallaştırmışlardır (Greenberg, 1987: 9; Colquitt vd., 2001: 425). Bazı araştırmacılar, örgütlerdeki paylaşım ve çıktılarla ilgili farklılıklardan kaynaklı çalışanların eşitlik kaygısı üzerinde durmuştur (Adams, 1965:281), bazı araştırmacılar ise bu yaklaşımı yetersiz bulmuş sadece çıktılarının dağıtımını değil bu dağıtımın süreci, bu dağıtımı üreten işlemler üzerinde durmuştur (Leventhal, 1980: 30; Thibaut ve Walker, 1975; Akt. Johnson vd., 2006: 178). Bu tanımlamalardan yola çıkarak, araştırma amacı kapsamında aşağıdaki hipotezler önerilmiştir:

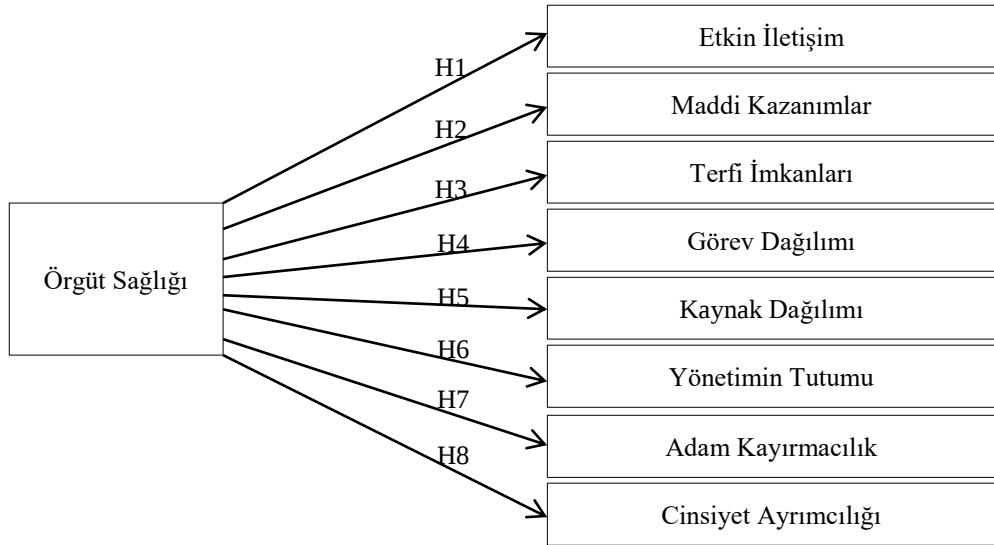
Hemşireler sağlık işgücünde önemli bir rol oynamaktadır aynı zamanda sağlık sisteminin ayrılmaz, kilit parçasını oluşturmaktadır. Bu çalışmada örgüt sağlığının hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısına olan etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır. Bu çalışmayla araştırma kapsamındaki hastanelerin örgüt sağlığına bakılacak ve hastanelere teşhis koyulmaya çalışılacaktır. Ayrıca örgütsel adalet algısı ve örgüt sağlığının yaş ve çalışma yılına göre farklılık gösterip göstermediği araştırılacaktır.

4. ARAŞTIRMA TASARIMI

Örgüt sağlığının hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısına etkisini ölçmeye çalışan bu çalışmada Mersin'deki Mersin Şehir Hastanesi, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, bir özel hastane olmak üzere üç farklı statüdeki hastanede çalışan 1350 ebe ve hemşire evren olarak belirlenmiştir. Hemşire ve ebe grubunun seçilme sebebi yapılan gözlemler ve ön çalışmalarda adaletsizlik algısının daha iyi anlaşılabilmesinin ortaya çıkmış olmasıdır. Evreni temsil etmeye yönelik kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Oluşturulan anket formu yüz yüze görüşme ile veri seti oluşturulmaya çalışılmıştır. Toplamda 429 anket toplanmış, analize uygun bulunmadığı için 12 tanesi elenmiş ve 417 anket analize uygun bulunmuştur. Veri toplama aracı olarak hazırlanmış olan hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısını belirlemeye yönelik anket ve Lyden ve Klingele'in (2000) Örgüt Sağlığı Ölçeği kullanılmıştır. Lyden ve Klingel'in (2000) "Supervising organizational health" adlı çalışmasından Türkçe'ye çevrilmiş, alanında uzman mütercim tercümandan uzman görüşü alınmış ve uygulamaya geçilmiştir. Hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısı anketi araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Anket geliştirilirken akademik yazın taraması yapılmış, hastaneye gidilerek hemşire ve ebelerle ön görüşme yapılmıştır böylece

hem teorik temel oluşturulmuş hem de alandan kişilerin fikrine başvurulmuştur. Daha sonra ise ölçülecek özellikler belirlenmiş, ölçek için madde havuzu oluşturulmuştur. Bu oluşturulan aday ölçek alanında uzman akademisyenlere danışılmıştır. Uygun düzeltmeler yapıldıktan sonra hemşire ve ebelerle anlaşılabilirliği sorulmuş, belli sayıda anket doldurtulmuştur. Hemşire ve ebelerin cevapları gözden geçirilmiş ve tekrar alanında uzman kişilerden uzman görüşü alınmış ve ölçek hazırlanmıştır. Böylece ölçme aracının ölçmek istenen özelliklerin tümünü kapsadığının anlaşılmasıyla hazırlanan ölçeğin kapsam (içerik) geçerliliğini sağladığı görülmüştür. Anket yönteminden yararlanılarak yapılan çalışmada kullanılan soru formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm “Hemşirelerin Örgütsel Adaletsizlik Algısı”, ikinci bölüm “Örgüt Sağlığı” üçüncü bölüm ise demografik bilgileri tespit etmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Hemşirelerin Örgütsel Adaletsizlik Algısı anketi adalet algısını ölçmeye yönelik 38 ifadeden oluşmakta, Örgüt Sağlığı anketi ise 20 ifadeden oluşmaktadır. Anketin son bölümü demografik değerlendirmeleri içermekte, burada katılımcıların yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, eğitim durumunu, toplam çalışma sürelerini, hangi sağlık kuruluşunda çalıştıklarını, şehir hastanesinde çalışıyor iseler daha önce çalıştıkları yeri, aylık gelirlerini belirlemeye yönelik ifadeler yer verilmiştir. Araştırmanın amacı ve çalışmada önerilen hipotezler göz önünde bulundurularak oluşturulan araştırma modeli Şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekil 2: Araştırma Modeli



