



Kapadokya Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK KALİTE ALGISI İLE ALGILANAN YÖNETİCİ DESTEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Sümeyye AKSOY

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2024

SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK KALİTE ALGISI İLE ALGILANAN
YÖNETİCİ DESTEĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Sümeyye AKSOY

Kapadokya Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2024

ÖZET

AKSOY Sümeyye. *Sağlık Hizmetlerine Yönelik Kalite Algısı ile Algılanan Yönetici Desteği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir, 2024.

Bu araştırmanın amacı sağlık sektöründe çalışanların sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısı ile algılanan yönetici desteği arasında bir ilişki bulunup bulunmadığının incelenmesidir. Bunun yanı sıra araştırmanın alt amacı sağlık sektöründe çalışanların sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısı ve yönetici desteği algısının demografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemektir. Araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini Malatya ilindeki sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmaya kolayda örnekleme yoluyla belirlenen toplam 300 sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının orta düzeyde olduğu, kadınların yönetim ve liderliğe yönelik kalite algılarının erkeklerden daha yüksek olduğu, genç sağlık çalışanlarının yönetim ve liderliğe yönelik algılarının daha olumsuz olduğu, hastanede 16 yıl ve daha uzun süre çalışanların yönetim ve liderlik algılarının diğerlerinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının yönetici desteği algılarının ortalamanın üzerinde olduğu, kadınlarda yönetici desteği algısının daha yüksek olduğu, eğitim durumuna, hastanede görevine göre yönetici desteği algısında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Araştırma sonucunda algılanan yönetici desteği ile sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısı altboyutlarından yönetim ve liderlik, insan kaynakları kullanımı, kalite eğitimi, ölçme ve değerlendirme ve kalite uygulamalarının yararları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak sağlık çalışanlarının kalite algılarını ve yönetici desteği algılarını iyileştirmek için bir başlangıç noktası olabilir. Bu önerilerin uygulanması, sağlık hizmetlerinin genel kalitesini artırmaya katkı sağlayabilir.

Anahtar Sözcükler

Sağlık Hizmetleri, Kalite Algısı, Yönetici Desteği Algısı

ABSTRACT

AKSOY Sümeyye. *Investigation of the Relationship Between Quality Perception of Health Services and Perceived Administrator Support*, Master's Thesis, Nevsehir, 2024.

The aim of this study is to examine whether there is a relationship between the perception of quality of health services and perceived managerial support. In addition, the sub-purpose of the research is to determine whether the quality perception of health services and the perception of manager support of employees in the health sector differ according to their demographic characteristics. Relational survey model, one of the quantitative research methods, was used in the study. The population of the study consists of healthcare professionals working in health institutions in Malatya province. A total of 300 health workers determined by convenience sampling were included in the study. As a result of this study, it was seen that health care workers' perception of quality towards health services was at a medium level, women's perceptions of quality towards management and leadership were higher than men, young health care workers' perceptions of management and leadership were more negative, and the perceptions of management and leadership of those working in the hospital for 16 years and longer were higher than others. Again, as a result of our study, it was determined that the perception of managerial support of healthcare workers was above the average, the perception of managerial support was higher in women, and there was no significant difference in the perception of managerial support according to educational status and position in the hospital. As a result of the research, it was determined that there was a positive significant relationship between perceived manager support and the benefits of management and leadership, human resources use, quality training, measurement and evaluation and quality practices, which are among the sub-dimensions of quality perception for health services.

As a result, it may be a starting point for improving healthcare workers' perceptions of quality and perceptions of managerial support. Implementation of these recommendations may contribute to improving the overall quality of healthcare services.

Keywords

Health Services, Quality Perception, Perception of Administrator Support

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iv
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
GİRİŞ	1

1. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ	3
1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	4
1.1.1.1. Bireye Yönelik Koruyucu Hizmetler	4
1.1.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler.....	5
1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	6
1.1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	6
1.1.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	7
1.1.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	8
1.1.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	9
1.1.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon	9
1.1.3.2. Sosyal Rehabilitasyon	9
1.1.4. Sağlığın İyileştirilmesi Hizmetleri.....	10
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI	11
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Etkileyen Faktörler	15
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite İlkeleri	16
1.2.3. Kaliteli Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	16
1.3. YÖNETİCİ DESTEĞİ	17

2. BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ	21
2.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	21
2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	21
2.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	22
2.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER.....	23

3. BÖLÜM

BULGULAR

3.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİYLE İLGİLİ BULGULAR	25
--	----

3.2. SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK KALİTE ALGISINA İLİŞKİN BULGULAR.....	29
3.3. ALGILANAN YÖNETİCİ DESTEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	39
3.4. SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK KALİTE ALGISI İLE YÖNETİCİ DESTEĞİ ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	44
4. TARTIŞMA	46
SONUÇ	53
KAYNAKÇA	57
Ek-1. Orijinallik Raporu Formu.....	63
Ek 2. Etik Kurul Onayı.....	64
Ek 3. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	65
Ek 4. Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği	67
Ek 5. Algılanan Yönetici Desteği Ölçeği	69

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KSH	: Koruyucu Sağlık Hizmetleri
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	4
Şekil 2. Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Hizmet, Ulaşılabilirlik ve Maliyetler Açısından Değerlendirilmesi	8
Şekil 3. Katılımcıların cinsiyetine göre dağılımı	25
Şekil 4. Katılımcıların medeni durumuna göre dağılımı.....	26
Şekil 5. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı	27
Şekil 6. Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı	27
Şekil 7. Katılımcıların hastanedeki çalışma süresine göre dağılımı	28
Şekil 8. Katılımcıların hastanedeki görevine göre dağılımı	29
Şekil 9. Katılımcıların Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği’nden elde ettiği ortalama puanlar.....	30
Şekil 10. Katılımcıların cinsiyetine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları	31
Şekil 11. Katılımcıların medeni durumuna göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları	32
Şekil 12. Katılımcıların yaşına göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları	34
Şekil 13. Katılımcıların eğitim durumuna göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları	35
Şekil 14. Katılımcıların mevcut hastanedeki çalışma süresine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları	37
Şekil 15. Katılımcıların hastanedeki görevine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları	38
Şekil 16. Katılımcıların cinsiyetine göre yönetici desteği algıları	39
Şekil 17. Katılımcıların medeni durumuna göre yönetici desteği algıları.....	40
Şekil 18. Katılımcıların yaşına göre yönetici desteği algıları	41
Şekil 19. Katılımcıların eğitim durumuna göre yönetici desteği algıları	42
Şekil 20. Katılımcıların hastanedeki çalışma süresine göre yönetici desteği algıları	43
Şekil 21. Katılımcıların hastanedeki görevine göre yönetici desteği algıları.....	44

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi etkileyen faktörler.....	15
Tablo 2. Sağlık hizmetlerinde kalite ilkeleri	16
Tablo 3. Sağlık çalışanlarında kalite algısı ölçeği güvenilirlik analizi sonuçları.....	22
Tablo 4. Algılanan yönetici desteği ölçeği güvenilirlik analizi sonuçları.....	22
Tablo 4. Katılımcıların cinsiyetine göre dağılımı	25
Tablo 5. Katılımcıların medeni durumuna göre dağılımı.....	26
Tablo 6. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı.....	26
Tablo 7. Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı	27
Tablo 8. Katılımcıların hastanedeki çalışma süresine göre dağılımı	28
Tablo 9. Katılımcıların hastanedeki görevine göre dağılımı.....	29
Tablo 10. Katılımcıların Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği'nden elde ettiği ortalama puanlar.....	30
Tablo 11. Katılımcıların cinsiyetine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 12. Katılımcıların medeni durumuna göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının karşılaştırılması.....	32
Tablo 13. Katılımcıların yaşına göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 14. Katılımcıların eğitim durumuna göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının karşılaştırılması.....	34
Tablo 15. Katılımcıların hastanedeki çalışma süresine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının karşılaştırılması.....	35
Tablo 16. Katılımcıların hastanedeki görevine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 17. Katılımcıların algılanan yönetici desteği ölçeğinden elde ettiği ortalama puanlar	39
Tablo 18. Katılımcıların cinsiyetine göre algıladıkları yönetici desteğinin karşılaştırılması	39
Tablo 19. Katılımcıların medeni durumuna göre algıladıkları yönetici desteğinin karşılaştırılması.....	40
Tablo 20. Katılımcıların yaşına göre algıladıkları yönetici desteğinin karşılaştırılması...	40
Tablo 21. Katılımcıların eğitim durumuna göre algıladıkları yönetici desteğinin karşılaştırılması.....	41
Tablo 22. Katılımcıların hastanedeki çalışma süresine göre algıladıkları yönetici desteğinin karşılaştırılması.....	42
Tablo 23. Katılımcıların hastanedeki görevine göre algıladıkları yönetici desteğinin karşılaştırılması.....	43
Tablo 24. Sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısı ile algılanan yönetici desteği arasındaki ilişki	45

GİRİŞ

Sağlık sektöründeki yöneticiler, yüksek kalitede hasta bakımı sağlamak ve bakımı iyileştirmek için çaba göstermek konusunda yasal ve ahlaki bir yükümlülüğe sahiptir. Bu yöneticiler, politikaları, sistemleri, prosedürleri ve kurumsal iklimleri belirleme konusunda birinci sınıf bir konumdadır. Bu doğrultuda, birçok kişi sağlık hizmeti yöneticilerinin bakım kalitesi ve hasta güvenliği konusunda önemli ve bariz bir role sahip olduğunu ve bunun sağlık hizmeti yöneticilerinin en yüksek önceliklerinden biri olduğunu savunmuştur (Kizer, 2001a-b; Berwick, 2007). Bu doğrultuda, Yönetim Kurullarının kalite ve güvenlik sonuçları konusunda sorumluluk alması yönünde çağrılar yapılmıştır (Gosfield ve Reinertsen, 2005). Kalite ve güvenliği etkileyen hastane yönetimi başarısızlıklarının yüksek profilli tanıtımları, bazı ülkelerde ulusal düzeyde kalite için yönetim liderliğine yönelik güçlü talimatları ortaya çıkararak ivmeyi artırmaktadır (Francis, 2013).

Sağlık hizmetleri kalitesini tanımlamak ve ölçmek diğer sektörlerle kıyasla daha da zordur. Sağlık sektörünün soyutluk, heterojenlik ve eşzamanlılık gibi kendine has özellikleri, kalitenin tanımlanmasını ve ölçülmesini zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetleri soyut bir üründür ve üretilen mallar gibi fiziksel olarak dokunulamaz, hissedilemez, görülemez, sayılamaz veya ölçülemez. Somut malların üretilmesi, üretim süreci boyunca ve daha sonraki kullanımlarda kalite açısından örneklenip test edilebildikleri için kalitenin nicel olarak ölçülmesine olanak tanır. Ancak sağlık hizmeti kalitesi, hizmet sürecine ve müşteri ile hizmet sağlayıcı etkileşimlerine bağlıdır (McLaughlin ve Kaluzny, 2004; Mosadeghrad, 2012). Zamanındalık, tutarlılık ve doğruluk gibi bazı sağlık hizmeti kalite özelliklerinin, müşteri tarafından yapılan öznel bir değerlendirmenin ötesinde ölçülmesi zordur.

Kalite, hayatımızın giderek daha baskın bir parçası haline geldi. İnsanlar sürekli olarak kaliteli ürün ve hizmetler aramaktadır. Kaliteye yönelik bu arzunun varlığı, dünyanın dört bir yanındaki firma ve kuruluşların kaliteyi her türlü hizmet

ve üretim sürecinin temel bir bileşeni olarak görmelerine neden olmuştur. Kalite, rekabet avantajını sürdürmek için stratejik bir farklılaştırma aracıdır. Yapı ve süreçlerin iyileştirilmesi yoluyla kalitenin artırılması, israf, yeniden işleme ve gecikmelerin azalmasına, daha düşük maliyetlere, daha yüksek pazar payına ve olumlu bir şirket imajına yol açar (Lagrosen ve Lagrosen, 2006; Rahman, 2001). Sonuç olarak, verimlilik ve karlılık artar (Alexander ve ark., 2006). Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin kalitesini tanımlamak, ölçmek ve iyileştirmek çok önemlidir. Bunun için de öncelikli olarak kalitenin geliştirilmesinde en önemli paya sahip olan yöneticilerin desteği önem arz etmektedir.

Bu araştırmanın amacı sağlık sektöründe çalışanların sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısı ile algılanan yönetici desteği arasında bir ilişki bulunup bulunmadığının incelenmesidir. Bunun yanı sıra araştırmanın alt amacı sağlık sektöründe çalışanların sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısı ve yönetici desteği algısının demografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemektir.

1. BÖLÜM

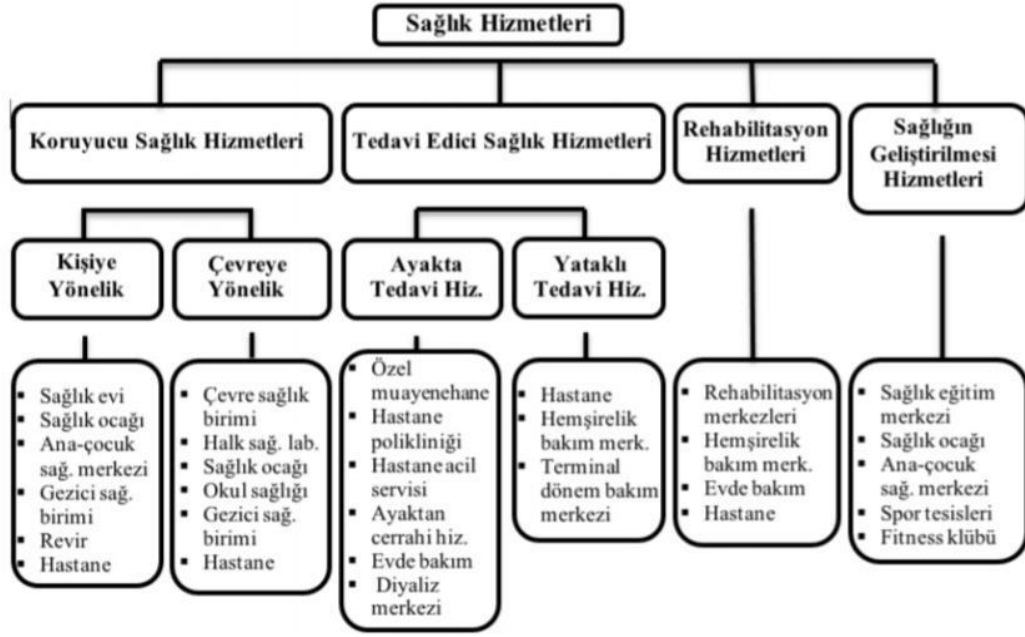
KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ

"Sağlık Hizmetleri", kişilerin ve toplumun mevcut sağlık durumunu korumak, hastaları tedavi etmek, sakat kalanların bağımsız yaşamalarını sağlamak, tam iyileşmeyenleri tedavi etmek ve toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan rutin faaliyetlerin tümünü ifade etmektedir (Şenol, 2006). Gerekli düzeyde sağlık hizmeti alma algısı, bu hizmetlerin toplumsal refahı artıran ve geliştiren bileşeninin benimsenmesi ile oluşturulmuştur. DSÖ, Sağlık Hizmetlerini "belirli sağlık kuruluşlarında çeşitli amaçlara ulaşma çabalarını yerine getirerek, koruyucu ve tedavi edici hizmetler yoluyla bireylerin ve toplumun refahı için tüm ülkede örgütlenmiş bir sistem" olarak tanımlamaktadır (Sevgen, 2015).

Sağlık hizmetleri, 5.1.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile hastaların tedavisi, kişilerin sağlık durumlarına zarar veren çeşitli nedenlerin etkilerinden korunması, hareket ve zihinsel kapasiteleri kısıtlananların rehabilitasyonu için gerekli tıbbi bileşenler olarak tanımlanmaktadır (Sevgen, 2015).

Koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetler, sağlık hizmetleri analizinin dört kategorisidir.



Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması (Uçak, 2020)

1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalık öncesinde gerçekleştirilen tüm faaliyetler koruyucu sağlık hizmetleri olarak kabul edilir (Loş, 2016). Hizmetten yararlanan bireyin yanı sıra toplum da bu hizmetlerden bir bütün olarak faydalanır. Koruyucu sağlık hizmetleri, hem bireyin hem de toplumun sağlığını korumak için çevreye ve bireye yönelik yapılması gerekenlerin tümünü kapsar (Sevgen, 2015). Toplumun genel refahı koruyucu sağlık hizmetlerinin ana hedefidir; bireysel fayda ikincil hedeftir (Karagöz, 2015).

Sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması birimleri, sağlık evleri, çevre sağlığı birimleri ve işyeri revirleri bu temel hizmetleri sunan kurumlardır. Koruyucu sağlık hizmetleri genel olarak ikiye ayrılır: bireysel hizmetler ve çevresel hizmetler.

1.1.1.1. Bireye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Bu hizmetler sağlık memuru, doktor, hemşire ve ebelerin sunduğu hizmetlerdir. Bu hizmetlerin içinde aşağıdakiler yer almaktadır

- Bağışıklama
- Kişisel hijyen
- İlaçla koruma
- Aile planlaması hizmetleri
- Sağlık eğitimi (Şenol, 2006).

1.1.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Bu alanda uzmanlık eğitimi almış veteriner hekimler, biyologlar, çevre sağlığı teknisyenleri, mühendisler ve kimyagerler bu hizmetleri sunmaktadır. Bu hizmetler, sağlığı olumsuz etkileyen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ekonomik ve sosyal unsurları ortadan kaldırarak veya bu unsurların insan sağlığını olumsuz etkilemesini önleyerek çevrenin olumlu hale gelmesini sağlamaya çalışır. Şenol'a (2006) göre aşağıdaki çevre sağlığı hizmetleri sunulmaktadır:

- Halka açık yerlerin kontrol edilmesi
- Radyasyondan korunma
- Kazaların önlenmesi
- Endüstri hijyenine uyulması
- Katı atıkların denetimi
- İçilebilir su kaynaklarının belirlenmesi ve kontrolü
- Vektör kontrolü ve vektörlerle savaş
- Gıda maddelerinin üretim ve satışının kontrol edilmesi
- Şehirleşmenin getirdiği sağlık sıkıntılarının önlenmesi
- Konut sağlığı ve denetimi

- Hava ve gürültü kirliliğinin kontrol altına alınması.

Ayrıca, sağlık koruma stratejilerinin üç yönü incelenmektedir.

Birincil koruma: Aşılar, dengeli beslenme ve güvenli ortamlar gibi kişinin kendisinin veya toplumun sağlık durumunu iyileştirmek için yapılan eylemleri ifade etmektedir (Sevgen, 2015).

İkincil Koruma: Bireysel veya toplumsal erken teşhis ve tedavi (Sevgen, 2015).

Üçüncül koruma: Bireyin yaşam kalitesini iyileştirmek ve hastalığın yol açtığı potansiyel sorunları azaltmak veya tamamen ortadan kaldırmak için yapılan eylemleri ifade eder (Sevgen, 2015).

