

**T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE ÇALIŞAN
MOTİVASYONU: KOCAELİ İLİ GEBZE İLÇESİNDE
BİR ARAŞTIRMA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Ebru ÖKTEM**

**Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Tuğba DAYIOĞLU

AĞUSTOS- 2022

T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE ÇALIŞAN
MOTİVASYONU: KOCAELİ İLİ GEBZE İLÇESİNDE
BİR ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ebru ÖKTEM

ORCID ID:0000-0002-8175-233X

**Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi**

“Bu tez 03/08/2022 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ UYESİ	KANAATİ	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Tuğba DAYIOĞLU	BAŞARILI	
Prof. Dr. Yılmaz GÖBENEZ	BAŞARILI	
Dr. Öğr. Üyesi Hazal KORAY ALAY	BAŞARILI	

**Enstitü Müdürü
Onay**

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygu olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Ebru ÖKTEM

03.08.2022



ÖNSÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında, çalışmamı sahiplenerek titizlikle takip eden danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Tuğba DAYIOĞLU'na değerli katkı ve emekleri için içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Her zaman olduğu gibi aldığım bu karar da beni destekleyen sevgili eşim Gökhan ÖKTEM 'e ve canım evlatlarım Ediz ÖKTEM ve Mert ÖKTEM' e teşekkürlerimi ve sevgilerimi sunarım.

Son olarak bu günlere ulaşmamda emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim canım annem ve canım babama, kardeşlerime, dayıma bilgisini ve emeğini benden esirgemeyen değerli eşine şükranlarımı sunarım.

Ebru ÖKTEM
03.08.2022

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE	3
1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları	3
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Amacı ve Özellikleri.....	4
1.3. Sağlık Hizmetlerinin Gruplandırılması	6
1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	6
1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	9
1.3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	10
1.4. Kalite ve Sağlıkta Kalite Kavramları	11
1.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Önemi ve Özellikleri	13
BÖLÜM 2: SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI.....	15
2.1. Sağlıkta Kalite Standartlarının Önemi	15
2.2. Sağlıkta Kalite Standartlarının Hazırlanması.....	15
2.3. Sağlıkta Kalite Standartlarının Hedefi	19
2.4. Sağlıkta Kalite Standartlarının Boyutları	20
2.5. Sağlıkta Kalite Standartları Değerlendirme Süreci	25
BÖLÜM 3: MOTİVASYON KAVRAMI	27
3.1. Motivasyonun Tanımı	27
3.2. Motivasyonun Önemi.....	28
3.3. Motivasyonun Amaçları.....	30
3.4. Motivasyon Türleri.....	31
3.5. Motivasyon ile İlgili Teoriler	32

3.6. Çalışan Motivasyonunu Etkileyen Faktörler.....	36
3.7. Sağlık Çalışanları ve Motivasyon	45
BÖLÜM 4: SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE ÇALIŞAN	
MOTİVASYONU: KOCAELİ İLİ GEBZE İLÇESİNDE BİR ARAŞTIRMA	49
4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	49
4.2. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları	49
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	50
4.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	50
4.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	51
4.5.1. Kalite Algısı Ölçeği	51
4.5.2. Motivasyon Ölçeği	52
4.6. Araştırmanın Verileri	53
4.7. Araştırmanın Bulguları.....	54
4.7.1. Motivasyon Ölçeğine Ait Bulgular	55
4.7.2. Kalite Algısı Ölçeğine Ait Bulgular.....	60
SONUÇ.....	69
KAYNAKÇA	72
EKLER.....	79
Ek 1: Anket Formu.....	79
Ek 2: Etik Kurul İzni.....	82

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KBRN	: Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer
SHGM	: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Güvenirliği.....	52
Tablo 2: Katılımcıların Demografik Verileri	53
Tablo 3: Motivasyon Algısının Cinsiyet Değişkenine Göre t-Testi Sonuçları	55
Tablo 4: Motivasyon Algısının Yaş Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları	56
Tablo 5: Motivasyon Algısının Medeni Durum Değişkenine Göre t-Testi Sonuçları ...	57
Tablo 6: Motivasyon Algısının Eğitim Durumu Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları	58
Tablo 7: Motivasyon Algısının Gelir Durumu Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları .	59
Tablo 8: Kalite Algısının Cinsiyet Değişkenine Göre t-Testi Sonuçları.....	60
Tablo 9: Kalite Algısının Yaş Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları.....	61
Tablo 10: Kalite Algısının Medeni Durum Değişkenine Göre t-Testi Sonuçları	62
Tablo 11: Kalite Algısının Eğitim Durumu Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları.....	63
Tablo 12: Kalite Algısının Gelir Durumu Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları	64
Tablo 13: Hipotez Sonuçları	65
Tablo 14: Araştırmada Kullanılan Değişkenler Arası Korelasyon Değerleri	65

Tezin Başlığı: Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları ve Çalışan Motivasyonu: Kocaeli İli Gebze İlçesinde Bir Araştırma

Tezin Yazarı: Ebru ÖKTEM

Danışman: Dr.Öğr.Üyesi Tuğba DAYIOĞLU

Kabul Tarihi: 03.08.2022

Sayfa Sayısı: V (Ön Kısım) + 70 (Tez) + 8 (ek)

Anabilim Dalı: Sağlık Bilimleri

Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Bu çalışmanın amacı, sağlıkta kalite standartlarının, sağlık çalışanlarının motivasyonu üzerine etkisini belirlemektir. Bu amaçla, kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak ve gönüllü olarak anketi yanıtlamayı kabul eden 323 sağlık çalışanına anket uygulanarak veriler toplanmıştır. Araştırma verilerini toplamak için kalite algısı ölçeği ve motivasyon ölçeği kullanılmıştır. Verileri analiz etmek için geçerlik ve güvenirlik analizi gerçekleştirilmiş, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ile anket ölçekleri Yapısal Eşitlik Modeli çerçevesinde test edilmiştir. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 25.0 ve AMOS 24.0 istatistik programları kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kalite Standartları, Motivasyon, Sağlık Çalışanları.

Nişantaşı University, Graduate Education Institute Abstract of Master's Thesis

The Title of Thesis: Quality Standards and Employee Motivation in Health Services: A Study in Gebze District of Kocaeli Province	
Author: Ebru ÖKTEM	Supervisor: Dr.Tuğba DAYIOĞLU
Date: 03.08.2022	Number of Pages: V (Pre Text) + 70 (Thesis) + 8
Department: Healthcare Management	Subfield: Healthcare Management
The aim of this study is to determine the effect of health quality standards on the motivation of health professionals. For this purpose, data were collected by using the easy-to-use sampling method and by applying a questionnaire to 323 health professionals who voluntarily agreed to answer the questionnaire. In order to collect the research data, the quality perception scale and the motivation scale were used. In order to analyze the data, validity and reliability analysis were performed, exploratory and confirmatory factor analysis and questionnaire scales were tested within the framework of Structural Equation Modeling. SPSS 25.0 and AMOS 24.0 statistical programs were used to evaluate the research data.	
Keywords: Quality Standards, Motivation, Health Workers.	

GİRİŞ

Toplumların afetin yıkıcı etkilerinden kurtulması için sahip oldukları en büyük güvence bu gibi durumlara hazırlıklı olarak karşılaşacakları zararın azaltılmasıdır. Hastaneler afetlere karşı diğer kurumlardan daha donanımlı ve hazırlıklı olmak zorundadırlar. Çünkü afet yönetiminde kritik ve önemli bir yere sahip oldukları gibi ister doğa isterse teknoloji kaynaklı tüm olaylarda insan sağlığı doğrudan veya dolaylı olarak etkilenmektedir.

Motivasyon genel olarak dört özelliği ile tanımlanmaktadır. Birincisi; motivasyonun kişisel bir olgu olduğu bu sebeple her insandan insana değişiklik göstereceği ve bütün motivasyon teorilerinin ilk basamağında bu değişikliği vurgulamak olduğudur. İkincisi; motivasyonun genel olarak bir maksat olarak görülmesi ve motivasyonun çalışanların kontrolü doğrultusunda olduğunun varsayılmasıdır. Üçüncüsü; motivasyonun çok yönlü olduğudur. İnsanları neyin aktif hale getireceğinin bilinmesi gerekmektedir. Dördüncüsü ise motivasyonun bir performans ve davranış olmadığıdır. Motivasyon bireyi dıştan ve içten etkileyen güçlerle bağlantılıdır. Motivasyon sürecinde ise önce bireyin davranışı aktifleşir ve birey kendisine birtakım amaçlar belirler. Daha sonrasında ise birey hedefe doğru davranışlarda bulunur. En sonunda ise birey hedefine vararak gereksinimleri sağlanır. Motivasyon bir süreçtir ve genellikle hedefe doğrudur. Motivasyon bireyin hedefe yönelmesini ve harekete geçmesini sağlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetlerinin türlü unsurlarının, oluşturulan ve kabul edilen standartlara ne derece uygun olduğudur. Kalite felsefesi ise uluslararası kabul gören standartlar ile hastanın gereksinimleri doğrultusunda sağlık kurumunun tıbbi ve idari birimlerini daha iyi hale getirip, devamlı gelişmesini sağlamak, birimleri arası iletişim ve iş birliği ile kuruma entegre bir organizasyon oluşturmaktır. Sağlık hizmetlerinde kalite; söz verilen zamanda, etkin (güncel bilimsel gereklere uygun), etkili (en az atıkla), güvenli ve emniyetli (hasta ve hasta yakınlarını ve kurum çalışanlarını risklerden koruyan), adil (dil, din, ırk, mezhep, renk, kültür ayırımı yapmadan), hasta ve hasta yakınını esas alan hizmet olarak tanımlanmaktadır.

Tüm bunların ışığında sağlık sektöründen aldığımız hizmetin kaliteli olduğunu anlamak için niteliksel veriler ile birlikte niceliksel verilere ihtiyacımız bulunmaktadır. Bunun sebebi özel, kamu ve üniversiteye bağlı sağlık kurumlarında verilen sağlık hizmetlerinin karşılaştırılabilmesi, hatta ölçülebilmesi gerekliliğidir. Bu sayede kurumlar verdikleri

hizmetin ne derece kaliteli olduğunu sayısal değerler ile net bir şekilde görüp bu doğrultuda kurumun verdiği hizmet politikalarında ve işleyişinde birtakım değişiklik ya da iyileştirmeler yapabilmelidir.



BÖLÜM 1: SAĞLIK HİZMETİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları

Sağlık kavramı; sosyal, ekonomik, kültürel, siyasal yönden içeriği değişiklik gösteren ve gelişen bir kavramdır (Ateş, 2013: 5). Geçmişten bugüne kadar sağlık kavramıyla ilgili çeşitli tanımlamalar (Akkavak, 2018: 4) yapılmasına rağmen genel kabul görmüş olan tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yapmış olduğu tanımdır. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmaması değil ayrıca bedensel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumunun olması” olarak tanımlamaktadır (Doğan, 2019: 27).

Sağlık kavramının geniş içeriği nedeniyle sağlığı subjektif ve objektif olarak sağlık kavramını incelemek kavramın daha iyi anlaşılmasına yardımcı olur. Sağlık kavramına subjektif olarak değerlendirildiğinde, bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden kendisini iyi hissetmesi ve algılamasıdır. Fakat subjektif olarak bireyin kendini iyi hissetmesi hasta olmadığı anlamına gelmediği gibi, kendini iyi hissetmemesi de hasta olduğu anlamına gelmez. Bu nedenle yanıltıcı olabilir. Sağlık kavramına objektif olarak bakıldığında ise; yapılan tüm tanı testlerinin sonuçlarına ve doktor muayenesine göre hastalığın olmaması durumudur. Bu nedenle, bireyin objektif ve subjektif olarak sağlıklı olması durumunda bireyin sağlıklı olduğu ifade edilebilir (Bolsoy ve Sevil, 2010: 79). Sağlık kavramına etki eden temelde dört etken bulunmaktadır. Bu etmenler; kalıtım, davranış, çevre ve sağlık hizmetleri şeklinde sıralanabilir. Bu etmenlerin birbiri ile etkileşimi bulunmaktadır. Ayrıca toplumsal sağlığı etkileyen etmenler içerisinde nüfus, ekolojik denge, ruh sağlığı, kültürel sistemler ve doğal kaynaklar; duygusal, ruhsal ve fiziksel çevre sayılabilir (Ateş, 2013: 2).

Sağlık insanların ve toplumların her dönemde birinci önceliği olmuştur. İnsanoğlunun daima ilk amacı, hayatta kalmak, ikinci amacı ise hayatını sağlıklı bir şekilde idame ettirebilmektir. İnsanın hayatta kalabilmesi için en önemli ihtiyacının sağlık olduğunu vurgulayan Dünya Sağlık Örgütü de yaptığı sağlık tanımında sağlığı bir ihtiyaç olarak belirlemiştir. Her yönden bir iyi olma hali olan sağlığın algılanışı insandan insana

değişiklikler göstermektedir. İnsanlar sağlık kavramının ne kadar önemli olduğunu ancak hastalık halinin kendilerine zarar vermeye başlamasından itibaren anarlar. Hastalığı sağlık personelleri, insanın değerlerindeki negatif yönlü bozulmalar olarak tanımlamaktadır (Işık, 2012:11). Dünya Sağlık Örgütü sağlığın algılama boyutunu da öne çıkartarak sağlığın tarifini, bireyin ruhsal, sosyal ve bedensel olarak en iyi olma hali olarak yapar. Buradaki ruhsal ve sosyal iyi olma, bireyin kendini iyi hissetmesi ve sosyal ilişkilerde bulunduğu toplumun diğer bireyleri ile memnun bir şekilde yaşamasıdır. Bireyin hayatında bu şekilde bir memnuniyet hissi yaşaması onun ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olmasını sağlayacaktır (Akın, 2007:15).

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Amacı ve Özellikleri

Sağlık hizmetinde temel amaç, toplumun sağlık yapısının korunması ve sağlık kalitesinin yükseltilmesi, hastalıklardan korunma, hastalanan bireylere uygun tedavi yöntemlerinin sağlanması ve toplumu oluşturan bireylerin başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sürdürmesidir (Marşap vd., 2010: 313).

Kaliteli sağlık hizmet sunumunda, sağlığı bozulan bireylerin iyileşmesini sağlamak için en kısa sürede ve kolay sağlık hizmetlerine ulaşabilmelerini sağlamak, tanı, tedavi ve bakım süreçlerinde hizmet sunumunda kaliteli, tam ve zamanında hizmetin verilmesi, sağlık hizmetleri sunumunda tıbbi etik ilkelerine uygun tutum ve davranışlar içerisinde olmak, hasta ve yakınlarına karşı her daim, nazik, güler yüzlü, sabırlı ve anlayışlı olmak kaliteli hizmet sunumunun göstergeleridir (Yurtsever, 2015: 8). Ayrıca, bireylerin eşit koşullarda sağlık hizmeti sunulması ve koruyucu sağlık hizmetleri ile hastalanmadan önce bireylerin sağlıklarını korumak yönünde önlemler almak (Kumbasar, 2016: 8), hastalıkların erken tespit edilmesi ve uygun tedavi yöntemlerinin kullanılması ve en önemlisi hastalıkların önlenmesi için tedbirlerin alınması ve toplumda sağlık bilincinin oluşturulmasıdır (Altındış, 2018: 6). Böylelikle, sağlık hizmetlerinin standartlarının yükselmesi sağlanabilir. Bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklarının korunmasını sağlamak, toplumda sağlık bilincini arttırmak, toplum için oluşacak tehlikelerin oluşmadan önlenmesi, hasta ve sakat olan bireylerin iyileştikten sonra sosyal yaşama uyumlarının sağlanması sağlık hizmetlerinin temel amacıdır (Kumbasar, 2016: 8).

Sağlık hizmetlerinin özellikleri, diğer hizmet sektörlerine göre farklılıklar içerir (Atlı ve Yücel, 2018:5). Sağlık hizmetlerinde süreçler oldukça karmaşıktır, çıktıların

tanımlanması ve değerlendirilmesi zordur. Sağlık hizmetlerinde işler acildir ve ertelenemez, hata kabul etmez, uzmanlık düzeyi oldukça yüksektir ve profesyonelleşmek önemlidir (Altındış, 2018: 6). Ayrıca sağlık hizmetleri emeği yoğun soyut hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinde hizmeti alanlar ve hizmeti verenler birçok açıdan birbirine bağımlıdır (Ateş, 2013: 6). Genel anlamda sağlık hizmetlerinin özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

- *Dışsallıklar yayması:* Sağlık hizmetinin boyutu net bir şekilde tespit edilemediği için fiyatlanması zor bir etkidir. Bu var olan etki negatif ya da pozitif olarak görülebilir (Sayım, 2011: 22). Örneğin; bulaşıcı hastalıkları önlemek için aşılama hizmeti verilmektedir. Yapılan aşı; sadece aşı yapılan kişiyi değil, toplumun tamamını etkileyen nitelikte fayda sağlamaktadır. Bu durum pozitif dışsallığa örnektir. Sosyal fayda özel faydadan daha yüksektir (Gençoğlu, 2017: 3).
- *Kamusal mal kavramı ile ilintisi:* Sağlık hizmetleri yarı kamusal mal özelliği taşımaktadır. Yarı kamusal mal hizmeti alan; kişiye özel fayda sağlarken, tüketimi ile topluma dışsal fayda sağlamaktadır (Gençoğlu, 2017: 3).
- *Erdemli mal kavramı ile ilintisi:* Daha önce de belirtildiği üzere sağlık hizmetleri dış faydası yüksek bir hizmettir, maliyeti yüksektir ve erdemli mal olarak tanımlanır. Kamu yatırımına gerek duymaktadır. Toplumun sağlık ve refah düzeyini bu durum etkilemektedir (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017: 298).
- *Ölçek ekonomisini gerektirebilmesi:* Nüfusa bağlı olarak sağlık kurumlarının sayısı sınırlı miktarda artmaktadır. Ölçek ekonomisinin gerçekleşebilmesi için, sağlık kuruluşu başına düşen hasta sayısının yüksek oranda olması gerekmektedir. Bu durum rekabete ve tekelciliğe zemin hazırlamaktadır (Sayım, 2011: 22).
- *Üretim şeklini ve miktarını belirleyen otoritelerin varlığı:* Devlet; sağlık hizmeti sunucuları ile kurumları denetim, belgelendirme ve sınırlamalara tabi tutar. Bu nedenle piyasada tutunma, girme ve çıkma çoğu sektörlerle göre daha zordur. Ayrıca; sağlık hizmeti üreticilerinin (ilaç ve cihaz) üretim miktarı ve şekli hususunda devlet kurallarının dışında uluslararası standartlara bağlı kalma zorunluluğu mevcuttur. Devlet özel, kamu kurum ve kuruluşlarını denetler, uygunsuzlukların tespiti halinde gerekli müdahalede bulunur.

- *Bilgi asimetrisi faktörü*: Bilgi asimetrisi, taraflardan birinin ya da birkaçının diğer birey veya bireylerden daha fazla bilgi düzeyine sahip olmasıdır. Bu durumda birbirlerini etkileme ve yönlendirme imkânı bulunmaktadır. İktisadi etkinliğin ve rekabet koşullarının azalmasına sebep olmaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk, 2017: 300).

- *Belirsizlik altında seçim faktörü*: Sağlık hizmetlerinde; hizmeti arz eden kişi ile talep eden kişi arasında bilgi asimetrisi bulunmaktadır. Sağlık hizmetini talep eden hasta çok az bilgiye sahip olduğu için hizmeti alıp almama konusunda kararsız kalmaktadır. Bu durum hasta aleyhine asimetriktir (Sayım, 2011: 23).

- *Hastalık risk durumunun ve tüketiminin önceden tespit edilememesi*: Sağlık hizmetinin hangi zamanda alınacağı önceden bilinemez, bu nedenle sağlık hizmeti depolanamaz. Sağlık hizmetine ihtiyaç ne zaman çıktıysa o zaman üretilmesi ve tüketilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetleri talebi yaz veya kış aylarında meydana gelen salgınların şiddetine göre değişiklik göstermektedir. Bölgede yaşanan bir doğal afet, salgın gibi durumlar da sağlık hizmetinin talebinin artmasına neden olmaktadır (Atlı ve Yücel, 2018: 5).

- *Tüketim seviyesinde toplumsal üst ve alt sınırların bulunması*: Sağlıksız kişilerin yaşadığı toplumlarda sağlıklı kişilerin de sağlıklarının bozulma olasılığı yüksek düzeydedir. Kaynakların yüksek oranda sağlık hizmetlerine aktarılması diğer sektörlerle (güvenlik sektörü, eğitim sektörü, gıda sektörü, barınma gibi) kaynak aktarımını etkileyecektir. Bu nedenle sınırların, dağılımların belirlenmesi büyük önem arz etmektedir (Sayım, 2011: 23).

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Gruplandırılması

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi amaçlı sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri olarak üç temel başlıkta aşağıda sunulmaktadır (Ceyhan, 2007: 12).

1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, toplumların sağlıklarının korunmasını, hastalık durumlarının önlemesini ve salgın hastalıkların yayılmasının önlemesi amacıyla verilen sağlık hizmetidir. Bireylerin gelir düzeyine bakılmadan herkesin bu hizmetten yararlanması sağlanır. Bu hizmetler devlet tarafından verilir. Devlet; bireylere yeterli, eşit ve hızlı bir

şekilde sağlık hizmetinin verilmesini sağlar (Baş, 2017: 22). Koruyucu sağlık hizmetleri toplumları bulaşıcı hastalıklardan korur. Bulaşıcı hastalığa ek olarak oluşabilecek can kaybını, üretim ve verim kaybını, maliyetlerin azalmasını ve hastanelere olan yığılmaları önler (Çelikay ve Gümüş, 2010: 184). Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri sunumuna öncelik verilmelidir. Korumanın tedaviden daha etkili ve düşük maliyette olduğu gerçeği unutulmamalıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri; aile planlaması, ana-çocuk sağlığı, aile hekimleri, verem savaş dispanserleri ve aile planlaması merkezleri gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilir. Bu verilen sağlık hizmetleri; bireye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler olarak ikiye ayrılır (Yüksel, 2015: 9).

Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; sağlık meslek üyelerinin (hekim, hemşire, sağlık memuru vb.) yürüttüğü hizmetlerdir. Bu hizmetler ise ilaçla koruma, bağışıklama, erken tanı, kişisel hijyen, beslenmenin düzenlenmesi, anne-çocuk sağlığı ve aile planlaması, sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele, sağlık eğitimidir (Ergun, 2010: 44). Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aşağıda açıklanmıştır.

- *Bağışıklama*: Aşılama yoluyla bireyin bir hastalığa karşı korunma sürecidir. Bulaşıcı hastalıklara karşı direnç gelişmesi aşının bulunmasıyla ilgili olabilmektedir. Aşı sayesinde vücut doğal savunma sistemleriyle ortak çalışır ve bireylerin enfeksiyonlara yakalanma riskini azaltır.

- *Erken tanı*: Erken tanı tedavinin başarılı olması için hastalıkların erken dönemde teşhis edilmesi, tedavilerin başarılı, kolay ve düşük maliyetle olmasını sağlar. Kanser, gürültüye bağlı işitme kaybı, tüberküloz, diyabet ve böbrek hastalıkları vb. hastalıkların belirtilerinin henüz ortaya çıkmadığı dönemdir. Bireye uygulanacak olan tedavinin daha kolay olması ve tedavinin başarısı açısından önem arz etmektedir (Ateş, 2013: 10).

- *İlaçla koruma*: Her hastalığın aşısı mevcut değildir. Özellikle aşısı olmayan hastalıklar için ilaç tedavisi uygulanır ve hastalıklardan korunma sağlanır (Öztek, 2010: 46).

- *Kişisel hijyen*: Yakın çevre ortamlarının sağlığı koruma konusundaki önemli etkisi nedeniyle kişisel hijyen ve sağlığı geliştirici eğitimler, koruyucu sağlık hizmetleridir. Kişisel hijyen alışkanlıkları aileden ve okullardan elde edilen birikimdir (Şimşek vd., 2010: 434). Bireylerin sağlığını korumak ve sağlık hizmetlerinin kullanımıyla ilgili

davranış ve tutumları değiştirmeye yönelik eğitimlerin verilmesi hastalıkları önleyebilir ve sağlık hizmetinin etkinliğini artırır (Ateş, 2013: 11).

- *Beslenme*: Düzensiz ve yetersiz oranda beslenme çoğu hastalığın altında yatan unsurlardır. Ayrıca; bireylerin beden ve ruh sağlığının gelişimini belirleyen en önemli etmendir ve toplumsal verimliliği etkiler (Ateş, 2013: 10). Bu sebeple vücut direncini güçlü tutmak için iyi bir şekilde beslenilmelidir. Vücut direnci düştüğü takdirde örneğin tüberküloz hastalığına yakalanmak daha kolay olur (Öztek, 2010: 467).

- *Sağlık eğitimi*: Sağlıklı yaşam için bireylerin; sağlıklarını korumalarını ve geliştirmelerini sağlamak, bu bilinci onlara aşılama için verilen eğitimlerdir. Geçmişte yüz yüze verilen eğitimler teknolojinin gelişmesiyle birlikte web ortamında da verilmektedir (Demir ve Gözüm, 2011: 196).

- *Aile planlaması*: Eşlerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda ya da ekonomik imkanlarına ve kişisel isteklerine göre çocuk sayısının belirlenmesi ve doğum aralıklarının istedikleri şekilde planlanmasını sağlamak için yardım ve danışmanlık hizmetini kapsamaktadır (Kaya vd., 2008: 185).

- *Sağlığa zararlı alışkanlıklar*: Bireyin sağlığını tehlikeye sokacak olan alkol, sigara, uyuşturucu vb. kötü alışkanlıklardan uzak durulması gerekmektedir. Bu tür kötü alışkanlıklar bireyin ölümüne sebep olabilir (Soysaldı, 2007: 91). Çevreye dönük koruyucu sağlık hizmetleri: Kişinin hastalığa karşı direnç durumunu ortaya çıkarmada biyolojik, fizyolojik, sosyal çevre önemli bir unsurdur. Sağlık açısından sağlığı yerinde olan birey, sağlıklı bir ortamda bulunduğu zaman hastalık riski artar. Bu hastalıkları önlemek için her yaştaki kişilere ve her meslekteki bireylere belirli bir program dahilinde çevre bilincinin oluşması için eğitimler verilmelidir (Çoban, 2009: 17).

Hava ve çevre kirliliğinin önlenmesi, yeterli ve temiz içme suyunun sağlanması, gıda kontrolü ve besin güvenliği, atıkların zararsız hale getirilmesi, haşere ile mücadele, iş sağlığı ve güvenliği, su güvenliği, konut sağlığı, radyasyon ve gürültü ile mücadele gibi çalışmalar çevreye dönük koruyucu sağlık hizmetlerinin başlıca faktörlerindendir. Sadece sağlık profesyonellerinin yapması gereken bir iş değildir, birbiriyle bağlantılı entegre bir iştir. Sağlık hizmetleri sunucuları çevreye dönük koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesi için diğer sektörlere danışmanlık, denetim ve rehberlik yapmaktadır (Ergun, 2010: 44).

Koruyucu sağlık hizmetleri; tedavi edici sağlık hizmetlerine göre ulaşımı daha kolay, ekonomik ve etkili bir hizmettir. Bu sebeple koruyucu sağlık hizmetlerin de önceliğe önem verilmelidir (Altındış, 2018: 2).

1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri; sağlık btnliğ zarar gören hasta bireylere sunulan bir hizmet türüdür. Kişinin hasta olması nedeniyle çeşitli muayene, tedavi ve tetkik sürecini içine alan hizmetlerin bütünüdür. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst basamağını oluşturur. Tedavi edici sağlık hizmetlerini koruyucu sağlık hizmetlerine göre kıyasladığımızda daha yüksek oranda maliyet, daha kapsamlı ekipman ile nitelikli personel olduğu görülmektedir (elikay ve Gümüş, 2010: 185). Hastalara tedavileri ayakta, günübirlik ve yatış sağlanarak verilir. Tedavi edici sağlık hizmetleri; devlete ait sağlık kuruluşları, özel sektör, belediyeler, vakıflar tarafından verilir. Sağlık Bakanlığı ekonomik durumu iyi olmayan ve sosyal güvencesi bulunmayan bireylere ücretsiz tedavi hizmeti sunar. Bu hizmetlerin verilmesi aynı zamanda sosyal devletin bir sorumluluğudur (Baş, 2017: 24).

Bu hizmetler bireyin ortalama ömrünü uzatmanın yanında ayrıca verimliliği arttırarak milli gelirin artmasına etki eder. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde; hekimin sorumluluğunda olup; hekimin yanında diğer sağlık çalışanlarının katkılarıyla da bu hizmetler gerçekleştirilir (Altındış, 2018: 4). Tedavi edici sağlık hizmetleri, üç grupta adlandırılır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve nc basamak sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin basamakları aşağıdaki gibi açıklanmaktadır:

1. Basamak sağlık hizmetleri: Hastaneye yatmadan evde veya ayakta yapılan tedavi hizmetlerini ifade eder. Birinci basamak sağlık kuruluşları genellikle yataklı tedavi kurumları değildir. Ana-ocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, aile hekimleri, verem savaş dispanseri, özel poliklinik ve muayenehaneler birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetleri; en rahat şekilde ulaşılabilen, maliyeti en az olan hizmetlerdir (Ergun, 2010: 45).

2. Basamak sağlık hizmetleri: Birinci basamakta tedavi edilemeyecek olan hastalara uygulanan, hastaneye yatışı sağlanarak tanı ve tedavi hizmetlerinin verilmesinin

sağlandığı, yataklı tedavi kurumlarının sunduğu hizmetlerdir. Hastalar uzman kişiler tarafından tedavi edilirler (Baş, 2017: 25).

3. *Basamak sağlık hizmetleri*: Eğitim araştırma hastanesi, üniversite hastanesi, özel dal hastaneleri gibi sağlık kuruluşları tarafından yüksek teknolojinin kullanıldığı, bilgi gerektiren tedavi hizmetlerinin verildiği sağlık hizmetleridir (Döşkaya, 2019: 9). Meslek hastalıkları hastanesi, onkoloji merkezleri, kalp cerrahisi, ruh hastalıkları hastanesi, jinekoloji, doğum hastanesi ve üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetleridir (Ergun, 2010: 45).

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; maliyet açısından birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetleriyle karşılaştırıldığında, maliyeti daha fazladır. Yapılacak olan işlemlerin ileri teknoloji gerektirmesi, alanında uzman sağlık çalışanlarının olması maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin verilmesinden dolayı diğer basamaklara oranla üçüncü basamak sağlık hizmetleri çok yaygın kullanılmamaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetleri basamak sistemiyle birlikte, hasta olan bireylerin acil durumlar dışında öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmasını, ihtiyaç halinde tanı ve tedavi için sağlık kuruluşunun imkânı yeterli değil ise; bir üst basamaktaki sağlık kuruluşuna hastanın sevk edilmesini sağlar (Altındış, 2018: 4).

1.3.3. Rehabilit Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilit edici sağlık hizmetleri; kaza, hastalık ve ruhsal bozukluklar nedeniyle sakatlanan ya da iş gücü kaybı bulunan, günlük yaşamda ve topluma uyumu olmayan bireylerin başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak için sunulan sağlık hizmetidir (Çoban, 2009: 18). Bireylerin, geçirmiş olduğu kaza veya hastalığa bağlı olarak işgücünü tamamen veya kısmen kaybeden kişiler için rehabilit edici sağlık hizmeti sunulur (Ateş, 2013: 12). Rehabilit edici sağlık hizmetleri; sosyal (mesleki) rehabilitasyon ve tıbbi rehabilitasyon diye ikiye ayrılmaktadır.

- *Sosyal (mesleki) rehabilitasyon*; fiziki ve psikolojik yönden sakat kalmış bir bireyin toplumla ve yakın çevresiyle iç içe olabilmesi için eski işini yerine getirebilecek durumda değil ise yeni bir iş öğrenme yetisine kavuşturulmasını, sosyal, kültürel ve ekonomik

hayata kazanımının sağlamasını amaç edinen sağlık hizmetidir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 186).

Günümüzde çocuk gelişimi, meslek danışmanı, diyetisyen, konuşma ve dil terapisi gibi sosyal rehabilitasyon hizmeti sunan uzmanlık alanları oluşmuştur (Çoban, 2009: 19).

- *Tıbbi rehabilitasyon*; protez, işitme cihazı, gözlük, koltuk değneği gibi tıbbi malzemelerle bedensel arazların mümkün olduğunca azaltılmasını amaçlar. Bireylerin günlük işlerini yerine getirebilmelerine yönelik verilen tıbbi hizmetlerdir. Spesifik özellikleri nedeniyle tıbbi rehabilitasyon hizmetleri sağlık sektöründe yürütülür (Ergun, 2010: 45).

1.4. Kalite ve Sağlıkta Kalite Kavramları

Sağlık hizmetinde kalite kavramı üzerinde birçok tanım yapılmıştır. Kalite kavramını tanımlamak ve anlatmak zordur, kaliteyi algılamak ve tanımlamak kişiden kişiye farklılık gösterir (Baş vd., 2010: 1023). Kaliteyi tanımlayan yazarların hizmete karşı yaklaşımları ve bakış açıları farklılık göstermektedir. En fazla kabul edilmiş olan tanım, Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü tarafınca yapılan tanımdır. Sağlık hizmetlerinde kalite; en son bilgiyi kullanarak ve istenilen sağlık sonuçlarına ulaşılarak bireye ve topluma hizmetin sunulmasıdır (Çakır, 2007: 33). Güzellik kavramı kişiden kişiye farklılık gösterdiği gibi kalite kavramı da aynı şekildedir. Örneğin; satıcılar için kaliteli bir ürün, özellikleri, fiyatı uygun ve müşterilerin büyük bir çoğunluğunun ilgisini çeken bir ürünken; bir üretici için kaliteli bir ürün; müşteri beklentilerini karşılayan, kusuru bulunmayan, tasarım özelliklerine uyan bir üründür.

Kalite, istek ve beklentilere uygunluktur. Ayrıca; ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel alanlarda yaşamımızı etkileyen bir kavramdır. Kalite zaman içerisinde sürekli gelişmektedir, dinamik bir kavramdır. Bireylerin beklentileri her karşılandığında yükselme eğilimi gösterir (Yurtsever, 2015: 24).

Bunun yanında küreselleşen dünya ticareti nedeniyle, tüketicilerin seçenekleri çoğalmıştır. Bu da daha ucuza daha kaliteli ürün temin etme ihtiyacını ortaya koymuştur. Rekabette kalitenin önemli bir unsur olduğunu fark eden işletmeler kaliteye önem vermeye başlamıştır. Ulusal ve uluslararası rekabetin vazgeçilmezi haline gelmiştir (Taşlıyan ve Gök, 2012: 71).

Müşteriye hizmet etmek sadece kalitesi yüksek ürünler üretmek değildir. Müşteriler artık kaliteli olmayan malları tercih etmemektedir. Aldığı ürün kalitesiz çıktığında iade etmekte ve başka firmalardan alışveriş yapmaktadırlar. İşletmeler teknik ve beşeri unsurları birleştirmeli ve süreklilik sağlamalıdır. Daimi müşteri potansiyelini oluşturmak isteyen bir işletme, en üst kademeden başlayarak işletmenin tüm kademelerinde hizmeti kaliteli bir şekilde üretmeli ve sürekli iyileştirmeyi benimsemelidir (Taşlıyan ve Gök, 2012: 72).

Kaliteli hizmet sunmak her sektör için gereklidir; fakat bu durum sağlık sektörü için zorunluluktur (Oksay, 2016: 182). Sağlık hizmetleri, klasik görüşe göre; güvenlik, adalet ve eğitim gibi hizmetlerle beraber devletin halkına vermek zorunda olduğu temel kamu hizmetlerindendir. Bu bakış açısı ile değerlendirildiğinde, halk bu hizmetleri başka bir yerden temin edemez, kısıtlı olur. Temin edilse dahi sahip olduğu özellikler nedeniyle devletin kontrol ve müdahalesine ihtiyaç duyarlar. Bu nedenle bu hizmetler kamusal özellik içerdiği için devlet eliyle mutlak verilmeli ve kontrol edilmelidir (Yurtsever, 2015: 25).

Sağlık hizmetlerinde hastalar dış müşteri olarak adlandırılmaktadır. Bu doğrultuda başka bir tanımlama yapılacak olur ise; sağlık hizmetlerinde kalite, hasta olan bireylerin gereksinimlerinin önemini kavramak, süreklilik arz ederek ihtiyaçlarının giderilmesini sağlamaktır (Çakır, 2007: 33). Sağlık hizmetlerinde kalite; standartlara uygun bir şekilde teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanında ayrıca hastalara sunulan tüm süreçlerde hastaların beklenti ve gereksinimlerinin tam bir şekilde karşılanmasıdır. Bireylerin sağlıklarını korumak ve sürdürmek, hastalık halinde en kısa zamanda, en uygun koşullarda sağlık hizmetini kaliteli olarak sunmak, hastaları eski sağlıklarına kavuşturmak kaliteli sağlık hizmetinin hedefidir (Çakır, 2007: 34).

Sağlık hizmetlerinin insan yaşamı ile doğrudan ilişkili olması ve hiçbir hatayı kabul etmemesi sağlık kurumlarında kaliteli hizmeti kaçınılmaz bir duruma getirmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite, yapılan faaliyetlerin ve kullanılan kaynakların bir göstergesidir. Bu kaynakların verimli olarak kullanılması, dağıtılması, etkili bir biçimde hizmetin verilmesi ve sonrasında devamlılığın sağlanması kaliteli hizmet sunumunu sağlamaktadır (Yazgan, 2009: 43).

1.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Önemi ve Özellikleri

Günümüzde her sektörde hızlı değişimler olmaktadır. Bu durum sağlık kuruluşlarını da etkilemektedir. Sağlık kuruluşunda sunulan sağlık hizmetleri, bireylerin mutluluğunu, yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde kalite düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyini de göstermektedir (Bıyıklı ve Bilici 2019: 92).

Sağlık hizmetlerinde yeniden oluşum fikri 1980'li yıllardan itibaren ortaya çıkmıştır. Dünyada yer alan tüm ülkeler sağlık kaynakları ne kadar olursa olsun yeni araştırmalara yönelmişlerdir. Bunun en önemli nedeni ise; sağlık sektörünün diğer sektörlerle göre farklılıklar göstermesidir. Sağlık hizmetleri bireylerin sağlığının korunması, tedavi edilmesi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri verdiği için hata yapılması kabul edilemez. İnsan sağlığına hizmet sunduğu için sağlık sektörünün en önemli özelliği hatayı kabul etmemesidir. Bu nedenle sağlık hizmetinde kalite uygulamalarının her geçen gün daha önemli bir hale geldiği görülmektedir.

Ayrıca toplumu oluşturan bireylerin beklenti ve talepleri değişmiştir ve kaliteli hizmet beklentisi artmıştır. Sağlık hizmeti sunulan bireylerin memnuniyetinin sağlanması dış müşterilerin memnuniyetini sağlar. Sağlık kuruluşunda hizmet kalitesi daha fazla hasta kazandığı, hizmet sunumunda ortaya çıkabilecek hataların önlemlendiği ve maliyetlerin azaldığı rekabet gücünün arttığı değerlendirilmektedir (Demirbilek ve Çolak, 2008: 98). Böylelikle sağlık kuruluşunda kaliteli hizmetin sağlanmasıyla birlikte hasta ve hasta yakınlarının beklentileri karşılanarak tercih edilmesi sağlanır (Kıdak vd., 2015: 486).

Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetlerin kalitesinin belirlenmesi ve kalitenin özellikleri sektörlerle göre değişiklik gösterir (Aktan ve Saran, 2007: 501). Ancak her sektör için kaliteli hizmet rekabet üstünlüğü sağlar. Sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının sağlanması insan sağlığını önemli düzeyde etkileyeceği için önemli bir koşuldur. Genel olarak ele aldığımızda sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin temel özellikleri şunlardır:

- *Etkenlik*, belirlenmiş olan ürünü oluşturmak için gerekli görülen tüm girdilerin ne kadar oranda etkili kullanıldığını gösteren bir ölçüttür. Bilimsel bilgi ve mevcut teknolojiyi en iyi şekilde kullanmaktır. Etkenlik; araştırma, profesyonel fikir birliğinin ve deneyimin bir ürünüdür (Kaya vd., 2013: 9).

- *Etkililik*, hastanın sağlık durumunda olan değişiklik ile verilen hizmetin ortaya çıkardığı sonuçtur. Hastanın sağlık durumunda verilen sağlık hizmeti olumlu bir durum yaratmış ise; bu hizmetin etkili olduğu söylenebilir. Hizmetin diğer tüm özellikleri iyi olsa bile, eğer hastanın sağlık durumunun seyrinde bir farklılığa neden olamamış ise hizmetin etkili olarak kabul edilmesi mümkün değildir (Aygır ve Önsüz, 2017: 28).

- *Verimlilik*, en az maliyet ile en etkili hizmeti sunmaktır, kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasıdır. Ancak maliyet düştüğü zaman kalite de düşmemelidir (Yanık, 2000: 15).

- *Uygun olma*, maliyet, verilen hizmet ve hastaya sağlanan yarar arasındaki düzendir. Sağlık hizmetlerinin faydaları ile maliyetleri arasındaki en iyi dengenin kurulduğu noktadır.

- *Kabul edilebilirlik*, hem hastanın beklentilerini karşılamak hem de hizmetin verilmesinde uyumun sağlanmasıdır. Hastaların hizmete kolayca ulaşabilmesi, (kurumun uzaklığı, ulaşımın maliyeti gibi) hizmet veren çalışanların hasta istek ve beklentilerine yanıt vermesi, duyarlı olması, hizmetin etkili ve ucuz olması, güven verici bir ortamın olmasıdır (Aygır ve Önsüz, 2017: 28).

- *Yasalılık*, yasalara uygun bir şekilde sağlık hizmetlerinin sunulmasıdır. Sosyal kabul edilebilirlik olarak tanımlanabilir (Kaya vd., 2013: 9).

- *Eşitlik*, bireyler arası ayrım yapmaksızın herkesin eşit olarak hizmetlerden yararlanmasıdır (Korkmaz ve Çuhadar, 2017: 74).

Sağlık hizmetinin özellikleri nedeniyle, hizmet sunucularının kalite standartları ölçüsünde hizmet verebilmesi gerekir. Bu anlamda çalışanların performansları, örgütsel bağlılıkları, moral ve motivasyonları ile ilişkilidir. Motivasyonu yüksek düzeyde olan sağlık çalışanların daha verimli çalıştıkları görülmüştür.

BÖLÜM 2: SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI

2.1. Sağlıkta Kalite Standartlarının Önemi

Sağlık kuruluşundaki çalışanların hastaya karşı yaklaşımı, ilgisi, gayreti sağlık hizmetlerinin kalitesi ile doğrudan ilişkilidir. Çalışanların memnuniyetleri yüksek olur ise motivasyonları da yüksek olur. Dolayısıyla sağlık hizmeti sunulan hastaların da memnuniyetleri artar. Bu sebeple sağlık hizmetinin daha etkili ve verimli olması, karmaşıklığın ortaya çıkmasını önlemek için sağlıkta kalite standartları ortaya çıkmış ve zamanla geliştirilmiştir. Sağlıkta kalite standartlarının geliştirilmesinin amacı; sağlık hizmeti veren tüm kurum ve kuruluşlarında çalışan ve hasta memnuniyetinin artırılmasını sağlamak, çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak, sağlık hizmetinin zamanında ve adil koşullarda etkin bir sağlık hizmeti sunmaktır (Önal, 2020: 19).