Anketlerden elde edilen veriler istatistikî paket programlar kullanılarak analiz edilmiştir. Hata denetimi yapılan verilerin aritmetik ortalamaları, standart sapmaları, frekans ve yüzde hesaplamaları yapılmış ve istatistiksel değerlendirmeler bu puan ortalamaları üzerinden yapılmıştır. Ters puanlılar çevrilerek örgütsel adaletsizlik algısı faktör analizine tabi tutulmuş burada sekiz faktöre ayrıldığı tespit edilmiş, daha sonra normallik testi ve güvenilirlik testleri yapılmıştır. Son olarak çıkarımsal istatistiklerden yararlanarak regresyon ve korelasyon testlerine tabi tutulmuştur.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan çalışanlara ait demografik bulgular Tablo 2’de gösterilmektedir. Tablo 2’de ankete katılan 417 ebe ve hemşirenin demografik özellikleri incelenmiştir. Tablo incelendiğinde bazı ebe ve hemşirelerin bazı sorulara cevap vermediği görülmektedir. Tabloya bakıldığında ankete katılan 394 ebe ve hemşirelerin yaş dağılımlarının %35.3’ ünün 29 ve altı yaş aralığında, %39.9’ unun 30-39 yaş aralığında, %25.4’ü ise 40 yaş üzeri olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Demografik Bulgular

Değişkenler	F	%	Değişkenler	F	%
Yaş (Yıl)			Çalışılan Hastane		
29 yaş ve altı	139	35.3	Mersin Üniversitesi Sağlık Araşt. ve Uyg. Hast.	139	33.3
30-39	155	39.3	Şehir Hastanesi	247	59.5
40 yaş ve üzeri	100	25.4	Özel Hastane	29	7.0
Kayıp Veri	23	5.5	Kayıp Veri	2	0.5
Toplam	394	100	Toplam	415	100
Cinsiyet			Toplam Çalışma Süresi		
Erkek	46	11.3	5 yıl ve altı	104	27.4
Kadın	362	88.7	6-10 yıl	108	28.5
Kayıp Veri	9	2.2	11 yıl ve üzeri	167	44.1
Toplam	408	100	Kayıp Veri	38	9.1
			Toplam	379	100
Medeni Durumu			Mevcut Hastanedeki Çalışma Süresi		
Evli	278	68.8	1-3 yıl	287	76.1
Evli Değil	126	31.2	4 yıl ve üzeri	90	23.9
Kayıp Veri	13	3.1	Kayıp Veri	40	9.6
Toplam	404	96.9	Toplam	377	100
Eğitim Durumu			Şehir Hastanesinde Çalışanların Daha Önce Çalıştıkları Hastane		
Lise	49	12.1	Devlet Hastanesi	46	23.4
Lisans	333	82.4	Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	112	56.9
Lisansüstü	22	5.4	Diğer Hastaneler	39	19.8
Kayıp Veri	13	3.1	Kayıp Veri	220	52.8

Toplam	404	100	Toplam	197	100
Gelir (TL)					
2499 TL'ye kadar	71	19.8			
1500-3499 TL	212	59.2			
3500 TL ve üzeri	75	20.9			
Kayıp Veri	59	14.1			
Toplam	358	100			

Demografik değerlendirme soruları içinde yer alan araştırmaya katılan 408 hemşire ve ebenin cinsiyetleri sorulmuş, dağılımın ise %88.7' si kadınlardan oluşurken, %11.3 oranıyla erkeklerden oluştuğu görülmektedir. Araştırmaya katılan 404 hemşire ve ebenin %68.8' inin evli olduğu, %31.2'sinin ise evli olmadığı görülmektedir. Ankete katılan 404 hemşire ve ebenin eğitim durumlarına bakıldığında ise %12.1' inin lise mezunu olduğu, %82.4' ünün lisans mezunu olduğu, %5.4' ünün lisansüstü eğitim aldığı görülmektedir. Anket soruları içinde yer alan gelir sorusuna göre ise 358 çalışanın bu soruya cevap verdiği %19.8' inin 2499 TL' ye kadar gelir elde ettikleri, % 59.2' sinin 2500-3499 TL arasında, %20.9' unun ise 3500 TL ve üzeri gelir elde ettikleri görülmüştür.