1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Loş'a (2016) göre, hastalık veya hastalığın semptomlarının seyri sırasında teşhis, tanı ve tedavi süreçlerini içeren hizmetleri kapsar. Tedavi hizmetlerinin sağlanması için üç seçenek mevcuttur: yatarak tedavi, ayakta tedavi ve eve arke bakım. Yatarak tedavi yöntemi, tüm teklifler arasında en maliyetli olanıdır (Karagöz, 2015).

Terapötik hizmetlerin temel amaçları, hastalığı hızlı bir şekilde tespit etmek ve iyileştirmek, hastanın üretkenliğini veya rutinini kaybetmesini önlemek ve hastanın yaşam standardını yükseltmektir (Koca, 2015).

Hizmetin büyüklüğüne bağlı olarak, tedavi edici sağlık hizmetlerini analiz etmek için üç yaklaşım vardır. Aşağıda bu hizmetlere ilişkin bir açıklama yer almaktadır.

1.1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hem sisteme giriş noktası hem de tıbbi tesislerde bakım aramak isteyen kişiler için ilk temas noktası olarak hizmet vermektedir (Loş, 2016). Ayakta tedavi hizmetleri, birinci basamak sağlık

hizmetlerini tanımlamanın bir başka yoludur (Sevgen, 2015). Bu hizmetler arasında günlük tedaviye yönelik olanlar da bulunmaktadır (Şenol, 2006). Bu hizmetlerin sunulduğu birimlerde yeterli hasta yatağı olmadığı için hastaneye yatış yapılmamaktadır. Hastalar hastaneye yatırılmaları gerekiyorsa bir üst kuruma sevk edilirler. Buna sevk zinciri denmektedir (Sevgen, 2015).

Aile Hekimliği: Hastaları ve aileleri yaş veya cinsiyete bakmaksızın sürekli olarak tedavi eden lisanslı bir tıp uzmanı aile hekimi olarak bilinir. Hastalar aile hekimleri tarafından klinikte, hastanede veya eve arke muayene edilebilir. Erken hastalık teşhisi aile hekiminin hedefidir. Bir aile hekiminin hastasıyla olan her etkileşimi, sağlığı eğitmek ve geliştirmek için bir fırsat olarak görülür. Aile hekimi, hastalığın ciddiyetini tespit etmek için çaba gösterir. Aile hekimleri, her yaşta insan için ortaya çıkan her sağlık sorununu ele almaya hazırdır. Aile hekimleri bölgelerindeki mevcut kaynaklar hakkında bilgi sahibidir ve hastalarının iyiliği için bunları iyi bir şekilde kullanırlar. Aile hekimleri birinci basamak doktorları oldukları için sistemin kaynaklarını yönetirler. (Şahin, 2001).

Türkiye'de 1985 yılından beri aile hekimliği eğitimi verilmektedir. Ayrıca 1990 yılında Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği kurulmuştur. Avrupa Aile Hekimleri Akademisyenleri Birliği (EURACT), Avrupa Aile Hekimliği Araştırma Derneği (EGPRW), Avrupa Aile Hekimleri Kalite Çalışma Grubu (EQUIP) ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA), Türkiye Aile Hekimleri Derneği'nden temsilcilere sahiptir (Şahin, 2001).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarına örnek olarak Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Özel-Kamu İşyeri Hekimliği, Verem Savaş Dispanseri, Sağlık Evi, Sağlık Ocağı, Hastane Poliklinikleri ve Yataksız Sağlık Kuruluşları verilebilir (Karagöz, 2015).

1.1.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

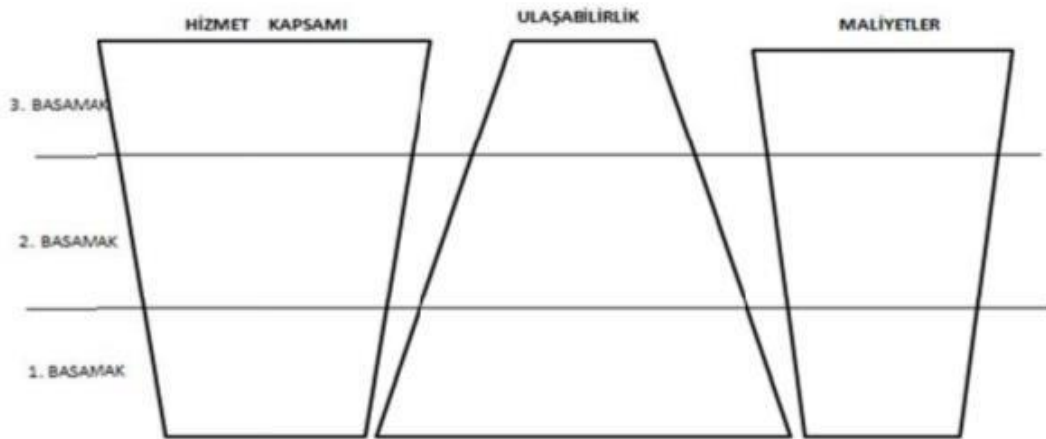
Bu tür bir hizmet, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarından bu hizmetleri alamayan hastaların teşhis ve tedavisi için hastaneye yatırılmasını içerir (Loş, 2016). Ayrıca Şenol'a (2006) göre, ileri teknoloji veya tıbbi uzmanlık

gerektirmeyen hastalıkların tedavisine yönelik hizmetlerdir. Bu hizmetleri sunan sağlık kuruluşlarına örnek olarak tam teşekküllü devlet hastaneleri, vakıf hastaneleri, özel hastaneler ve askeri hastaneler verilebilir (Sevgen, 2015).

1.1.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Bu hizmetler, özel bilgi ve bakım gerektiren durumları olan hastaların tıbbi ihtiyaçlarını karşılamak için sunulmaktadır. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları genellikle belirli bir hastalığa veya yaş aralığına yönelik tedaviler sunmaktadır (Loş, 2016). Bu hizmetlerde, uzun vadeli araştırma ve tedavilerle birlikte en gelişmiş tıbbi teknolojiler kullanılmaktadır (Koca, 2015). Sanatoryumlar, dış hastaneleri, doğum ve çocuk bakım merkezleri, kanser hastaneleri, kardiyovasküler hastaneler, akıl sağlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri ve cüzzam hastaneleri bunlara birkaç örnektir (Karagöz, 2015).

Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının aksine, üçüncü basamak sağlık kuruluşları yukarıda belirtilen özellikleri nedeniyle daha sınırlı bir coğrafi alana hizmet vermektedir. Birinci basamak sağlık tesislerinin erişilebilirliğinin daha fazla olduğunu söylemek mümkündür. Şekil 2 birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının hizmet kapsamı, erişilebilirlik ve maliyet açısından bir değerlendirmesini sunmaktadır (Coşgun, 2020).



Şekil 2. Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Hizmet, Ulaşılabilirlik ve Maliyetler Açısından Değerlendirilmesi (Coşgun, 2020)

1.1.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, bireyin başkalarına fiziksel ve zihinsel bağımlılıktan uzak bir yaşam sürmesini sağlamanın yanı sıra hastalıklar, savaşlar, kazalar ve diğer felaketlerden kaynaklanan engellerin günlük yaşam üzerindeki etkilerini önlemek veya azaltmak için sunulmaktadır (Şenol, 2006).

Bu hizmetlerin amacı, bireyin ve ailesinin acılarını azaltmak ve çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilecek sınırlayıcı koşullar karşısında kişinin hayatını istediği gibi yaşamasını garanti altına almaktır (Karaca, 2011).

Hem yatılı hem de ayakta rehabilitasyon tesisleri rehabilitasyon tedavileri sunmaktadır (Şenol, 2006).

Rehabilitasyon hizmetlerine örnek olarak doğuştan veya sonradan oluşan engellerin hareket kabiliyetinin artırılması ve engelli bireylerin toplumla barışık yaşamlarının sağlanması verilebilir. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon, rehabilitasyon hizmetlerinin iki kategorisidir (Sevgen, 2015).

1.1.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Koca'ya (2015) göre tıbbi rehabilitasyon hizmetleri, kişinin bağımsız olarak yaşamasını, fiziksel hastalıklardan ve engellerden kurtulmasını ve yaşam kalitesini artırmasını sağlayan hizmetlerdir. Uzun protezi kullanımı, postüral sorunların iyileştirilmesi, görme ve işitme sorunlarının en aza indirilmesi bunlardan birkaçıdır (Sevgen, 2015).

1.1.3.2. Sosyal Rehabilitasyon

Bu programlar, engelli veya özürlü kişilerin iş bulmalarına, çalışmayı öğrenmelerine ve uyum sağlamalarına yardımcı olmak için tasarlanmıştır; böylece bu kişiler hayatlarını diğerlerinden bağımsız olarak sürdürebilir ve günlük yaşama katılabilirler (Şenol, 2006).

1.1.4. Sağlığın İyileştirilmesi Hizmetleri

Bunlar, sağlıklı kişilerin mevcut sağlık durumlarını korumalarına yardımcı olmak için sunulan hizmetlerdir. Birey bu hizmetler için birincil sorumluluğu taşır. Amacı, kişinin yaşam kalitesini ve fiziksel ve ruhsal sağlık derecesini iyileştirmektir. şenol'a (2006) göre sağlığın geliştirilmesi, sağlık eğitimini de kapsayan, bireysel ve toplumsal sağlığı geliştirmek için sosyal yapıyı ve çevreyi değiştirmeye çalışan, sağlık kuruluşlarının yanı sıra ulusal ve uluslararası tüm özel ve kamu kuruluşlarına görev ve sorumluluklar yükleyen bir hizmettir.

DSÖ, dünya çapında olumsuz sağlık olaylarındaki artışa yanıt olarak 1977 Genel Kurulunda "2000 Yılında Herkes için Sağlık" hedefini belirlemiştir. Bu hedefi ilerletmek amacıyla 1978 yılında Alma Ata'da "Temel Sağlık Hizmetleri" konulu bir konferans toplanmıştır. Günümüzün sağlık hizmetleri, bu konferansın ardından kurulan Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) tarafından şekillendirilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde koruyucu hizmetler ve yatarak ya da ayakta tedavi edici hizmetler sunulmaktadır. TSH, sevk zincirini takip eden, sürekli, eşitlikçi ve entegre hizmet yaklaşımını kullanan, ekip hizmeti prensibine dayanan, vatandaşı en yakın birime ulaştıran, öz sorumluluğu ve ulusal sağlık ve sıhhat düzenlemelerine bağlılığı esas alan bir hizmettir (şenol, 2006).

TSH aynı zamanda asgari bakım fikrinden de bahseder. Aşağıdaki kriterler temel sağlık hizmetlerinin kapsamına girer (şenol, 2006):

- Bağışıklama
- Ana ve ocuk Sağlığı Bakımı
- Sık görülen hastalık ve yaralanmaların tedavisi
- Besin sağlama ve uygun beslenme
- Elzem ilaçların sağlanması
- Yerel endemik hastalıkların kontrolü

- Yeterli temiz su ve temel sanitasyon

- Sağlık Eğitimi

Tannahill'in modeli, sıklıkla uygulanan sağlığı geliştirme modellerinden biridir. Bu paradigma, sağlığın geliştirilmesini birbiriyle bağlantılı üç çembere ayırmaktadır: koruyucu bakım, sağlığın korunması ve sağlık eğitimi. Şahin (2001) sağlığın geliştirilmesinde birbiriyle bağlantılı bu çemberlerle temsil edilen yedi temel belirleyici tanımlamıştır.

1. Önleyici sağlık hizmetleri arasında servikal sürüntü taraması, aşılama, büyüme ve gelişmenin izlenmesi, hipertansiyon vakalarının belirlenmesi, sakatlığa neden olan hastalıkların taranması ve insanların sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak için nikotin sakızı kullanılması yer almaktadır.

2. Daha iyi bir yaşam tarzını teşvik etmek için verilen sağlık eğitimi, önleyici sağlık eğitiminin bir parçasıdır. İnsanların sigarayı bırakmalarına yardımcı olmanın bir yolu da bilgi ve destek sağlamaktır.

3. Koruyucu Sağlık Önlemleri için Sağlık Eğitimi (Emniyet kemeri takmanın savunulması)

4. Koruyucu Sağlık Önlemleri (Su kaynaklarının florlanması)

5. Bireyler ve gruplar için sağlık becerileri ve pozitif sağlık eğitimi

6. İşyerinde sigara içme politikaları ve koruyucu sağlık hizmetleri

7. Tütün reklamlarının ve diğer bilinçlendirme girişimlerinin yasaklanmasını savunmanın yanı sıra pozitif sağlık eğitimi yoluyla önleyici sağlık hizmetlerinin teşvik edilmesi

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KAVRAMI

Kalite kavramı günümüzde stratejik bir kavram haline gelmiştir. Kalite konusunda farklı algılar bulunmaktadır. Bu algılar nedeniyle farklı özellikler açısından analiz edilmektedir. Bunlar şu şekilde açıklanabilir (Karaca, 2014):

- Kalite, kusursuz hizmet sunmaktır.
- Kalite, faaliyetleri zamanında yerine getirmektir.
- Kalite, sürekli gelişim ve başarı demektir.
- Kalite etkili olmaktır.
- Kalite bir süreçtir.
- Kalite, mükemmeli aramaya yönelik sistematik bir yaklaşımdır.
- Kalite, hedeflere uygunluktur.
- Kalite ölçülebilir.
- Kalite esnekliktir.
- Kalite bir yatırımdır.

Kalite fikri her geçen gün daha da önem kazanıyor. Kalite, kuruluşların gelir elde etmek ve rekabet avantajı sağlamak için çok değer verdikleri bir kavramdır. Mükemmellik arayışı kalitenin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Kalite kavramı hakkında farklı yorumlar mevcuttur. Bunlar aşağıdaki gibidir: Kalite, kaynakların ne kadar iyi kullanıldığına göre belirlenir (Eker, 2018).

Kalite, hizmet alan kişilerin ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmasıdır (Öçalan, 2009).

Mucuk'a (2014) göre kalite, insanların isteklerinin ne ölçüde karşılandığı olarak tanımlanabilir.

Kalite, bireylerin ihtiyaçlarını tatmin eden uygun fiyatlı hizmetler sunabilme yeteneğidir (Koçel, 2014).

Alptekin'e (2019) göre kalite, kullanıcının ihtiyaçlarını mümkün olan en düşük maliyetle karşılamaya çalışan hizmet kullanımının tüm yönlerini kapsamaktadır.

Eker'e (2018) göre kalite, hizmetin sunumunda ve tüketiminde yer alan tarafların beklentilerinin dikkate alınması ve karşılanması olarak tanımlanmaktadır.

Kaliteyi tanımlayan şey kullanıma uygunluktur (Karaca, 2014).

Sağlık hizmetleri bağlamında kalite, her bir hastanın ihtiyaç ve tercihlerinin tüm hizmet süreci boyunca karşılanması ve teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin belirli kriterlere uygun olarak sunulması olarak tanımlanmaktadır. Papatya ve arkadaşlarına (2012) göre, sağlık sektöründe bakım sağlanırken bireyin güvenliğine öncelik verilmelidir. Aşağıdaki unsurlar bir hizmetin kalitesini etkiler (Yurtsever, 2015):

- Süre
- Nezaket
- Doğruluk
- Kesinlik
- Tutarlılık
- Uygunluk
- Cevap verme
- Zaman

Hizmet sunucuları ve alıcılarının yanı sıra hükümetler de sağlık hizmetlerinin kalitesine önem vermektedir. Çünkü daha mutlu ve daha sağlıklı bir toplum, yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin mevcudiyetinin bir sonucudur. Toplumsal büyümenin başlıca itici güçlerinden biri, tedavi görmek isteyenlere sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasıdır (Yurtsever, 2015). Hastaların beklentileri dört temel unsurdan etkilenmektedir.

Sözlü İletişim: "Hastaların beklentilerinin, hizmeti daha önce kullanmış olanların tavsiyelerinden etkilendiği gözlemlenmiştir."

Kişisel gereksinimler: "Hasta beklentilerini etkileyen bir diğer faktör de hastaların kişisel ihtiyaçlarıdır."

Önceki Deneyimler: "Hastaların hizmetle ilgili önceki deneyimleri önemlidir."

Dışsal İletişimler: Yurtsever'e (2015) göre, dış iletişimle ilgili olarak "hizmet sağlayıcı, hizmet alıcılarına çeşitli mesajlar gönderir".

İhtiyaç sahiplerinin sağlık hizmetlerine ulaşma kolaylığı, bu hizmetlerin kalitesinin bir ölçüsüdür. İnsanlar mevcut hizmetlerin ve bunlardan nasıl yararlanacaklarının farkında olmalıdır. Hastanın ihtiyaçları, güvenilir bir bakım planının hazırlanmasına rehberlik etmelidir. Bireylerin mahremiyetine, inançlarına ve hasta ve yakınları olarak haklarına saygı gösterilmelidir. Sağlık hizmetlerinin kalitesini gösteren diğer faktörler arasında kurum içi enfeksiyonların önlenmesi ve hasta güvenliği ve memnuniyetinin garanti altına alınması yer almaktadır (Yazgan, 2009).

"Teknik Kalite + Tedavi Sanatı = Sağlık Hizmeti Kalitesi" bir sağlık hizmetinin kalitesini ifade etmenin bir yoludur. Bu durumda, "teşhis ve tedavi hizmetlerinin tıp bilimine uygunluğu" kalitenin teknik tanımına, "sunulan hizmetlerin bireyin ihtiyaçlarını karşılaması" ise sanatsal tanımına girmektedir. Bu bakış açısına göre, bir sağlık hizmetinin bilimsel kriterlere uygunluk derecesi kaliteyi tanımlamak için kullanılabilir. Sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen çok sayıda faktör vardır. İyi bir sağlık hizmetinden bahsedebilmek için kaynakları etkin bir şekilde analiz edebilmek, hizmetleri verimli bir şekilde sunabilmek, herkesin eşit erişimine öncelik vermek ve hizmet alan kişilerden memnun olmak gerekir. (Demirbilek ve Çolak, 2008).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'de kalite stratejisi, hizmetlerde süreç, ürün ve mekân kalitesinin iyileştirilmesini amaçlayan bir strateji olarak tanımlanmaktadır. Bu stratejinin amacı hem hizmet

sunucularının hem de kullanıcıların memnuniyetini garanti altına almaktır (Yurtsever, 2015).

Sosyal adaletin en yüksek standartlarını gözeterek, bakıma muhtaç toplumsal kesimlerin sağlık ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde organize edilmiş hizmetler bütünü, kaliteli bir sağlık sistemini oluşturur. Bu, herhangi bir kaynak israfına yol açmadan gerçekleştirilir. Yurtsever'e (2015) göre, Amerikan Tabipler Birliği yüksek kaliteli hizmeti, yaşam kalitesini sürekli olarak artırmaya çalışan bir hizmet olarak tanımlamaktadır.

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kaliteyi Etkileyen Faktörler

Bir sağlık hizmetleri araştırmacısı olan Donebedian, tıbbi tesislerde verilen bakımın standardını etkileyen değişkenleri yedi kategoride toplamıştır. Bu değişkenler, sunulan hizmetin niteliği hakkında fikir veren özellikler olarak tanımlanabilir. Aşağıdaki tablo Donebedian'ın yedi nitel özelliğinin her birini açıklamaktadır (Karaca, 2014).