2.2. Sağlıkta Kalite Standartlarının Hazırlanması

Türkiye’de hizmet sunan tüm sağlık kurum ve kuruluşları için hedeflenen, ulusal ve uluslararası kaynaklar incelenerek, ülke ihtiyaçları ve koşulları dikkate alınarak, hizmet kalite düzeyini ortaya koymak hedeflenmiştir. Bu amaçla uygulamaya yönelik rehberlik etmesi için sağlıkta kalite standartları rehberi oluşturulmuştur. Türkiye’nin sağlık hizmetlerindeki kalite yönetim sisteminin temel yapı taşlarından biri sağlıkta kalite standartlarıdır. Türkiye’de sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşları kapsayacak şekilde sağlıkta kalite standartları setleri oluşturulmuştur. Bakanlıkça yayınlanan yardımcı çeşitli rehberler doğrultusunda sağlıkta kalite standartlarının etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesi sağlanmaktadır. Standartlar; uzman kişiler tarafından hazırlanmaktadır ve kullanıcıların, hastane kalite temsilcilerinin, ilgili uzmanların özellikle saha uygulayıcılarının görüş ve önerileri dikkate alınır. Bu standartların çalışan ve hasta güvenliği çerçevesinde olmasının yanında ayrıca israf edilmeyi önleyen, hizmetin verimliliğini arttıran ve çalışan-hasta memnuniyetini öncü hale getiren bir bakış açısıyla hazırlanmasıdır.

2015 yılında “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi Dair Yönetmelik” ile sağlıkta kalite standartlarına ilişkin usul ve esaslar 29399 sayılı Resmi Gazetede

yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Sağlıkta kalite standartları bu yönetmelik ile şu şekilde gerçekleştirilebilir (Söyük ve Yenidikici, 2016: 350);

- Bakanlık sağlıkta kalite standartlarının (SKS) ve rehberlerinin yayınlandığı tarihten itibaren altı ay sonra, sağlık kurum ve kuruluşlarını sorumlu tutarlar.
- Sağlık kurum ve kuruluşları, sağlıkta kalite standartlarında belirtilen standartlar çerçevesinde gerekli düzenlemeleri yapar.
- Bakanlık tarafından sağlık kurum ve kuruluşları sağlıkta kalite standartları doğrultusunda değerlendirilir.
- Sağlıkta kalite standartları çerçevesinde yapılan değerlendirmelerde gerekli görülen iyileştirme faaliyetleri sağlık kurum ve kuruluşları tarafından gerçekleştirilir.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (SHGM) tarafından sağlıkta kalite standartlarının hazırlanması, değerlendirilmesi ve değerlendiricilerin belirlenmesine ilişkin işlemler yapılır. Bakanlık tarafından değerlendirme tarihleri belirlenir.
- SHGM, Sağlıkta kalite standartlarının etkinliğini arttırmak için yerinde ya da uzaktan eğitimler düzenlenir ya da düzenlenmesini sağlar.
- Kurumun ilgili yılda almış olduğu kalite puanı doksan beş ve üzerinde ise; öz değerlendirme (iç denetim) sonuçlarını takip eden yılın Ocak ve Haziran ayları arası Sağlık Bakanlığına bildirmeleri durumunda o yıl içerisinde değerlendirme/denetleme gerçekleştirilmez ve mevcut bir önceki yıl almış oldukları kalite puanı geçerli olmaktadır. Eğer kurum ve kuruluş tekrar değerlendirilmek ister ise; değerlendirme sürecine tabi tutulur.
- SHGM tarafından yayınlanan değerlendirme takvimine uygun olarak sağlıkta kalite standartları rehberi doğrultusunda değerlendirme gerçekleşir.
- SHGM tarafından belirlenen bir kısım veya bölümler üzerinden ya da sağlıkta kalite standartlarının tümü üzerinden değerlendirme gerçekleştirilebilir.
- Sağlıkta kalite standartları rehberinde belirtilen puan hesaplama sistematığına göre sağlık kurum ve kuruluşlarının kalite puanı hesaplanır ve Bakanlık tarafından sağlık kurum ve kuruluşlarının kalite puanları ilan edilir.

Sağlık Bakanlığı tarafından Mart 2020 tarihinde sağlıkta kalite standartları 6. versiyon yayınlanmıştır, standart maddelere ilaveler yapılmış, farklı bölümlere yönelik yeni standartlar oluşturulmuştur.

Standartlara uygun olarak sağlık kurumları tarafından hazırlanması gereken dokümanların sayısı ve içeriği kurumlara göre farklılık gösterir. Bunun nedeni kurumların bünyesinde hizmet vermiş olduğu alanlar ve kurumun büyüklüğüdür. Ayrıca kurum süreçlerinde oluşan karmaşıklıklar ve bu karmaşıklıkları gidermek için çalışanların bilgi, beceri, eğitim ve tecrübe kazanması adına standartlara uygun dokümanlar oluşturulur. Sağlık kuruluşunun büyük olması, farklı alanlarda hizmet vermesi durumunda; kurum içerisinde karışıklıklara neden olmaması için diğer kuruluşlara göre daha fazla doküman oluşturmaya ihtiyaç duymaktadırlar. Bu dokümanları oluştururken kurum için gerekli ve faydalı olacağı düşünülen dokümanlar en az sayıda oluşturulmalıdır. Standartlara uygun oluşturulan tüm dokümanlar için kurum içerisinde eğitimler verilerek çalışanları bilgilendirmek gerekmektedir. Aksi takdirde daha fazla doküman kurum içerisinde karışıklığa neden olur.

Standartlarının Oluşturulması: Standart kavramı; bir kuruluştaki bir ürünün, üretim miktarı, bütçenin para tutarı, bir çalışma sürecini belirlemek için iş birliği içerisinde belirli çalışma kuralları koyma ve bu kuralları uygulamaktır. Kalite ve standart kavramları süreç içerisinde ele alınır. Tüm bu tanımlardan yola çıkarak bir ihtiyacı karşılamak ve sistemi oturtmak için oluşturulan bir süreçtir (Turan ve Tavukçuoğlu, 2013: 36). İlk defa geliştirilecek olan standartlarda izlenecek olan süreç şu şekildedir;

- Alt yapı çalışmalarının hazırlanması (kuruluşlardan iletilen önerilerin değerlendirilmesi, ulusal düzeyde önceliklerin ve ihtiyaçların belirlenmesi, paydaşların öneri ve görüşlerinin alınması, uluslararası yayını gerçekleştirilen yayınlar, bilimsel araştırmalar vb. incelenmesi),
- Standartların hazırlanması (standartların amaç ve kapsamlarının açıklanması, Sağlık Bakanlığı Daire Başkanlığı tarafından standart setlerine yönelik taslak çalışmaların hazırlanması, uzman görüşüne çalışmaların sunulması, uzman kişiler tarafından standart çalışmalarının yürütülmesi, uzman görüşleri incelenerek Daire Başkanlığı tarafından taslak çalışmaya son şeklinin verilmesi, standartların neticelendirilmesi, kodlanması ve gruplandırılması),

- Pilot çalışmaların yürütülmesi (çalışma sürecinin belirlenmesi (elektronik/resmi yollarla çalışanların görüşlerinin alınması, yerinde değerlendirme yapılması), çalışma yapılacak illerin ve kurumların belirlenmesi, çalışmayı gerçekleştirecek olan ekiplerin belirlenmesi, çalışmayla ilgili olarak dokümanların hazırlanması, ekiplerin sahadaki çalışmaları değerlendirmesi, çalışmayla ilgili olan dokümanların hazırlanması, ekiplerin sahada çalışmalarını yapması, Daire Başkanlığına ekipler tarafından gerçekleştirilen çalışmaların sonuçlarının iletilmesi, ekiplerin iletmış olduğu geri bildirimlerin tek bir çatı altında çalışma dosyası olarak toplanması),

- Gerekli düzenleme işlemlerinin yapılarak standart setinin son hale getirilmesi,

- Belirlenen standartların onaylanması

- Saha ile standart setinin paylaşılması sürecinden geçtikten sonra standartlar oluşturulur.

Standartların Revizyonu: Revizyon kelimesi Latince “revidere” kökünden günümüze gelmiştir. Revizyon; yeniden gözden geçirmek, düzeltme yapmak, var olan sistem üzerinde güncelleme yapmak gibi anlamları ifade eder (Kantarcıoğlu vd., 2013: 66). Standartların revizyonu için izlenecek süreç şu şekildedir

- Revizyon için gerekliliklerin incelenmesi (kuruluşlardan iletilen önerilerin değerlendirilmesi, ulusal düzeyde önceliklerin ve ihtiyaçların belirlenmesi, paydaşların öneri ve görüşlerinin alınması, uluslararası yayını gerçekleştirilen yayınlar, bilimsel araştırmalar vb. incelenmesi),

- Standart revizyon çalışmalarının yürütülmesi (bölümler ve boyutları bazında gerekli revizyon işlemlerinin gerçekleştirilmesi, gerekli revizyon işlemlerinin standartlar bazında hazırlanması, kodlama sistematığının revizyonunun sağlanması, puanlama sistematığının revizyonunun sağlanması, tanımlar dizininin revizyonunun sağlanması, bilgilendirme tablosunun revizyonunun sağlanması),

- Gerekli olan tüm düzenlemeler yapılarak standart setinin son hali oluşturulur,

- Standart revizyonunun onaylanması,

- Revizyonu gerçekleştirilmiş olan standart setinin sahada çalışanlar ile paylaşılması şeklindedir.

2.3. Sağlıkta Kalite Standartlarının Hedefi

Teknolojinin gelişmesi, değişmesi, hasta şikayetleri ve artan maliyetler sağlıkta hizmet kalitesine yönelimi arttırmıştır. Sağlıkta hizmet kalitesini sağlamada en önemli faktör hasta memnuniyetidir. Bu nedenle hastanelerin hizmet kalitesini belirlemede ve değerlendirmede de en önemli unsur hasta memnuniyetidir. Hizmet verenlere ilişkin unsurlar (sağlık çalışanları), hastaya ilişkin unsurlar (sosyal güvenlik durumu, cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi gibi) ve kurumsal unsurlar (üniversite, devlet, sağlık ocakları, devlet) hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerdir (Bakan vd., 2011: 2).

Sağlıkta kalite standartları ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıkta kalite programında revizyon çerçevesinde; sağlık hizmetlerinin kalitesini en üst düzeye çıkarmak, çalışan ve hasta güvenliği ile çalışan ve hasta memnuniyetini arttırmak üzere hazırlanmış sistemdir. Ülkemizde tüm sağlık kurum ve kuruluşları bu sistemin içerisinde bulunmaktadır (Uysal ve Yorulmaz 2018: 3). Bu sistem içerisinde sağlıkta kalite standartları hastane hedefleri şu şekildedir:

- *Hasta güvenliği*: Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerine ilişkin hataların gerçekleşmemesi için gerekli önlemlerin alındığı, bu hatalara bağlı olarak hasarların olmadığı veya azaltılmasını sağlayan tedbir ve iyileştirme yapılmasını içeren faaliyetlerdir.
- *Hasta odaklılık*: Hastanın tanı, tedavi, bakım hizmetlerinde, hasta olan bireyin isteklerine, gereksinimlerine, beklentilerine ve değerlerine yönelik hizmet verilmesidir.
- *Sağlıklı çalışma yaşamı*: Çalışma ortamının güvenli ve ideal bir yapıda olması için gerekli alt yapının sağlık çalışanları için sağlanmasıdır.
- *Süreklilik*: Hasta olan bireyin tedavisinin tamamlanmasından sonra da hizmet devamlılığının sağlanmasıdır.
- *Etkililik*: Hizmetin etkili olup olmadığını ve kalitesini doğrulamayı gösterir (Çınaroğlu ve Şahin, 2012: 31).
- *Etkinlik*: İşleri doğru olarak yapabilme yeteneğidir.
- *Verimlilik*: En az girdi ile en fazla çıktı elde etmektir.
- *Uygunluk*: Standartlara ve dokümanlara uyumdur (Turan ve Tavukçuoğlu, 2013: 36).

- *Zamanlılık*: Uygun olan bir zaman aralığında hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yapılmasıdır.
- *Hakkaniyet*: Hasta olan bireylere tedavi ve bakım gereksinimlerinin eşit oranda verilmesinin sağlanmasıdır.

2.4. Sağlıkta Kalite Standartlarının Boyutları

Standartlar, tüm tarafların katılımı ve uygunluğu ile hazırlanmalıdır. Bu durum standartların hazırlanmasında temel bir ilkedir. Standartlar tüm çalışanların kullanımına hitap eden dokümanlardır. Tüm tarafların katılımı ve uygunluğu ile hazırlanan standartlar kurumların işleyişini kolaylaştırır (Kavak, 2018: 15).

SKS-Hastane, hastanenin tüm bölümlerini kapsayacak şekilde yapısal, süreç bazlı ve sonuç odaklı olacak şekilde hazırlığı gerçekleştirilmiştir. Bu durumda SKS-Hastane; bölüm, boyut, standart ve değerlendirme kriterlerinden meydana gelmektedir. Sağlıkta kalite standartları bölüm bazlı olacak şekilde hazırlanmıştır. Ardından sunulan hizmetin sunumları göz önüne alınarak boyutlandırılmış ve belirlenen her bir boyut farklı renklerle ayrıştırılmıştır. “SKS-Hastane 5 Boyut, 48 Bölüm, 523 Standart, 1599 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır”. Standartlar ve değerlendirme kriterleri, incelendiğinde konuya özel çalışma biçimini belirlemek için ortaya konulmuştur. Standartlar değerlendirme ölçütüyle bir bütün olarak incelenmelidir. SKS-Hastane setinde bölümlerin amacı, hedefleri, standart ve değerlendirme ölçütleri ile gerektiğinde rehberlik bilgilerine yer verilmektedir. Bölümlerle ilgili belirlenen standartlar bölüme özel işleyişler göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur. Bölümün amacı, belirlenen hedefleri, standart ve değerlendirme kriterleri, rehberlikler ile birlikte bir bütün olarak ele almalı ve uygulamalıdır.

SKS-Hastane beş boyutta standartları/değerlendirme ölçütlerini ele almaktadır. Bu boyutlar;

- Kurumsal Hizmetler,
- Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler,
- Sağlık Hizmetleri,
- Destek Hizmetleri,

- Gösterge Yönetimi'dir.

Kurumsal Hizmetler Boyutu

Kurumsal hizmetler boyutu kurumun yapısıyla ilgili sürecin kurgulanması adına hazırlanan standartlardır. Kaliteli bir hizmet sunmak için sağlık kuruluşunda görev alan tüm çalışanların katıldığı, kalite yönetim yapılanmasının etkin bir şekilde meydana gelmesi üzerine hazırlanan standartları kapsayan bölümlerden oluşan boyuttur (Söyük ve Yenidikici, 2016: 356). Bu boyutlar şunlardır;

Acil Durum ve Afet Yönetimi, Doküman Yönetimi, Eğitim Yönetimi, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi, Kalite Yönetimi, Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi, Kurumsal Verimlilik, Kurumsal Yapı, Risk Yönetimi, Sosyal Sorumluluk bölümlerinden oluşur.

- Acil durum ve afet yönetimi bölümü; acil durum yönetim ekibi, afet planı, kroki, tesis tahliyesi, risk değerlendirmesi, eğitimler, yangın söndürücülerin, çatı aralarının kontrolü, depreme yönelik düzenlemeler, acil kod sistemlerine yönelik düzenleme faaliyetlerinden oluşur.

- Doküman yönetimi bölümü; Sağlıkta kalite standartlarında yer alan dokümanlara, dış kaynaklı dokümanlara, panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme faaliyetlerinden oluşur.

- Eğitim yönetimi bölümü; eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planlarının oluşturulması, çalışanlara, hastalara ve hasta yakınlarına eğitimler verilmesi yönünde düzenleme faaliyetlerinden oluşur.

- İstenmeyen olay bildirim sistemi bölümü; ilgili sisteminin kurulması, çalışanlara eğitim verilmesi, kendilerini güvende hissedecekleri şekilde sistemin tasarlanması, analiz ve iyileştirmelerin yapılması faaliyetlerinden oluşur.

- Kalite yönetimi bölümü; kalite yönetim sisteminin yapısı, birimi, bölüm kalite sorumlularının belirlenmesi, sağlıkta kalite standartlarına yönelik iç denetim, bölüm kalite sorumluları ve yöneticileriyle birlikte düzenli toplantılar, komite toplantılarına yönelik düzenlemeler, sağlıkta kalite standartları kapsamında bulunan uygunsuzluklarla ilgili gerekli iyileştirme çalışmaları faaliyetlerinden oluşur.

- Kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer (KBRN) tehlikelerin yönetimi bölümü; KBRN alanlarının tanımlanması, süreçlerin ve sorumluların belirlenmesi, turuncu kod uyarı sisteminin oluşturulması, tatbikatların yapılmasına yönelik faaliyetlerden oluşur.
- Kurumsal verimlilik bölümü; hizmet süreçlerinde verimliliğin bir plan dahilinde gerçekleştirilmesi, izlenmesi, analizlerinin yapılması ve iyileştirmelerin gerçekleştirilmesi yönündeki faaliyetlerden oluşur.
- Kurumsal yapı bölümü; hastanedeki iş akışlarının belirlenmesi için hastane organizasyon şemasının oluşturulması ve bu organizasyon şeması doğrultusunda görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmesi, kurumsal amaç ve hedeflerin misyon, vizyon ve değerler doğrultusunda belirlenmesi, kurumsal iletişim stratejilerinin tanımlanması ve hastane web sayfasında kurumu tanııcı bilgilerin yer alması faaliyetlerinden oluşur.
- Risk yönetimi bölümü; görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmesi, ortamdaki var olan/oluşabilecek risklerin belirlenmesi, analiz edilmesi, etkinliğinin izlenmesine yönelik faaliyetlerden oluşur.
- Sosyal sorumluluk bölümü; sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, uzun süre hastanede yatan çocuk hastaların ilköğretim seviyesindeki eğitimlerinin hastane içerisinde verilmesine yönelik faaliyetlerden oluşur.

Sağlık hizmeti üretiminin en önemli unsuru sağlık çalışanlarıdır. Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojinin hızla gelişmesi, değişmesi ve bu değişimle çalışanların baş edebilmesi için eğitimin rolü önem kazanmıştır. Eğitime yapılan yatırım hem bireye, hem işletmeye hem de topluma yarar sağlamaktadır. Sağlık çalışanlarının bilgi ve becerilerinin, yetkinliklerinin geliştirilmesi için günümüzde sağlık kuruluşları tarafından yapılan eğitime yatırımlar artmaktadır. Çalışanların bilgisi, niteliği sağlık kuruluşunun aynı zamanda kalitesini de göstermektedir. Hizmet içi eğitimlerin bir plan çerçevesinde verilmesi ve bu verilen eğitimler sonucunda belgelendirme yapılması son derece önemlidir. Hizmet içi eğitimin dışında ayrıca çalışanların kurum dışı eğitimlere katılmaları desteklenmeli ve bunun için uygun koşullar sağlanmalıdır (Altındiş ve Ergin, 2018: 166).

Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler

Hasta odaklı sağlık hizmetleri; hasta, hasta yakını ve sağlık hizmeti sunan çalışanlarla hastanın ihtiyaçları doğrultusunda birlikte yürütülen, sunulmasını sağlayan sağlık hizmetidir (Kumbasar, 2016: 85). Bu boyut; hasta olan bireylerin temel haklarını, memnuniyetini, güvenliğini, çalışanların ise sağlıklı bir çalışma ortamında çalışmalarını sağlamak üzere standartları içeren boyuttur. Bu boyutta aşağıdaki bölümler içerikleriyle birlikte yer almaktadır;

- Hasta deneyimi bölümü; hasta olan bireylerin ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri, tanı, tedavi, bakımı, hasta sorumlulukları, mahremiyeti, onamı, hekim seçme hakkı, hasta ziyaret ve refakatçi kuralları, kültürel ve manevi değerlerle saygı duyarak hizmetin verilmesi faaliyetlerinden oluşur.

- Hizmete erişim bölümü; hizmete erişimi kolaylaştıran süreçlerin sağlanması, hasta kayıt süreçlerinin doğru ve etkili bir şekilde yapılması, poliklinik bekleme sürelerinin minimuma indirilmesi, randevu ve sonuç verme süreleriyle ilgili düzenlemeler yapılması, yaşlı ve engelli olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişim kolaylığını sağlaması faaliyetlerinden oluşur.

- Sağlıklı çalışma yaşamı bölümü; insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planının oluşturulması, istihdama yönelik süreçlerin tanımlanması, çalışanların performanslarının değerlendirilmesi, çalışanların sağlık taramalarının yapılması, çalışanların güvenliğinin sağlanması, görüşlerinin, önerilerinin alınması, çalışan memnuniyet anketlerinin uygulanması faaliyetlerinden oluşur.

- Yaşam sonu hizmetler bölümü; cenaze ile ilgili kültürel-manevi değerler göz önünde bulundurularak yaşam sonu hizmetlerinin verilmesinden, cenazenin mahremiyetini ve güvenliğini sağlaması faaliyetlerinden oluşur.

Sağlık Hizmetleri Boyutu

Sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak için hasta güvenliğini, memnuniyetini sağlamak ve bilimsel kurallar doğrultusunda doğru hastaya, doğru zamanda, doğru tedaviyi uygulamak, aynı standartta bakım hizmeti almalarını sağlamaktır (Marşap vd., 2010: 319). Sağlık hizmetlerinin boyutları aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır;

Acil Servis, Ameliyathane, Sterilizasyon Hizmetleri, Doğum Hizmetleri, Doku Tipleme Laboratuvarı, Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri, Diyaliz Ünitesi, Enfeksiyonların

Önlenmesi, Hasta Bakımı, İlaç Yönetimi, Radyasyon Güvenliği, Patoloji Laboratuvarı, Biyokimya Laboratuvarı, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Transfüzyon Hizmetleri, Terapötik Aferez Hizmetleri, Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri, Psikiyatri Hizmetleri, Yoğun Bakım Ünitesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Organ ve Doku Nakli Hizmetleri, Kemoterapi Hizmetleri, Palyatif Bakım Kliniği, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri, Evde Sağlık Hizmetleri bölümleridir.