Tablo 3: Hemşirelerin Örgütsel Adaletsizlik Algısı Anketi Faktör Analizi Sonuçları

Faktörler		Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
1. Faktör: Etkin İletişim				
İ.22	Her gün istekle işime başlamaktayım.	0.471	13.648	0.898
İ.23	Yöneticilerimiz, başarıda bizim de payımızın olduğunu dile getirirler.	0.620		
İ.24	Çalışanlar, hemşirelerle işbirliği yapmaya ve yardımlaşmaya isteklidir.	0.471		
İ.27	Hemşirelerin önerileri dikkate alınmaktadır.	0.573		
İ.33	Yöneticilerimiz, arkadaşlarıma ve bana eşit mesafededirler.	0.666		
İ.34	Yöneticilerimiz, bizimle ilgili kararlar alırken hepimizin fikrini alır.	0.782		
İ.35	Bir sorun olduğunda yöneticimle rahat bir şekilde görüşebilirim.	0.786		
İ.36	Yöneticilerimiz iletişim kurarken bütün çalışanlara eşit yaklaşmaktadır.	0.791		
İ.38	Yöneticilerimiz, hemşirelerin sorunlarını dinlemeye isteklidirler.	0.780		
2. Faktör: Maddi Kazanımlar				

İ.8	Aldığım ek ödeneklerden memnnum.	0.740	9.455	0.824
İ.9	Performansa dayalı ek ödemedden hak ettiğimi aldığımı düşünmekteyim.	0.773		
İ.10	Hemşirelerin yaptığı işe göre kazancı adildir.	0.821		
İ.11	Maaşlar ve ek ödemeler bakımından hemşireler ile diğer sağlık çalışanları karşılaştırıldığında adil bir paylaşım vardır.	0.811		
İ.12	Çalışma yılım arttıkça alacağım ücret artacaktır.	0.439		
İ.26	Hemşireler, çabaları sonunda hak ettikleri gibi ödüllendirilmektedirler	0.414		
3. Faktör: Terfi İmkânları				
İ.1	Hemşirelere terfi etme imkânı sunulmaktadır.	0.812	8.801	0.905
İ.2	İşimi iyi yaptığım sürece terfi edeceğime inanmaktayım.	0.836		
İ.3	Hemşirelerin terfi etmesinde eğitim seviyesi dikkate alınmaktadır.	0.841		
İ.4	Hemşirelerin terfi etmesinde kıdem yılı dikkate alınmaktadır.	0.800		
4. Faktör: Görev Dağılımı				
İ.13	Nöbetler belirlenirken adil davranılmaktadır.	0.569	6.524	0.739
İ.15	Herkesin görev dağılımı açıkça belirlenmiştir.	0.566		
İ.17	Görev dağılımları adil olarak yapılmaktadır.	0.657		
İ.19	Görev dağılımında yetenekler göz önünde bulundurulmaktadır.	0.566		
İ.21	İşe giriş ve çıkış saatleri açısından herkese adil davranılmaktadır.	0.485		
5. Faktör: Kaynak Dağılımı				
İ.28	Hastaneye yeni alınan tıbbi cihaz ve gereçlerin adil dağıtıldığını düşünüyorum.	0.598	6.360	0.736
İ.29	Çalıştığım birimin önemine göre araç, gereç ve diğer ihtiyaçlar karşılanmaktadır.	0.623		
İ.30	Hemşireler, birimin ihtiyaçlarını yöneticilere ilettiklerinde dikkate alınmazlar.	0.683		
İ.31	Diğer birimlerle karşılaştırdığımda birimdeki ekipmanların iyi olduğunu düşünüyorum.	0.710		
6. Faktör: Yönetimin Tutumu				
İ.14	İş yükümün fazla olduğunu düşünüyorum.	0.511		

İ.18	Görev dağılımında yöneticiyle samimi olanlara daha az iş verilmektedir.	0.550	5.113	0.619
İ.20	Diğer çalışanların sorumlulukları da hemşirelere yüklenmektedir.	0.644		
İ.30	Hemşireler, birimin ihtiyaçlarını yöneticilere ilettiklerinde dikkate alınmazlar.	0.438		
İ.37	Hemşireler hata yaptıklarında diğer çalışanlara göre daha sert uyarılırlar.	0.663		
7. Faktör: Adam Kayırmacılık				
İ.6	Terfi almada tanıdık ilişkileri belirleyicidir.	0.843	4.937	0.830
İ.7	Terfi almada siyasi ilişkiler belirleyicidir.	0.836		
8. Faktör: Cinsiyet Ayrımcılığı				
İ.5	Terfi sürecinde cinsiyet ayrımcılığı yapılmaktadır.	0.712	3.892	0.391
İ.16	Görev dağılımı yapılırken cinsiyet temelli bir ayrımcılık yapılmaktadır.	0.684		

Hemşirelerin örgütsel adaletsizlik ölçeğinde yer alan ifadeler araştırmacı tarafından oluşturulduğu için faktör analizine tabi tutulmuştur. Faktör analizinde Varimax yöntemi kullanılmış, faktör yükü 0.40' dan düşük ifadeler faktörden çıkarılmıştır ve 0.10' dan daha düşük farkla birden fazla faktöre dahil olan ifadeler faktörden çıkarılmıştır. Faktöre dahil edilmeyen tek ifade "Forma, yaka kartı vb. zorunluluklara uymayan erkek hemşireler uyarılmaz." ifadesidir.

Tablo 3.'te Örgütsel Adaletsizlik Algısı ölçeğinin sekiz boyutunun faktör yükleri, açıklanan varyansı ve cronbach alfa değerleri verilmiştir. Örneklemen büyüklüğünün yeterliliği, verilerin faktör analizine uygunluğu ve değişkenler arasındaki korelasyonun anlamlılığı için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testi yapılmıştır. Test sonucuna göre örgütsel adaletsizlik boyutlarının KMO değerinin 0.880 olduğu tespit edilmiş, örneklemen analiz için yeterli olduğu anlaşılmıştır. Barlett testine bakıldığında $p < 0.01$ düzeyinde değişkenler arasında korelasyonun anlamlı olduğu görülmektedir.

Faktör analizine göre Örgütsel Adaletsizlik Ölçeğinin sekiz boyutu olduğu anlaşılmıştır. Bu sekiz faktör toplam varyansın %62.532'ini açıklamaktadır.