Tablo 1. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi etkileyen faktörler (Talmaç, 2020; Zincirkıran, 2016)

Faktörler	Açıklama
Verimlilik	Etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi, uygun olmayan tedavinin yapılmamasıdır.
Etkenlik	Eldeki imkânlarla kişinin sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişmedir.
Etkililik	Bireylerin sağlık durumu ile ilgili beklenen somut gelişmedir.
Kabul Edilebilirlik	Verilen hizmetin, kişilerin değerleri, beklentileri ve istekleriyle uyumlu olmasıdır.
Optimal Olma	Sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile yararları arasındaki dengenin kurulduğu noktadır.
Eşitlik	Bütün hastalara adil bir şekilde hizmet sunulması ve hastalar arasında ayrımcılık yapılmamasıdır.
Yasallık	Sunulan hizmetlerin toplum tarafından kabul edilmesidir.

Tüm bu unsurların sağlık hizmetlerinin yüksek kalitede geliştirilmesini garanti altına almak için birlikte çalıştığını unutmamak önemlidir. Belirli bir noktada, yüksek kaliteli hizmet sunmak isteyen sağlık tesislerinin bu niteliklerin her birine sahip olması gerekir. Bir sağlık hizmetinin sunulmasında yer alan her bileşen bütünüdür ve zincirin bir halkasını oluşturur (Yurtsever, 2015).

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite İlkeleri

Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme girişimlerinin başarılı olabilmesi için bir kalite kültürü oluşturulmalı ve yaygın olarak tanınmalıdır. Aşağıdaki tabloda bu kılavuz ilkeler listelenmektedir (Karaca, 2014).

Tablo 2. Sağlık hizmetlerinde kalite ilkeleri (Karaca, 2014)

İlkeler	Açıklama
Talep Karşılanması	Sağlık hizmetini sunanların ve hizmeti alanların gereksinimlerinin karşılanması
Ekip Çalışması	Kişisel gayretlerin yerini ekip çalışmasına devretmesi
Sürekli Gelişme	Devamlı ve hızlı bir şekilde ilerlemenin sürmesi
Önleme	Problemleri ortadan kaldırmak için çözümlerin aranması
Katılım	Personelin kapasitelerin ve yeteneklerini kullanmalarının sağlanması
İlk Seferde Doğru Yapmak	Hataların bulunup ortadan kaldırılması
Ölçümleme	Sunulan hizmetlerin ölçülebilmesi

1.2.3. Kaliteli Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Amerikan Tabipler Birliği Tıbbi Hizmet Konseyi tarafından hazırlanan raporda kaliteli sağlık hizmetinin sahip olması gereken özellikler şu şekilde sıralanmıştır (Altınışik, 2016):

- Kişinin tamamen iyi olduğu yaklaşımı ile hizmetin sunulması,
- Tıp Biliminin benimsenen ilkelerine göre kaynakların verimli kullanımına dayanır,
- Kişinin sağlık durumunun mümkün olan en kısa sürede iyileştirilmesi,
- Sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların erken teşhisi ve tedavisi vb,
- Gereksiz uzatma değil, tedavinin zamanında başlatılması,
- Bakım sürecindeki kararlara kişiyi dahil etmenin yollarını bulmak,
- Bakımın sürekliliğinin sağlanması ve farklı hekimlerin kişiyi değerlendirebilmesi için kişinin tıbbi kayıtlarının iyi olması gerekmektedir.

1.3. YÖNETİCİ DESTEĞİ

Hiyerarşik bir organizasyonda çalışanlar arasında etkin bir iletişim ağı kurmak, her bireyin beklenti ve taleplerini anlamayı gerektirir. Ayrıca, bu süreçte belirleyici bir unsur da çalışanlar ile kurumu temsil eden yönetici arasında var olan ilişkidir. Matthews ve diğerleri (2009) tarafından, çalışanların işlerini verimli bir şekilde yerine getirmelerini kolaylaştıran ve onlara yardımcı olan faaliyetlerin sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte, bir çalışanın yönetimi tarafından desteklendiğini ve teşvik edildiğini hissetme derecesi ve kendisine verdiği değer, patronunun kendisini ne kadar iyi desteklediğine inandığıyla ilişkilidir (Babin ve Boles, 1996).

Bu unsurlar personelin moralini yükseltmek, olumlu bir çalışma ortamı yaratmak ve nihayetinde kurumsal performansı artırmak için gereklidir. Sonuç olarak, kuruluşların açık iletişimi ve birbirine saygıyı teşvik eden işbirlikçi ve cesaretlendirici bir kültür yaratmaya yüksek öncelik vermesi kritik önem taşımaktadır. Muse ve Picher'in (2011) de belirttiği gibi, yardım kuruluş, aile ve iş arkadaşları gibi çeşitli kaynaklardan gelebilirken, kuruluş politikalarını ve yönetmeliklerini uyguladıkları için kaynakların tahsisinden nihai olarak yöneticilerin sorumlu olduğunu anlamak çok önemlidir. Bu nedenle, diğer yardım türlerinin etkili olabilmesi için yönetim desteği temel bir gerekliliktir. Gerçekten de, algılanan yönetim desteği konusunda yapılan çalışmalar, bu desteğin eğitim masrafları (Dhar, 2012), iş stresi (Halbesleben, 2006) ve şirketten ayrılma niyeti (Holman, 2003) gibi olumsuz iş sonuçlarının azaltılması açısından çalışanların yönetimden aldıkları desteğe ilişkin algıları üzerindeki etkisini de belgelemiştir. Ayrıca, bir örgütün destek programı iyi vatandaşlık gibi üretken sonuçları da iyileştirmektedir (Arshadi, 2011).

Birçok akademisyen, çalışanların iş tatmini ve motivasyonunun yönetsel destek algılarına bağlı olarak arttığını ve böylece kuruma bağlılıklarını ve bireysel çıktılarını güçlendirdiğini ortaya koymuştur (Rhoades ve Eisenberger, 2006; Dawley vd., 2008; Aarons, vd., 2009; Chen vd., 2009).

1.4. SAĞLIK ÖRGÜTLERİNDE ALGILANAN YÖNETİCİ DESTEĞİ

Sağlık, bir ülkenin kalkınması için hayati önem taşıyan ve bu nedenle göz ardı edilemeyecek kadar önemli bir sektördür (Korkut ve Gürkan, 2019). Ancak bu zorlu sektörü yönetmek basit bir başarı değildir. İnsan hayatı pek çok alanda vurgulandığından, sürekli bir yenilik ve iyileştirme ihtiyacı vardır ve bu da sağlık hizmetleri yönetimini zorlaştırmaktadır. Ayrıca, bu sektördeki birçok işletmenin kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olması da yönetimi daha da zorlaştırmaktadır. Büyük yansımaları olabilecek hata olasılığını azaltma ihtiyacı ve 7/24 kesintisiz hizmet sunarken insan hayatını koruma ihtiyacı gergin bir atmosfer yaratmaktadır. Bu ortamda yönetimi artırmak için birçok meslek grubunun eş zamanlı ekip çalışmasını koordine etmesi gerekir.

Gereksinimleri belirlemek ve bunları kesin değerlendirmeler ve uygulanabilir çözümlerle ele almak için deneyimli yöneticiler gerekir. "Yönetici desteği" kavramı da bu noktada ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanlarının morali, üretkenliği ve kurumun finansal hedeflerine ulaşma ve yüksek kaliteli hizmet sunma kapasitesi, yönetim onları destekleyip teşvik ettiğinde yükselir. Sağlık çalışanları zihinsel ve fiziksel eforun yanı sıra duygusal emek de sarf etmelidir. Sağlık çalışanlarının duygularını düzenleme ve hastalara ve ailelerine doğru davranma becerisi "duygusal emek" olarak adlandırılmaktadır (Korkut ve Gürkan, 2019).

Çalışanların duyguları artık işletmeler tarafından bir üretim girdisi olarak satın alınmaktadır. "Duygusal emek" fikri, duygusal düzenlemenin sağlık çalışanlarının yaptığı işin kritik bir bileşeni olduğuna dikkat çekmektedir. Bu nedenle, genel refahı ve iş mutluluğunu artırmak için, sağlık şirketleri çalışanlarının duygusal gereksinimlerini belirlemeli ve onlara yardımcı olmalıdır. Özetle, sağlık hizmetlerinin yönetimi, çeşitli meslek kuruluşlarının işbirliğini gerektiren zorlu ve çeşitli bir girişimdir. İyi bir yönetim, özellikle "yönetici desteği" ve "duygusal emek" alanlarında verimliliği büyük ölçüde artırabilir, olumlu finansal sonuçlar üretebilir ve sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltebilir.

Sağlık kuruluşlarında algılanan yönetici desteği fikri, personelin yönetimden aldığı yardım ve yönlendirmeyi ifade eder. Hastaneler ve klinikler, sağlık sektöründe sağlık kuruluşları kategorisine giren işletmelere örnektir. Şirket içindeki personeli teşvik etmek, ihtiyaçlarını karşılamak, iş yüklerini yönetmek ve performanslarını artırmak için yöneticilerden gelen destek, yönlendirme ve yardım, yönetici desteği olarak adlandırılır.

"Yönetici desteği" terimi, sorunları tespit edebilecek ve uygulanabilir çözümler üretebilecek yetenekli ve bilgili yöneticilere duyulan ihtiyaç nedeniyle ortaya çıkmıştır.

Algılanan yönetim desteğinin personel memnuniyeti, adanmışlık ve performans üzerindeki etkisi, bu desteği sağlık şirketlerinde kritik bir faktör haline getirmektedir. Bununla birlikte, çalışanların yönetsel destek eksikliğine ilişkin algıları, kendilerini iş yerinde daha stresli hissetmelerine neden olabilir ve bu da düşük verimlilikle sonuçlanabilir.

Sağlık kurumlarında algılanan yönetsel destek aşağıdaki şekillerde olabilir:

1. Rehberlik ve yönlendirme: Yöneticiler, çalışanlara görevleriyle ilgili yön ve rehberlik vererek performanslarını artırabilir. Çalışanları engelleri aşma ve başarıya ulaşma konusunda desteklerler.

2. İletişim: Sağlık şirketlerinde etkili iletişim, yönetsel desteğin kritik bir bileşenidir. Amirler, çalışanlarının ne düşündüğüne, neye ihtiyaç duyduklarına ve onlarla nasıl iletişim kurabileceklerine dikkat ederler.

3. Kaynakların tedarik edilmesi: Personele görevlerini daha etkin bir şekilde yerine getirebilmeleri için ihtiyaç duydukları araçları sağlamak yöneticilerin görevidir. Bu kaynaklar, personel desteği, teknoloji araçları ve eğitim fırsatları gibi çeşitli şeylerden oluşabilir.

4. Performans değerlendirmesi ve geri bildirim: Yöneticiler sık sık performans değerlendirmeleri yapar ve personelin gelişimini teşvik etmek amacıyla onlara hem olumlu hem de olumsuz yorumlar sunar.

5. İş-yaşam dengesinin teşvik edilmesi: Sağlık kuruluşu personeli sıklıkla zorlu ve stresli çalışma ortamlarıyla karşı karşıya kalır. Yöneticiler iş/yaşam dengesini desteklediğinde ve kişisel ihtiyaçlara öncelik verdiğinde çalışanların bağlılığı ve performansı artabilir.

6. Takdir ve ödüller: Yöneticiler, başarılarından dolayı personeli överek ve onlara teşekkür ederek motivasyonlarını artırabilir.

Bu unsurlar, personelin sağlık kuruluşlarındaki yönetim desteğine bakış açısını şekillendirmek için birlikte çalışır ve kurum içindeki kültür üzerinde faydalı bir etkiye sahip olabilir. Etkisiz yönetim desteği çalışanların mutsuzluğuna ve şirket içinde düşük performansa neden olabilirken, iyi yönetim desteği personelin işlerini daha başarılı ve verimli bir şekilde yapmalarına yardımcı olabilir.

2. BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Malatya ilindeki sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Çalışmaya kolayda örnekleme yoluyla belirlenen toplam 300 sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce etik kurul onayı (Karar No: 24.06) alınmıştır (Ek-1)

2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında, “Sosyodemografik Soru Formu”, Bayer ve Baykal (2018) tarafından geliştirilmiş olan “Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği” ve “Algılanan Yönetici Desteği” olmak üzere toplam üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır

Sosyo-demografik Bilgi Formu: Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, hastanedeki çalışma süresi, hastanedeki göreve yönelik düşüncelerine dair soruların yer aldığı formdur. Araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Ek-3).

Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği (Ek-4): Bayer ve Baykal (2018) tarafından geliştirilmiş olan Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeğinin “Yönetim ve Liderlik”, “İnsan Kaynakları Kullanımı” “Kalite Eğitimi” “Ölçme ve değerlendirme” ve “Kalite Uygulamalarının Yararları” olmak üzere beş boyutu bulunmaktadır. Ölçek Likert tipinde 5 basamaklı olup, ifadeler; “kesinlikle

katılmıyorum (1) ile “kesinlikle katılıyorum” (5) arasında değer almaktadır. Bayer ve Baykal (2018) ölçeğin güvenilirlik katsayısını 0.94 olarak bildirmiş olup bu çalışmada ise Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak hesaplanmıştır. Bu da ölçeğin güvenilirlik düzeyinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 3’te görülmektedir.

Tablo 3. Sağlık çalışanlarında kalite algısı ölçeği güvenilirlik analizi sonuçları

	Cronbach’s alfa
Yönetim ve Liderlik	,958
İnsan Kaynakları Kullanımı	,955
Kalite Eğitimi	,940
Ölçme ve Değerlendirme	,953
Kalite Uygulamalarının Yararları	,951
Ölçek Toplamı	,940

Algılanan Yönetici Desteği Ölçeği (Ek-5): Algılanan yönetici desteğini ölçümlemek üzere Karasek ve arkadaşları (1982), Gant ve arkadaşları (1993), Gillen ve arkadaşları (2002) ve benzer yedi ölçekten yararlanılarak geliştirilerek Giray ve Şahin (2012) tarafından Türkçe’ye uyarlanan, tek boyutlu, 11 maddeden oluşan “Algılanan Yönetici Desteği” ölçeği kullanılmıştır. Ölçek Likert tipinde 5 basamaklı olup, ifadeler; “kesinlikle katılmıyorum (1) ile “kesinlikle katılıyorum” (5) arasında değer almaktadır. Giray ve Şahin (2012) ölçeğin güvenilirlik katsayısını 0.92 olarak bildirmiş olup bu çalışmada ise ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.979 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4). Bu da ölçeğin güvenilirliğinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. Algılanan yönetici desteği ölçeği güvenilirlik analizi sonuçları

	Cronbach’s alfa
Algılanan yönetici desteği ölçeği	,979

2.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir:

H1: Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısı demografik özelliklerine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

H2: Sağlık çalışanlarının yönetici desteği algısı demografik özelliklere göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

H3: Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısı ile algılanan yönetici desteği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H3a: Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının alt boyutu olan yönetim ve liderlik ile algılanan yönetici desteği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H3b: Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının alt boyutu olan insan kaynakları kullanımı ile algılanan yönetici desteği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H3c: Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının alt boyutu olan kalite eğitimi ile algılanan yönetici desteği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H3d: Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının alt boyutu olan ölçme ve değerlendirme ile algılanan yönetici desteği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

H3e: Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının alt boyutu olan kalite uygulamalarının yararları ile algılanan yönetici desteği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

2.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Araştırmada veri analizinde istatistiksel testlerin uygulaması “IBM Statistical Package for the Social Sciences version 21.0 (SPSS v21) ile yapıldı. Ölçeklerin güvenirliğini test etmek için Cronbach’s Alpha değeri hesaplanmıştır. Sayısal ölçümlerin normallik analizi Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma ve yüzdelik dağılımlar verilmiştir İki parametreden oluşan değişkenlere yönelik karşılaştırmalar için bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla parametrelili değişkenlere yönelik karşılaştırmalar için tek yönlü varyans analizi One Way ANOVA, sürekli

değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson's korelasyon analizi kullanılmıştır. ANOVA analizi sonucunda farklılık saptanan grupları belirlemek için Post-Hoc (Tukey LSD) analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 ($p<0.05$) anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3. BÖLÜM

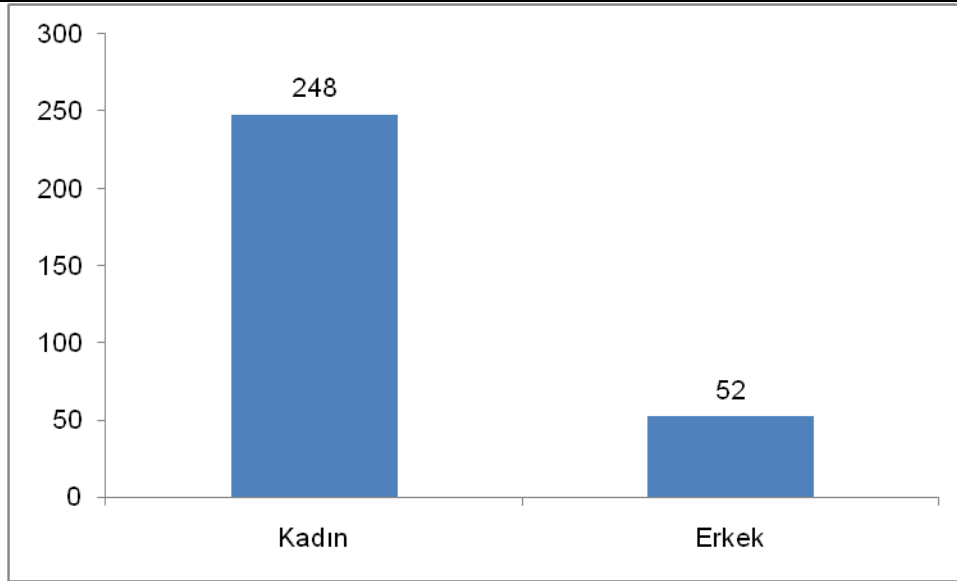
BULGULAR

3.1. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİYLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışmaya toplam 300 sağlık çalışanı katılmıştır. Katılımcıların 248'i (%82.7) kadın, 52'si (%17.3) ise erkektir (Tablo 4).