Destek Hizmetleri Boyutu

Tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliğini, devamlılığını sağlamaya ilişkin gerekli alt yapıyı oluşturmak adına hazırlanmış standartları içeren bölümlerden oluşan boyuttur. Bu boyut aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır;

- Atıkların yönetimi bölümü; atıkların yönetimi ve kontrolüne yönelik düzenleme faaliyetlerinden oluşur.
- Bilgi yönetim sistemi bölümü; bölümün işleyişi ilgili süreçler, bilgi güvenliği ve mahremiyeti sağlama, sistem güvenliğini sağlama, tedbirlerin alınması faaliyetlerinden oluşur.
- Dış kaynak kullanımı bölümü; dışarıdan alınan hizmetlere yönelik düzenleme faaliyetlerinden oluşur.
- Malzeme ve cihaz yönetimi bölümü; malzeme ve cihazların ihtiyacı, temini, muhafazası, istemleri, hazırlanması, transferi, tehlikeli durumlarda müdahale yöntemi, bakım, onarım, kalibrasyonu, arıza ve onarım süreçleri, temizliği, kullanım dışı bırakılması ile ilgili süreç faaliyetlerinden oluşur.
- Otelcilik hizmetleri bölümü; hastanenin temizliği, yemekhane hizmet süreçlerinin işleyişi, çamaşır hizmetlerinin sunumu, hasta odalarının, muayene odalarının, kişisel temizlik alanlarının, bebek bakım ve emzirme odasının, bekleme alanlarının düzenlerinin sağlanması faaliyetlerinden oluşur.
- Tesis yönetimi bölümü; hastanenin teknik alt yapısını ve fiziki koşulları, birimlere kolay ulaşılabilir olması, sürekli ve güvenilir olmasının sağlanması faaliyetlerinden oluşur.

- Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri bölümü; tıbbi bilgilerin bir bütün ve düzen içerisinde, eksiksiz bir şekilde tutulması, saklanması ve kullanılması, bilgi mahremiyetinin ayrıca güvenliliğinin sağlanması, arşiv biriminin işleyiş faaliyetlerinden oluşur.

Gösterge Yönetimi Boyutu

İşletme performansının geliştirilmesi amacıyla performans ölçüm ve denetim sistemleri; stratejik planlara uygun olarak belirlenir, değerlendirilir ve geri bildirim süreci sağlanır (Şerbetçi, 2007: 4).

Performans, sadece kısa vadeli ve geçmiş değerlerle değil, ileriye yönelik ölçütlerle belirlenir. Performansın belirlenmesinde göstergeler esas alınır (Kılıç ve Erkan, 2006: 85). Göstergeler, sağlık hizmetinin daha etkili ve verimli olmasına, kaynakların israf edilmemesini sağlar. Gösterge yönetimi, süreçlere yönelik gösterilen performansları izleyip, değerlendirmek ve iyileştirmek amaçlı hazırlanmış standartları içeren bölümlerden oluşur. Bu boyutta; göstergelerin izlenmesi yer almaktadır. Komite toplantılarında ilgili kalite göstergeleri değerlendirilir. Alt değer ve üst değeri geçen durumlarda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır.

2.5. Sağlıkta Kalite Standartları Değerlendirme Süreci

Sağlıkta kalite değerlendirme süreci; “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” kapsamında yürütülmektedir. Değerlendirme süreci, somut ve ölçülebilir sonuçlarla sağlık kurumlarındaki iyileştirme faaliyetlerine katkıda bulunur.

Sağlıkta kalite standartlarında bazı standartlar çekirdek ya da opsiyonel olarak belirtilmiştir. Çekirdek standartlar; kurum tarafından karşılanması gereken zorunlu standartlardır, opsiyonel standartlar ise; yapılmasının zorunlu olmadığı fakat standardın karşılandığı durumda ayrıca kuruma puan getiren standartlardır (Kayral vd., 2016: 11). Standartların değerlendirilmesi için bakanlık tarafından değerlendiricilere yönelik eğitim standartları doğrultusunda sertifika ve güncelleme eğitimleri verilmektedir. Böylelikle sağlıkta kalite standartları değerlendirmeleri; sağlık kurum ve kuruluşlarında hem etkili bir eğitim metodu olmuş, hem de ölçülebilir somut sonuçlarla gelişmelerine katkıda bulunmuştur (Önal, 2020: 23).

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıkta kalite standartları esas alınarak sağlık kurum ve kuruluşlarında kalite düzeyini belirlemek için yılda bir kez sağlık kuruluşları değerlendirilir ve puanlandırılır. Sağlık Bakanlığı tarafından değerlendirme gerçekleştirilecek olan sağlık kuruluşlarının listesi belli periyotlarda açıklanır. Periyodik olarak kalite değerlendirmeleri sertifikalı değerlendiriciler yapılır ve raporlanır (Uysal ve Yorulmaz, 2018: 8). Değerlendirme, standartların karşılanma düzeyine göre yapılır. Standartlar; karşılanıyor, kısmen karşılanıyor ve karşılanmıyor şeklinde üç kategoride değerlendirilir. Değerlendirme sonuçlarına göre yaptırımlar ya da çeşitli teşvikler uygulanır. Örneğin kalite değerlendirmesinden 85 ve üzeri puan alan sağlık kuruluşlarına sağlık turizmi için başvuru yapabilme hakkı verilir. Ayrıca 95 ve üstü puan alan kuruluşlar bir sonraki değerlendirme yılında istedikleri takdirde değerlendirmeye dahil olmazlar (Uysal ve Yorulmaz, 2018: 9).

Sağlık kurumlarında uygulanan kalite standartları; hem örgütün etkinliği ve verimliliği hem de çalışanlar için etkili olur. Aynı zamanda sağlık hizmeti alan hasta bireylerde memnuniyet düzeyi artar ve ilgili sağlık kurumunu daimi olarak tercih eder.

BÖLÜM 3: MOTİVASYON KAVRAMI

3.1. Motivasyonun Tanımı

İşletme literatüründe hemen her dönem en önemli inceleme konularının başında motivasyon gelmektedir. Birçok olgu ile bağlantılı olan ve kurumların özenle politika geliştirdikleri motivasyon farklı incelemelerin de ana konusudur. Günümüzde motivasyon hakkında birçok tanım geliştirilmekle birlikte söz konusu çabaların bireysel, takım ve örgüt motivasyonu üzerinde yoğunlaştıkları söylenebilir. Motivasyonun herkesin üzerinde uzlaştığı bir tanımı olmamakla birlikte onu anlama çabalarının bir hayli fazla olduğunu söylemek gereklidir. Çünkü motivasyonu anlayamayan lider ve kurumlar hedef belirlemekte ve onu eyleme dökmekte zorlanır (Koçel, 2013: 633).

Örgütler, insan güçlerini daha fazla çaba göstermeye yönlendirmek için birçok yöntem kullanır. Bu yöntemler özellikle insan kaynakları ve yönetim politikalarına önemli bir yer tutar ve ticari kuruluşların çoğunda büyük ilgi görmektedir. Motivasyon, bireylere ve çalışanlara fırsat ve araçlar sağlamak için örgüt içinde bireyi etkilemede önemli bir rol oynamaktadır. Bununla beraber motivasyon, insan davranışlarını netleştirmek için kullanılan teorik bir kavramdır (Söyük, 2001:25).

Motivasyon, bireyin içinden ve aynı zamanda çevresinden yayılan ve çalışan bireyi kendi içinde belirli bir davranış sergilemeye teşvik eden bir grup aktif güçtür. Bu tanımdan hareketle motivasyonun, bireyi ihtiyaç ve arzularını tatmin ederek, kendisine verilen görevleri en iyi şekilde yerine getirmesi için harekete geçiren ve heyecanlandıran güç olduğu sonucuna varılabilir (Aslanadam, 2011: 12).

Ayrıca, çalışanların görevlerini ve samimiyetini yerine getirmeye teşvik edecek tüm araç ve etkenlerdir. Bu tanımdan, motivasyonun, bireyleri arzularını gerçekleştirmeye ve tatmin etmeye ve onlardan istenen her şeye cevap vermeye motive eden birincil unsur olduğu sonucuna varılabilir. Ayrıca, motivasyonun temel olarak üç unsurla ilgili bir süreç olduğu yerde, bir bireyin kuruluştaki çalışması karşılığında kuruluştan ne elde ettiği olarak tanımlanabilir (Koyuncuoğlu, 2016: 33):

- Çabalamak,

- Hedefler

- Bireylerin ihtiyaçları,

Birey motive edilirse daha fazlasını yapmaya hazırdır, ancak bu çaba, örgütün amaçlarına hizmet etmek için kalite açısından ynlendirilmedike olumlu ve etkili değildir. Son olarak, motivasyon sürecinin devam etmesi için bireyin bazı ihtiyaçlarının karşılanmasıyla bağlantılı olması gerekir (Koçyiğit, 2016: 19).

Yukarıdaki tanımlardan, motivasyonun, üretken verimliliği artırmaya ve ihtiyaç ve arzuları gerçekleştirmeye etkin bir şekilde katkıda bulunmak için insan davranışını oluşturmak veya yönlendirmek için bölümlerin büyük bir özenle seçtiği faktörler, araçlar veya yöntemler grubu olduğu sonucuna varılabilir. İşçilerin motivasyonun bir dizi özelliği vardır (Mercanlıoğlu, 2018: 52):

- Bu uyarım, bireyin performans davranışını harekete geçirir, motive eder ve geliştirir;
- Örgütün amaçlarına ulaşması için insani kararları harekete geçirmeyi ve işin yürütülmesinde çaba göstermeyi amaçlar.
- İnsan ihtiyaçlarını karşılamak ve bireysel arzuları yerine getirmek için kullanılan yöntemdir.

Motivasyon, davranışı motive eden i etkenleri ve davranışa teşvik olarak hizmet edebilen dış etkenleri ifade etmektedir. alışan motivasyonu, örgütsel hedeflere ulaşmak için çalışanın teşvik edilmesidir. alışan motivasyonu, çalışanın örgütsel hedeflere odaklanmasıdır. Motivasyon süreci temelde örgütsel hedeflere ulaşma niyetidir. İşyerinde motivasyonun kesinlikle organizasyonla bağlantılı olduğu söylenebilir. Yönetim hedeflerinden biri çalışan motivasyonunu artırmak ve olumsuz sonuçları önlemek olmalıdır. Bu sayede organizasyonel hedeflere kolay ve doğru bir şekilde ulaşılabilir. Motivasyonun başarısı veya başarısızlığı, tekniğin yararlı olmasından değil, yönetimin insanların ihtiyaçlarını uygun ödüllerle karşılayabilmesinden kaynaklanmaktadır (Uysal, 2015: 32). alışan motivasyonunu anlamının birçok faydası vardır.

3.2. Motivasyonun nemi

Her hareketin, karşılığında davranışı teşvik eden bir veya birçok motivasyonu vardır. Bireyin davranışa neden olmak için ihtiyaı, yani motivasyonu olmadığında, homeostatik

dengede olduğu söylenebilir (Koçel, 2013: 225). Bu psikolojik durum sonucunda herhangi bir davranışta bulunmaz.

Türlerin her zaman hayatta kalma ihtiyacı olduğunu akılda tutarak, hiçbir davranış beklemek mantıksızdır. Üstelik mevcut ihtiyacın karşılanması süreci asla durdurmaz. Her organizmanın sonsuz ihtiyaçtan dolayı motivasyona sahip olduğu söylenebilir.

Duygunun yoğunluğu yoğun olabilir veya olmayabilir. Ancak, kesin olan şey, motivasyona sahip olmasıdır. Motivasyon birey tarafından üretilse de üreticiye ait değildir. Diğer bireyler aynı motivasyonu kişisel olarak üretebilir veya diğerinin motivasyonunu benimseyebilir. Bir motivasyon, birçok kişi için itici güç olabilir. Aynı şekilde, bir kişi için çok fazla motivasyon olabilir. Motivasyon durumdan duruma ve kişiden kişiye değişir. Motivasyonun nedenlerini anlamak, insanın her davranışını ortaya çıkarma çabası ile eş değerdir. Yani insan tutumları, tedavileri, tavırları, yaklaşımları vb. hatta düşüncesi bile motivasyon teorileri ile netleştirilebilir (Sevinç, 2014: 944). Toplumların veya örgütlerin de belirli şekillerde davrandığını göz önünde bulundurarak, motivasyon teorileri onların davranışları için de mantıklı ifadeler ortaya koyabilir.

Örgütler de motivasyon, çalışanların davranışlarını ve performanslarını yönlendiren ve devam ettiren bir süreçtir (Akman ve Söyük, 2013: 53).

Motivasyonun birincil önemi, üretimin unsurlarından biri olarak çalışanların öneminden kaynaklanmaktadır. Motivasyon etkinliği bireyin, örgütün ve toplumun amaçlarına ulaşmak için kullanılır. Motivasyon büyük önem taşır ve insan kaynağı ve üretim süreci üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

İyi kullanılırsa bu sadece performansı iyileştirmekle ve üretim verimliliğini artırmakla kalmaz, aynı zamanda çalışanların farklı ihtiyaçlarını da karşılayacaktır.

Bu önem şu şekilde özetlenebilir (Şahin, 2019: 47):

- Çalışan memnuniyetini sağlamak;
- Kuruluşun refahını sağlamak için çalışanların kuruluşun amaçlarına, politikasına ve rekabet gücüne ve çalışanların yeteneklerinin, eğilimlerinin ve yaratıcılığının geliştirilmesine katkıda bulunmak

Motivasyon, aynı zamanda, toplumun ulusal gayri safi milli hasılasını artıran ve daha iyi bir yaşam ve refah standardı elde etmek için kişi başına düşen geliri artıran ekonomik ve sosyal bir rol oynar (Aslanadam, 2011: 47);

- Üretim kalitesini korumak veya iyileştirmek;
- Dayanışma ve grup dayanışması duygusu;
- Üretim miktarını ve hızını artırmak

3.3. Motivasyonun Amaçları

Örgütlerde uyarıcı uygulandığı takdirde faydalı sonuçlara ve birçok farklı hedefe ulaşır (Mueller, 2016: 55).

- İşi yapmak için çalışanların motivasyonunu ve coşkusunu artırmak;
- Performansta mükemmellik için maddi ve manevi olarak değer verilen çalışanlara adaleti bildirmek;
- Kaliteli üretim, kar, satış vb. iş sonuçlarını artırmak.
- Her türlü işçinin ihtiyaçlarını karşılamak;
- Çalışanlara karşı sosyal sorumluluk üstlenmesi nedeniyle kuruluşun toplum karşısındaki imajını iyileştirmek;
- Çalışanları kuruma çekmek, bağlılığı ve aidiyeti artırmak, takım ruhunu geliştirmek;
- Kuruluşun hedefleri ile çalışanların hedefleri arasında bağlantı kurmak;
- Kuruluşun ve çalışanlarının amaçlarını toplumun amaçlarıyla ilişkilendirmek

Motivasyon sürecinde üç temel unsur vardır, bunlar uyarıcı fonksiyonunun değerini belirleyen değişkenler olarak kabul edilir ve şu şekildedir:

Yetenek: Nitelikli olan veya bir şeyler yapabilen çalışan, ehliyetsiz veya henüz vasıflı olmayan kişiyi uyarak performansını iyileştirebilir.

Çaba: Çalışan, belirli bir hedefe ulaşmak için gereken enerjiyi ve zamanı gösteren kişidir, çünkü yalnızca yeteneğin varlığı tek başına yeterli değildir. **Arzu:** Arzu yoksa, fiilen yapılmış olsa bile, işi gerçekleştirmede başarı elde etme şansı azalır.

Çalışan motivasyonu açısından iki kaynak arasında bir ayrım yapılabilir.

İç Kaynak: Bir bireyin veya çalışanın belirli bir işi yaparken veya belirli bir sorunu çözdüğünde aldığı tatmin veya belirli ihtiyaçların karşılanmamasından kaynaklanan tatminsizlikten kaynaklanan motivasyondur.

Dış Kaynak: İyi performansın veya olumlu davranışın bir sonucu olarak diğer insanlardan veya yönetim tarafından gelen motivasyonlardır. Çalışanların tüm temel ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olmanın altını çizmek gerekir.

Bir üst seviyenin ihtiyaçlarının, çalışanın iç ve dış ihracatçılardan teşvik aldığını doğrulayarak daha yüksek motivasyon seviyeleri ile sonuçlanması beklenir (Sevinç, 2015: 28).

Bu nedenle motivasyon, hem çalışana hem de organizasyona aynı anda fayda sağladığı için büyük önem taşımaktadır. Çalışanların memnuniyetini sağlar ve onları sorumluluk almaya iter ve onları sadece organizasyonun sağladığı değil, hedeflerine ulaşma ve sorunlarını çözmeye bağlayan rekabettir. Motivasyon süreci karmaşık bir süreçtir. Çalışanların davranışlarını, performanslarını ve motivasyonlarını bilmeden ve incelemeden bireyleri motive etmek kolay değildir.

3.4. Motivasyon Türleri

Motivasyon, insanları ellerinden gelenin en iyisini yapmaya ve büyük iş hedeflerine ulaşmada yardımcı olmaya teşvik eden önemli bir faktördür. Sağlam olumlu ilham, işçilerin artan verimini güçlendirecek, ancak olumsuz bir ilham onların sergilenmesini azaltacaktır. Yöneticilerin iş gücündeki önemli bir bileşen motivasyondur.

İçsel Motivasyon: İçsel motivasyon, bireyin içsel arzular tarafından motive edildiği bir motivasyon türüdür.

Dışsal Motivasyon: Dışsal motivasyon ise, bireyin dış arzular tarafından motive edildiği bir motivasyon türüdür. Bu ağırlık, düşünülen her şeyden kaynaklandığından, bu dışsal motivasyonun bir örneğidir.

Pozitif Motivasyon: Gerçek anlamda motivasyon, pozitif motivasyon demektir. Olumlu motivasyon, bireyleri işi en ideal şekilde yapmaya ve sunumlarını geliştirmeye başlatır.

Bu daha iyi ofisler ve ödülleri altında onların daha iyi yürütülmesi sağlanır. Bu tür ödüller ve makamlar parayla ilgili olabilir ve parasal olmayabilir (Koçyiğit, 2016: 33).

Negatif Motivasyon: Negatif motivasyon, işin olumsuz çabalarını kontrol etmeyi amaçlar ve işçiye, iyi icranın yokluğunda zayıflaması gereken bir korku hissi vermeye çalışır. Bir işçi ideal sonuçları elde etmede başarısız olursa, geri çevrilmesi gerektiği fikrine bağlıdır.

Ödüle Dayalı Motivasyon: Bir işin bitişine doğru tahmin edilecek bir şey olacağından, bireyler, garanti edilen her şeyi elde edebilmeleri hedefiyle taahhüdünü denetlemek için düzenli olarak giderek daha kararlı hale geleceklerdir. Ödül ne kadar iyi olursa, ilham da o kadar etkili olmaktadır (Munoz ve Galende, 2017: 42).

3.5. Motivasyon ile İlgili Teoriler

Organizasyon, bir çalışanın iş tatmininden elde ettiği iç motivasyonu belirlemeli ve değerlendirmeli ve gerektiğinde organizasyonun motivasyon teorilerini dikkate alabileceği dış motivasyonla daha da geliştirmelidir. Motivasyonun benzer yönlerini açıklayan motivasyon üzerine çok sayıda teori vardır, bunlar aşağıdaki gibidir:

Maslow'un ihtiyaç hiyerarşisi teorisi

İnsan psikolojisi ile ilgili olan bu teori 1943'te Abraham Maslow tarafından yayınlandı. Bu, insanların bir piramit içinde farklı seviyelerde hayatı anlamalarına işaret eden beş ihtiyaç adımını içeriyordu. İlk seviyeden en üst seviyeye kadar açıklanan model şu şekilde sıralanabilir (Ertürk, 2018: 29);

- Fizyolojik İhtiyaçlar
- Güvenlik İhtiyacı
- Ait olma ve Sevgi İhtiyacı
- Saygınlık Gereksinimi
- Kendini Gerçekleştirme

İnsanın öngörülemez tutum ve davranışları nedeniyle bazen ihtiyacın hiyerarşiyi takip etmeyebileceği teorisinin istisnaları vardır (Eroğlu, 2018: 57).

Fizyolojik İhtiyaçlar: Bu piramidin hiyerarşik düzeninin ilk seviyesi, yiyecek, su, barınma, sıcaklık, giyinme ve uyku gibi temel ihtiyaçların tatmin edilmesini ister.

Güvenlik İhtiyacı: İkinci emniyet ihtiyacı güvenlik, istikrar, hukuktan korkmama olmuştur. Bu toplum şiddete ve açlığa karşı bir alan yaratmıştır.

Ait olma ve Sevgi İhtiyacı: İhtiyaç, arkadaşlık edinme, sevgi verme ve hissetme, bir aile içinde ortak şeyleri paylaşma, arkadaşları tarafından çevre tarafından takdir edilme gibi bir sahiplenme duygusu olmuştur.

Saygınlık Gereksinimi: Bu düzeyde, bireyler diğerlerinden prestij ve saygı tutumu hissetmiş, engellere karşı başarı elde etmiş veya bazı konularda ustalaşmıştır.

Kendini Gerçekleştirme: Seviyelerin bu son noktası, Maslow'un hiyerarşik düzenlerindeki her türlü tatmini içeriyordu. Bireyin içinde toplanan tüm tatminler, bir kişi için ana potansiyeli ortaya çıkarır. Bu duygular problem çözme, yaratıcılık, gerçeği kabul etme, erdemli, içten gibi sıralanabilir (Ertekin, 2016: 44).