Açıklayıcı faktör analizinin adından Örgütsel Adaletsizlik Ölçeğinin geçerliliğini sağlamaya yönelik olarak doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinin uygulanmasında AMOS 23 paket programından yararlanılmıştır. Model ile veri arasındaki uyumu test ederken, uyum iyiliği indekslerinden bir kaç kullanılabileceği gibi, hepsi bir arada da kullanılabilir (Schumacker, 2006: 120). Bu uyum iyiliği istatistiklerinden hangisinin kullanılacağına dair literatürde tam bir uzlaş bulunmamaktadır (İlhan ve Çetin, 2014:30-31). Model uyumu (model fit) için genel olarak; *GFI*, *CFI*, *IFI* ve *RMSEA* değerleri dikkate alınmaktadır. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda oluşturulan model ile ilgili elde edilen uyum değerler Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Doğrulamalı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

Uyum Ölçütleri	Değerler
χ^2	584,627
sd	169
χ^2 / sd	3,459
GFI (Goodness of Fit Index)	0,937
IFI (Incremental Fit Index)	0,928
CFI (Comparative Fit Index)	0,927
RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)	0,051

Tablo 4'ten de anlaşılacağı üzere $\chi^2/sd=3,459$; $GFI=0,937$ ($0,85 < GFI$); $IFI=0,928$ ($0,90 \leq IFI$); $CFI=0,927$ ($0,90 \leq CFI$); $RMSEA=0,051$ ($RMSEA < 0,08$) uyum değerlerine göre önerilen model son derece iyi uyum göstermektedir. Böylece, açıklayıcı faktör analizi ile ortaya çıkan sekiz faktörlü yapının geçerliği, doğrulamalı faktör analizi ile de teyit edilmiştir. Doğrulamalı faktör analizinde önemli bir başka gösterge de regresyon katsayılarının anlamlılığıdır. Tablo 5'te ise standardize edilmiş regresyon (standartized regression weights) katsayıları verilmiştir. Regresyon değerleri; gözlenen değişkenlerin, gizli değişkenleri tahmin etme gücünü, yani faktör yüklenimlerini göstermektedir. Tablo 5'teki her ikili ilişki için "p" değerleri 0,05'ten küçük olmasından dolayı faktör yüklenimleri önemlidir. Faktör yüklenimlerinin önemli çıkması maddelerin, faktörlere doğru yüklendiği anlamına gelmektedir.

Tablo 5: Doğrulamalı Faktör Analizi Standardize Edilmiş Regresyon Katsayıları

İfade ve Faktör	Standardize Edilmiş Regresyon Ağırlıkları	İfade ve Faktör	Standardize Edilmiş Regresyon Ağırlıkları	İfade ve Faktör	Standardize Edilmiş Regresyon Ağırlıkları	İfade ve Faktör	Standardize Edilmiş Regresyon Ağırlıkları
İ.22 ← F1	0.471	İ.9 ← F2	0.773	İ.15 ← F4	0.566	İ.20 ← F6	0.644
İ.23 ← F1	0.620	İ.10 ← F2	0.821	İ.17 ← F4	0.657	İ.30 ← F6	0.438
İ.24 ← F1	0.471	İ.11 ← F2	0.811	İ.19 ← F4	0.566	İ.37 ← F6	0.663
İ.27 ← F1	0.573	İ.12 ← F2	0.439	İ.21 ← F4	0.485	İ.6 ← F7	0.843
İ.33 ← F1	0.666	İ.26 ← F2	0.414	İ.28 ← F5	0.598	İ.7 ← F7	0.836
İ.34 ← F1	0.782	İ.1 ← F3	0.812	İ.29 ← F5	0.623	İ.5 ← F8	0.712
İ.35 ← F1	0.786	İ.2 ← F3	0.836	İ.30 ← F5	0.683	İ.16 ← F8	0.684
İ.36 ← F1	0.791	İ.3 ← F3	0.841	İ.31 ← F5	0.710		
İ.38 ← F1	0.780	İ.4 ← F3	0.800	İ.14 ← F6	0.511		
İ.8 ← F2	0.740	İ.13 ← F4	0.569	İ.18 ← F6	0.550		

Örgüt sağlığının örgütsel adaletsizliğin boyutları üzerindeki etkisi basit regresyon analizi ile incelenmiştir. Regresyon analizine geçilmeden önce normallik analizine tabi tutulmuş, normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Regresyon denkleminde bağımsız değişken olarak örgüt sağlığı düzeyi, bağımlı değişken olarak örgütsel adaletsizlik boyutlarından sırasıyla etkin iletişim, maddi kazanımlar, terfi imkânları, görev dağılımı, kaynak dağılımı, yönetimin tutumu, adam kayırmacılık, cinsiyet ayrımcılığı ele alınmış, analiz sonuçları tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 6: Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Model Özeti		Etkiler			ANOVA	
		R	R ²	β	t	p	F	P
Örgüt Sağlığı Düzeyi	Etkin İletişim	0.670	0.449	-0.670	-17.380	0.000	302.053	0.00
	Maddi Kazanımlar	0.399	0.159	-0.399	-8.375	0.000	70.134	0.00
	Terfi İmkânları	0.367	0.135	-0.367	-7.599	0.000	57.740	0.00
	Görev Dağılımı	0.525	0.275	-0.525	-11.871	0.000	140.918	0.00
	Kaynak Dağılımı	0.422	0.178	-0.422	-8.963	0.000	80.333	0.00
	Yönetimin Tutumu	0.224	0.050	-0.224	-4.418	0.000	19.515	0.00
	Adam Kayırmacılık	0.319	0.101	-0.319	-6.472	0.000	41.889	0.00
	Cinsiyet Ayrımcılığı	0.096	0.009	-0.096	-1.851	0.000	3.428	0.065

Tablo 6’da görüldüğü üzere örgüt sağlığı düzeyi ile örgütsel adaletsizlik boyutlarından etkin iletişim arasında kurulan basit regresyon modeli anlamlı bulunmuştur (F=302.053, P=0.00). Bu tabloya göre model etkin iletişim boyutundaki değişimin %44.9’ unu (R²=0.449) açıklamaktadır. Sonuç olarak örgüt sağlığı düzeyinin örgütsel adaletsizliğin etkin iletişim boyutuna anlamlı şekilde negatif etkiye sahip olduğu söylenebilir (β =-0.670, t=-17.380, p=0.00). Böylece H1: “hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının etkin iletişim boyutunu negatif etkiler” hipotezi desteklenmiştir.