Tablo 5. Katılımcıların cinsiyetine göre dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	248	82,7
	Erkek	52	17,3
	Total	300	100,0

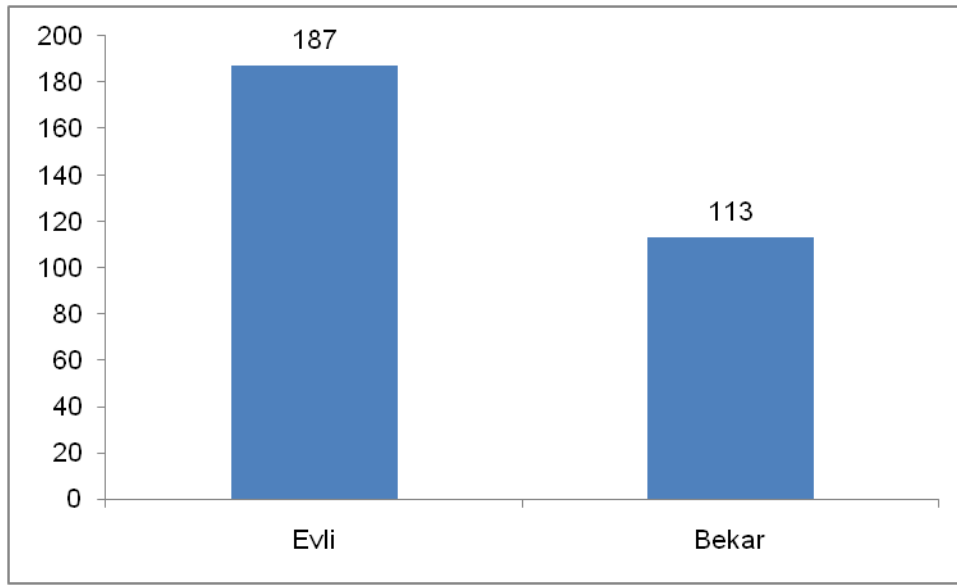


Şekil 3. Katılımcıların cinsiyetine göre dağılımı

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %62.3'ü evli, %37.7'si ise bekadır (Tablo 5; Şekil 4).

Tablo 6. Katılımcıların medeni durumuna göre dağılımı

		n	%
Medeni Durum	Evli	187	62,3
	Bekar	113	37,7
	Total	300	100,0

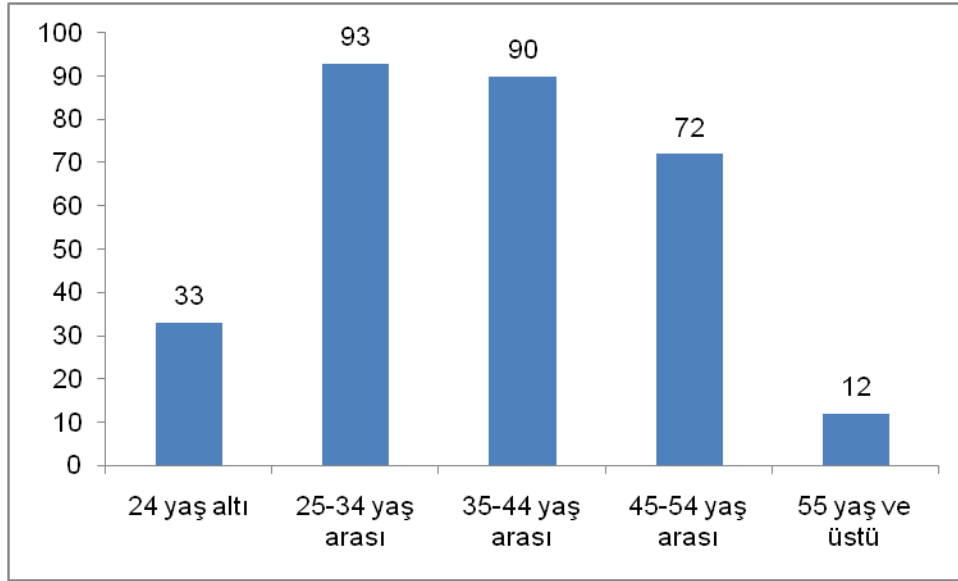


Şekil 4. Katılımcıların medeni durumuna göre dağılımı

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının 93'ü (%31) 25-34, 90'ı (%30) 35-44, 72'si (%24) 45-54 yaş arasında iken 33'ü (%11) 24 yaş altı, 12'si de (%4) 55 yaş ve üzerindedir (Tablo 6, Şekil 5).

Tablo 7. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı

		n	%
Yaş	24 yaş altı	33	11,0
	25-34 yaş arası	93	31,0
	35-44 yaş arası	90	30,0
	45-54 yaş arası	72	24,0
	55 yaş ve üstü	12	4,0
	Total	300	100,0

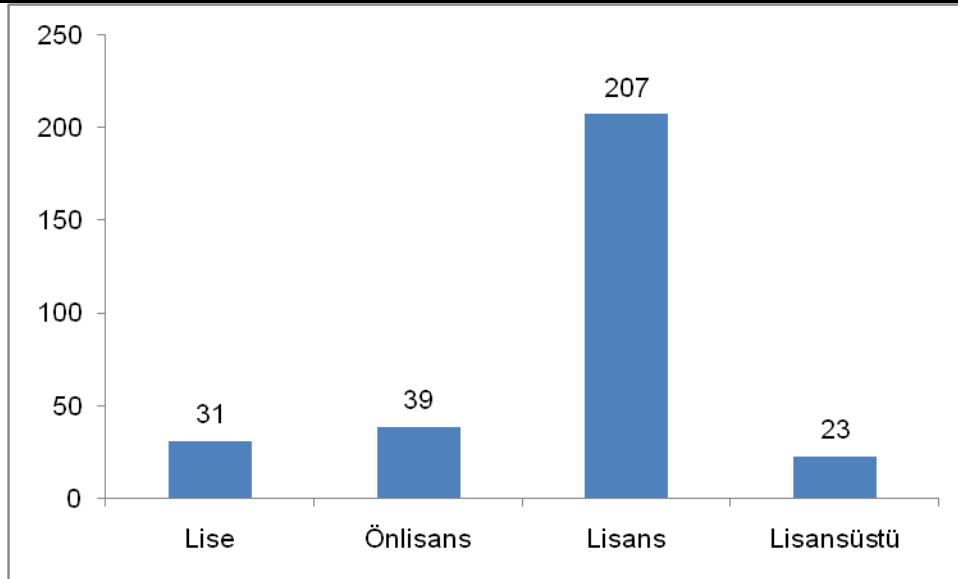


Şekil 5. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %69'u lisans, %13'ü önlisans, %10.3'ü lise, %7.7'si de lisansüstü mezunudur (Tablo 7; Şekil 6).

Tablo 8. Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı

		n	%
Eğitim	Lise	31	10,3
	Önlisans	39	13,0
	Lisans	207	69,0
	Lisansüstü	23	7,7
	Total	300	100,0

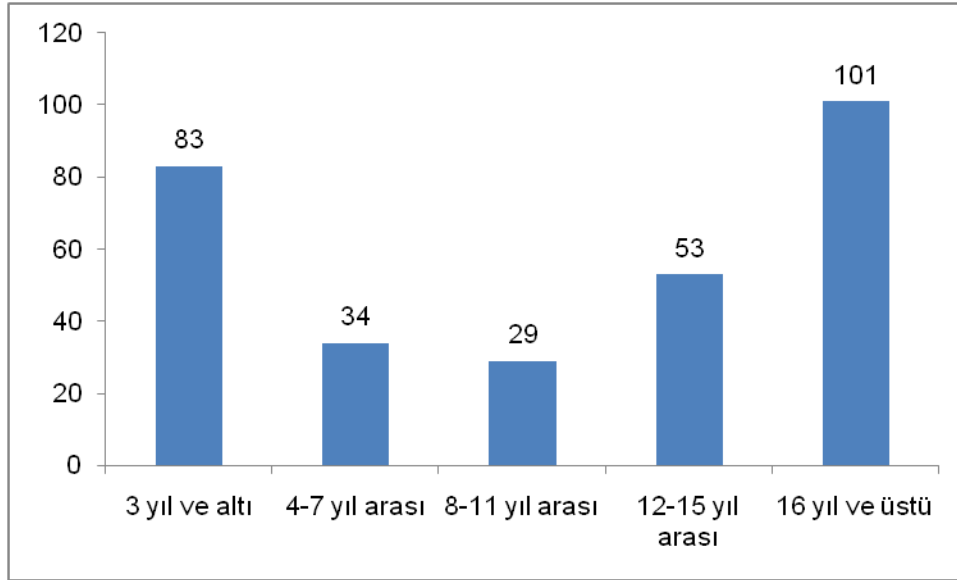


Şekil 6. Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %33.7'si 16 yıl ve daha uzun süredir, %27.7'si 3 yıl ve daha kısa süredir, %17.7'si 12-15 yıldır, %11.3'ü 4-7 yıldır, %9.7'si de 8-11 yıldır mevcut hastanede çalışmaktadır (Tablo 8; Şekil 7).

Tablo 9. Katılımcıların hastanedeki çalışma süresine göre dağılımı

		n	%
Hastanedeki Çalışma Süresi	3 yıl ve altı	83	27,7
	4-7 yıl arası	34	11,3
	8-11 yıl arası	29	9,7
	12-15 yıl arası	53	17,7
	16 yıl ve üstü	101	33,7
	Total	300	100,0

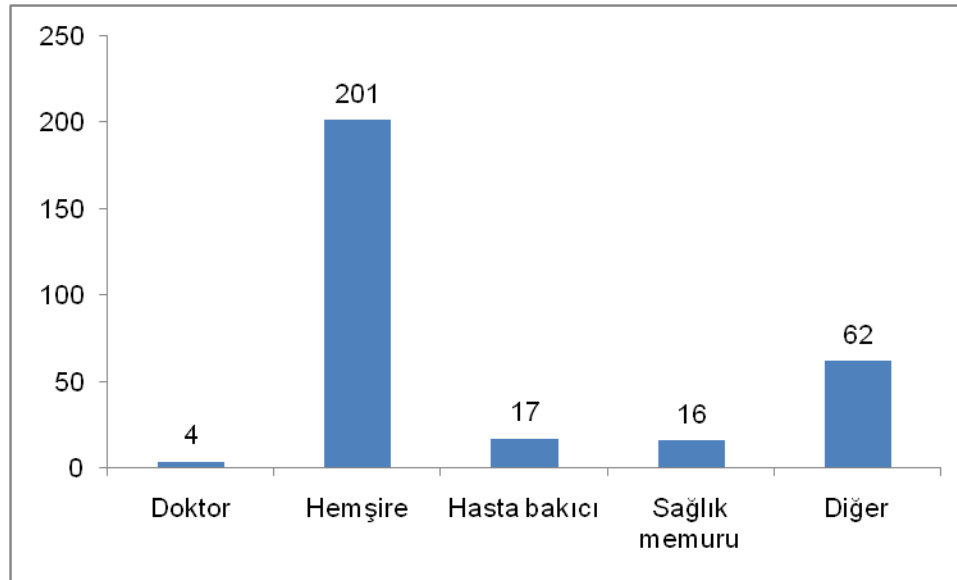


Şekil 7. Katılımcıların hastanedeki çalışma süresine göre dağılımı

Çalışmaya katılanların 201'i (%67) hemşire, 17'si (%5.7) hasta bakıcı, 16'sı (%5.3) sağlık memuru, 4'ü (%1.3) doktor iken 62'si de (%20.7) diğer sağlık çalışanıdır (Tablo 9; Şekil 8).

Tablo 10. Katılımcıların hastanedeki görevine göre dağılımı

		n	%
Hastanedeki Görev	Doktor	4	1,3
	Hemşire	201	67,0
	Hasta bakıcı	17	5,7
	Sağlık memuru	16	5,3
	Diğer	62	20,7
	Total	300	100,0



Şekil 8. Katılımcıların hastanedeki görevine göre dağılımı

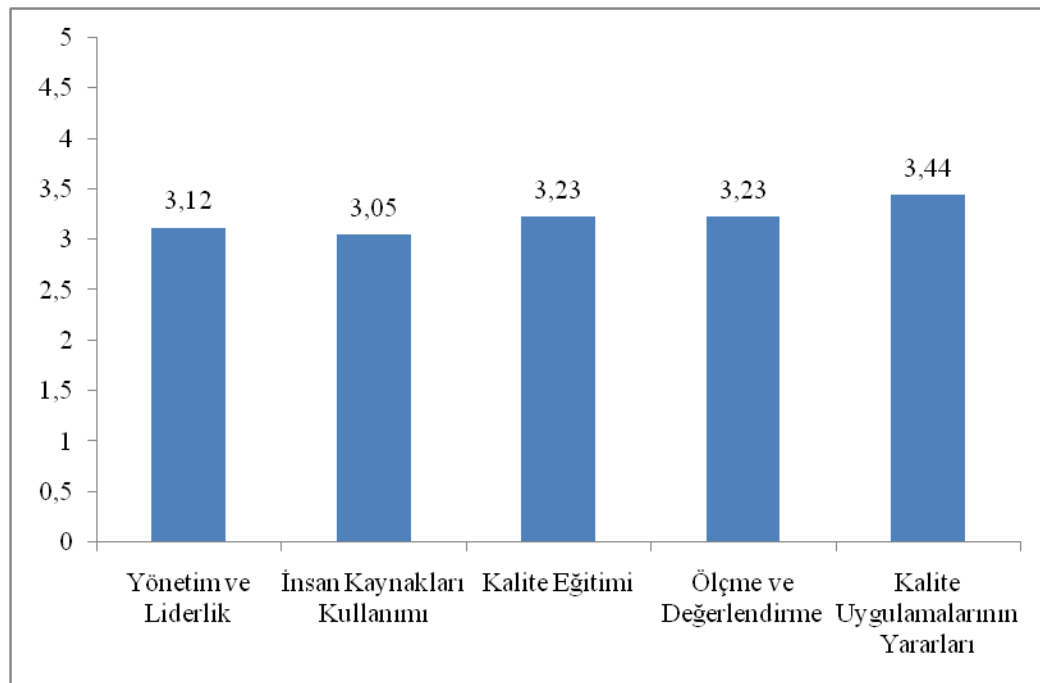
3.2. SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK KALİTE ALGISINA İLİŞKİN BULGULAR

Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarını belirlemek amacıyla kullanılan ölçek yönetim ve liderlik, insan kaynakları kullanımı, kalite eğitimi, ölçme ve değerlendirme ve kalite uygulamalarının yararları olmak üzere beş boyutta kalite algısını ölçmektedir. Katılımcıların ölçekten elde ettiği puanlar Tablo 10'da görülmektedir. Buna göre katılımcıların kalite uygulamalarının

yararlarına ilişkin algılarının diğerlerinden daha yüksek, insan kaynakları kullanımına yönelik algılarının ise daha düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 11. Katılımcıların Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği'nden elde ettiği ortalama puanlar

	N	Ort.	Ss (±)
Yönetim ve Liderlik	300	3,12	1,03
İnsan Kaynakları Kullanımı	300	3,05	1,00
Kalite Eğitimi	300	3,23	1,09
Ölçme ve Değerlendirme	300	3,23	1,05
Kalite Uygulamalarının Yararları	300	3,44	,96

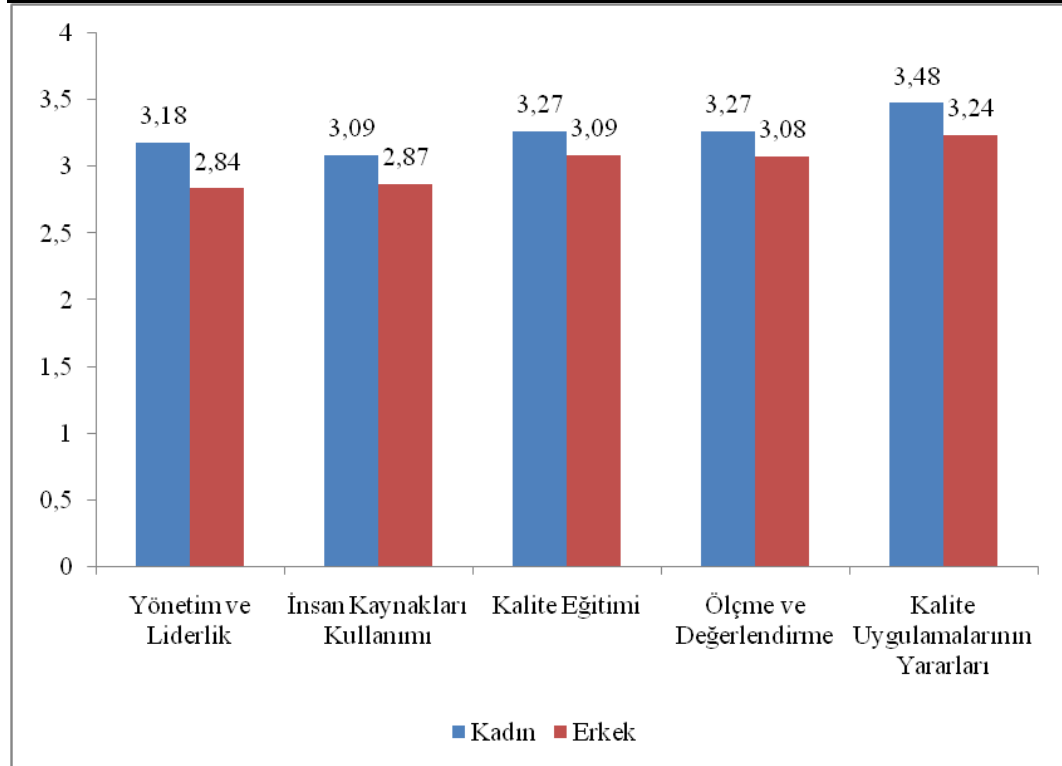


Şekil 9. Katılımcıların Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği'nden elde ettiği ortalama puanlar

Sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları karşılaştırıldığında kadınlarda yönetim ve liderliğe yönelik kalite algısının erkeklerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 11; Şekil 10).