Herzberg'in iki faktör teorisi

Teori, iki faktör teorisi motivasyon faktörleri ve hijyen faktörleri olarak da bilinir. Teori, örgütsel ortamda, varsa çalışanları motive edecek belirli faktörlerin olduğunu ve varsa belirli faktörlerin çalışanları tatmin edebileceğini, ancak yoksa memnuniyetsizliğe yol açmayacağını belirtir (Aslanadam, 2011: 48).

Maslow'un teorisinden sonra en çok kullanılan teoridir. Bu teoriler grubunda yer alan diğer teoriler gibi ihtiyacı da davranışın itici gücü olarak kabul eder ve özellikle örgütler için geliştirilmiştir. Herzberg, Mausner ve Synder ABD, Pittsburgh'da mühendis ve muhasebecilerle 200 yüz yüze görüşme yaparak faktörleri iki grupta sınıflandırmaktadır. Bunlar Motivasyon faktörleri ve Hijyen faktörleri olarak ifade edilebilir (Eroğlu, 2018: 78).

Herzberg, soruların cevaplarının tutarlı olduğunu buluyor. Bazı faktörlerin memnuniyetle, diğerlerinin ise memnuniyetsizlikle ilgili olduğunun farkındadır. Memnuniyet ve memnuniyetsizlik yaratan faktörlerin birbirinden farklı olduğu söylenebilir. Memnuniyet yaratan faktörleri motivasyonel, memnuniyetsizlik yaratan faktörleri hijyen olarak tanımlar.

McGregor'un 'x' teorisi ve 'y' teorisi

Teori, insanları motive etme işlevinin insan doğası hakkında belirli varsayımları içerdiğini belirtir. Teori X ve Y, insanların doğası hakkında iki varsayım dizisidir. Her doğa kümesi, sonuçları motive etmek ve elde etmek için farklı bir yol benimsemek zorunda kalacaktır.

1960 yılında McGregor, yöneticilerin astlarını ve meslektaşlarını iki temel şekilde değerlendirebileceklerini iddia etmiştir; Teori X ve Teori Y. McGregor, astların hedeflere ulaşmak ve rehberlikle yönlendirilmek için baskıya ihtiyaç duyduğunu belirtti. Öte yandan Y Teorisi perspektifi, çalışanın görevleri tamamlama motivasyonuna sahip olduğunu ve ilgili yeteneklerden sorumlu olmayı tercih ettiğini ifade etmiştir. İletişimle ilgili Teori X ve Y ifadesinin yanı sıra, 1994 yılında Ashforth, liderlik davranışı ile X teorisi arasındaki ilişkiyi elde etmiştir. Bu korelasyon, X Teorisi perspektifinde düşünen liderin cesaretinin kırıldığını göstermiştir. Aktivite, koşulsuz disiplini kullanır, motivasyonu düşürür. Bu teoriler, yöneticilerin ilgili astlarla nasıl iletişim kurduğunu ve çalışanın inancı nasıl algıladığını göstermiştir. Teori X perspektifinde, yönetim seviyesinden çalışana, sınırlı sıkı kontrol olurdu. Y teorisinde, perspektif başarı ile daha gelişimsel ve vizyon doğrultusunda iyileştirme odaklıydı (Koyuncuoğlu, 2016: 79).

Vroom'un teorisi

Vroom, işyerinde çalışan davranışının sebebinin, icracının sonunda bir sonuca varacağı beklentisi olduğunu düşünmektedir. Çalışan herhangi bir sonuca ulaşamayacağını düşünüyorsa sonuca yönelik herhangi bir davranışta bulunmayacaktır. Bir sonuç alacağına olan inanç, çalışan için motivasyon yaratır. Kişi, lehine bir sonuç elde edeceği beklentisiyle rasyonel tahminlerde bulunur. Teori üç hipoteze dayanmaktadır (Küçüközkan, 2015: 106).

İlk olarak, davranış kişisel ve çevresel faktörlerden etkilenir. Her bireyin aynı ortamda farklı davrandığını söylemektir. İkincisi, her bireyin beklentisi farklı olduğu için aynı sonuca yönelik arzuları da farklıdır. Üçüncüsü, bireyler farklı davranışlar arasından gerekli olanı değerlendirmek zorundadır (Sevinç, 2015: 944).

Ayrıca teori üç faktöre bağlıdır: Değerlik, Beklenti ve Araçsallık

Değerlik: Hedefe ulaşma arzusunun yoğunluğu anlamına gelir. -1 ile +1 arasındadır. Eğer icracı hedefe ulaşmak istiyorsa, değerlik pozitifdir. Değilse, olumsuzdur. İşçi ilgilenmediğinde değerlik değeri 0'dır (Koçel, 2013: 632-633).

Araçsallık: Kişinin davranış ile amaç arasında bir bağlantı olduğuna dair inancıdır.

Alderfer'in teorisi

Psikolog Alderfer, teorisini 1972'de Maslow'dan esinlenerek geliştirdi. Teorisi, örgütlerdeki motivasyonu açıkladığı için oldukça önemlidir. Temel olarak Alderfer'in teorisinin Maslow'un basit bir versiyonu olduğu söylenebilir. Teori, insan davranışlarının bir hiyerarşide üç kategoride yer alan ihtiyaçlar tarafından yönlendirildiğini belirtir. Alt kategorideki ihtiyaçlar, üst kategorilere göre daha somuttur. Yukarı doğru hareket ettikçe, bunlar soyut hale gelirler. Üst düzey ihtiyaç karşılanmazsa, alt düzey daha yoğun uyarılır ve birey alttakini tatmin etmek için davranış sergiler (Uysal, 2015: 34).

Ancak, Maslow'un aksine, ihtiyaç bir kez karşılandığında, bir daha hissedilmeyeceği fikrine katılmaz. İhtiyaç tekrar tekrar hissedilebilir. Bazı nedenlerden dolayı birey hiyerarşide üst sıralara çıkamayabilir ve alt sıralar daha önde olabilir. Alderfer, ihtiyaçları üç kategoride toplar ve teorisini kategorilerin ilk harfleriyle isimlendirir: Varoluş, İlişkililik, Büyüme (ERG) (Sabuncuoğlu, 2015: 86). Maslow'un psikolojik ve güvenlik ihtiyaçları, Alderfer'in varoluş ihtiyaçlarına benzerken, aidiyet ve saygınlık Alderfer'in ilişkiselliğine benzer.

McClelland'ın ihtiyaçlar teorisi

Teori, insan davranışının Güç, Başarı ve Bağlılık olmak üzere üç ihtiyaçtan etkilendiğini vurgular. Güçlendirme motivasyon teorisi: B F. Skinner ve ortakları tarafından kurulan teori, bireysel davranışın sonucunun işlevi olduğunu öne sürdü. Etki yasasına dayanır. Eşitlik motivasyon teorisi: Teori, eşitlik ilkesine dayanmaktadır. Motivasyonun doğrudan organizasyon tarafından uygulanan eşitlik algısı ile ilgili olduğunu belirtir.

McClelland, organizasyonlardaki çalışanların üç grup ihtiyacı olduğunu düşünmüştür. İhtiyaçlar çevreden kopyalanarak öğrenilebildiği için ihtiyaçların doğasında var olduğu fikrini desteklemez. Ayrıca Maslow ve Alderfer'den farklı olarak insan ihtiyaçlarının hiyerarşik bir düzende olduğunu düşünmez. Literatürde Başarı Teorisi olarak adlandırılan

teorinin üç bileşeni vardır: güç ihtiyaçları, yakınlık ihtiyaçları, başarı ihtiyaçları olarak ifade edilebilir.

Güç ihtiyaçları: Bu duyguyu geliştiren çalışan, herhangi bir güç ve otorite kaynağını artırmak için performans gösterir. Aynı zamanda, bağlılık gibi başka duygular da uyarılabilir.

Üyelik ihtiyaçları: Yeni arkadaşlar edinme, bir araya gelme veya organizasyonda başkalarına yardım etme gibi davranışlar sergilemek, gruptaki bu ihtiyacı tatmin etmektir.

Başarı ihtiyaçları: Teoriye göre, bu diğerleri arasında en motive edici bileşendir. Çalışanlar kapasitelerinin zirvesine ulaşmak için gerekli davranışları gerçekleştirirler. Bu tür eylemler bu gruba girer.

İhtiyaçların aynı anda bir arada hissedilebileceği veya organizasyondaki diğer çalışanlar tarafından farklı hissedilebileceği fikirleri nedeniyle, McClelland'ın teorisi literatürdeki bazı araştırmacılar tarafından çelişmektedir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2015: 65).

3.6. Çalışan Motivasyonunu Etkileyen Faktörler

Çalışanların değişen psikososyal beklentileri, ihtiyaçları, arzuları veya kişisel hedefleri vardır. Örgütlerde sadece para kazanmak için değil, bu beklentileri karşılamak için de çalışırlar. Beklentilerin karşılanması çalışan motivasyonunu da beraberinde getirir. Çalışan motivasyonunu etkileyen faktörleri anlamak, organizasyonun iyiliği için daha iyi sonuçlar üretecektir.

Çalışan motivasyonunu etkileyen birçok faktör vardır. Literatür taramasına bağlı olarak faktörler üçe ayrılabilir: ekonomik faktörler, psikososyal faktörler, organizasyonel ve idari faktörler.

Ekonomik Faktörler

Ekonomik faktörler, yaşayan bireylerin optimum gelire ihtiyaçları vardır ve belki de organizasyondan en önde gelen beklentileri ekonomik faydadır. Bu yüzden belki de en motive edici faktörler ekonomik olanlardır.

Ücret, çalışanın geçimini sağlayan temel araçtır. Malların satışını beklemeden işveren tarafından emeğin karşılığı olarak ödenen ön ödemeli gelir miktarıdır. Çalışanların

işyerinde görevlerini ifa etmeleri karşılığında almış oldukları her türlü ödeme, çalışanın iş tatmini ile yakından ilgili önemli bir insan kaynakları fonksiyonudur

Çalışanların çoğu için ücret ve daha yüksek gelir olasılığı bir motivasyon aracıdır. Bir çalışanın belirli bir işyeri seçimi, sürekliliği ve yüksek motivasyonu, kendisine ödenen ücret ve ödüllerin düzeyi ile yakından bağlantılıdır. Ücretteki artış başvuru sayısını artırmakta ve örgütün işe alımda daha seçici olmasını sağlamaktadır. Daha da önemlisi ücretlerin düzeyi örgütün personele değer verdiğini gösterir.

Çalışana ne kadar iyi ücret ödenirse, çalışanın performansı o kadar artar. Her çalışan, ödemesi konusunda adil hissetmek ister. Gerekli sorumluluk, görevin zorluğu ve diğer koşullar dikkate alındığında adil ücret çok önemli bir motivasyon aracıdır. Çalışan aldığı ücretin ve performansının aldığı ücretle paralel olduğunu düşünürse ücret etkili bir motivasyon unsuru olur. Ödemede adaletsizlik algılsa motivasyonu ve buna bağlı olarak performansı düşer. Sonuç olarak yöneticiler, işçinin ücreti konusunda dikkatli olmalıdır.

Tutar (2014: 196-197) ücretin önemine şöyle işaret etmektedir:

- Ücret, yaşam için gerekli geçim kaynağını sağlar ve böylece iş için motive edici bir unsur haline gelir.
- Ücret, çalışanın pozisyonunu gösterir.
- Ücret, başarının çalışan içinde-onaylanmasıdır.
- Ücret, diğer insanlarla temastan yoksun bırakılan bir hayatı telafi edebilir.

İkramiye; fazla çalışmadan elde edilen tüm sonuçlar işverene giderse, çalışan haksızlığa uğrar ve bu da çalışanın memnuniyetsizliğine neden olur. Bu nedenle, ek iş organizasyonlarını teşvik etmek için ekstra ücret sistemlerini kullanır. Ekstra performans sayesinde kurum yararına kazanılan ekstra ücrete ikramiye denilebilir. İkramiye ödenen çalışan, yaptığı fedakarlığın gelirine değdiğini algıladığı için iş yerinde kendini daha iyi hisseder ve olumlu motive olur (Yılmaz, 2019: 55).

İkramiyenin çalışan motivasyonu üzerinde etkisi olduğu çok açıktır. Bununla birlikte, çalışma hayatında ikramiye kullanımı oldukça zordur. Özellikle fazla çalışmanın

değerlendirilmesinin zor olduğu durumlarda, kötü organize edilmiş ikramiye ödemeleri, çalışanların memnuniyetsizliğine ve motivasyonunun düşmesine neden olabilir.

Ayrıca ikramiye, iş kazası ile personel yorgunluğunu da beraberinde getirebilmektedir (Sabuncuoğlu, 2015: 87). Bu gerçeğin bir sonucu olarak, ikramiye ödeme bir motivasyon aracı veya daha doğrusu motivasyonu düşürücü bir araç haline gelebilir.

Paylaşılan Kar; paylaşılan karla ilgili varsayım, çalışan, kuruluş daha fazla kar elde ettiğinde daha fazla gelir elde edeceğini biliyorsa, çalışma motivasyonunun artmasıdır. Bu sistem ile çalışan kendini işveren ile ortaklık içinde hissedebilir ve motivasyonu garanti altına alınabilir.

Öte yandan, çalışanın payının diğer çalışana veya kuruluşa adil olmadığını düşünmesi durumunda motivasyonu olumsuz etkilenebilir. Çalışanlar ve organizasyon arasında hizmet düzeyinin belirlenmesi biraz zordur. Ayrıca kötü kar, kötü pay getirecek ve bu da çalışanlar arasında anlaşmazlıklara yol açabilecektir. Motive olmuş emeğin devamlılığı için pay belirleme sürecinde yöneticiler çok spesifik ve açık olmalıdır (Zeynel, 2018: 80-81).

Ödül, işveren tarafından çalışana kuruluşa yaptığı hizmet karşılığında verilen bir tür hediyedir. Ödül, hem alan çalışan hem de işyerindeki diğerleri için motive edicidir. Diğerleri aynı, en azından benzer ödüllere sahip olmak isteyecektir.

Çalışanlar, optimumdan daha fazla performans gösterdiklerinde veya iş kurallarına uyduklarında ekonomik ödüller ile motive edilebilirler (Sevinç, 2015: 949). Bu sayede çalışanlar örgütsel hedefler doğrultusunda kendilerini geliştirecek, daha fazla araştırma geliştirme faaliyeti ile ve tabii ki motive edilerek ekonomik kazanımlara ulaşmak için daha fazla çaba göstereceklerdir.

Bununla birlikte, ekonomik araçların tek başına çok etkili bir motivasyon aracı olmadığı kesindir. Örgütler için faydalı olan ekonomik motivasyon araçları ve diğer motivasyon araçları ile bir motivasyon sistemi oluşturmaktır (Koyuncuoğlu, 2016: 46). Çalışanın insan olması ve tek amacının yukarıda teorik olarak anlatıldığı gibi gelir elde etmek olmaması nedeniyle ekonomik ödüller her zaman beklenen etkiyi göstermeyebilir.

Psikolojik Faktörler

Motivasyon için geliştirilen birçok modelde, çalışanların sadece ücret aldıkları için değil, çalışmayı sevdikleri için çalıştıkları, içgüdüsel olarak motive edilmeleri veya kendilerini daha iyi düşünmeleri gerektiği ortaya konmuştur. İncelenmekte olan bu araçlara geçmişte saygı duyulmuyordu. Günümüzde diğer disiplinlerin de konuya katılmasıyla birlikte psikososyal faktörler yöneticiler tarafından oldukça önemsenmektedir.

İşyerinde özgürlük, çalışanın yönetimin yardımı olmadan doğru davranabilmesi için kendini geliştirmesi için gereklidir. Daha iyi bir çalışan için kişinin benlik saygısı başkalarının görüşlerine bağlı olmamalıdır. Harekete geçmek veya karar vermek gerektiğinde, çalışan bunu kendi başına yapmaya ve sorumluluk almaya hazır olmalıdır. Bu ifadeden de anlaşılacağı gibi özgürlük sorumluluk getirir ve kişinin yapmaya karar verdiği şeyle ilgili suçlamayı kabul etmesini gerektirir. Özgürlüğün sağlanması daha iyi çalışan ve motivasyon yaratır. Çalışma ortamında özgürlük, bir kişiye sınırsız özgürlük vermek anlamına gelmez.

Çalışanlar baskı altında çalışmayı sevmezler. Birbirine karışmaya çalışmak, emir vermek veya onları etkilemeye çalışmak çalışanları olumsuz yönde etkilemektedir. Ve elbette, kontrolsüz bir özgürlük sunmak, işte kaos yaratabilir.

Sosyal Katılım, İşyerinde çalışan herkes, bilinçli ya da bilinçsiz, işe başladığı ilk günden itibaren çeşitli sosyal gruplara dahil olma eğilimindedir. Ve bu Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Yaklaşımında belirttiği gibi bir istek değil, insanlar için bir ihtiyaçtır. Başlangıçta yapay ve pasif bir şekilde oluşan bu ilişkiler, ileride çok daha sağlıklı ilişkilere dönüşmektedir. Bu ilişkiler oluşmazsa kişinin çok iyi bir işte çalışsa bile işten ayrılma eğiliminde olduğu gözlemlenmiştir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2015: 128). Ayrıca piknik yapmak, personele bilet dağıtmak gibi sosyal organizasyonlar da geleneksel olarak işçileri işin dışında bir araya getiriyor. Meslektaşlarla boş zaman geçirmek ve daha fazlasını paylaşmak doğal olarak arkadaşlık kurar. Bu, doğal arkadaşlarla çalışırken kendilerini daha iyi hissetmelerine yardımcı olur. Kuşkusuz, yabancılarla çalışmaktansa eşlerle çalışmak daha motive edicidir.

Değer ve Durum, Çalışanlar sadece bir gruba katılmakla yetinmezler. Ayrıca yöneticiler ve grup üyeleri tarafından takdir edilmeleri ve değer verilmeleri gerekir. Kendilerini başkalarıyla karşılaştırarak kendilerini ve organizasyondaki rollerini tanımlamaya çalışırlar. Bu ihtiyaçların karşılanmaması, bireyin kendini zayıf ve çaresiz hissetmesine

neden olur Çalışılan pozisyon ne olursa olsun, yapılan işin takdir edildiğini görmek ve nitelikli bir çalışan olarak görülmek hemen hemen her bireyde derin bir tatmin duygusu yaratır. Memnun çalışanın öz motivasyonu her zaman maksimum seviyededir (Uygun, 2015: 83).

Kişisel Gelişim ve Başarı, Çalışanların büyük bir kısmı, işletmede işe başlamadan önce, yükselme ve kendini geliştirme koşullarını araştırmaktadır. Kendi deneyim ve eğitimlerine uygun olarak daha yüksek bir pozisyon isterler. Daha yüksek bir pozisyona terfi etmek için çalışırken yerinde eğitim istiyorlar. İşletmede kendini geliştirme seçeneği ne kadar çok olursa, işletme içinde ilerleme sağlanırsa, özgüven de o kadar artar (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2015: 130).

Kendine güvenen çalışan daha iyi bir iş motivasyonuna ve başarısına sahipken, kendine güvenmeyen bir çalışanın olumsuz yönleri vardır. Görev ve yetki sahibi olmak çok etkili bir psikososyal motivasyon aracıdır. Terfi gerçekten bir ihtiyaç veya başarının bir ödülüdür. Yönetim seviyelerindeki bir artışın çalışan tarafından takdir edileceği açıktır. Terfi, ekonomik ödüller getirirse de, parasal olmayan bir statü meselesidir (Zeynel, 2018: 83).

Ayrıca çalışanların başarı düzeyleri sürekli olarak izlenmelidir. Her birey başarısızlık yaşayabilir, ancak yöneticiler yapılan hataların öğrenmenin doğal bir parçası olduğunu öğretmelidir. Bu yapıcı yol sayesinde motivasyon olumlu yönde kazanılır.

Çevreye Uyum, yeni bir çalışan, iş arkadaşları ve yöneticilerle bir araya gelmeli ve yabancılaşma duygusundan kurtulmak için kendini tanıtmalıdır. Uyum, örgütler için ciddi bir motivasyon kaynağıdır. İşçinin işin fiziki şartlarına ve psiko-sosyal şartlara uyum sağlaması önemlidir. Çalıştıkları ortamın ve kişilerin kurallarını ve gereksinimlerini en kısa sürede öğrenmek büyük önem taşımaktadır (Munoz ve Galende, 2017: 43).

Çalıştığı ortamdan haz duyan bir insan uzun vadede hem kendisine hem de işine faydalı olabilir. Yöneticiler ve diğer kişiler, çalışanın kısa sürede uyum sağlamasını sağlamak için çalışana her konuda yardımcı olmalı ve gerekli bilgileri vermelidir.

Oryantasyon programları genellikle çevreye uyum sağlamanın tercih edilen yoludur. İşletme içindeki oryantasyon programları sayesinde işe yeni başlayan çalışan kısa sürede

işyerinin gerçeklerine alışmakta ve çalışanın uyum sağlaması sıklıkla kullanılan bir psikososyal motivasyon unsuru olmaktadır (Koçyiğit, 2016: 33).

Psikososyal Güvence, bir örgütte bir birey ne yapacağını, kiminle çalışacağını, işi nasıl yapacağını ve ne ölçüde başarıya ulaşacağını biliyorsa, kendine güveni artacaktır. Böylece çalışanlar ne yapacaklarını ve nasıl yapacaklarını bildiklerinde yeteneklerinden şüphe etmeyeceklerdir. Bu sayede yeteneklerinden emin olur ve içsel motivasyonu daha güçlü hale gelir.

Ayrıca personele sağlanan emeklilik, yaşlılık, hastalık, kaza, ölüm ve işsizlik gibi sosyal güvenlik sigortaları da diğer önemli unsurlardır. Personel, çalışma ortamında Maslow'un teorisiyle önerdiği gibi psikolojik güvenceler arar. Bireyin güvensizlik duygusu altında çalışma çabasının aksamaması doğaldır. Tersine, güven duygusu altında çalışan bireyler enerjik ve çalışkan görünürler. Böylece personelin motivasyonu ve verimliliği artırılabilmektedir.