Örgüt sağlığı düzeyi ile örgütsel adaletsizlik boyutlarından maddi kazanımlar arasında kurulan basit regresyon modeli anlamlı bulunmuştur (F=70.134, P=0.00). Bu tabloya göre model maddi kazanımlar boyutundaki değişimin %15.9’ unu (R²=0.159) açıklamaktadır. Sonuç olarak örgüt sağlığı düzeyinin örgütsel adaletsizliğin maddi kazanımlar boyutuna anlamlı şekilde negatif etkiye sahip olduğu söylenebilir (β =-0.399, t=-8.375, p= 0.00). Böylece H2: “hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının maddi kazanımlar boyutunu negatif etkiler” hipotezi desteklenmiştir.

Örgüt sağlığı düzeyi ile örgütsel adaletsizlik boyutlarından terfi imkânları arasında kurulan basit regresyon modeli anlamlı bulunmuştur ($F=57.740$, $P=0.00$). Bu tabloya göre model tefi imkânları boyutundaki değişimin %13.5' ini ($R^2=0.135$) açıklamaktadır. Sonuç olarak örgüt sağlığı düzeyinin örgütsel adaletsizliğin tefi imkânları boyutuna anlamlı şekilde negatif etkiye sahip olduğu söylenebilir ($\beta=-0.367$, $t=-7.599$, $p=0.00$). Böylece H3: “hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının terfi imkânları boyutunu negatif etkiler” hipotezi desteklenmiştir.

Örgüt sağlığı düzeyi ile örgütsel adaletsizlik boyutlarından görev dağılımı arasında kurulan basit regresyon modeli anlamlı bulunmuştur ($F=140.918$, $P=0.00$). Bu tabloya göre model görev dağılımı boyutundaki değişimin %27.5' ini ($R^2=0.275$) açıklamaktadır. Sonuç olarak örgüt sağlığı düzeyinin örgütsel adaletsizliğin görev dağılımı boyutuna anlamlı şekilde negatif etkiye sahip olduğu söylenebilir ($\beta=-0.525$, $t=-11.871$, $p=0.00$). Böylece H4: “hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının görev dağılımı boyutunu negatif etkiler” hipotezi desteklenmiştir.

Örgüt sağlığı düzeyi ile örgütsel adaletsizlik boyutlarından kaynak dağılımı arasında kurulan basit regresyon modeli anlamlı bulunmuştur ($F=80.333$, $P=0.00$). Bu tabloya göre model görev dağılımı boyutundaki değişimin %17.8' ini ($R^2=0.178$) açıklamaktadır. Sonuç olarak örgüt sağlığı düzeyinin örgütsel adaletsizliğin kaynak dağılımı boyutuna anlamlı şekilde negatif etkiye sahip olduğu söylenebilir ($\beta=-0.422$, $t=-8.963$, $p=0.00$). Böylece H5: “hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının kaynak dağılımı boyutunu negatif etkiler” hipotezi desteklenmiştir.

Örgüt sağlığı düzeyi ile örgütsel adaletsizlik boyutlarından yönetimin tutumu arasında kurulan basit regresyon modeli anlamlı bulunmuştur ($F=19.515$, $P=0.00$). Bu tabloya göre model görev dağılımı boyutundaki değişimin %5' ini ($R^2=0.050$) açıklamaktadır. Sonuç olarak örgüt sağlığı düzeyinin örgütsel adaletsizliğin yönetimin tutumu boyutuna anlamlı şekilde negatif etkiye sahip olduğu söylenebilir ($\beta=-0.224$, $t=-4.418$, $p=0.00$). Böylece H6: “hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının yönetimin tutumu boyutunu negatif etkiler” hipotezi desteklenmiştir.

Örgüt sağlığı düzeyi ile örgütsel adaletsizlik boyutlarından adam kayırmacılık arasında kurulan basit regresyon modeli anlamlı bulunmuştur ($F=19.515$, $P=0.00$). Bu tabloya göre model adam kayırmacılık boyutundaki değişimin %10.1' ini ($R^2=0.101$) açıklamaktadır. Sonuç olarak örgüt sağlığı düzeyinin örgütsel adaletsizliğin adam kayırmacılık boyutuna anlamlı şekilde negatif etkiye sahip olduğu söylenebilir ($\beta=-0.319$, $t=-6.472$, $p=0.00$). Böylece H7: “hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının adam kayırmacılık boyutunu negatif etkiler” hipotezi desteklenmiştir.