Tablo 12. Katılımcıların cinsiyetine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort.	Ss (±)	t	p
Yönetim ve Liderlik	Kadın	248	3,18	,97	2.142	.033
	Erkek	52	2,84	1,24		
İnsan Kaynakları Kullanımı	Kadın	248	3,09	,97	1.492	.137
	Erkek	52	2,87	1,12		
Kalite Eğitimi	Kadın	248	3,27	1,07	1.069	.286
	Erkek	52	3,09	1,17		
Ölçme ve Değerlendirme	Kadın	248	3,27	1,02	1.177	.240
	Erkek	52	3,08	1,19		
Kalite Uygulamalarının Yararları	Kadın	248	3,48	,94	1.586	.114
	Erkek	52	3,24	1,08		

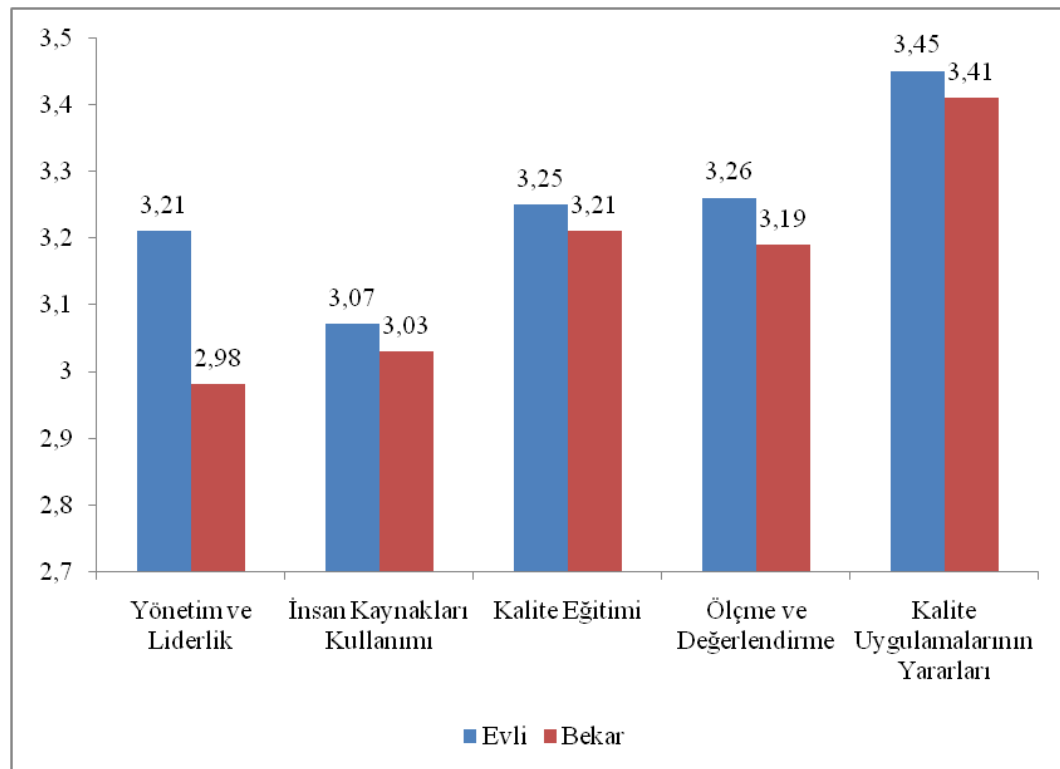


Şekil 10. Katılımcıların cinsiyetine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları

Katılımcıların medeni durumlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarında farklılaşmaya neden olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda evli ve bekar sağlık çalışanları arasında kalite algısı açısından farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Katılımcıların medeni durumuna göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının karşılaştırılması

	Medeni Durum	N	Ort.	Ss (±)	t	p
Yönetim ve Liderlik	Evli	187	3,21	,96	1.909	.057
	Bekar	113	2,98	1,13		
İnsan Kaynakları Kullanımı	Evli	187	3,07	,95	.365	.715
	Bekar	113	3,03	1,08		
Kalite Eğitimi	Evli	187	3,25	1,06	.267	.790
	Bekar	113	3,21	1,13		
Ölçme ve Değerlendirme	Evli	187	3,26	1,01	.527	.598
	Bekar	113	3,19	1,13		
Kalite Uygulamalarının Yararları	Evli	187	3,45	,92	.428	.669
	Bekar	113	3,41	1,04		



Şekil 11. Katılımcıların medeni durumuna göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları

Sağlık çalışanların sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonucunda yönetim ve liderliğe yönelik algıların yaşa göre anlamlı şekilde farklılaştığı saptanmıştır ($p < 0.001$) (Tablo 13;

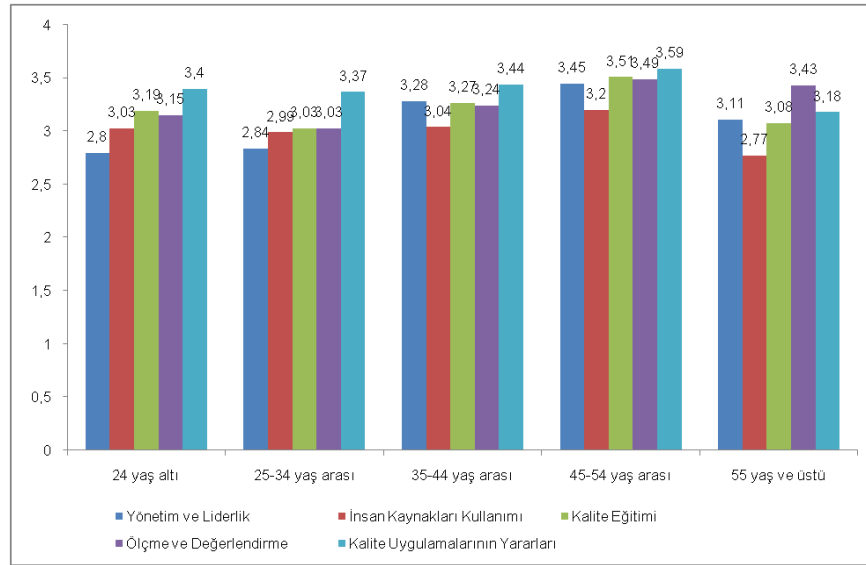
Şekil 12). Farklılığın hangi yaş grupları arasında olduğunu belirlemek için yapılan Post-Hoc (Tukey LSD) analizi sonucunda farklılığın 24 yaş altındaki sağlık çalışanları ile 35-44 ve 45-54 yaş arasındaki sağlık çalışanları arasında; 25-34 yaş arasındakiler ile 35-44 ve 45-54 yaş arasındakiler arasında olduğu görülmüştür.

Tablo 14. Katılımcıların yaşına göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının karşılaştırılması

		N	Ort.	Ss (±)	F	p
Yönetim ve Liderlik	24 yaş altı	33	2,80 ^{a,b}	1,23	5.178	.000*
	25-34 yaş arası	93	2,84 ^{c,d}	1,11		
	35-44 yaş arası	90	3,28 ^{a,c}	,83		
	45-54 yaş arası	72	3,45 ^{b,d}	,97		
	55 yaş ve üstü	12	3,11	,76		
İnsan Kaynakları Kullanımı	24 yaş altı	33	3,03	1,18	.719	.579
	25-34 yaş arası	93	2,99	1,11		
	35-44 yaş arası	90	3,04	,85		
	45-54 yaş arası	72	3,20	,94		
	55 yaş ve üstü	12	2,77	,82		
Kalite Eğitimi	24 yaş altı	33	3,19	1,02	2.060	.086
	25-34 yaş arası	93	3,03	1,23		
	35-44 yaş arası	90	3,27	,98		
	45-54 yaş arası	72	3,51	1,05		
	55 yaş ve üstü	12	3,08	,81		
Ölçme ve Değerlendirme	24 yaş altı	33	3,15	1,13	2.123	.078
	25-34 yaş arası	93	3,03	1,18		
	35-44 yaş arası	90	3,24	,88		
	45-54 yaş arası	72	3,49	1,02		
	55 yaş ve üstü	12	3,43	,87		
Kalite Uygulamalarının Yararları	24 yaş altı	33	3,40	1,14	.777	.541
	25-34 yaş arası	93	3,37	1,07		
	35-44 yaş arası	90	3,44	,84		
	45-54 yaş arası	72	3,59	,91		
	55 yaş ve üstü	12	3,18	,82		

* Post-Hoc (Tukey LSD)

Not: Aynı üstel harfler arasındaki fark anlamlıdır

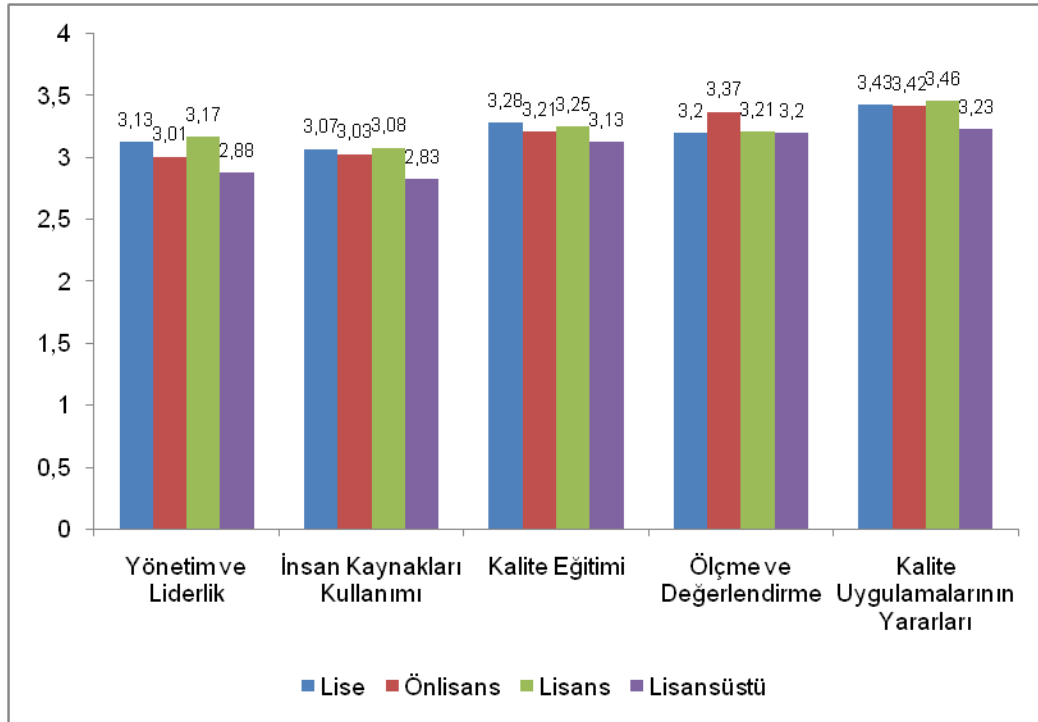


Şekil 12. Katılımcıların yaşına göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları

Eğitim durumunun sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısında farklılığa neden olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonucunda gruplar arasında farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 14; Şekil 13).

Tablo 15. Katılımcıların eğitim durumuna göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının karşılaştırılması

		N	Ort.	Ss (±)	F	p
Yönetim ve Liderlik	Lise	31	3,13	1,04	.703	.501
	Önlisans	39	3,01	,82		
	Lisans	207	3,17	1,05		
	Lisansüstü	23	2,88	1,15		
İnsan Kaynakları Kullanımı	Lise	31	3,07	1,00	.423	.737
	Önlisans	39	3,03	,85		
	Lisans	207	3,08	1,03		
	Lisansüstü	23	2,83	,97		
Kalite Eğitimi	Lise	31	3,28	1,04	.109	.955
	Önlisans	39	3,21	,93		
	Lisans	207	3,25	1,12		
	Lisansüstü	23	3,13	1,18		
Ölçme ve Değerlendirme	Lise	31	3,20	1,04	.262	.853
	Önlisans	39	3,37	,96		
	Lisans	207	3,21	1,06		
	Lisansüstü	23	3,20	1,22		
Kalite Uygulamalarının Yararları	Lise	31	3,43	,92	.380	.767
	Önlisans	39	3,42	,82		
	Lisans	207	3,46	1,00		
	Lisansüstü	23	3,23	,97		



Şekil 13. Katılımcıların eğitim durumuna göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları

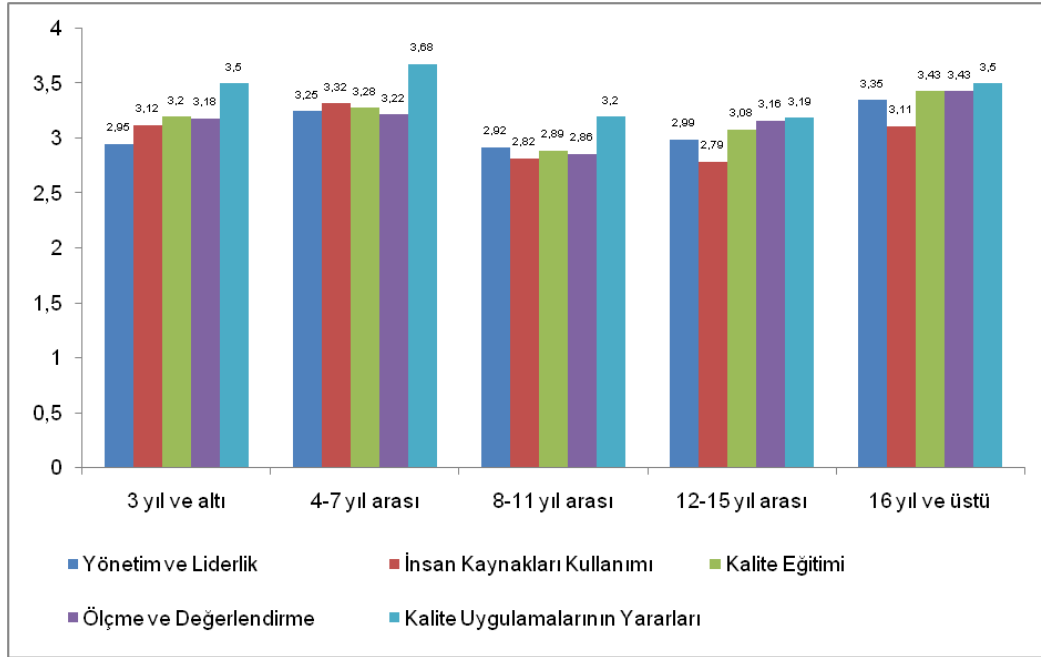
Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının mevcut hastanedeki çalışma süresine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan istatistiksel analiz sonucunda yönetim ve liderliğe yönelik algılarda anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 15; Şekil 14). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Post-Hoc (Tukey LSD) analizi sonucunda farklılığın 16 yıl ve daha uzun süredir çalışanlar ile 3 yıl ve daha kısa süredir çalışanlar, 8-11 yıldır, 12-15 yıldır çalışanlar arasında olduğu ve 16 yıl ve daha uzun süredir çalışanların yönetim ve liderlik algılarının anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 16. Katılımcıların hastanedeki çalışma süresine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının karşılaştırılması

		N	Ort.	Ss (±)	F	p
Yönetim ve Liderlik	3 yıl ve altı	83	2,95 ^a	1,12	2.493	.043*
	4-7 yıl arası	34	3,25	1,20		
	8-11 yıl arası	29	2,92 ^b	1,07		
	12-15 yıl arası	53	2,99 ^c	,93		
	16 yıl ve üstü	101	3,35 ^{a,b,c}	,89		
İnsan Kaynakları Kullanımı	3 yıl ve altı	83	3,12	1,12	2.117	.079
	4-7 yıl arası	34	3,32	,89		
	8-11 yıl arası	29	2,82	1,15		
	12-15 yıl arası	53	2,79	,94		
	16 yıl ve üstü	101	3,11	,87		
Kalite Eğitimi	3 yıl ve altı	83	3,20	1,14	1.852	.119
	4-7 yıl arası	34	3,28	1,14		
	8-11 yıl arası	29	2,89	1,21		
	12-15 yıl arası	53	3,08	1,06		
	16 yıl ve üstü	101	3,43	,98		
Ölçme ve Değerlendirme	3 yıl ve altı	83	3,18	1,13	1.923	.107
	4-7 yıl arası	34	3,22	1,06		
	8-11 yıl arası	29	2,86	1,16		
	12-15 yıl arası	53	3,16	1,06		
	16 yıl ve üstü	101	3,43	,92		
Kalite Uygulamalarının Yararları	3 yıl ve altı	83	3,50	1,08	2.041	.089
	4-7 yıl arası	34	3,68	,83		
	8-11 yıl arası	29	3,20	1,12		
	12-15 yıl arası	53	3,19	,93		
	16 yıl ve üstü	101	3,50	,85		

* Post-Hoc (Tukey LSD)

Not: Aynı üstel harfler arasındaki fark anlamlıdır

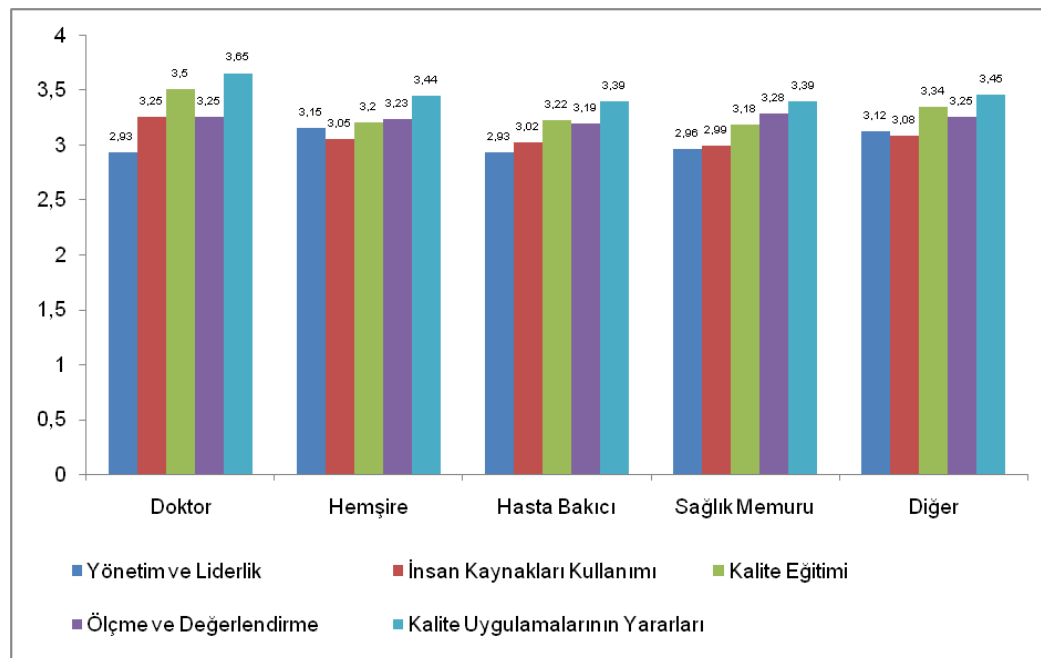


Şekil 14. Katılımcıların mevcut hastanedeki çalışma süresine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları

Sağlık çalışanlarının hastanedeki görevine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarında farklılaşma olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonucunda gruplar arasında kalite algısı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 16; Şekil 15).

Tablo 17. Katılımcıların hastanedeki görevine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının karşılaştırılması

		N	Ort.	Ss (±)	F	p
Yönetim ve Liderlik	Doktor	4	2,93	1,42	.327	.860
	Hemşire	201	3,15	1,00		
	Hasta bakıcı	17	2,93	,98		
	Sağlık memuru	16	2,96	,97		
	Diğer	62	3,12	1,14		
İnsan Kaynakları Kullanımı	Doktor	4	3,25	,75	.076	.989
	Hemşire	201	3,05	1,00		
	Hasta bakıcı	17	3,02	,90		
	Sağlık memuru	16	2,99	,88		
	Diğer	62	3,08	1,08		
Kalite Eğitimi	Doktor	4	3,50	,75	.254	.907
	Hemşire	201	3,20	1,10		
	Hasta bakıcı	17	3,22	1,05		
	Sağlık memuru	16	3,18	,90		
	Diğer	62	3,34	1,12		
Ölçme ve Değerlendirme	Doktor	4	3,25	,84	.022	.999
	Hemşire	201	3,23	1,04		
	Hasta bakıcı	17	3,19	,96		
	Sağlık memuru	16	3,28	1,07		
	Diğer	62	3,25	1,15		
Kalite Uygulamalarının Yararları	Doktor	4	3,65	,75	.066	.992
	Hemşire	201	3,44	,98		
	Hasta bakıcı	17	3,39	,85		
	Sağlık memuru	16	3,39	,88		
	Diğer	62	3,45	1,01		

**Şekil 15.** Katılımcıların hastanedeki görevine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları

Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının demografik özelliklere göre durumu incelendiğinde “H1: Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısı demografik özelliklerine göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır” şeklindeki hipotezimizin kısmen kabul edildiği söylenebilir.