Saygı, motivasyon teorilerinde de görüldüğü gibi takdir, insanın doğası gereği fizyolojik bir ihtiyaçtır. Saygı, diğerlerinin önünde olduğunda daha da faydalıdır. Övülen kişi sadece daha fazla performans sağlamakla kalmaz, beraberinde önemli bir itibar kazandırır. Başkalarının gözünde bireyin değerini artırır ve başkalarını kendisi gibi olmaya teşvik eder (Dornan, 2017: 175).

Çalışanlar, çabalarının bir sonucu olarak yöneticiler tarafından görülmek ve buna göre davranılmak isterler. Ortamda iş sevgisi yaratmanın ücretten daha etkili olduğu bir gerçektir. Teşvik etmenin en olumlu yolu, çalışanları çalışmalarının sonuçları için sorumlu bir şekilde takdir etmek ve onlara davranmaktır. Çalışanlar başarılı performans sergilediklerinde veya iş hedeflerine önemli katkı sağlayan bir hizmet ürettiklerinde, ancak herhangi bir belge veya sembolik ödülle ödüllendirilmeleri durumunda kuruma bağlılıkları artacaktır.

Bu sayede çalışanlar psikososyal ihtiyaçlarını karşılayabileceklerdir. Maddi teşviklerin sağlayamadığı sonraki görevlerinde de daha iyi çalışacaklardır (Yılmaz, 2019: 55).

Rekabet, çalışanlar arasındaki ilişkilerde bir gerçektir. Rekabet insan doğasının bir özelliğidir. Rekabet, bireyin gelişimine de olumlu etkiler getirir. Personelin rekabete

yönelmesinin temel sebepleri itibar, tanınma ve öz farkındalık gereksinimleridir. Dolayısıyla rekabet psiko-sosyal bir motivasyon aracıdır.

Yine de yöneticiler bu motivasyon aracını kullanırken çok hassas ve itinalı olmalıdır çünkü rekabet olumlu sonuçların yanında olumsuz motivasyonu da beraberinde getirebilir. Yarışma sonunda kazananlar ihtiyaçlarını karşılarken, kaybedenler ihtiyaçlarını karşılayamayacaktır. Çalışma ortamında rekabetin işbirliği ilkesine zarar verebileceği de söylenebilir (Zeynel, 2018: 80-81).

Öneri Sistemi, özellikle bireylerin kendilerini etkileyen kararlara katılma istekleri çok şiddetlidir. Kararların uygulanmasındaki başarısızlıkların en önemli yönlerinden biri, işçiyi sürece dahil etmemek. Yöneticiler, çalışanların düşünce ve isteklerini dikkate almalı ve çalışanları ilgilendiren kararlarda fikirlerini kullanmanın yollarını aramalıdır. Biz duygusu güçlü bir motivasyon aracıdır (Eren, 2017: 521). Öneri sisteminin demokratik bir ortamda olması, çalışanın kurumla bütünleşmesini sağlayacak ve motivasyon düzeyini de sağlayacaktır.

Örgütsel Faktörler

Organizasyonel ve idari faktörlerin çoğu, organizasyona herhangi bir ek parasal maliyet getirmeyen motivasyon araçlarıdır. Kültürel değerleri, değişen ihtiyaçları ve kişisel yönleri nedeniyle örgütteki her çalışanın beklentisinin farklı olacağı söylenebilir. Bu nedenle yöneticiler, çalışanların motivasyonunu sağlamak için farklı örgütsel-yönetimsel araçlar kullanırlar.

Ortak hedefi belirlemek, motivasyon için nihai yönetim aracıdır. Her çalışanın birbirinden farklı hedefleri olduğu ve bu yüzden yönetimin gerçekleştirmesi gereken en önemli işlev, çalışanın bireysel hedefleri ve iş hedeflerini çalışanlara yaklaştırmasıdır. Yönetimin ilk yapması gereken şey, 'ana hedefimiz nedir ve personeli hayalimize ulaşmak için nasıl motive edebiliriz? Örgütlerde çalışanlar, ulaşılması gereken belirli bir amaç olmadan etkin ve verimli çalışma ihtiyacı hissetmezler. Yöneticinin bireyleri motive edebilmesi için öncelikle ulaşacakları gerçekçi hedefleri belirlemesi gerekir. Çünkü kimse nereye gideceğini bilmeden aktif olamaz. Örgütler para kazanmak kadar birey kazanmaya yönelik politikalar uyguladıkları sürece uzun vadede başarıya ulaşabilirler. Çalışan

amaçları ile örgütsel amaçlar arasında bütünleşme sağlanabilirse bu durumdan her iki taraf da kazançlı çıkacaktır (Sabuncuoğlu, 2015: 134).

Yetki ve Sorumluluk Devri, organizasyonda bazen yöneticiler, bu sırada çalışanlarını karar verme ve denetleme konusunda yeterli etkinliğe sahip olamamaktadır. Bu nedenle yöneticiler yetkilerini hiyerarşik bir şekilde astlarına veya çalışanlarına devrederler. Yetki devrinin uygulanmaması, üst düzey yöneticilerin sorumluluk alanlarının ve sorumluluk alanlarının artmasına neden olmaktadır. Durumla başa çıkabilmek için yöneticilerin yetkilerinin bir kısmını devretmeleri ve gücü diğer çalışanlara devretmeleri güven, özgüven ve dolayısıyla motivasyon yaratır. Çalışanlar sorumluluk aldıkları sürece yaratıcılıkları, çalışma istekleri ve çabaları olumlu yönde etkilenir (Koçyiğit, 2016: 33).

Yönetici yetki devrinden kaçınırsa, sorumluluk alanı çok genişler ve yetki ile sorumluluk arasında bir dengesizlik oluşur. Çok otoriter bir liderin yönetimi altında çalışmak, çalışanı baskı altında hissettirir ve yukarıda motivasyon teorileri bölümünde anlatıldığı gibi; bu da çalışma ortamında memnuniyetsizlik ve huzursuzluk yaratır.

Eğitim ve Tanıtım, Örgütlerde eğitim üç ana amaca dayanmaktadır: 1) Yeni bilgiler sunmak, 2) Davranış ve tutumları değiştirmek, 3) İşgücünde memnuniyet yaratmak. Elbette eğitim sürecinin temel amaçlarından biri de üretimi artırmaktır. Günümüzde örgütler dinamik bir yapıya sahiptir. Dinamizm yeni bilgilere ihtiyaç duymakta ve bu yeni bilgiler ancak çalışanlara verilen eğitimlerle sağlanacaktır. Ayrıca çalışanların kendilerine değer verildiğinin farkında olması, eğitim faaliyetlerine ilişkin kurumun tutumu da motivasyonu olumlu yönde etkileyecektir. Ayrıca eğitim, çalışanın ihtiyaçlarından biridir (Koçyiğit, 2016: 36).

Çalışanların örgütlerde özellikle işbaşı eğitim faaliyetleri yoluyla daha verimli olabilmeleri için mesleki teknolojik gelişmeleri yakından takip edebilmeleri ve çeşitli alanlarda uygulanan yeni yöntemlerden, teknik ve bilimsel yeniliklerden haberdar olmaları gerekmektedir. Çalışanların eğitim faaliyetlerinden yararlanmaları için fırsat eşitliği ve adil muamelenin uygulanması eğitimin önemli bir yönüdür.

Çalışanlar, aldıkları eğitimden elde ettikleri bilgi ve beceriler sayesinde yükselme olanağına sahip olmak istemektedirler. Bireyler kariyerlerinde ilerleme kaydettiklerini hissetmek isterler. Bu nedenle terfi, başarı için bir ödüdür ve gerçek bir motivasyon

aracıdır. Terfiinin motive edici bir faktör olmasının nedeni, kişinin takdir, saygı ve kendini gerçekleştirme ihtiyacının sonucudur (Sevinç, 2015: 28).

Karar Alma Sürecine Katılım, Çalışanların ilgilendikleri konulardaki kararlara katılmalarını sağlamak, kendilerini değerli ve motive hissetmelerini sağlar. Kararlarda payı olduğuna inanan çalışanlar, kararları daha dikkatli uygulamaya çalışacaklardır. Personelin düşüncelerine saygı duymak, dinlemek ve konuyu özenle tartışmak, yöneticiye çalışanlarla sağlıklı ilişkiler kurma konusunda çok şey kazandırır.

Aksi takdirde, çalışanların karar alma sürecine katılmaması durumunda yetersizlik algısı, işte devamsızlık veya isteksiz performans ortaya çıkabilir. Bu durum da motivasyonel faktörleri içeren olumsuz sonuçlar yaratmaktadır (Eren, 2017: 58). Sonuç olarak, çalışanın kararlara katılımını destekleyen araçlar, motivasyonu etkileyen bir faktör haline gelmektedir.

İletişim, Kuruluşun temelini oluşturan iletişim, bireyler, kuruluşlar ve gruplar arasındaki ilişkileri hedefler. İyi yöneticiler, genellikle iyi iletişim kuran insanlardır. Günümüz koşullarında gelişen teknolojinin etkisiyle karmaşıklaşan organizasyonlarda insanlar kaybolmaktadır. Bu gelişmeler karşısında örgütte yabancılaşma, kişiyi yeniden kazanmak ve iletişim kurmak için etkili bir fayda sağlayacaktır. Gelişen teknolojiye paralel olarak örgütsel büyüme ile birlikte iletişim, çalışma hayatındaki en önemli sorun haline gelmiştir.

Örgütlerde çalışanlar ve yöneticilerle iyi bir iletişim onların işe olan heveslerini artıracaktır. Daha önce açıklandığı gibi, çalışma arzusu arttıkça motivasyon seviyesi de artar.

Fiziksel Çalışma Koşulları, verimlilik ve etkinlik, insanların çalışma tarzlarından ve ardından çalışma koşullarından doğrudan etkilenir. Alandan ekipmana, iklimlendirmeden sandalyelerin konforuna kadar olan tüm koşullar performans üzerine etkilidir. İş yaşamında rahat ve konforlu çalışmayı engelleyen koşullara makul olmayan bir şekilde izin verilirse motivasyonun düşmesi kaçınılmaz olur. İnsanların evlerinden sonra zamanlarının çoğunu işyerinde geçirdikleri düşünüldüğünde, çalışma ortamının çekici ve keyifli olduğu beklentisi artmaktadır. Aydınlatma, ısıtma, gürültü ve havalandırma, çalışma temposunu ve kişinin isteğini önemli ölçüde etkiler. Bu nedenle çalışandan işe

bir an önce uyum sağlaması isteniyorsa, işyeri ve onu etkileyen koşullar çok iyi seçilmeli ve düzenlenmelidir (Sabuncuoğlu ve Tüz, 2015: 142).

Fiziki şartların iyileştirilmesi tamamen yöneticinin sorumluluğundadır ve kesinlikle yöneticilerin hafife alamayacağı bir konudur. Çünkü tüm bu fiziksel koşullar, çalışanların motivasyon düzeylerini, morallerini, stres düzeylerini, iş doyumlarını, fiziksel ve zihinsel çabalarını doğrudan etkilemekte ve devamsızlık, yıpranma ve devamsızlık oranlarına yansiyarak örgütsel performansın belirleyicileridir.

Adalet, talepleri doğrultusunda ödül alan çalışanlar, kurum içi performanslarını artırmaktadır. Birey çalışma ortamında bir adaletsizlik olduğunu hissettiğinde bu adaletsizliğe tepki olarak bazı davranışlar geliştirir. Bu davranışlar kendini böyle gösterir (Ertekin, 2016: 64):

- Daha az çalışırlar
- Ücretlerini ve ödüllerini değiştirmek isterler
- İşlerini veya faaliyetlerini tamamlamazlar
- Başkalarını çalışmamaya veya az çaba göstermeye ikna etmeye çalışın.

Yöneticilerini değiştirmeye çalışırlar veya işten ayrılmayı düşünürler. Çalışanlar, iş hayatındaki performanslarının nasıl ödüllendirilmesi gerektiği konusunda kendilerini diğer çalışanlarla kıyaslayarak fikir sahibi olurlar. Ödül sisteminin yeterince gelişmediği düşüncesine inanıldığında motivasyon azalacak ve algılama biçimleri değişecektir Bu nedenle yöneticiler, yönetsel performansları sırasında adil ve açık olmalıdır. Hayatın her alanında olduğu gibi adalet, bireyler için güçlü bir motivasyon aracıdır.

3.7. Sağlık Çalışanları ve Motivasyon

İş yerinde motivasyonun, bireylerin ve kuruluşların performansı için kilit bir faktör olduğuna yaygın olarak inanılmaktadır. Çalışan motivasyonu, son yıllarda örgütsel başarının belirleyici bir faktörü haline gelmiştir. Çalışanların sağlık hizmetlerindeki motivasyonu konusu da giderek önem kazanmaktadır. Sağlık kurumları gibi stratejik önemdeki ve her geçen gün iş yükünün arttığı bir ortamda sağlık hizmetlerinde motivasyonun takibi elzem haline gelmiştir.

Çalışan faaliyet hedeflerini ve ekonomik davranışlarının motivasyonunu anlamak, personel yönetimi ile yakından bağlantılıdır ve işletme performansını büyük ölçüde etkiler. Motivasyon, belirli hedeflere ulaşmaya yönelik insan faaliyetlerini başlatma sürecidir. Belirsiz hedefleri olan çalışanlar, net ve zorlu hedefleri olan çalışanlara göre yavaş çalışma, kötü sonuçlar alma, ilgi eksikliği ve daha az görev yapma eğilimindedir. Açıkça tanımlanmış hedefleri olan sağlık çalışanları daha enerjik ve üretkendir (Tatlı, 2020: 274).

Araştırmalar ise, insan kaynaklarına sürekli düşük yatırım yapılması ve motivasyon eksikliğinin giderilmemesinin sağlık sistemlerinin düşük performansına yol açabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, sağlık çalışanının elde tutulması, sağlık sistemi performansı için çok önemlidir. Çalışanların motivasyonu, çalışanların bazı kişisel ihtiyaçlarını karşılama yeteneği ile koşullandırılmış, örgütsel hedeflere yönelik yüksek düzeyde çaba gösterme istekliliği olarak tanımlanmaktadır.

Bu, sağlık hizmeti işgücünü motive etmek için kuruluşların, çalışanların kurumsal hedeflere doğru çalışırken bireysel ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olması gerektiğini göstermektedir. Sağlık çalışanlarının motivasyonunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Politik, ekonomik, sosyal, kültürel ve teknolojik faktörler gibi dış faktörlerin çalışanların motivasyon düzeyini önemli ölçüde etkilediği bilinmektedir. Örneğin, bir hükümet tarafından başlatılan sağlık reformları, çalışanların çalıştığı organizasyonel yapıları etkiler. Örgütsel kültürler, profesyonel ve politik inançlar ve değerler arasında olduğu kadar, sağlık hizmetlerinin inşa edildiği örgütsel süreçler arasında da dalgalanır. Bu değerler, işverenin bağımlı olduğu bir faktör olan çalışan motivasyonunu şekillendirir (Mere, 2020: 278).

Sağlık çalışanlarının motivasyonu üzerinde büyük etkisi olduğu belirlenen organizasyonel faktörler, finansal ve finansal olmayan olmak üzere iki kategoriye ayrılabilir. Mali teşvikler sağlık çalışanlarını motive etmede çok önemli ve güçlü bir örgütsel faktördür, bu tür teşvikler sağlık çalışanlarının barınma ve diğer yaşam maliyetleri gibi temel ihtiyaçlarını karşılamamanın önemli bir yolu olarak kabul edilen yeterli maaş ve ödenek şeklindedir. Bu nedenle, finansal teşvikler, daha yüksek çıktı seviyelerini sürdüren iş morali ve motivasyonu için önemli itici güçler olarak kabul edilir.

Ampirik çalışmalar, sağlık kuruluşlarının sürekli eğitim ve kariyer gelişiminin önemini kabul etmesi gerektiğini bildirmektedir.

Sağlık hizmeti sunan kişilerin fiziksel ve ruhsal durumlarının sağlıklı ve üst düzeyde olması ihtiyacı, sağlık sektörünün insan emeğine ve hasta memnuniyetine olan ihtiyacına bağlı olmasından kaynaklanmaktadır. Diğer bir ihtiyaç ise en son teknolojinin kullanılmasıdır. Bu ihtiyaç, hızlı ve kaliteli tıbbi bakım sağlamak için çok önemlidir. Bu iki yükümlülüğün bir arada bulunması ile sağlık hizmetleri topluma daha iyi koşullarda sunulabilmektedir.

Bazı araştırmacılar, sağlık personelinin mesleklerini en iyi şekilde sürdürmenin ve kurumun amaç ve hedefleri doğrultusunda çalışmanın sağlık kurumu yöneticilerinin sorumluluğunda olduğunu iddia etmektedirler. Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de motivasyonu etkileyen faktörlerin başında ekonomik faktörler gelmektedir. Maaş, ikramiye, mali ödül ve kar paylaşımı olarak örneklenebilir. Sağlık çalışanı, kendisinin ve sorumlu olduğu kişilerin ihtiyaçlarını kolaylıkla karşılayabilmelidir. Bu sayede işine odaklanabilir ve çalıştığı kuruma olan bağlılığını artırabilir (Künarcı, 2016: 29-32).

Sağlık kuruluşu çalışanlarının ihtiyaçları bilinmeli ve bu ihtiyaçlara göre motivasyon sağlanmalıdır. Buna göre çalışanların başarıları ödüllendirilmeli, verimli çalışmaya yönlendirilmeli ve yaptıkları işin sorumluluğunu almalıdırlar. Bu sorunların çözümü için temel oluşturmaktır.

Çalışanlarda en önemli motivasyon araçları ise bugün birçok kurumun temel inceleme konusudur. Çalışan sağlığı ve güvenliği ihtiyaçları karşılandıktan sonra çalışana değer göstermek, olumlu bir çalışma ortamı sağlamak, başarılarından dolayı ödüllendirmek ve yönetim çalışmalarına katılmak önemlidir.

Çalışanların iş güvencesi ve sosyal güvenceye sahip olması da motivasyonu olumlu yönde etkilemektedir. Kendini güvende hisseden çalışanlar önemsendiklerini hissedecek ve bu durum işlerinin verimliliğine yansıyacaktır. Meslektaşlara ve kuruma duyulan güven veya güvensizlik, motivasyonu doğrudan etkiler. Diğer bir konu ise çalışanlara tanınan yetki ve sorumlulukların dağılımında ve terfilerde adil davranılmasıdır. Yetki ve sorumluluklar verilirken çalışanların bilgi ve deneyimleri, deneyim ve becerileri dikkate

alınmalıdır. Bu sorunlar çalışanlar için önemlidir ve küçük bir adaletsizlik algıladıklarında motivasyonlarında düşüş gözlemlenebilir.

Kurum ve kuruluşlar, çalışanlarına kendilerini geliştirmeleri ve desteklemeleri için fırsatlar sağlamalıdır. Sağlık kurumları da sağlık alanındaki değişim ve gelişmeleri yakından takip etmek ve çalışanları bilgilendirmek için çalışmalar yapmalıdır. Sağlık çalışanları mesleki eğitimlerle desteklenebilir.



BÖLÜM 4: ALAN ARAŞTIRMASI

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık kurumlarında uygulanan sağlıkta kalite standartlarının, sağlık çalışanlarının motivasyonu üzerindeki etkisini araştırmak çalışmanın amacıdır.

Araştırmada ortaya konulan hipotezler kapsamında dört amaç mevcuttur.

- Sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının belirlenmesinde çalışanların rolü nedir?
- Ülkemizde uygulanan sağlık hizmetleri kalite standartları nelerdir?
- Sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının sağlık çalışanlarının motivasyonu üzerindeki etkisi nedir?
- Sağlık çalışanları kalite standartları ve uygulamalarını anlamış ve benimsemiş mi?

Sağlık kurum ve kuruluşlarının sunmuş oldukları sağlık hizmetleri kalitesi, sağlık hizmetlerinden yararlananların beklentilerinin karşılanması, sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri ile doğrudan ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli sunumu ile hizmet kalite düzeyinin artırılması açısından bir iç müşteri olan sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri sağlık kuruluşlarının etkinlik ve verimliliğini doğrudan etkilemektedir.

Sağlık hizmetleri sunumunun tüm aşamalarında yer alan, sağlık hizmetlerinden yararlanan dış müşterilerin memnuniyet düzeyine doğrudan etki eden sağlık çalışanlarının, sağlıkta kalite standartlarına yönelik uygulamaların motivasyon düzeylerine etkisinin rolü araştırılarak bu anlamda sağlık yöneticilerinin kalite sistemleri ve çalışan motivasyonunun önemini ortaya koymaktır.

4.2. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Araştırma sadece Kocaeli ili Gebze ilçesinde faaliyet gösteren devlet hastanesinde çalışan personeller üzerinde gerçekleştirilmiştir. Devlet hastanesinde toplam çalışan sayısı 963'dür. Dolayısıyla bu çalışmanın bulguları örneklem ile sınırlı olup, sonuçlar genellenemez.

4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın evreni Kocaeli ili Gebze ilçesinde faaliyet gösteren devlet hastanesinde çalışan hemşire, doktor, yardımcı personel, hasta hizmetleri, yönetici, temizlik personeli, yemekhane personeli, eczane personeli, idari personelden oluşturmaktadır. Hastanede 963 sağlık çalışanı görev almaktadır. Örneklemi ise; devlet hastanesinde çalışanlardan tesadüfî örnekleme yoluyla belirlenmiştir. Hastanede görev alan 328 çalışana anket uygulanmış ve 5 anketin geçersiz olması nedeniyle 323 anket geçerli olarak kabul edilmiştir. Araştırma gerçekleştirilmeden önce gerekli kurumsal onaylar alınmış ve araştırma 2022 yılı Ocak- Haziran ayları arasında yürütülmüştür.

4.4. Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler aşağıda belirtilmiştir. Hipotezler, literatür taramasıyla elde edilen sonuçlar ile kurulmuştur.

H01: Motivasyon algısı katılımcıların cinsiyetine göre farklılık yoktur.