Örgüt sağlığı düzeyinin örgütsel adaletsizlik boyutlarından cinsiyet ayrımcılığı arasında kurulan basit regresyon modeline göre, cinsiyet ayrımcılığı üzerinde örgüt sağlığının etkisi olmadığı görülmüştür ($\beta=-0.096$, $t=-1.851$, $p=0.065$). Buna göre H8: “hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının cinsiyet ayrımcılığı boyutunu negatif etkiler” hipotezi desteklenmemiştir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Örgüt sağlığı bütüncül ve kapsayıcı bir kavramdır. Literatür incelendiğinde örgüt sağlığının pek çok kavramla ilişkili olduğu görülmektedir. Bir yap-boz parçasının adaletsizlik kavramı olduğu

varsayılırsa örgüt sağlığı da bu yap-bozun tümü denilebilir. Çalışmada sağlık düzeyinin ağırlıklı olarak Şehir Hastanesi' nin "1", özel hastanenin ve Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi' nin ise "3" olduğu görülmektedir. Bu puanlar göz önüne alındığında hastanelerin sağlık düzeyi düşük olarak değerlendirilebilecektir. Özellikle Şehir Hastanesinin en düşük sağlık düzeyine sahip olmasının sebebi yeni açılması, dolayısıyla yönetim sisteminin oturmaması, ebe ve hemşirelerin danışılmadan yerlerinin değişmesi, bu değişime çalışanların uyum sağlayamadığı düşünülmektedir. Güler' in (1997: 130-132) bir kamu hastanesi üzerinde yaptığı çalışmada da bu çalışmayı doğrular nitelikte hastaneyi sağlıksız olarak bulmuş ve insan kaynaklarını doğru şekilde kullanmadığını ve sağlıklı örgüt olmak için gereken ölçütlere sahip olmadığını belirtmiştir. Yapılan bu çalışmada örgüt sağlığına yönelik ifadelerde en düşük puanı alanların hemşire ve ebelerin motivasyonu ve moraline yönelik sorular olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda katılımcıların çoğu takdir edildiklerini hissetmemektedirler. Çalışanlar başarının uygun şekilde takdir edilmediğini de düşünmektedirler. Yine örgütsel adaletsizliğe yönelik ifadelerde hemşire ve ebelerin çabaları sonunda takdir edilmediklerini, yaptığı işe göre kazancının adil olmadığını, düzgün işleyen bir terfi sisteminin olmadığını düşündükleri görülmektedir. Dolayısıyla hemşire ve ebelerin moral, motivasyon ve takdir edilme, uygun ödüllendirilme gibi duyguları hissetmedikleri söylenebilir. Moral ve motivasyonlarının düşük olması başarılarının yeterince takdir edilmemesine yönelik davranışlara sebep olmaktadır.

Çalışanlar üzerinde yapılan bu çalışmada örgüt sağlığının düşmesinin etkin iletişim, maddi kazanımlar, terfi imkânları, görev dağılımı, kaynak dağılımı, yönetimin tutumu gibi bu boyutlara yönelik adaletsizlik algısının yükselttiğini ortaya koymuştur. Yani bir örgüt ne kadar sağlıksızsa o denli iletişimde, ödemedede, görev ve kaynak paylaşımında, yönetimin kendilerine olan davranışlarında o denli adaletsizlik algısı olduğu öne sürülebilecektir. Miles' a (1965: 18-19) göre de bir örgütün sağlıklı olabilmesi için iletişimin yeterli olması, kaynak kullanımının optimal düzeyde olması gereklidir.

Yapılan çalışmada çalışanların etik hareket ettiklerini düşündükleri görülmüştür. Katılımcıların hastanede yazılı etik kuralların bulunduğu da yüksek düzeyde katıldıkları görülmektedir. Buradan hareketle hemşire ve ebelerin yazılı şekilde bulunan bu etik kurallara uygun davrandığı görülebilecektir. Çil Akıncı ve Pınar (2011: 12) çalışmalarında hemşirelerin etik kurallarla ilgili bilgilendirilmesinin etik davranışları arttıracaklarını bulmuşlardır, bu bulgu yapılan çalışmadaki sonucu doğrular niteliktedir.

Çalışmada hemşire ve ebelerin ek ödeneklerden memnun olmadığı, performans dayalı ek ödemededen hak ettiklerini almadığını düşündükleri, maaşlar ve ek ödemeler bakımından diğer sağlık çalışanlarıyla karşılaştırıldığında adil bir paylaşım olmadığını düşündükleri, ek olarak hak ettikleri gibi ödüllendirilmediklerini ve yaptığı işe göre kazancının adil olmadığını düşündükleri tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmada hemşire ve ebelerin iş yükünün fazla olduğunu düşündükleri ortaya çıkmıştır. Öztürk ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma bu bulguları doğrular nitelikte, hemşirelerin öncelikli sorunları, döner sermayenin adil dağıtılmaması, maaş ve zamların düşük olması, iş yüküne göre ücretlendirme yapılmaması ve hemşirelerin iş yükü fazlalığı olmasıdır (Öztürk vd., 2015: 31).

Hemşire ve ebeler üzerinde yapılan bu çalışmada, katılımcılar diğer çalışanların da sorumluluklarının yüklendiğini, terfi almada siyasi ilişkilerin ve tanıdık ilişkilerinin etkili olduğunu düşünmektedir. Bu sonuç, Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasındaki (Öztürk vd., 2015: 28) hemşirelerin görev dışı işlerden sorumlu olması ve kayırmacılığın olması gibi bulgularla tutarlıdır.

Çalışmada özel hastanede çalışanların maddi kazanımlar boyutunda daha çok adaletsizlik olduğunu düşündüğü, yine özel hastanede çalışanların terfi imkânları boyutunda ve görev dağılımı, kaynak dağılımı, adam kayırmacılığı ve boyutunda daha çok adaletsizlik olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir. Özel hastanelerde maaşların şehir hastanesi ve üniversite hastanesine göre oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bundan dolayı ebe ve hemşireler en çok özel hastanede maddi kazanımları sorun olarak görmektedir. Özkan ve arkadaşlarının (2013: 15) özel hastanede yapmış olduğu çalışmada da gelir güvencesizliğinin iş güvencesizliğinden iki kat daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgular da yapılan çalışmayı doğrular niteliktedir.