3.3. ALGILANAN YÖNETİCİ DESTEĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya katılan sağlık çalışanları algılanan yönetici desteği ölçeğinden 3.10 ± 1.21 puan elde etmiştir. Bu da katılımcıların algıladıkları yönetici desteğinin ortalamanın üzerinde olduğunu göstermektedir (Tablo 17).

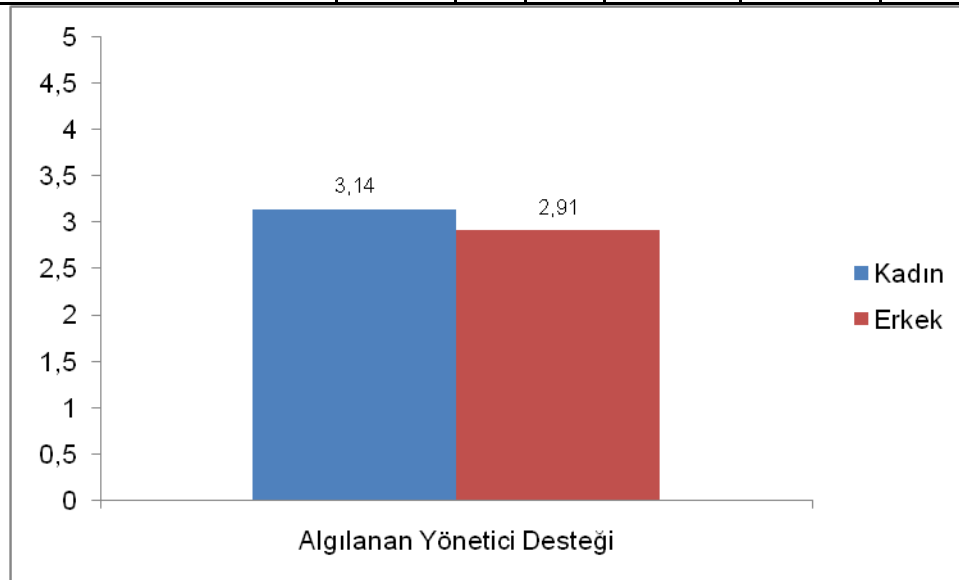
Tablo 18. Katılımcıların algılanan yönetici desteği ölçeğinden elde ettiği ortalama puanlar

	n	Ort.	Ss (±)
Algılanan Yönetici Desteği	300	3,10	1,21

Sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre algıladıkları yönetici desteği karşılaştırıldığında kadın sağlık çalışanlarının algıladıkları yönetici desteğinin erkeklerden daha yüksek olduğu saptansa da gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 18).

Tablo 19. Katılımcıların cinsiyetine göre algıladıkları yönetici desteğinin karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort.	Ss (±)	t	p
Algılanan Yönetici Desteği	Kadın	248	3,14	1,19	1.242	.245
	Erkek	52	2,91	1,28		

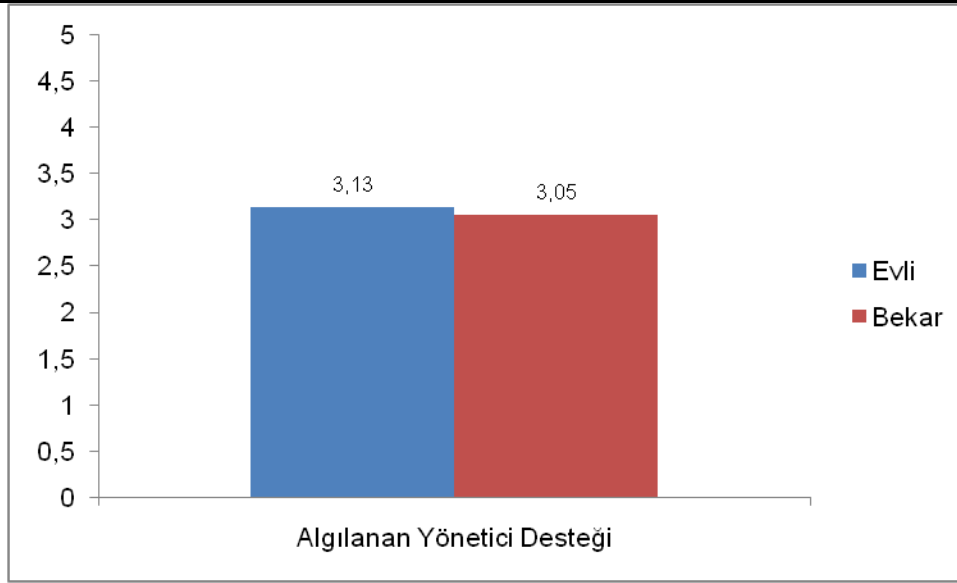


Şekil 16. Katılımcıların cinsiyetine göre yönetici desteği algıları

Evli ve bekar sağlık çalışanlarının yönetici desteği algılarında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 19; Şekil 17).

Tablo 20. Katılımcıların medeni durumuna göre algıladıkları yönetici desteğinin karşılaştırılması

	Medeni Durum	N	Ort.	Ss ($\pm$)	t	p
Algılanan Yönetici Desteği	Evli	187	3,13	1,19	.495	.621
	Bekar	113	3,05	1,25		

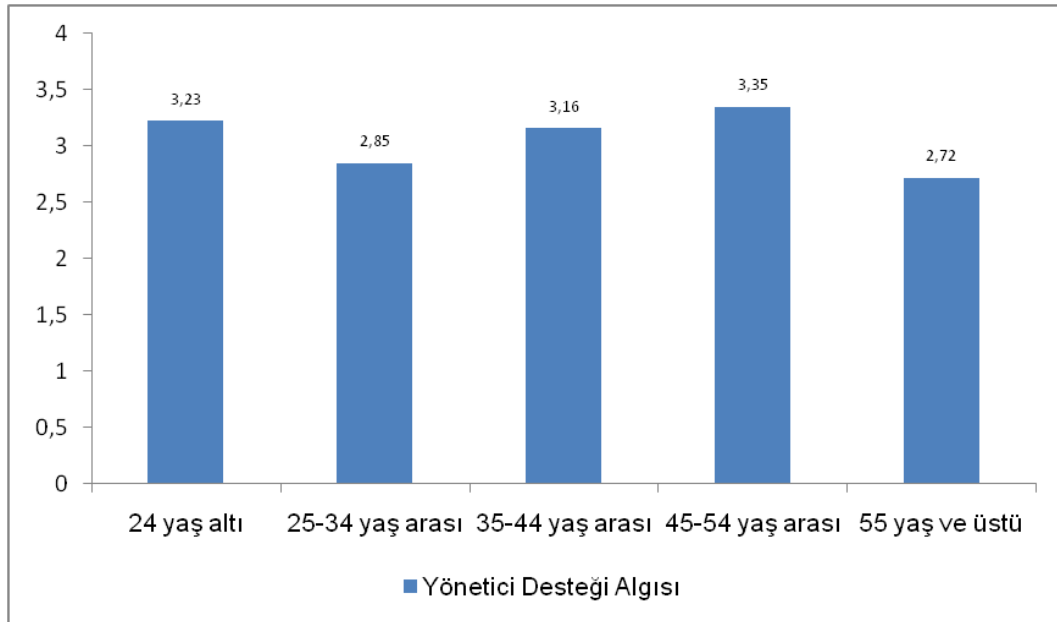


Şekil 17. Katılımcıların medeni durumuna göre yönetici desteği algıları

Katılımcıların yaşına göre yönetici desteği algılarında farklılaşma olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonucunda yaşın yönetici desteği algısında anlamlı bir farklılığa neden olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 20; Şekil 18).

Tablo 21. Katılımcıların yaşına göre algıladıkları yönetici desteğinin karşılaştırılması

	N	Ort.	Ss ($\pm$)	F	p
24 yaş altı	33	3,23	1,07	2.282	.061
25-34 yaş arası	93	2,85	1,35		
35-44 yaş arası	90	3,16	1,15		
45-54 yaş arası	72	3,35	1,13		
55 yaş ve üstü	12	2,72	1,01		

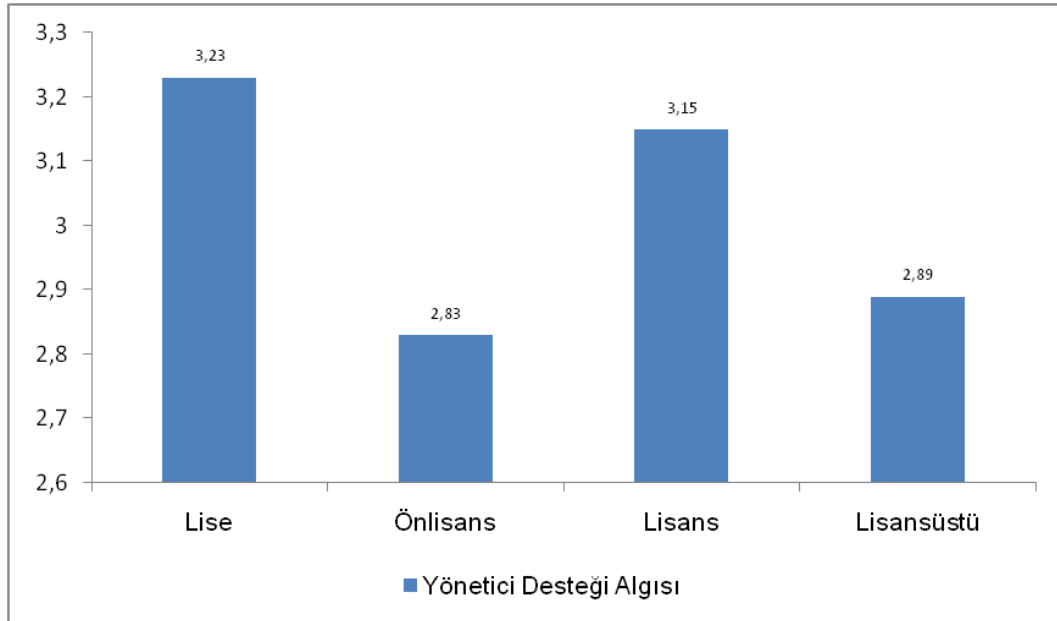


Şekil 18. Katılımcıların yaşına göre yönetici desteği algıları

Eğitim durumuna bağlı olarak katılımcıların yönetici desteği algılarında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonucunda lise mezunu olan sağlık çalışanlarının yönetici desteği algılarının en yüksek, önlisans mezunlarının en düşük olduğu saptanmış olmakla beraber eğitim durumuna bağlı olarak yönetici desteği algılarındaki farkın istatistiki açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 21; Şekil 19).

Tablo 22. Katılımcıların eğitim durumuna göre algıladıkları yönetici desteğinin karşılaştırılması

	n	Ort.	Ss ($\pm$)	F	p
Lise	31	3,23	1,06	1.123	.340
Önlisans	39	2,83	1,02		
Lisans	207	3,15	1,24		
Lisansüstü	23	2,89	1,38		

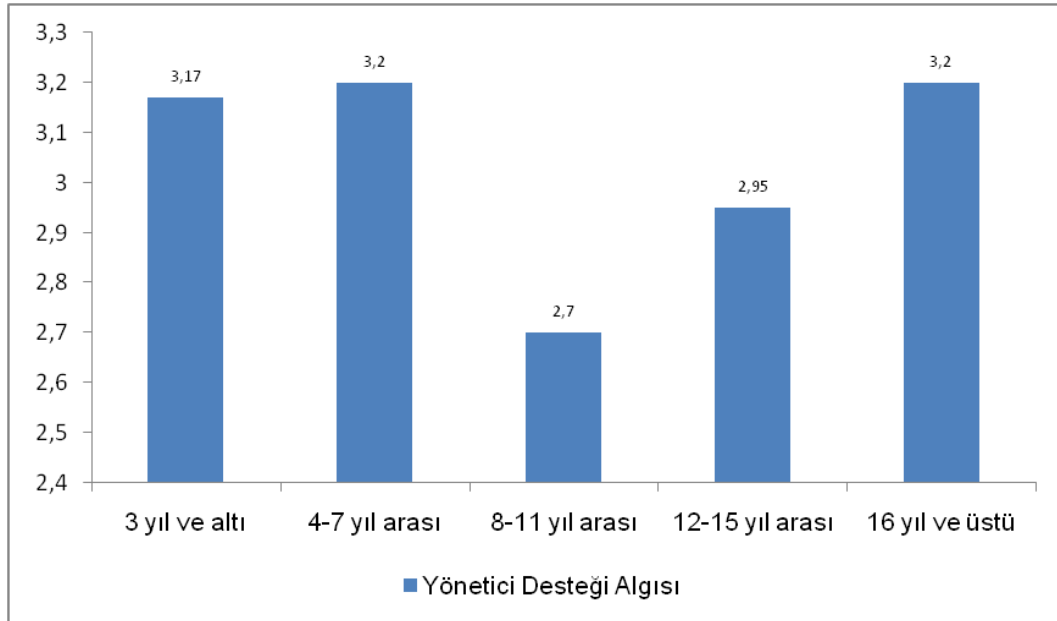


Şekil 19. Katılımcıların eğitim durumuna göre yönetici desteği algıları

Sağlık çalışanlarının mevcut hastanede çalışma süresine göre yönetici desteği algılarında farklılık olup olmadığını saptamak için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonucunda gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 22; Şekil 20).

Tablo 23. Katılımcıların hastanedeki çalışma süresine göre algıladıkları yönetici desteğinin karşılaştırılması

	N	Ort.	Ss ($\pm$)	F	p
3 yıl ve altı	83	3,17	1,27	1.284	.276
4-7 yıl arası	34	3,20	1,29		
8-11 yıl arası	29	2,70	1,31		
12-15 yıl arası	53	2,95	1,09		
16 yıl ve üstü	101	3,20	1,15		

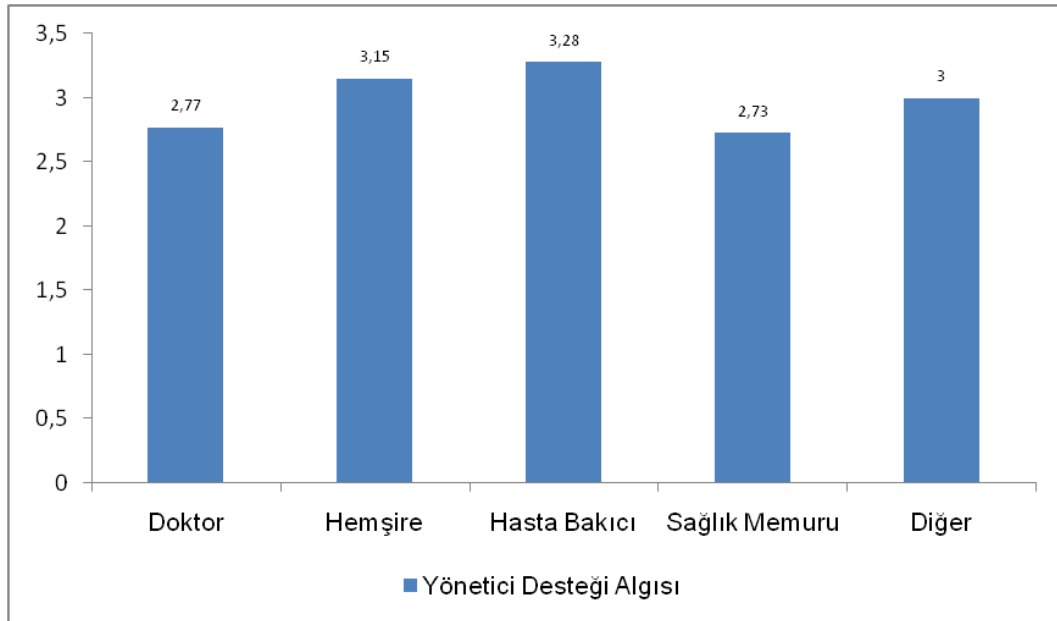


Şekil 20. Katılımcıların hastanedeki çalışma süresine göre yönetici desteği algıları

Katılımcıların hastanedeki görevine göre yönetici desteği algılarında farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonucunda doktorların ve sağlık memurlarının yönetici desteği algılarının daha düşük, hasta bakıcıların ve hemşirelerin daha yüksek olduğu saptansa da gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 23).

Tablo 24. Katılımcıların hastanedeki görevine göre algıladıkları yönetici desteğinin karşılaştırılması

	n	Ort.	Ss ($\pm$)	F	p
Doktor	4	2,77	1,44	.725	.575
Hemşire	201	3,15	1,20		
Hasta bakıcı	17	3,28	1,07		
Sağlık memuru	16	2,73	1,22		
Diğer	62	3,00	1,25		



Şekil 21. Katılımcıların hastanedeki görevine göre yönetici desteği algıları

Sağlık çalışanlarının yönetici desteği algılarının sosyo-demografik özelliklere göre durumu incelendiğinde “H2: Sağlık çalışanlarının yönetici desteği algısı demografik özelliklere göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır” şeklindeki hipotezimiz reddedilmiştir

3.4. SAĞLIK HİZMETLERİNE YÖNELİK KALİTE ALGISI İLE YÖNETİCİ DESTEĞİ ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları ile yönetici desteği algıları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson’s korelasyon analizi kullanılmıştır. Pearson’s korelasyon analizi doğrusal ilişkinin belirlenmesinde kullanılır. Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değişmektedir. Korelasyon katsayısının sıfıra yaklaştıkça ilişkinin kuvveti zayıflar, 1 veya -1’e yaklaştıkça ise ilişkinin kuvveti artar. Korelasyon katsayısının yorumlanması aşağıdaki gibidir (Cevahir, 2020):

$r = 0.00-0.25$ - Çok zayıf ilişki

$r = 0.26-0.49$ - Zayıf ilişki

$r = 0.50-0.69$ -Orta şiddette ilişki

$r = 0.70-0.89$ - Yüksek ilişki

$r = 0.90-1$ -Çok yüksek ilişki

Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısı ile algıladıkları yönetici desteği arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda algılanan yönetici desteği ile sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısı altboyutlarından yönetim ve liderlik arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .698$; $p < 0.001$), insan kaynakları kullanımı arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .612$; $p < 0.001$), kalite eğitimi arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r = .702$; $p < 0.001$), ölçme ve değerlendirme arasında pozitif yönde ve orta düzeyde ($r = .679$; $p < 0.001$), kalite uygulamalarının yararları arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r = .608$; $p < 0.001$) ilişki saptandı (Tablo 23). Bu sonuçlar dikkate alındığında H3 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 25. Sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısı ile algılanan yönetici desteği arasındaki ilişki

		Yönetim ve Liderlik	İnsan Kaynakları Kullanımı	Kalite Eğitimi	Ölçme ve Değerlendirme	Kalite Uygulamalarının Yararları	Algılanan Yönetici Desteği
Yönetim ve Liderlik	r	1					
	p						
	N	300					
İnsan Kaynakları Kullanımı	r	,740**	1				
	p	,000					
	N	300	300				
Kalite Eğitimi	r	,757**	,781**	1			
	p	,000	,000				
	N	300	300	300			
Ölçme ve Değerlendirme	r	,766**	,770**	,882**	1		
	p	,000	,000	,000			
	N	300	300	300	300		
Kalite Uygulamalarının Yararları	r	,733**	,997**	,778**	,765**	1	
	p	,000	,000	,000	,000		
	N	300	300	300	300	300	
Algılanan Yönetici Desteği	r	,698**	,612**	,702**	,679**	,608**	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	300	300	300	300	300	300

4. TARTIŞMA

Sağlık hizmetleri sektörü, bir ekonomide insanların ihtiyaç ve taleplerini karşılamak için hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde en hızlı büyüyen sektörlerden biridir (Mosadeghrad, 2014).