H01: Motivasyon algısı katılımcıların cinsiyetine göre farklılık vardır.

H02: Motivasyon algısı katılımcıların yaşlarına göre farklılık yoktur.

H02: Motivasyon algısı katılımcıların yaşlarına göre farklılık vardır.

H03: Motivasyon algısı katılımcıların medeni durumlarına göre farklılık yoktur.

H03: Motivasyon algısı katılımcıların medeni durumlarına göre farklılık vardır.

H04: Motivasyon algısı katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık yoktur.

H04: Motivasyon algısı katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık vardır.

H05: Motivasyon algısı katılımcıların gelir durumuna göre farklılık yoktur.

H05: Motivasyon algısı katılımcıların gelir durumuna göre farklılık vardır.

H06: Kalite algısı katılımcıların cinsiyetine göre farklılık yoktur.

H06: Kalite algısı katılımcıların cinsiyetine göre farklılık vardır.

H07: Kalite algısı katılımcıların yaşlarına göre farklılık yoktur.

H07: Kalite algısı katılımcıların yaşlarına göre farklılık vardır.

H08: Kalite algısı katılımcıların medeni durumuna göre farklılık yoktur.

H08: Kalite algısı katılımcıların medeni durumuna göre farklılık vardır.

H09: Kalite algısı katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık yoktur.

H09: Kalite algısı katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık vardır.

H010: Kalite algısı katılımcıların gelir durumuna göre farklılık yoktur.

H010: Kalite algısı katılımcıların gelir durumuna göre farklılık vardır.

4.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak nicel araştırma yöntemlerinden faydalanılmıştır. Veri toplama aracı olarak ise anket formundan faydalanılmış ve yüz yüze anket uygulanmıştır. Faydalanılan anket formu 3 bölümden meydana gelmektedir. Birinci bölüm; demografik değişkenleri içeren soruların yer aldığı bölüm, ikinci bölüm; kalite algısı ölçeğinin yer aldığı bölüm ve son bölüm ise motivasyon ölçeğinin yer aldığı bölümdür. Anket formunun örneği ekler kısmında yer almaktadır.

Birinci bölümde katılımcılarla ilgili tanımlayıcı bilgilere yer verilmiştir. Ankete katılım gösterenlerin demografik özelliklerinin belirlenmesine yönelik cinsiyet, yaş, medeni durum ve gelir durumu gibi ifadeler bulunmaktadır.

4.5.1. Kalite Algısı Ölçeği

Anketin ikinci bölümünde; Bayer ve Baykal (2018) tarafından sağlık çalışanlarının kalite algılarını ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek toplam 36 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki sorular; 5’li likert ölçeğine göre yorumlanmıştır. Bu ölçeğe göre “(1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılmıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum” anlamına gelmektedir. Katılımcılardan kendilerine yakın hissettikleri cevabı işaretlemeleri istenmiştir. (1) Kesinlikle Katılmıyorum ifadesi, söz konusu önermenin tümü ile reddedildiğini, (5) Kesinlikle Katılıyorum ifadesi ise tümüyle katılımı ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,968 olarak hesaplanmıştır. Bir ölçeğin Cronbach alfa katsayısının 0,70’den yüksek olması, o ölçeğin iç tutarlılığının

olduğunu ve güvenilir olduğunu göstermektedir. Buradan hareketle ölçeğimizin iç tutarlılığı mevcut ve güvenilir olduğunu görmekteyiz.

4.5.2. Motivasyon Ölçeği

Anketin üçüncü bölümünde; Barbuto ve Scholl (1998) tarafından çalışanların motivasyon algılarını ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek toplam 13 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki sorular; 5’li likert ölçeğine göre yorumlanmıştır. Bu ölçeğe göre “(1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılmıyorum, (5) Kesinlikle Katılıyorum” anlamına gelmektedir. Katılımcılardan kendilerine yakın hissettikleri cevabı işaretlemeleri istenmiştir. (1) Kesinlikle Katılmıyorum ifadesi, söz konusu önermenin tümü ile reddedildiğini, (5) Kesinlikle Katılıyorum ifadesi ise tümüyle katılımı ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,982 olarak hesaplanmıştır. Bir ölçeğin Cronbach alfa katsayısının 0,70’den yüksek olması, o ölçeğin iç tutarlılığının olduğunu ve güvenilir olduğunu göstermektedir. Buradan hareketle ölçeğimizin iç tutarlılığı mevcut ve güvenilir olduğunu görmekteyiz.

Araştırmanın amacını oluşturan ölçeğin güvenilirliği ölçümlenmiştir. Tablo 1’de bu ölçeklerin güvenilirliğinden çıkan oran analiz edilmektedir. Ölçeğin normal dağılıma sahip olmasından dolayı, bu çerçevede doğrultusunda olan testlerin değerleri ele alınarak analizleri gerçekleştirilmiştir.

Tablo 1
Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Güvenirliği

Ölçek	Cronbach’s Alpha
Motivasyon Ölçeği	0,982
Kalite Algısı Ölçeği	0,968

Bir faktörün, ölçmek istediği özelliği ne derece doğru ölçtüğünü test etmek için güvenilirlik analizinden yararlanmak gerekmektedir. Faktörlerin güvenilirlik düzeylerinin tespit edilmesinde kullanılan en yaygın yöntemlerden biri de Cronbach’s Alpha (α) değeridir. Bu değerin 0,70 veya üzerinde olması faktörün genellikle güvenilir olduğu şeklinde anlaşılmaktadır. Yapılan güvenilirlik analizi sonucu Tablo 1’de elde

edilen Cronbach's Alpha değerleri 0,70'in üzerindedir. Bu bulguya göre ölçeğin güvenilirlik düzeyi yüksek olup iç tutarlılığı vardır.

4.6. Araştırmanın Verileri

Araştırmanın bu bölümünde belirlenen örneklemden anket yöntemi ile elde edilen verilerin analizi için SPSS 24.0 for Windows Paket Programı kullanılarak sosyo-demografik veriler analiz edilecektir. Ardından araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizleri yapılarak ölçeklerin her birine faktör analizi uygulanacaktır. Ölçeklerin her bir alt boyutunun güvenilirliğine bakıldıktan sonra verilerin normal dağılıp dağılmadığı kontrol edilip, demografik yapılarına göre kullanılan ölçeklerin tek yönlü varyans analizi ve t-testi uygulaması yapılacak ve korelasyon analizi gerçekleştirilecektir.

Tablo 2
Katılımcıların Demografik Verileri

	Sıklık	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Cinsiyet			
Kadın	205	63,4	63,4
Erkek	118	36,6	100
Yaş			
18-25 Yaş	86	26,6	26,6
26-35 Yaş	122	37,7	63,8
36-45 Yaş	77	23,8	88,1
46 Yaş ve Üstü	38	11,9	100
Medeni Durum			
Evli	196	60,6	60,6
Bekar	127	39,4	100
Eğitim Durumu			
Lisans	225	69,6	69,6
Yüksek Lisans	85	26,3	95,9
Doktora	13	4,1	100
Gelir Durumu			
0-5000 TL	94	29,1	29,1
5001-7000 TL	81	25,0	54,1
7001-10000 TL	76	23,5	77,6
100001-150000 TL	54	16,7	94,3
150001 ve Üstü	18	5,7	100

Yapılan araştırmaya ile katılım gösteren bireylerden elde edilen demografik verilerin istatistiksel çözümlemesi yapılarak tablo haline getirilmiştir.

Tablo 2’de görüldüğü gibi cinsiyet değişkeninde “Kadın” ve “Erkek” şeklinde iki grup oluşturulmuştur. Kadınların sayısı 205 olup toplam bireylerin %63,4’ünü, erkek sayısı ise 118 olup toplam bireylerin %36,6’sını oluşturmaktadır.

Yaş değişkeninde “18-29 Yaş”, “30-39 Yaş”, “40-49 Yaş”, “50-59 Yaş” ve “60 Yaş ve Üstü” olmak üzere 5 grup oluşturulmuştur. Bunlardan “18-29 Yaş” aralığında olan çalışan sayısı 94 olup, toplam bireylerin 29,1’ini oluşturmaktadır. “30-39 Yaş” aralığında olan çalışan sayısı 81 olup, toplam bireylerin %25,0’sini oluşturmaktadır. “40-49 Yaş” aralığında olan çalışan sayısı 76 olup, toplam bireylerin %23,5’ini oluşturmaktadır. “50-59 Yaş” aralığında olan çalışan sayısı 54 olup, toplam bireylerin %16,7’sini oluşturmaktadır. “60 Yaş ve Üstü” aralığında olan çalışan sayısı ise 18 olup, toplam bireylerin %5,7’sini oluşturduğu görülmektedir.

Medeni durum değişkeninde bekar ve evli şeklinde iki grup oluşturulmuştur. Evli çalışan sayısı 176 olup toplam bireylerin %54,4’ünü, bekar çalışan sayısı ise 147 olup toplam bireylerin %45,6’sını oluşturmaktadır.

Eğitim durumu değişkeninde “lisans”, “yüksek lisans” ve “doktora” şeklinde 3 grup oluşturulmuştur. Doktora seviyesinden mezun olan çalışan sayısı 13 olup toplam bireylerin %4,1’ini oluşturmakta, lisans seviyesinden mezun olan çalışan sayısı 225 olup toplam bireylerin %69,6’sını oluşturduğu görülmektedir. Son olarak yüksek lisans seviyesinden mezun olan çalışan sayısının 85 olduğu ve toplam bireylerin %26,3’ünü oluşturduğu görülmektedir.

Örnekleme dahil olan bireylerin gelir durumları incelendiğinde 5001-7000 TL aralığında geliri bulunan çalışanların %26,3 çoğunlukta olduğu görülürken, ardından 7001-10000 TL aralığında geliri olanlar (%26,2) ve 10001-15000 TL aralığında geliri olanlar (%22,7) gelmektedir. 0-5000 TL aralığında geliri olanların oranı %19 iken, 15001 TL ve üstünde geliri olanların ise %5,8’i ifade ettiği görülmektedir.

4.7. Araştırmanın Bulguları

Çalışmanın bu aşamasında ölçeklerin; katılımcıların kişisel özelliklerine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığına dair bulgular araştırılmıştır. T testi, belirli bir konuda iki grup arasında anlamlı bir fark olup olmadığını ölçmektedir. Ankete katılan çalışanların ölçek

sorularına verdikleri yanıtların ortalamalarının farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplar için t testi ile analiz edilmiştir.

4.7.1. Motivasyon Ölçeğine Ait Bulgular

Tablo 3
Motivasyon Algısının Cinsiyet Değişkenine Göre t-Testi Sonuçları

Ölçek	Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	ort.	t	P
Motivasyon	İçgüdüsel Motivasyon	Kadın	205	4,28	0,786	0,218
		Erkek	118	4,13		
	Araçsal Motivasyon	Kadın	205	4,51	0,711	0,241
		Erkek	118	4,35		
	Dışsal Motivasyon	Kadın	205	4,36	0,690	0,275
		Erkek	118	4,14		
	İçsel Motivasyon	Kadın	205	3,98	0,728	0,349
		Erkek	118	4,12		
	Hedef İçselleştirme	Kadın	205	4,07	0,621	0,432
		Erkek	118	3,99		
Tüm Ölçek	-		323	4,14	0,721	0,218

N: Kişi Sayısı, Ort.: Ortalama, t: t değeri, p: Probability

Çalışanların motivasyon algılarının tüm alt boyutlarda cinsiyetlerine bağlı olarak istatistiksel yönden anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Motivasyon alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; içgüdüsel motivasyon, araçsal motivasyon, dışsal motivasyon ve hedef içselleştirme alt boyutlarının kadın çalışanlardaki ortalaması, erkeklere oranla daha yüksektir. İçsel motivasyon alt boyutunda ise erkek çalışanların ortalamalarının kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Tüm alt boyutlarda en yüksek ortalamaya 4,51 ile araçsal motivasyon alt boyutundaki kadın çalışanlar sahiptir. Tüm ölçeğin p değerine bakıldığında p değerinin 0,05'ten büyük olduğu görülmüştür. Buradan hareketle cinsiyet ile motivasyon algısı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Tüm bu sonuçlardan hareketle “*H1: Motivasyon algısı katılımcıların cinsiyetine göre farklılık vardır*” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4
Motivasyon Algısının Yaş Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek	Alt Boyutlar	Yaş	N	ort.	F	P
Motivasyon	İçgüdüsel Motivasyon	18-25 Yaş	86	4,02	0,821	0,043
		26-35 Yaş	122	4,25		
		36-45 Yaş	77	4,18		
		46 Yaş ve Üstü	38	4,54		
	Araçsal Motivasyon	18-25 Yaş	86	4,27	0,799	0,037
		26-35 Yaş	122	4,42		
		36-45 Yaş	77	4,31		
		46 Yaş ve Üstü	38	4,30		
	Dışsal Motivasyon	18-25 Yaş	86	4,10	0,815	0,341
		26-35 Yaş	122	4,21		
		36-45 Yaş	77	4,39		
		46 Yaş ve Üstü	38	4,36		
	İçsel Motivasyon	18-25 Yaş	86	3,98	0,819	0,240
		26-35 Yaş	122	4,12		
		36-45 Yaş	77	4,25		
		46 Yaş ve Üstü	38	4,38		
	Hedef İçselleştirme	18-25 Yaş	86	4,00	0,802	0,042
		26-35 Yaş	122	4,17		
		36-45 Yaş	77	4,27		
		46 Yaş ve Üstü	38	4,44		
Tüm Ölçek	-	-	323	4,26	0,814	0,003

N: Kişi Sayısı, Ort.: Ortalama, F: F değeri, p: Probability

Çalışanların motivasyon algılarının tüm alt boyutlarda yaşlarına bağlı olarak istatistiksel yönden anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p < 0,05$). Motivasyon alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; içgüdüsel motivasyon, içsel motivasyon ve hedef kişiselleştirme alt boyutlarında 46 yaş ve üzerinde olan çalışanların ortalamalarının diğer yaş aralığında olan çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Araçsal motivasyon alt boyutunda en yüksek ortalamaya 26-35 yaş aralığındaki çalışanlar, dışsal motivasyon alt boyutunda ise 36-45 yaş aralığındaki çalışanlar en yüksek ortalamaya sahiptir. Tüm alt boyutlarda en yüksek ortalamaya 4,54 ile içgüdüsel motivasyon alt boyutunda 46 yaş ve üzerindeki çalışanlar sahiptir. Alt boyutlardan en yüksek ortalamaya sahip olan ise 4,32 ortalama ile araçsal motivasyon alt boyutudur. Tüm ölçeğin p değerine bakıldığında p değerinin 0,05'ten küçük olduğu görülmüştür. Buradan hareketle yaş ile

sınıf yönetimi algısı arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Tüm bu sonuçlardan hareketle “H2: *Motivasyon algısı katılımcıların yaşlarına göre farklılık vardır*” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 5

Motivasyon Algısının Medeni Durum Değişkenine Göre t-Testi Sonuçları

Ölçek	Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	ort.	T	P
Motivasyon	İçgüdüsel Motivasyon	Evli	196	4,21	0,767	0,453
		Bekar	127	4,17		
	Araçsal Motivasyon	Evli	196	4,35	0,654	0,315
		Bekar	127	4,18		
	Dışsal Motivasyon	Evli	196	4,04	0,745	0,427
		Bekar	127	4,00		
	İçsel Motivasyon	Evli	196	4,21	0,729	0,465
		Bekar	127	4,18		
	Hedef İçselleştirme	Evli	196	4,05	0,741	0,413
		Bekar	127	4,11		
Tüm Ölçek	-	-	323	4,16	0,738	0,415

N: Kişi Sayısı, Ort.: Ortalama, t: t değeri, p: Probability

Çalışanların motivasyon algılarının tüm alt boyutlarda medeni durumlarına bağlı olarak istatistiksel yönden anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Motivasyon algısı alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; içgüdüsel motivasyon, araçsal motivasyon ve dışsal motivasyon alt boyutlarının evli çalışanlardaki ortalaması, bekar çalışanlara oranla daha yüksektir. Hedef içselleştirme alt boyutunda ise bekar çalışanların ortalamalarının evli çalışanlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Tüm alt boyutlarda en yüksek ortalamaya 4,35 ile araçsal motivasyon alt boyutundaki evli çalışanlar sahiptir. Alt boyutlardan en yüksek ortalamaya sahip olan ise 4,26 ortalama ile araçsal motivasyon alt boyutudur. Tüm ölçeğin p değerine bakıldığında p değerinin 0,05’ten büyük olduğu görülmüştür. Buradan hareketle medeni durum ile motivasyon algısı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Tüm bu sonuçlardan hareketle “H3: *Motivasyon algısı katılımcıların medeni durumlarına göre farklılık vardır*” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 6**Motivasyon Algısının Eğitim Durumu Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları**

Ölçek	Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	N	ort.	F	P
Motivasyon	İçgüdüsel Motivasyon	Lisans	225	4,00	0,748	0,119
		Yüksek Lisans	85	4,12		
		Doktora	13	3,79		
	Araçsal Motivasyon	Lisans	225	4,01	0,838	0,093
		Yüksek Lisans	85	4,19		
		Doktora	13	4,13		
	Dışsal Motivasyon	Lisans	225	4,14	0,716	0,213
		Yüksek Lisans	85	4,32		
		Doktora	13	4,25		
	İçsel Motivasyon	Lisans	225	4,28	0,747	0,136
		Yüksek Lisans	85	4,10		
		Doktora	13	4,02		
	Hedef İşselleştirme	Lisans	225	4,44	0,711	0,097
		Yüksek Lisans	85	4,01		
		Doktora	13	4,16		
Tüm Ölçek	-	-	323	4,11	0,768	0,127

N: Kişi Sayısı, Ort.: Ortalama, F: F değeri, p: Probability

Çalışanların motivasyon algılarının tüm alt boyutlarda eğitim durumlarına bağlı olarak istatistiksel yönden anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Motivasyon alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; içgüdüsel motivasyon, araçsal motivasyon ve dışsal motivasyon alt boyutlarında yüksek lisans derecesine sahip olan çalışanların ortalamalarının diğer eğitim derecesine sahip olan çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. İçsel motivasyon ve hedef kişiselleştirme alt boyutunda ise en yüksek ortalamaya lisans derecesine sahip olan çalışanlar sahiptir. Tüm alt boyutlarda en yüksek ortalamaya 4,44 ile hedef kişiselleştirme alt boyutunda lisans derecesine sahip olan çalışanlar sahiptir. Alt boyutlardan en yüksek ortalamaya sahip olan ise 4,24 ortalama ile dışsal alt boyutudur. Tüm ölçeğin p değerine bakıldığında p değerinin 0,05'ten büyük olduğu görülmüştür. Buradan hareketle eğitim durumu ile motivasyon algısı arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Tüm bu sonuçlardan hareketle “*H4: Motivasyon algısı katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık gösterir*” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 7**Motivasyon Algısının Gelir Durumu Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları**

Ölçek	Alt Boyutlar	Gelir Durumu	N	$\bar{x}$	T	P
Motivasyon	İçgüdüsel Motivasyon	0-5000 TL	98	4,02	0,821	0,430
		5001-7000 TL	81	4,25		
		7001-10000 TL	76	4,58		
		10001-15000 TL	54	4,22		
		15001 TL ve Üstü	18	4,54		
	Araçsal Motivasyon	0-5000 TL	98	4,27	0,799	0,378
		5001-7000 TL	81	4,42		
		7001-10000 TL	76	4,51		
		10001-15000 TL	54	4,47		
		15001 TL ve Üstü	18	4,30		
	Dışsal Motivasyon	0-5000 TL	98	4,10	0,815	0,411
		5001-7000 TL	81	4,21		
		7001-10000 TL	76	4,39		
		10001-15000 TL	54	4,31		
		15001 TL ve Üstü	18	4,36		
	İçsel Motivasyon	0-5000 TL	98	3,96	0,791	0,393
		5001-7000 TL	81	4,13		
		7001-10000 TL	76	4,23		
		10001-15000 TL	54	4,31		
		15001 TL ve Üstü	18	4,40		
	Hedef Kişiselleştirme	0-5000 TL	98	4,12	0,816	0,381
		5001-7000 TL	81	4,21		
		7001-10000 TL	76	4,37		
		10001-15000 TL	54	4,51		
		15001 TL ve Üstü	18	4,29		
Tüm Ölçek	-	-	323	4,26	0,818	0,403

N: Kişi Sayısı, Ort.: Ortalama, F: F değeri, p: Probability

Çalışanların motivasyon algılarının tüm alt boyutlarda gelir durumlarına bağlı olarak istatistiksel yönden anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Motivasyon alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; içgüdüsel motivasyon, araçsal motivasyon ve dışsal motivasyon alt boyutlarında 7001-10000 TL aralığında aylık gelire sahip olan çalışanların, içsel motivasyon ve hedef kişiselleştirme alt boyutlarında 10001-

15000 TL aylık gelire sahip olan çalışanların, ortalaması, diğer aylık gelire sahip çalışanlara oranla daha yüksektir. Tüm alt boyutlarda en yüksek ortalamaya 4,58 ile içgüdüsel motivasyon alt boyutundaki 7001-10000 TL aralığında aylık gelire sahip olan çalışanlar sahiptir. Alt boyutlardan en yüksek ortalamaya sahip olan ise 4,39 ortalama ile araçsal motivasyon alt boyutudur. Tüm ölçeğin p değerine bakıldığında p değerinin 0,05'ten büyük olduğu görülmüştür. Buradan hareketle gelir durumu ile motivasyon algısı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Tüm bu sonuçlardan hareketle “H5: *Motivasyon algısı katılımcıların gelir durumuna göre farklılık gösterir*” hipotezi reddedilmiştir.