Bu çalışmanın sonucuna göre değerlendirme kapsamına alınan hastanelerin sağlık düzeyleri düşük olduğu görülmüştür. Özellikle Mersin Şehir Hastanesi'nin en düşük, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin ve özel hastanenin ise düşük sayılabilecek sağlık düzeyine sahip olduğu görülmüştür. İnsan sağlığına kesintisiz hizmet eden bu örgütlerin sağlık düzeyinin düşük çıkması dikkat çekici bir sonucudur. Ayrıca çalışmada örgüt sağlığının, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısına etkisine bakılmış, örgüt sağlığının cinsiyet ayrımcılığı hariç tüm boyutlarını etkilediği ortaya çıkmıştır. Yani örgüt sağlığı düştükçe etkin iletişim, maddi kazanımlar, terfi imkânları, görev dağılımı, kaynak dağılımı, yönetimin tutumu, adam kayırmacılık boyutlarına yönelik adaletsizlik algısının arttığı görülmüştür. Yapılan çalışmanın geneline bakıldığında sağlık örgütleri yeterince sağlıklı bulunamamıştır. Örgütün sağlık derecesi de adaletsizlik algılarını etkileyecektir. Genel olarak değerlendirildiğinde bir örgütün sağlıklı olması bir örgüte dair birçok unsurun sağlıklı olduğu ve süreçlerin sağlıklı olarak işlediğine de kanıt olabileceği düşünülmektedir. Bu sonuçlar da artan kâr, düşük maliyet, etkinlik, verimlilik, düşük devamsızlık, düşük stres gibi olumlu davranış ve çıktıları sebep olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın tüm sonuçları değerlendirdiğinde aşağıda yer alan ve kritik olduğu düşünülen unsurlar önerilmiştir:

- Örgüt sağlığı kavramı pek çok unsuru içinde barındırdığı için örgüte bütüncül bakmada kolaylıklar sağlamaktadır. Tıpkı yurtdışında örneklerini gördüğümüz gibi örgütleri değerlendirmeye alan örgüt sağlığı geliştirme şirketleri kurulmalıdır. Bu şirketler hem çalışan ve ailesine hem de müşterilerine danışmanlık hizmeti sunmakta, sağlık ve refahı kurum kültürüne dahil etmek için sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yardımcı olmaktadır. Ülkemizde bu tür kurumların varlığı fayda sağlayacaktır.
- Sağlık örgütleri örgüt sağlığı kavramını ciddiye almalı, belli aralıklarla örgüt sağlığı çalışması yaptırmalıdır. Buna yönelik olarak akademisyenlerden yardım alınmalı, hastaneler kendilerine daha iyi sağlık düzeyine getirmek adına çaba harcamalıdır.
- Hastaneler örgüt sağlığı düzeylerini arttırmak için değişime ve gelişime açık olmalı, yapılan değişimlere çalışanların uyumunun sağlanması için alıştırma sürecinin iyi yönetilmesi gerekmektedir.
- Hastaneler düzeltici tedbirlerden çok önleyici tedbirler olarak, çevreye, çalışanlarına ve hastalarına karşı sorumluluk bilinciyle hareket etmelidir.
- Örgüt sağlığının iş güvenliği, düşük stres düzeyi gibi pek çok kavramla ilişkisi olduğu göz önüne alındığında hastanelerde çalışanların fiziksel ortamının güveni sağlanmalı, mental sağlıkları da düşünülerek güçlü iletişim ve paylaşım ortamları yaratılmalıdır.

- Hastanelerin örgüt sağlığı düzeyinin adaletsizlik algısıyla olan yüksek oranda ilişkisi bu çalışmada ortaya konmuştur. Özellikle etkin iletişimin ne denli önemli olduğu vurgulanmıştır. Buradan hareketle hastanelerde yönetim ve çalışanlar arasındaki iletişim yeterli düzeyde tutulmalı, çalışanların onlar hakkında alınacak kararlarda fikri alınmalıdır.
- Özel hastaneler kamuyla olan uçurum denilebilecek seviyedeki maaş farkını azaltmalı, aynı işe aynı ücreti verme politikasını edinmelidir. Eğer mümkünse devlet tarafından taban ücret uygulaması konulmalı, maaşlarla ilgili bu adaletsizlik en üstten engellenmelidir. Hemşirelere yönelik olarak yıpranma payı ödemeleri hesaplanarak ücretlere yansıtılmalıdır. Kamu hastanelerindeki hemşirelerin ek gösterge oranları düzeltilmelidir.
- Araştırmada hastanelerin örgüt sağlığı düzeyi, hemşirelerin örgütsel adaletsizlik algısının etkin iletişim boyutunu negatif etkilediği bulgulanmıştır. Bu bulguya göre; hemşirelerin başarıda paylarının olduğu hissi algısının artırılması gerektiğini, hemşirelerin önerilerinin ve daha çok fikirlerinin alınması gerektiğini ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle hastane yöneticilerinin bu beklentiler doğrultusunda çözüm üretmeleri önerilebilir.
- Ek ödenek ve performansa dayalı ek ödemede hemşire ve ebelerin sağlık sistemine olan katkısı unutulmamalı ve eşitlikçi yaklaşım yapılmalıdır. Kamu hastanelerinde yapılan döner sermaye ödemeleri, performans ödemeleri ve nöbet ücretleri özel hastanelerde bulunmamaktadır. Döner sermaye ve performans ödemelerindeki katsayılar hemşireler lehine düzeltilmelidir.
- Terfi sisteminde meydana gelebilecek her türlü kayırmacılığın önüne geçilmeli, açık, şeffaf politikalar izlenmelidir. Uygun işe uygun kişinin girmesi sağlanmalıdır. İşe alımlardan önce ve sonra kişinin ne tür yeterlilikler sebebiyle orada olduğu hem devlet hem de hastane kanalinca sorgulanmalıdır.
- Görev ve kaynak dağılımı yapılırken adaletli paylaşım ilkesi edinilmeli, yönetim tarafsız davranmalıdır.