Sağlık sistemlerinin misyonu, nüfusun sağlık ihtiyaçlarını ve hastaların sağlayıcılar tarafından nasıl tedavi edilmesi gerektiğine ilişkin beklentilerini karşılamak üzere genişlemiştir (WHO, 2010).

Sağlık hizmetleri kalitesi uzun yıllardır çok sayıda tartışma ve araştırmanın konusu olmuş, sağlık hizmetleri kalitesini neyin oluşturduğu ve farklı paydaşların bunu nasıl algıladığına dair bitmek bilmeyen soruları beraberinde getirmiştir. Sağlık hizmet kalitesinin karmaşık ve çok boyutlu bir kavram olduğu konusunda fikir birliği sağlanmıştır (Lee ve ark., 2000; Choi ve ark., 2005; Kang, 2006; Dagger ve ark., 2007; Qin, 2009) ve bu kavramı tanımlamanın tek bir yolu yoktur. Bu nedenle, kalitenin çeşitli bileşenlerini farklı perspektiflerden tanımlamaya ve ölçmeye çalışan birçok çalışma yapılmıştır. En çok araştırılan alanlardan biri, hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının sağlık hizmeti kalitesi algıları arasındaki farklılıkları inceleyen çalışmalardır (Bowers ve Kiefe, 2002; De Man ve ark., 2002; Eiriz ve Figueiredo, 2005; Gupta, 2008; Chang ve ark., 2006).

Sağlık sektörü insan hayatı odaklı, süreklilik arz eden ve kaotik bir alandır. Yapılan en küçük bir hata bile geri dönülemez sonuçlar doğurabilmektedir. Dolayısıyla, sağlık sektöründe sıfır hataya yakın çalışmak, istenilen en temel hedefler arasındadır. Buradan hareketle, diğer üretim ve hizmet kurumlarında kalite beklenen bir olgu iken, sağlık sektörü için olmazsa olmaz bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak, sağlık sektöründe hizmet kalitesinin ölçülmesi ve performansının değerlendirilmesi diğer sektörlerle göre daha zordur. Sağlık hizmetlerinin kalitesini genel olarak değerlendirmek yerine yapı, süreç ve sonuç gibi belirli boyutlarla birlikte değerlendirmek gerekmektedir. Bu bağlamda hasta memnuniyeti ve hasta bakım kalitesi algısı değerlendirilmesi gereken önemli kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Rocha ve ark., 2013).

Tıbbi bakımın kalitesinin değerlendirilmesinde kilit bir faktör hasta mutluluğudur. Sunulan hizmetlerin etkililik derecesi, hasta memnuniyetinin belirlenmesinde önemli bir faktördür. Ayrıca, hastaların tıbbi bakımlarının kalitesini değerlendirebilecekleri bir ölçüt olarak da kullanılmaktadır (Al-Momani, 2016). "Sunulan hizmetin müşteri beklentilerine uygunluğu", birçok farklı bakış açısı olmasına rağmen, hizmet kalitesinin en yaygın kullanılan tanımlarından biridir (Parasuraman ve ark., 1985).

Zaim ve Tarım'a (2010) göre sağlık kurumları, faaliyetlerini sürdürebilmek ve fark yaratabilmek için hasta beklentilerini karşılama ve hizmet kalitesini iyileştirme konusunda artan bir baskı altındadır. Bu durum, piyasadaki yoğun rekabetten kaynaklanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin uluslararası incelemeler sağlık sektöründe çalışan kişiler tarafından yürütülmektedir (Gaur ve ark., 2011). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel hedeflerinden biri hastanelerde sunulan bakım kalitesinin artırılmasıdır. Burada, çalışanların hizmet kalitesi algısı, kalite iyileştirme girişimleri için temel teşkil etmektedir (Kim ve Han, 2012). Risk yönetimi, çalışan ve hasta mutluluğu, hasta ve personel güvenliği ve sağlık hizmetlerinin etkinliği açısından sağlık çalışanlarının kalite algısı çok önemlidir. Ayrıca kalite, pazarlama stratejisinin merkezi bir bileşeni olarak gelişmekte ve kuruluşların rekabet avantajı elde etmeleri için faydalı bir kriter olmaktadır (Taylor, 1994). Sağlık Hizmetleri Kalite denklemi şu şekildedir: Teknik Kalite + Tedavi Sanatı. Hizmet ortamının genel özellikleri ve hizmet sunucularının müşterilere karşı tutum ve davranışları kalitenin sanatsal yönünü oluştururken, kalitenin teknik yönü teşhis ve tedavi hizmetlerinin modern tıp bilimine, bilimsel standartlara ve normlara uygunluğunu içerir. Kalitenin yaratıcı yönü, tipik olarak hastaların kalite algılarını etkileyen birincil faktördür (Taylor, 1994; John, 1991; Miranda ve ark., 2010). Sağlık hizmetlerinin kalitesi, o andaki profesyonel bilgilerle ne ölçüde uyumlu oldukları ve hem bireyler hem de bir bütün olarak toplum için potansiyel sağlık sonuçlarını en üst düzeye çıkardıkları olarak tanımlanmaktadır (Lezzoni, 1993).

Avedis Donabedian'ın kaliteli bakım için yapı, süreç ve sonuçları içeren bir çerçeve çizen çalışması, çağdaş kalite yönetimi için kavramsal bir temel oluşturmaktadır. Fiziksel kaynaklar, işgücü, tedarikçiler ve araçlar yapıyı oluşturur. Teşhis, tedavi, protokoller ve hasta bakımı süreçlere örnektir. Hastane enfeksiyon oranları, hastalık ve ölüm oranları, hastalar ve personel arasındaki memnuniyet düzeyleri vb. ise çıktılara örnektir (Al-Assaf, 2001:16-17; Rodkey, 2009). Ayrıca, tıbbi teknoloji de bu çerçevenin şekillenmesinde ve sağlık hizmetleri ve çıktılarının ilerlemesinde önemli bir rol oynamaktadır (Racoveanu ve ark., 1995). Bir bireyin belirli bir dizi çıktı niteliğine ilişkin öznel değerlendirmesi, çıktının kalitesini belirler. Dolayısıyla kalite, kişisel bir değer sistemine dayanır. Tüketici beklentileri açısından sürekli iyileştirme yüksek kaliteye yol açabilir. Sürekli kalite iyileştirme, müşterilerin beklenti ve gereksinimlerini karşılamayı amaçlar. Donabedian'a göre, sağlık hizmetlerinin kalitesi, hizmetin bir sonucu olarak müşterinin sağlık durumundaki değişimle belirlenir; hizmet kalitesi arttıkça sağlığın da iyileşeceği tahmin edilmektedir (Campbell ve ark., 2000; Larson ve Muller, 2002; Best ve Neuhauser, 2004). Kısaca ifade etmek gerekirse, optimal sağlık hizmeti en üst düzeyde profesyonel yeterlilik, kaynakların etkin kullanımı, düşük hasta riski ve olumlu sağlık sonuçları sunmalıdır (Racoveanu ve Johansen, 1995).

Tüm bu hususlar dikkate alındığında sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının belirlenmesi önem arz etmektedir. Bunların yanı sıra kalitenin artırılmasında önemli olduğunu düşündüğümüz faktörlerden birisi de yönetici desteğidir. Çalışanların algıladıkları yönetici desteği onların performansları üzerinde etkiye sahip olup bu da sağlık hizmetlerinde kalite açısından önemlidir.

Araştırmada sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısı ile yönetici desteği arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma ilişkisel tarama modelinde bir çalışmadır. Araştırma verilerinin toplanmasında, “Sosyodemografik Soru Formu”, Bayer ve Baykal (2018) tarafından geliştirilmiş olan “Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği” ve “Algılanan Yönetici Desteği” olmak üzere toplam üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Çalışmaya toplam 300 sağlık çalışanı dahil edilmiştir.

Araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının kalite eğitimi, ölçme ve değerlendirme, yönetim ve liderlik, insan kaynakları kullanımı ve kalite uygulamalarının yararlarına ilişkin kalite algılarının orta düzeyde olduğu görülmüştür. Araştırmadan elde edilen bu sonuçla benzer şekilde Yorulmaz ve Pirol (2019) tarafından yapılan çalışmada da sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının orta düzeyde olduğu bildirilmiştir. Drugus ve arkadaşları (2015) da benzer şekilde sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının orta düzeyde olduğunu bildirmişlerdir. Odunaiya (2019) tarafından Nijerya’da gerçekleştirilen çalışmada sağlık çalışanlarının kalp hastalıkları bölümündeki hastalara verilen hizmetlerin kalitesine yönelik algıları incelenmiş olup çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının kalp hastalıkları bölümündeki hastalara verilen kalitenin yüksek olduğu düşüncesine sahip oldukları bildirilmiştir.

Sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları karşılaştırıldığında kadınlarda yönetim ve liderliğe yönelik kalite algısının erkeklerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Yorulmaz ve Pirol (2019) tarafından yapılan çalışmada kadınların yönetim ve liderliğe ilişkin algılarının erkeklere kıyasla daha olumlu olduğu saptanmıştır. Buna karşın Örtlek ve arkadaşları (2017) tarafından gerçekleştirilen bir başka çalışmada erkek sağlık çalışanlarının kalite algısının kadınlardan anlamlı şekilde yüksek olduğu bildirilmiştir. Koç ve Güven (2023) tarafından Nevşehir Devlet Hastanesi’ndeki hekim ve hemşireler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada kadın sağlık çalışanlarının ölçme ve değerlendirme, kalite eğitimi algılarının erkek sağlık çalışanlarına kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu bildirilmiştir.

Katılımcıların medeni durumuna göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarında farklılık saptanmamıştır. Çoban ve Deniz (2022) medeni durumun sağlık çalışanlarının kalite algısında anlamlı bir farklılığa neden olmadığını bildirmişlerdir. Benzer şekilde Örtlek ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada da sağlık çalışanlarının kalite algısının medeni duruma göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Koç ve Güven (2023) tarafından Nevşehir Devlet Hastanesi’ndeki hekim ve hemşireler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada da

benzer şekilde medeni durumun sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısında anlamlı bir farklılığa neden olmadığı bildirilmiştir.

Araştırma sonucunda daha küçük yaşlardaki sağlık çalışanlarında sağlık hizmetlerine yönelik kalite boyutlarından yönetim ve liderlik boyutuna ilişkin algının daha büyük yaşlardaki sağlık çalışanlarına kıyasla anlamlı şekilde daha olumsuz olduğu görülmüştür. Çoban ve Deniz (2022) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde yaş ile kalite algısı arasında pozitif yönde bir ilişki bildirilmiştir. Örtlek ve arkadaşları (2017) yapmış oldukları çalışmada yaşı kalite algısında anlamlı bir farklılığa neden olmadığını saptamışlardır.

Araştırma sonucunda eğitim durumunun sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısında anlamlı bir farklılığa neden olmadığı saptanmıştır. Benzer şekilde Örtlek ve arkadaşları (2017) yapmış oldukları çalışmada eğitim durumunun kalite algısında anlamlı bir farklılığa neden olmadığını saptamışlardır.

Araştırma sonucunda mevcut hastanede 16 yıl ve daha uzun süredir çalışanların yönetim ve liderlik algılarının anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Yorulmaz ve Pirol (2019) tarafından yapılan çalışmada da mevcut kurumdaki çalışma süresi arttıkça sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının da anlamlı şekilde arttığı bildirilmiştir.

Sağlık çalışanlarının görevine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarına bakıldığında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Örtlek ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada ise araştırmadan farklı olarak doktorların kalite algısının hemşirelerden ve yöneticilerden anlamlı şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonucunda katılımcıların yönetici desteği algısının ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür. Zincirkıran ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının yönetici desteği algısının orta düzeyde olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde Korkut ve Gürkan (2019) yapmış oldukları

çalışmada sağlık çalışanlarının algıladıkları yönetici desteği düzeyinin orta düzeyde olduğunu bildirmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre algıladıkları yönetici desteği karşılaştırıldığında kadın sağlık çalışanlarının algıladıkları yönetici desteğinin erkeklerden daha yüksek olduğu saptansa da gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Tenteriz ve Tozkoparan (2022) kadın sağlık çalışanlarının algıladığı yönetici desteğinin erkek sağlık çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Benzer şekilde Korkut ve Gürkan (2019) tarafından yapılan çalışmada da kadınların algıladıkları yönetici desteğinin erkeklere kıyasla daha olumlu olduğu bildirilmiştir.

Araştırma sonucunda medeni durumun sağlık çalışanlarının yönetici desteği algısında anlamlı bir farklılığa neden olmadığı görülmüştür. Tenteriz ve Tozkoparan (2022) tarafından yapılan çalışmada da medeni durumun sağlık çalışanlarının algıladığı yönetici desteğinde anlamlı bir farklılığa yol açmadığı bildirilmiştir. Benzer şekilde Korkut ve Gürkan (2019) da medeni duruma bağlı olarak algılanan yönetici desteğinde anlamlı bir farklılaşma olmadığını bildirmişlerdir.

Sağlık çalışanlarının yaşına bağlı olarak yönetici desteği algıları incelendiğinde yaşın yönetici desteği algısında anlamlı bir farklılığa neden olmadığı görülmüştür. Literatür incelendiğinde ise çoğunlukla yaş arttıkça yönetici desteği algısının da arttığı görülmektedir (Korkut ve Gürkan, 2019; Tenteriz ve Tozkoparan, 2022). Koç ve Güven (2023) tarafından Nevşehir’de gerçekleştirilen çalışmada 45 yaş ve üzerindeki sağlık çalışanlarının genel olarak sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının 18-35 ve 36-45 yaş arasındaki sağlık çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonucunda lise mezunu olan sağlık çalışanlarının yönetici desteği algılarının en yüksek, önlisans mezunlarının en düşük olduğu saptanmış olmakla beraber eğitim durumuna bağlı olarak yönetici desteği algılarındaki farkın istatistiki açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür. Arslan (2019) tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi arttıkça algılanan yönetici desteğinin düştüğü

bildirilmiştir. Koç ve Güven (2023) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise eğitim durumuna bağlı olarak sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarının anlamlı şekilde farklılaşmadığı bildirilmiştir.

Araştırma sonucunda mevcut kurumda çalışma süresine bağlı olarak sağlık çalışanlarının yönetici desteği algılarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Buna karşın Arslan (2019) tarafından yapılan çalışmada mevcut kurumdaki çalışma süresi arttıkça algılanan yönetici desteğinin de arttığı bildirilmiştir. Mollaoğlu ve ark. (2010) tarafından hemşireler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada daha uzun süredir hemşirelik yapanların çalışma ortamına yönelik kalite algılarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde Göktepe ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada da mesleki kıdem arttıkça sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısının da arttığı saptanmıştır.

Araştırma sonucunda doktorların ve sağlık memurlarının yönetici desteği algılarının daha düşük, hasta bakıcıların ve hemşirelerin daha yüksek olduğu saptansa da gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Zincirkıran ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada doktorların algıladıkları yönetici desteğinin diğer sağlık çalışanlarından daha düşük olduğu bildirilmiştir. Koç ve Güven (2023) yapmış oldukları çalışmada doktorların insan kaynakları kullanımına yönelik kalite algılarının hemşirelere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Araştırma sonucunda algılanan yönetici desteği ile sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısı altboyutlarından yönetim ve liderlik, insan kaynakları kullanımı, kalite eğitimi, ölçme ve değerlendirme ve kalite uygulamalarının yararları arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen bu sonuçla ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu sonuç bir ilk olması açısından önemlidir.

SONUÇ

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir:

- Araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının kalite eğitimi, ölçme ve değerlendirme, yönetim ve liderlik ve insan kaynakları kullanımına ilişkin kalite algılarının orta düzeyde olduğu görülmüştür
- Sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algıları karşılaştırıldığında kadınlarda yönetim ve liderliğe yönelik kalite algısının erkeklerden anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür
- Katılımcıların medeni durumuna göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarında farklılık saptanmamıştır
- Araştırma sonucunda daha küçük yaşlardaki sağlık çalışanlarında sağlık hizmetlerine yönelik kalite boyutlarından yönetim ve liderlik boyutuna ilişkin algının daha büyük yaşlardaki sağlık çalışanlarına kıyasla anlamlı şekilde daha olumsuz olduğu görülmüştür.
- Araştırma sonucunda eğitim durumunun sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısında anlamlı bir farklılığa neden olmadığı saptanmıştır.
- Araştırma sonucunda mevcut hastanede 16 yıl ve daha uzun süredir çalışanların yönetim ve liderlik algılarının anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür.
- Sağlık çalışanlarının görevine göre sağlık hizmetlerine yönelik kalite algılarına bakıldığında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.
- Araştırma sonucunda katılımcıların yönetici desteği algısının ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür.
- Sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre algıladıkları yönetici desteği karşılaştırıldığında kadın sağlık çalışanlarının algıladıkları yönetici

desteğinin erkeklerden daha yüksek olduğu saptansa da gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

- Araştırma sonucunda medeni durumun sağlık çalışanlarının yönetici desteği algısında anlamlı bir farklılığa neden olmadığı görülmüştür.
- Sağlık çalışanlarının yaşına bağlı olarak yönetici desteği algıları incelendiğinde yaşın yönetici desteği algısında anlamlı bir farklılığa neden olmadığı görülmüştür.
- Araştırma sonucunda lise mezunu olan sağlık çalışanlarının yönetici desteği algılarının en yüksek, önlisans mezunlarının en düşük olduğu saptanmış olmakla beraber eğitim durumuna bağlı olarak yönetici desteği algılarındaki farkın istatistiki açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür.
- Araştırma sonucunda mevcut kurumda çalışma süresine bağlı olarak sağlık çalışanlarının yönetici desteği algılarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.
- Araştırma sonucunda doktorların ve sağlık memurlarının yönetici desteği algılarının daha düşük, hasta bakıcıların ve hemşirelerin daha yüksek olduğu saptansa da gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür.
- Araştırma sonucunda algılanan yönetici desteği ile sağlık hizmetlerine yönelik kalite algısı altboyutlarından yönetim ve liderlik, insan kaynakları kullanımı, kalite eğitimi, ölçme ve değerlendirme ve kalite uygulamalarının yararları arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Sağlık çalışanlarına düzenli olarak kalite yönetimi, ölçme ve değerlendirme, yönetim ve liderlik, ve insan kaynakları kullanımı konularında eğitimler verilmeli. Bu eğitimler, çalışanların kalite algılarını artırmaya yönelik olmalıdır.
- Kadın sağlık çalışanlarının liderlik potansiyellerini desteklemek için mentorluk ve liderlik geliştirme programları oluşturulmalıdır. Bu programlar, tüm sağlık çalışanları için erişilebilir olmalıdır.
- Genç sağlık çalışanları için yönetim ve liderlik becerilerini geliştirecek özel programlar ve atölyeler düzenlenmelidir. Bu çalışanlara, kariyerlerinde erken dönemde liderlik rollerine hazırlanmaları için fırsatlar sunulmalıdır.
- Deneyimli çalışanların bilgi ve deneyimlerinden yararlanarak genç ve yeni çalışanlara mentorluk yapmaları teşvik edilmelidir. Deneyimli çalışanların bilgi ve deneyimleri, organizasyonun genel kalite algısını artırmada kullanılmalıdır.
- Yönetici desteğinin devamlılığı ve artırılması için yöneticilere yönelik eğitim programları düzenlenmelidir. Yöneticilerin, çalışanların ihtiyaçlarına duyarlı olmaları ve onlara destek olmaları teşvik edilmelidir.
- Tüm eğitim seviyelerindeki sağlık çalışanlarına eşit fırsatlar sunularak, yöneticilerin eğitim durumu fark etmeksizin tüm çalışanlara destek olmaları sağlanmalıdır. Eğitim durumuna bakılmaksızın tüm çalışanlar için destekleyici bir çalışma ortamı oluşturulmalıdır.
- Tüm meslek grupları arasında yönetici desteği algısının dengelenmesi için doktorlar ve sağlık memurlarına yönelik özel destek programları oluşturulmalıdır. Hemşireler ve hasta bakıcılar gibi diğer gruplardan gelen iyi uygulamalar, bu gruplara örnek olarak sunulabilir.

- Yöneticilerin, çalışanların kalite algılarını artırmak için sürekli ve tutarlı destek sağlamaları teşvik edilmelidir. Yönetici desteğinin kalite algıları üzerindeki olumlu etkisini artırmak için yöneticilere yönelik düzenli geri bildirim mekanizmaları kurulmalıdır.

Bu öneriler, sağlık çalışanlarının kalite algılarını ve yönetici desteği algılarını iyileştirmek için bir başlangıç noktası olabilir. Bu önerilerin uygulanması, sağlık hizmetlerinin genel kalitesini artırmaya katkı sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- Aarons, G. A., Sommerfeld, D. H., & Walrath-Greene, C. M. (2009). Evidence-based practice implementation: the impact of public versus private sector organization type on organizational support, provider attitudes, and adoption of evidence-based practice. *Implementation Science*, 4, 1-13.
- Alexander, J. A., Weiner, B. J., & Griffith, J. (2006). Quality improvement and hospital financial performance. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 27(7), 1003-1029.
- Al-Momani, M. M. (2015). Gap analysis between perceptions and expectations of medical-surgical patients in a public hospital in Saudi Arabia. *Medical Principles and Practice*, 25(1), 79-84.
- Alptekin, B. (2019). Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 5'i Uygulayan Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Geriatri Bilim Dalı Polikliniğine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Altınışik, M. (2016). Sağlık Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü, Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Arshadi, N. (2011). The Relationships Of Perceived Organizational Support (POS) Withorganizational Commitment, İn-Role Performance, And Turnover İntention: Mediating Role Of Felt Obligation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30(1), 1103-1108.
- Arslan, V. (2019). Çalışanların yönetici desteği, duygu düzenleme, iş memnuniyeti ve örgütsel performans algıları arasındaki ilişkilerin analizi: Sağlık sektöründe bir uygulama. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(12), 1-25.
- Babin, B. J., & Boles, J. S. (1996). The effects of perceived co-worker involvement and supervisor support on service provider role stress, performance and job satisfaction. *Journal of retailing*, 72(1), 57-75.
- Bayer. N. & Baykal Ü. (2017). Sağlık Çalışanları Kalite Algı Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Journal of Health and Nursing Management* (2), 86-99. doi:10.5222/SHYD.2018.086.
- Berwick, D. (2007). Will is the way to win the patient safety war. *The Health Service Journal*, 117(6044), 18-19.

- Bowers, M. R., & Kiefe, C. I. (2002). Measuring health care quality: comparing and contrasting the medical and the marketing approaches. *American Journal of Medical Quality*, 17(4), 136-144.
- Cevahir, E. (2020). *SPSS ile nicel veri analizi rehberi*. Kibele.
- Chang, J. T., Hays, R. D., Shekelle, P. G., MacLean, C. H., Solomon, D. H., Reuben, D. B., ... & Wenger, N. S. (2006). Patients' global ratings of their health care are not associated with the technical quality of their care. *Annals of Internal Medicine*, 144(9), 665-672.
- Chen, Z., Eisenberger, R., Johnson, K. M., Sucharski, I. L., & Aselage, J. (2009). Perceived organizational support and extra-role performance: which leads to which?. *The Journal of social psychology*, 149(1), 119-124.
- Choi, K. S., Lee, H., Kim, C., & Lee, S. (2005). The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. *Journal of services marketing*, 19(3), 140-149.
- Coşgun, Y. (2020). Sağlık Hizmetinde Algılanan Kalite ve Değerin Hasta Tutum, Tatmin ve Davranışsal Niyetleri Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sivas
- Çoban, R., & Deniz, M. (2022). Demografik özelliklere göre sağlık çalışanlarının işyeri ilişkileri kalitesi algısı üzerine bir araştırma. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(1), 18-42.
- Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007). A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model. *Journal of service research*, 10(2), 123-142.
- Dawley, D., Houghton, J. D., & Bucklew, N. S. (2010). Perceived organizational support and turnover intention: The mediating effects of personal sacrifice and job fit. *The Journal of social psychology*, 150(3), 238-257.
- De Man, S., Gemmel, P., Vlerick, P., Van Rijk, P., & Dierckx, R. (2002). Patients' and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. *European Journal of nuclear medicine and molecular imaging*, 29, 1109-1117.
- Demirbilek, S. ve Çolak, M. (2008). Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (2), 91-111
- Dhar, S. (2012). Employability of management students in India: Some concerns and considerations. *AIMA Journal for management research*, 6(4/4), 0974-497.

- Drugus, D., Oprean, C., & Azoicai, D. (2015). Study on health professionals' perception of quality of healthcare provided to patients. *The Medical-Surgical Journal*, 119(2), 517-521.
- Eiriz, V., & Figueiredo, J. A. (2005). Quality evaluation in health care services based on customer- provider relationships. *International journal of health care quality assurance*, 18(6), 404-412.
- Eker, T. (2018). Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde Görev Alan Eczane Çalışanlarının Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Kapsamına Göre İlaç Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Francis, R. (2013). Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust public inquiry: executive summary (Vol. 947). The Stationery Office.
- Giray, D. M. ve Şahin, D. N. (2012). Algılanan Örgütsel, Yönetici ve Çalışma Arkadaşları Desteği Ölçekleri: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları*, 15(30), 1-9.
- Gosfield, A. G., & Reinertsen, J. L. (2005). The 100,000 lives campaign: crystallizing standards of care for Hospitals. *Health Affairs*, 24(6), 1560-1570.
- Göktepe, N., Türkmen, E., Fener, İ., Yalçın, B., & Sarıköse, S. (2021). Hemşirelerin bireysel, mesleki ve çalışma ortamı özelliklerinin bakım kalitesi algılarına etkisi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 8(2), 139-147.
- Gupta, H. D. (2008). Identifying health care quality constituents: Service providers' perspective. *Journal of Management Research*, 8(1), 18-28.
- Halbesleben, J. R. (2006). Sources of social support and burnout: a meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of applied Psychology*, 91(5), 1134.
- Holman, D. (2003). Phoning in sick? An overview of employee stress in call centres. *Leadership & Organization Development Journal*, 24(3), 123-130.
- Kang, G. D. (2006). The hierarchical structure of service quality: integration of technical and functional quality. *Managing Service Quality: An International Journal*, 16(1), 37-50.
- Karaca, Ş. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama (Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Çalışma), Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın
- Karaca, Z. (2011). Erzurum'da Sağlık Hizmetleri Talep Tahmini, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum

- Karagöz, S. (2015). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Kibar, E. (2014). Kalite ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları Uygulamaları: Kocaeli Seka Devlet Hastanesi Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Kizer, K. W. (2001a). Patient safety: a call to action: a consensus statement from the National Quality Forum. *MedGenMed: Medscape general medicine*, 3(2), 10-10.
- Kizer, K. W. (2001b). Establishing health care performance standards in an era of consumerism. *Jama*, 286(10), 1213-1217.
- Koca, R. (2015). Türkiye’de Son Dönem Sağlık Harcamalarının Dağılımı ve Temel Sağlık Göstergeleriyle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Koç, K., & Güven, Ş. D. (2023). Nevşehir Devlet Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Kalite Algılarının Belirlenmesi. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 13(2), 827-842.
- Korkut, N., & Gürkan, G. Ç. (2019). Sağlık çalışanlarının algıladığı yönetici desteğinin duygusal emek üzerindeki etkisinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi: Bir kamu ve bir özel hastane örneği. *Journal of Organizational Behavior Review*, 1(1), 78-96.
- Lagrosen, Y., & Lagrosen, S. (2005). The effects of quality management—a survey of Swedish quality professionals. *International Journal of Operations & Production Management*, 25(10), 940-952.
- Lee, H., Delene, L. M., Bunda, M. A., & Kim, C. (2000). Methods of measuring health-care service quality. *Journal of business research*, 48(3), 233-246.
- Loş, N. (2016). Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Ülkeleri ve Türkiye Örneği, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Matthews, R. A., Bulger, C. A. Barnes-Farre J.L. (2009) Work Social Supports, Role Stressors, and Work–Family Conflict: The Moderating Effect of Age, *Journal of Vocational Behavior*, 1-3
- McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (2004). Continuous quality improvement in health care: theory, implementation, and applications. Jones & Bartlett Learning.
- Mollaoğlu, M., Fertelli, T. K., & Tuncay, F. Ö. (2010). Hastanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(15), 17-30.

- Mosadeghrad, A. (2012). A conceptual framework for quality of care. *Mat Soc Med*, 24 (4): 251–261.
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International journal of health policy and management*, 3(2), 77.
- Muse, L. A., & Pichler, S. (2011). A comparison of types of support for lower-skill workers: Evidence for the importance of family supportive supervisors. *Journal of Vocational Behavior*, 79(3), 653-666.
- Odunaiya, N. A. (2019). Healthcare professionals' perception of quality of care of patients with cardiac disease in Nigeria: Implication for clinical guideline, inter-professional education and team work. *Malawi Medical Journal*, 31(1), 31-38.
- Öçalan, B. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Memnuniyet Analizi, Yüksek Lisans Tezi, Kadir Has Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Örtlek, M., Yanık, A., Kalkan, A. C., Topaloğlu, S., Kalaner, A., & Baç, A. (2017). Sağlık çalışanlarının hastane kalite çalışmalarına yönelik görüşleri ve kalite algısı. *Uluslararası sağlık yönetimi ve stratejileri araştırma dergisi*, 3(2), 37-51.
- Papatya, G., Papatya, N. ve Hamşioğlu, A. (2012). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2(1), 87-108
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing*, 49(4), 41-50.
- Qin, H. (2009). Links among perceived service quality, patient satisfaction and behavioral intentions in the urgent care industry: empirical evidence from college students. (doctoral dissertation). University of North Texas. Erişim Adresi: <http://digital.library.unt.edu/permalink/meta-dc-11014>
- Rahman, S. U. (2001). A comparative study of TQM practice and organisational performance of SMEs with and without ISO 9000 certification. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 18(1), 35-49.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: a review of the literature. *Journal of applied psychology*, 87(4), 698.
- Rocha, L. R. M., Veiga, D. F., e Oliveira, P. R., Song, E. H., & Ferreira, L. M. (2013). Health service quality scale: Brazilian Portuguese translation, reliability and validity. *BMC health services research*, 13, 1-5.

- Sevgen, S. (2015). Sağlık Hizmetleri Talep Tahmini: Adana İli Hastane Uygulaması, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Şahin, Ö. (2001). Edirne Şehir Merkezinde Halkın Sağlık Hizmeti Tercihlerine Etki Eden Faktörler ve Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Edirne
- Şenol, V. (2006). Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Algılanan Sağlık ile İlişkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri
- Tenteriz, Y., & Tozkoparan, G. (2022). Algılanan yönetici desteği ve algılanan çalışma arkadaşları desteğinin örgütsel vatandaşlık davranışı üzerine etkisi. *Business and Economics Research Journal*, 13(1), 89-107.
- WHO (2010). Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies. WHO [Internet]. 2010;1–92. Available from: http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf
- Yazgan, M. (2009). Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- Yorulmaz, M., & Pirol, M. (2019). Sağlık çalışanlarında kalite algısının ölçülmesi üzerine bir araştırma. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 2(1), 15-21.
- Yurtsever, A. (2015). Acil Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyeti, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Zaim, H., Tarım, M. (2010). Hasta memnuniyeti: kamu hastaneleri üzerine bir alan araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları*. 59:1-2
- Zincirkıran, M., Yalçınsoy, A., & Işık, M. (2016). Yönetici desteği ile iş memnuniyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. In *2nd International Congress on Economics and Business* (pp. 976-983).

Ek 3. Sosyo-Demografik Bilgi Formu**1. Cinsiyetiniz?**

☐ Kadın ☐ Erkek

2. Medeni durumunuz?

☐ Evli ☐ Bekar

3. Yaşınız?

☐ 24 yaş ve altı
☐ 25-34 yaş arası
☐ 35-44 yaş arası
☐ 45-54 yaş arası
☐ 55 yaş ve üstü

4. Eğitim durumunuz?

☐ İlköğretim
☐ Lise
☐ Önlisans
☐ Lisans
☐ Lisansüstü

5. Hastanedeki çalışma süreniz?

☐ 3 yıl ve altı
☐ 4-7 yıl arası
☐ 8-11 yıl arası
☐ 12-15 yıl arası
☐ 16 yıl ve üstü

6. Hastanedeki göreviniz?

☐ Doktor
☐ Hemşire
☐ Hasta bakıcı
☐ Sağlık Memuru
☐ Diğer

Ek 4. Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısı Ölçeği

Kalite Algısı Ölçeği

Bu ölçek sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarının kurumlarında yürütülen kalite çalışmalarına ilişkin algılarını ölçmeye yönelik oluşturulmuştur. Size en uygun gelen seçeneği boş bırakmadan işaretleyiniz

	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Hastane yönetimi, kalite geliştirme çabasında öncü ve itici güçtür.					
2. Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli olan parasal kaynakları ayırır.					
3. Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli olan insan kaynağını sağlar.					
4. Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli komiteleri oluşturur.					
5. Hastanenin hizmet ve bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik bir vizyon ve misyonu vardır.					
6. Hastane yönetimi hizmet ve bakım kalitesini artırmak için gerekli değişimleri gerçekleştirir.					
7. Hastane yönetimi hizmet kalitesini artırmak için uygun ve yeterli sarf malzemeyi sağlar.					
8. Hastane yönetimi kalite çalışmalarında görünen aksaklıkları hızlı şekilde çözümler.					
9. Hastane yönetimi kalite hedeflerini tüm çalışanlara benimsetir.					
10. Hastane yönetimi, hizmet kalitesine odaklanan bir kurum kültürü oluşturmaya çalışır.					
11. Hastane yönetimi, karar alırken ilgili yöneticinin görüşünü dikkate alır.					
12. Hastane yönetimi tüm çalışanların kalite çalışmalarıyla ilgili kararlara katılımını destekler.					
13. Hastanenin işe alım kuralları ve süreci kalite çalışmaları çerçevesinde oluşturulur.					
14. Hastanenin kalite çalışmalarının yürütülüyor olması, adayların işe başvurusunu artırır.					
15. Kalite çalışmaları hastanenin personel sayısının artırılmasında etkili olur.					
16. Kalite çalışmaları, çalışan performans değerlendirme sisteminin adil yürütülmesini sağlar.					
17. Kalite çalışmaları, iyi işleyen bir performans değerlendirme sistemini zorunlu kılar.					
18. Kalite çalışmaları iş güvenliğine yönelik önlemler alınmasını sağlar.					
19. Kalite çalışmalarına katılma, çalışanların mesleki açıdan doyum sağlamalarında etkili rol oynar.					
20. Kalite çalışmalarına katılma çalışanların mesleki açıdan güçlenmesini sağlar.					

21. Kalite çalışmaları, bölümler ve çalışanlar arası iş birliğini destekler.					
22. Kalite geliştirme çalışmalarına katkı sağlayanlar mali olarak ödüllendirilir.					
23. Kalite geliştirme çalışmalarına katılanlar teşekkür mektubu gibi manevi ödül sistemiyle ödüllendirilir.					
24. Kalite çalışmaları, çalışanlar arasında adil bir ödül sistemi oluşturulmasını sağlar.					
25. Kalite çalışmaları, çalışanların özlük haklarının korunmasını destekler.					
26. Kalite çalışmaları, maliyeti düşürerek verimliliği artırır.					
27. Hastanede kalite çalışmalarına yönelik eğitim ve oryantasyon yapılır.					
28. Çalışanlara mesleki beceri ve performanslarını geliştirecek sürekli eğitim verilir.					
29. Hastanede çalışanların hata yapmalarını engelleyecek kontrol mekanizmaları vardır.					
30. Hastanede çalışan personel, etik kurallar konusunda bilgilendirilir.					
31. Kalite çalışmalarına karşı olumsuz tutumu önleyici eğitimlere önem verilir.					
32. Sağlık çalışanlarının mesleki yenilikleri kullanmalarına olanak sağlanır.					
33. Kalite çalışmaları kapsamında belirlenen hizmet standartları tüm çalışanlar tarafından bilinir.					
34. Kalite çalışmaları kapsamında yapılan anketlerin sonuçları hizmetin iyileştirilmesinde dikkate alınır.					
35. Kalite çalışmalarında kayıt ve belgelendirmeye önem verilir.					

Ek 5. Algılanan Yönetici Desteği Ölçeği

Algılanan Yönetici Desteği Ölçeği

Bu ölçek sağlık kurumlarında görev yapan sağlık çalışanlarının yönetici desteğine ilişkin algılarını ölçmeye yönelik oluşturulmuştur. Size en uygun gelen seçeneği boş bırakmadan işaretleyiniz

	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Yöneticim bilmeden bir hata yaptığımda beni kurumdaki diğer kişilere karşı savunur.					
2. Yöneticim işler çıkmaza girdiğinde güvenebileceğim biridir.					
3. Yöneticim işimle ilgili sorunları dinlemeye her zaman için hazırdır.					
4. Yöneticim işimde önemli bir şey başardığımda takdir edilmemi sağlar					
5. Yöneticim görüşlerimi dikkate alır.					
6. Yöneticim işime yönelik amaç ve isteklerimi öğrenmek için bana zaman ayırır.					
7. Yöneticim bir işi iyi yaptığımda beni takdir eder.					
8. Yöneticim performansımı nasıl geliştireceğim konusunda bana yol gösterir.					
9. Yöneticim işimi yapmamda yardımcı olur.					
10. Yöneticim çalışanlarını başkalarına karşı canla başla savunur.					
11. Yöneticim sağlık, mutluluk gibi genel durumumla ilgilenir.					