Kaynakça

- Adams, J. S. (1965), "Towards an Understanding of Inequity", **The Journal of Abnormal and Social Psychology**, 67 (5), 422-467.
- Chu, C.; Breucker, G.; Harris, N.; Stitzel, A.; Gan, X.; Gu, X.; Dwyer, S. (2000), "Health-Promoting Workplaces-International Settings Development", **Health Promotion International**, 15 (2), 155-167.
- Cohen- Carash, Y.; Spector, P. E. (2001), "The Role of Justice in Organizations: A Meta-Analysis", **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, 86 (2), 278-321.
- Colquitt, J. A.; Conlon, D. E.; Wesson, M. J.; Porter, C. O.; Ng, K. Y. (2001), "Justice at the Millennium: A Meta-Analytic Review of 25 Years of Organizational Justice Research", **Journal of Applied Psychology**, 86 (3), 425-445.
- Cox, T.; Howarth, I., (1990), "Organizational Health, Culture and Helping", **Work & Stress An International Journal of Work, Health & Organisations**, 4 (2), 107-110.

- Cropanzano, R.; Bowen, D. E.; Gilliland, S. W. (2007), "The Management of Organizational Justice", **The Academy of Management Perspectives**, 21 (4), 34-48.
- Çil Akıncı, A.; Pınar, R. (2011), "Hemşirelerin Etik Kodlara Uyma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler", **Turkish Journal of Research & Development in Nursing**, 13 (1), 5-13.
- Greenberg, J. (1987), "A Taxonomy Of Organizational Justice Theories", **Academy of Management Review**, 12 (1), 9-22.
- Güler, N. (1997), "Örgütsel Sağlık ve Denge" Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı, Sivas.
- Güriz, A. (2008), **Adalet Kavramı**, 3.Baskı, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.
- Hoy, W. K.; Miskel, C. G. (1996), **Educational Administration: Theory, Research, And Practice**, New York: McGraw-Hill.
- İçerli, L. (2010), "Örgütsel Adalet: Kuramsal Bir Yaklaşım", **Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi**, 5 (1), 67-92.
- İlhan, M.; Çetin B. (2014), "LISREL ve AMOS Programları Kullanılarak Gerçekleştirilen Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) Analizlerine İlişkin Sonuçların Karşılaştırılması", **Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi**, 5 (2), 26-42.
- İyigün, N. Ö. (2012), "Örgütsel Adalet: Kuramsal Bir Yaklaşım", **İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 11 (21), 49-64.
- Johnson, R. E.; Selenta, C.; Lord, R. G. (2006), "When Organizational Justice and The Self-Concept Meet: Consequences for the Organization and Its Members", **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, 99, 175-120.
- Leventhal, G. S. (1980), "What Should Be Done With Equity Theory?" içinde K. J. Gergen (Ed.), M. S. Greenberg (Ed.), R. H. Willis (Ed.), **Social Exchanges: Advances in Theory and Research**, (ss. 27-55), New York: Plenum Press.
- Lopez, P. D. (2009) "Studying Organizational Justice Theory Applications in the Field: A Practitioner's Perspective", **Industrial and Organizational Psychology**, 2 (2), 226-229.
- Lowe, G. (2010), **Creating Healthy Organizations: How Vibrant Workplaces Inspire Employees to Achieve Sustainable Success**, Canada: University of Toronto Press.
- Lövey, I.; Nadkarni, M. S.; Erdélyi, E. (2007), **How Healthy Is Your Organization?: The Leader's Guide to Curing Corporate Diseases and Promoting Joyful Cultures**, United States of America: Greenwood Publishing Group.
- Lyden, J. A.; Klingele, W. E. (2000), "Supervising Organizational Health", **Supervision**, 61 (12), 3-6.
- Miles, M. B. (1965), "Planned Change and Organizational Health: Figure and Ground", içinde J. M., Kitchel (Ed.), **Change Processes in the Public Schools**, ss(11-37), 1. Baskı, Oregon: United States of America at the University of Oregon Press.
- Orvik, A.; Axelsson, R. (2012), "Organizational Health in Health Organizations: Towards A Conceptualization", **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 26 (4), 796-802.

- Özkan, Ö.; Koçyiğit, Z.; Şen, Ü. (2013), “Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Koşulları”, **Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi**, 2 (1), 15-25.
- Öztürk, H.; Candaş, B.; Babacan, E. (2015), “Devlet Hastaneleri, Toplum ve Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi”, **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi [Journal of Health and Nursing Management]**, 1, 25-36.
- Polatci, S.; Ardıç, K.; Kaya, A. (2008), “Kurumlarda Örgüt Sağlığı ve Örgüt Sağlığını Etkileyen Değişkenlerin Analizi”, **Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 15 (2), 145-161.
- Rupp, D. E.; Wright, P. M.; Aryee, S.; Luo, Y. (2015), “Organizational Justice, Behavioral Ethics, and Corporate Social Responsibility: Finally the Three Shall Merge”, **Management and Organization Review**, 11 (1), 15-24.
- Schumacker, R. E. (2006), “Conducting Specification Searches With Amos: Structural Equation Modeling”, **A Multidisciplinary Journal**, 13 (1), 118-129.
- Tetrick, L. E.; Quick, J. C.; Quick, J. D. (2005), “Prevention Perspectives in Occupational Health Psychology”. içinde A.-S. G. Antoniou (Ed.), C. L. Cooper (Ed.), **Research Companion to Organizational Health Psychology**, Uk: Edward Elgar Publishing Limited.
- Xenidis, Y.; Theocharous, K. (2014), “Organizational Health: Definition and Assessment”, **Procedia Engineering**, 85, 562-570.