4.7.2. Kalite Algısı Ölçeğine Ait Bulgular

Tablo 8
Kalite Algısının Cinsiyet Değişkenine Göre t-Testi Sonuçları

Ölçek	Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	ort.	t	P
Kalite Algısı	Yönetim ve Liderlik	Kadın	205	4,15	0,716	0,218
		Erkek	118	4,12		
	İnsan Kaynakları Kullanımı	Kadın	205	4,24	0,744	0,241
		Erkek	118	4,06		
	Kalite Eğitimi	Kadın	205	4,07	0,730	0,275
		Erkek	118	4,20		
	Ölçme ve Değerlendirme	Kadın	205	4,19	0,719	0,349
		Erkek	118	4,13		
	Kurum ve Çalışan Yararı	Kadın	205	4,25	0,704	0,432
		Erkek	118	4,04		
Tüm Ölçek	-		323	4,18	0,728	0,218

N: Kişi Sayısı, Ort.: Ortalama, t: t değeri, p: Probability

Çalışanların kalite algılarının tüm alt boyutlarda cinsiyetlerine bağlı olarak istatistiksel yönden anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Kalite algısının alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; yönetim ve liderlik, insan kaynakları kullanımı, ölçme ve değerlendirme ve kurum ve çalışan yararı alt boyutlarının kadın çalışanlardaki ortalaması, erkeklere oranla daha yüksektir. Kalite eğitimi alt boyutunda ise erkek çalışanların ortalamalarının kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Tüm alt boyutlarda en yüksek ortalamaya 4,25 ile kurum ve çalışan yararı alt boyutundaki kadın çalışanlar sahiptir. Alt boyutlardan en yüksek ortalamaya sahip

olan ise 4,16 ortalama ile ölçme ve değerlendirme alt boyutudur. Tüm ölçeğin p değerine bakıldığında p değerinin 0,05'ten büyük olduğu görülmüştür. Buradan hareketle cinsiyet ile kalite algısı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Tüm bu sonuçlardan hareketle “H6: Kalite algısı katılımcıların cinsiyetine göre farklılık vardır” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 9

Kalite Algısının Yaş Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları

Ölçek	Alt Boyutlar	Yaş	N	ort.	F	P
Kalite Algısı	Yönetim ve Liderlik	18-25 Yaş	86	4,42	0,732	0,187
		26-35 Yaş	122	4,13		
		36-45 Yaş	77	4,22		
		46 Yaş ve Üstü	38	4,16		
	İnsan Kaynakları Kullanımı	18-25 Yaş	86	4,06	0,787	0,123
		26-35 Yaş	122	4,15		
		36-45 Yaş	77	4,08		
		46 Yaş ve Üstü	38	4,17		
	Kalite Eğitimi	18-25 Yaş	86	4,23	0,711	0,136
		26-35 Yaş	122	4,28		
		36-45 Yaş	77	4,14		
		46 Yaş ve Üstü	38	4,19		
	Ölçme ve Değerlendirme	18-25 Yaş	86	4,24	0,717	0,252
		26-35 Yaş	122	4,17		
		36-45 Yaş	77	4,15		
		46 Yaş ve Üstü	38	4,29		
	Kurum ve Çalışan Yararı	18-25 Yaş	86	4,18	0,731	0,354
		26-35 Yaş	122	4,23		
		36-45 Yaş	77	4,28		
		46 Yaş ve Üstü	38	4,10		
Tüm Ölçek	-	-	323	4,19	0,814	0,298

N: Kişi Sayısı, Ort.: Ortalama, F: F değeri, p: Probability

Çalışanların kalite algılarının tüm alt boyutlarda yaşlarına bağlı olarak istatistiksel yönden anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Kalite alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; yönetim ve liderlik ve kurum ve çalışan yararı alt boyutlarında 36-45 yaş aralığında olan çalışanların ortalamalarının diğer yaş aralığında olan çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. İnsan kaynakları kullanımı ve

ölçme ve değerlendirme alt boyutlarında 46 yaş ve üstünde olan çalışanların ortalamaları, diğer yaş aralıklarında olan bireylerden daha yüksektir. Kalite eğitimi alt boyutunda ise en yüksek ortalamaya 26-35 yaş aralığındaki bireyler sahiptir. Tüm alt boyutlarda en yüksek ortalamaya 4,42 ile yönetim ve liderlik alt boyutunda 18-25 yaş aralığındaki çalışanlar sahiptir. Tüm ölçeğin p değerine bakıldığında p değerinin 0,05'ten büyük olduğu görülmüştür. Buradan hareketle yaş ile kalite algısı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Tüm bu sonuçlardan hareketle “*H7: Kalite algısı katılımcıların yaşlarına göre farklılık vardır*” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 10

Kalite Algısının Medeni Durum Değişkenine Göre t-Testi Sonuçları

Ölçek	Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	ort.	t	p
Kalite Algısı	Yönetim ve Liderlik	Evli	196	4,14	0,781	0,318
		Bekar	127	4,16		
	İnsan Kaynakları Kullanımı	Evli	196	4,19	0,765	0,478
		Bekar	127	4,24		
	Kalite Eğitimi	Evli	196	4,20	0,751	0,531
		Bekar	127	4,06		
	Ölçme ve Değerlendirme	Evli	196	4,36	0,733	0,444
		Bekar	127	4,37		
	Kurum ve Çalışan Yararı	Evli	196	4,21	0,783	0,389
		Bekar	127	4,15		
Tüm Ölçek	-	-	323	4,20	0,751	0,428

N: Kişi Sayısı, Ort.: Ortalama, t: t değeri, p: Probability

Çalışanların kalite algılarının tüm alt boyutlarda medeni durumlarına bağlı olarak istatistiksel yönden anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Kalite yönetimi alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; yönetim ve liderlik, insan kaynakları kullanımı ve ölçme ve değerlendirme alt boyutlarının bekar çalışanlardaki ortalaması, evli çalışanlara oranla daha yüksektir. Kalite eğitimi ve kurum ve çalışan yararı alt boyutunda ise evli çalışanların ortalamalarının bekar çalışanlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Tüm alt boyutlarda en yüksek ortalamaya 4,37 ile ölçme ve değerlendirme alt boyutundaki bekar çalışanlar sahiptir. Alt boyutlardan en yüksek ortalamaya sahip olan ise 4,37 ortalama ile ölçme ve değerlendirme alt boyutudur. Tüm ölçeğin p değerine bakıldığında p değerinin 0,05'ten büyük olduğu görülmüştür. Buradan hareketle medeni durum ile kalite algısı arasında anlamlı bir fark

bulunamamıştır. Tüm bu sonuçlardan hareketle “H8: Kalite algısı katılımcıların medeni durumuna göre farklılık vardır” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 11

Kalite Algısının Eğitim Durumu Değişkenine ANOVA Sonuçları

Ölçek	Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	N	ort.	F	P
Kalite Algısı	Yönetim ve Liderlik	Lisans	225	4,00	0,712	0,540
		Yüksek Lisans	85	4,12		
		Doktora	13	3,79		
	İnsan Kaynakları Kullanımı	Lisans	225	4,08	0,742	0,405
		Yüksek Lisans	85	4,25		
		Doktora	13	3,91		
	Kalite Eğitimi	Lisans	225	4,07	0,740	0,398
		Yüksek Lisans	85	4,11		
		Doktora	13	4,03		
	Ölçme ve Değerlendirme	Lisans	225	3,99	0,743	0,637
		Yüksek Lisans	85	4,06		
		Doktora	13	4,12		
	Kurum ve Çalışan Yararı	Lisans	225	4,05	0,779	0,399
		Yüksek Lisans	85	4,16		
		Doktora	13	4,23		
Tüm Ölçek	-	-	323	4,07	0,742	0,476

N: Kişi Sayısı, Ort.: Ortalama, F: F değeri, p: Probability

Çalışanların kalite algılarının tüm alt boyutlarda eğitim durumuna bağlı olarak istatistiksel yönden anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Kalite alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; yönetim ve liderlik, insan kaynakları kullanımı ve kalite eğitimi alt boyutlarında yüksek lisans derecesine sahip olan çalışanların, ölçme ve değerlendirme ve kurum ve çalışan yararı alt boyutlarında ise doktora derecesine sahip olan çalışanların ortalaması, diğer derecelere sahip çalışanlara oranla daha yüksektir. Tüm alt boyutlarda en yüksek ortalamaya 4,25 ile insan kaynakları kullanımı yüksek lisans derecesine sahip olan çalışanlar sahiptir. Tüm ölçeğin p değerine bakıldığında p değerinin 0,05’ten büyük olduğu görülmüştür. Buradan hareketle eğitim durumu ile kalite algısı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Tüm bu sonuçlardan hareketle “H9: Kalite algısı katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık vardır” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 12**Kalite Algısının Gelir Durumu Değişkenine Göre ANOVA Sonuçları**

Ölçek	Alt Boyutlar	Gelir Durumu	N	$\bar{x}$	F	P
Kalite Algısı	Yönetim ve Liderlik	0-5000 TL	98	4,14	0,766	0,129
		5001-7000 TL	81	4,32		
		7001-10000 TL	76	4,18		
		10001-15000 TL	54	4,41		
		15001 TL ve Üstü	18	4,49		
	İnsan Kaynakları Kullanımı	0-5000 TL	98	4,15	0,730	0,173
		5001-7000 TL	81	4,17		
		7001-10000 TL	76	4,36		
		10001-15000 TL	54	4,39		
		15001 TL ve Üstü	18	4,12		
	Kalite Eğitimi	0-5000 TL	98	4,00	0,721	0,281
		5001-7000 TL	81	4,08		
		7001-10000 TL	76	4,37		
		10001-15000 TL	54	4,31		
		15001 TL ve Üstü	18	4,02		
	Ölçme ve Değerlendirme	0-5000 TL	98	4,24	0,701	0,471
		5001-7000 TL	81	4,17		
		7001-10000 TL	76	4,42		
		10001-15000 TL	54	4,07		
		15001 TL ve Üstü	18	4,09		
	Kurum ve Çalışan Yararı	0-5000 TL	98	4,20	0,717	0,247
		5001-7000 TL	81	4,26		
		7001-10000 TL	76	4,30		
		10001-15000 TL	54	4,32		
		15001 TL ve Üstü	18	4,67		
Tüm Ölçek	-	-	323	4,26	0,712	0,312

N: Kişi Sayısı, Ort.: Ortalama, F: F değeri, p: Probability

Çalışanların kalite algılarının tüm alt boyutlarda gelir durumlarına bağlı olarak istatistiksel yönden anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Kalite algısı alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; yönetim ve liderlik ve kurum ve çalışan yararı alt boyutlarında 15001 TL ve üstünde gelire sahip olan çalışanların ortalaması, diğer gelire sahip çalışanlara oranla daha yüksektir. Tüm ölçeğin p değerine

bakıldığında p değerinin 0,05'ten büyük olduğu görülmüştür. Tüm bu sonuçlardan hareketle “H10: Kalite algısı katılımcıların gelir durumuna göre farklılık vardır.” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 13
Hipotez Sonuçları

Hipotez	Sonuç
H01: Motivasyon algısı katılımcıların cinsiyetine göre farklılık vardır.	Red
H02: Motivasyon algısı katılımcıların yaşlarına göre farklılık yoktur.	Kabul
H03: Motivasyon algısı katılımcıların medeni durumlarına göre farklılık vardır.	Red
H04: Motivasyon algısı katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık vardır.	Red
H05: Motivasyon algısı katılımcıların gelir durumuna göre farklılık vardır.	Red
H06: Kalite algısı katılımcıların cinsiyetine göre farklılık vardır.	Red
H07: Kalite algısı katılımcıların yaşlarına göre farklılık vardır.	Red
H08: Kalite algısı katılımcıların medeni durumuna göre farklılık vardır.	Red
H09: Kalite algısı katılımcıların eğitim durumlarına göre farklılık vardır.	Red
H010: Kalite algısı katılımcıların gelir durumuna göre farklılık vardır.	Red

Tablo 14
Araştırmada Kullanılan Değişkenler Arası Korelasyon Değerleri

Ölçekler ve Boyutlar	Kor.	1	2	3	4	5	6
Motivasyon	r	1					
	P						
İçgüdüsel Motivasyon	r	,954**	1				
	P	0,01					
Araçsal Motivasyon	r	,858**	,665**	1			
	P	0,01	0,01				
Dışsal Motivasyon	r	,898**	,678**	,781**	1		
	P	0,01	0,01	0,01			
İçsel Motivasyon	r	,857**	,830**	,799**	,783**	1	
	P	0,01	0,01	0,01	0,01		
Hedef İçselleştirme	r	,881	,809	,737	,813	,850	1
	P	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	
Ölçekler ve Boyutlar	Kor.	1	2	3	4	5	6
Kalite Algısı	r	1					
	P						
Liderlik	r	,836**	1				

	P	0,01	0,01				
İKY	r	,811**	,754**	1			
	P	0,01	0,01	0,01			
Kalite Eğitimi	r	,857**	,831**	,791**	1		
	P	0,01	0,01	0,01	0,01		
Ölçme ve Değerlendirme	r	,898**	,819**	,824**	,807**	1	
	P	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	
Kurum ve Çalışan Yararı	r	,778**	,822**	,833**	,729**	,757**	1
	P	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	

*Korelasyon 0,05 seviyesinde anlamlıdır (2- Uçlu)

**Korelasyon 0,01 seviyesinde anlamlıdır (2- Uçlu)

r: Korelasyon Katsayısı; P: Probability

Araştırmada kullanılan motivasyon ve kalite algısı ölçeklerinin ve alt boyutlarının aralarında ilişki olup olmadığını test etmek için çoklu korelasyon analizi türlerinden Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Tablo 14’de bulunan korelasyon analizi sonuçlarına göre, katılımcıların motivasyonu ile içgüdüsel motivasyon alt boyutu arasında ($r=,954$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Motivasyon ile araçsal motivasyon alt boyutu arasında da ($r=,858$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Katılımcıların motivasyonu ile dışsal motivasyon alt boyutu arasında ($r=,898$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Motivasyon ile içsel motivasyon alt boyutu arasında da ($r=,857$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Katılımcıların motivasyonu ile hedef içselleştirme alt boyutu arasında ($r=,881$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır.

Motivasyonun içgüdüsel motivasyon alt boyutunun, araçsal motivasyon alt boyutu ile arasında ($r=,665$, $p=0,01$, $p<0,05$) orta düzeyde bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Motivasyonun içgüdüsel motivasyon alt boyutunun, dışsal motivasyon alt boyutu ile arasında ($r=,678$, $p=0,01$, $p<0,05$) orta düzeyde bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Motivasyonun içgüdüsel motivasyon alt boyutunun, içsel motivasyon alt boyutu ile arasında ($r=,830$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Motivasyonun içgüdüsel motivasyon alt boyutunun, hedef içselleştirme alt boyutu ile arasında ($r=,809$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Motivasyonun araçsal motivasyon alt boyutunun, dışsal motivasyon alt boyutu ile arasında ($r=,781$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Motivasyonun araçsal motivasyon alt boyutunun, içsel motivasyon alt boyutu ile arasında ($r=,799$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Motivasyonun araçsal motivasyon alt boyutunun, hedef içselleştirme alt boyutu ile arasında ($r=,737$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Motivasyonun dışsal motivasyon alt boyutunun, içsel motivasyon alt boyutu ile arasında ($r=,783$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Motivasyonun dışsal motivasyon alt boyutunun, hedef içselleştirme alt boyutu ile arasında ($r=,813$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Motivasyonun içsel motivasyon alt boyutunun, hedef içselleştirme alt boyutu ile arasında ($r=,850$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların kalite algıları ile liderlik alt boyutu arasında ($r=,836$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Kalite algısı ile insan kaynakları yönetimi alt boyutu arasında da ($r=,811$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Katılımcıların kalite algıları ile kalite eğitimi alt boyutu arasında ($r=,857$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır. Kalite algısı ile ölçme ve değerlendirme alt boyutu arasında da ($r=,898$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Katılımcıların kalite algıları ile kurum ve çalışan yararı alt boyutu arasında ($r=,778$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır.

Kalite algısının liderlik alt boyutunun, insan kaynakları yönetimi alt boyutu ile arasında ($r=,754$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Kalite algısının liderlik alt boyutunun, kalite eğitimi alt boyutu ile arasında ($r=,831$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Kalite algısının liderlik alt boyutunun, ölçme ve değerlendirme alt boyutu ile arasında ($r=,819$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Kalite algısının liderlik alt boyutunun, kurum ve çalışan yararı alt boyutu ile arasında ($r=,822$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Kalite algısının insan kaynakları yönetimi alt boyutunun, kalite eğitimi alt boyutu ile arasında ($r=,791$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Kalite algısının insan kaynakları yönetimi alt boyutunun, ölçme ve değerlendirme alt boyutu ile arasında ($r=,824$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Kalite algısının insan kaynakları yönetimi alt boyutunun, kurum ve çalışan yararı alt boyutu ile arasında ($r=,833$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Kalite algısının kalite eğitimi alt boyutunun, ölçme ve değerlendirme alt boyutu ile arasında ($r=,807$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Kalite algısının kalite eğitimi alt boyutunun, kurum ve çalışan yararı alt boyutu ile arasında ($r=,729$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

Kalite algısının ölçme ve değerlendirme alt boyutunun, kurum ve çalışan yararı alt boyutu ile arasında ($r=,757$, $p=0,01$, $p<0,05$) pozitif yönde güçlü bir ilişkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.

SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin amacı; bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlığının korunma altına alınması, tedavi edilmesi, sürekliliğinin sağlanması ve geliştirilmesidir. Son yıllarda sağlıkta kalite standartları uygulamaları hizmetlerin verimli ve kaliteli bir şekilde sunulabilmesi yönünde hız kazanmıştır. Bu sebeple sağlık hizmet kalite düzeyinin artırılması sağlık çalışanlarının motivasyon düzeylerini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi; toplumdaki bireylerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerine erişim, ekonomik verimlilik, hasta memnuniyetinin ve bakım kalitesinin artırılması için önemlidir. Sağlık kurum ve kuruluşlarının sunmuş oldukları sağlık hizmetleri kalitesinin iyi olması, sağlık hizmetlerinden yararlananların beklentilerinin karşılanması sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyleri ile doğrudan ilişkilidir.

Sağlık hizmetleri sunumunun tüm aşamalarında yer alan, sağlık hizmetlerinden yararlanan dış müşterilerin memnuniyet düzeyine doğrudan etki eden sağlık çalışanlarının, sağlıkta kalite standartlarına yönelik uygulamalarının motivasyon düzeylerine nasıl etki yarattığı incelenmiştir.

Sağlık hizmetlerinde kalite standartları; işleyişi düzenleyen, yönetilmesini sağlayan, hedefler belirlenmesini sağlayan dinamik bir sistemdir. Sistemin en önemli unsurlarından biri çalışandır.

Çalışanların üstün performans gösterebilmesi için motivasyonlarının yüksek olması gerekmektedir. Sağlık kurumlarında sağlıkta kalite sistemi yaygın olarak kullanılan standartlardır. Bu nedenle, bu çalışma sağlık kurumlarında uygulanan sağlıkta kalite standartlarının, sağlık çalışanlarının motivasyon düzeyine etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Sağlıkta kalite standartlarının amacı, sağlık kuruluşlarının vizyon ve hedeflerine ulaşmasını sağlamak, çalışan motivasyonunu ve verimliliğini arttırmak, iç ve dış müşterilerin memnuniyetini sağlamaktır. Sağlık kuruluşlarında hastalara sunulan sağlık hizmetlerinde hataların azaltılarak, planlanan amaç ve hedeflere ulaşabilmesi amacıyla sağlıkta kalite standartları doğrultusunda sürekli olarak iyileştirme ve geliştirme

alışmaları yapılmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi çalışmaları srekliлик gösteren çalışmalardır.

Sağlıkta kalite standartları, kurum kültürünün oluşturulmasında hizmet kalitesinin sistematik bir süreç içerisinde ilerlemesinde etkin bir rol oynamaktadır. Bir sağlık kuruluşunda kalite yönetim sisteminin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için somut, ölçülebilir, elle tutulabilen verilerden oluşan göstergelerin olması gerekir.

Sağlık hizmetlerinde kalite hastada istenilen sonuçların oluştuğu, istenmeyen sonuçların ortaya çıkmadığı bir süreçtir. Bunun için sağlık hizmetinin verimliliği ve etkinliği sağlıkta kalite standartları ile sağlanabilir.

Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu sağlıkta kalite standartları (SKS), tüm sağlık kurumlarında uygulanmaktadır aynı zamanda Sağlık Bakanlığı tarafından belli periyotlarda denetim ve değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Sağlık kuruluşlarının etkinliğinde ve verimliliğinde srekliликin sağlanması için çalışanların motivasyonlarının sağlanması gerekmektedir.

Motivasyon düzeyi yüksek olan çalışanların iş tatmini, örgütsel bağlılığı, performansı, iş uyumu yüksek olacak, kalite artacak, maliyetler düşecek ve memnuniyet artacaktır.

Sağlık kuruluşlarında sağlıkta kalite standartları; organizasyon yapısının oluşturulması, kurumun misyonunun, vizyonunun ve hedeflerinin belirlenmesi, çalışanların görev tanımlarının, yetki ve sorumluluklarının netleştirilmesi, süreçlerin belirlenmesini, etkili yönetilmesini, kurum kültürünün oluşturulmasını sağlar.

Sağlıkta kalite standartlarıyla bir sağlık kuruluşunda hizmet sunucularının uygulamalarından kaynaklanabilecek hataların ortaya çıkmadan önlenmesi, çalışan ve hasta güvenliğinin sağlanması, bir sağlık kuruluşunda oluşabilecek tüm risklerin belirlemesi ve bu yönde tedbirler alınması gibi çalışmalar sağlanır.

Kalite standartlarının başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için çalışanlarla kurulan etkili iletişim ve çalışanlara verilen eğitim, çalışanların fikirlerinin, görüşlerinin alınması, süreçlere personellerin katılımın sağlaması amaçlanır. Bu durumların uygulanmasıyla başarı kaçınılmaz olur ve sağlanan her başarı çalışanı motive eder.

Yapılan bu araştırma Kocaeli ili Gebze ilçesindeki hastane sağlık çalışanları ile sınırlıdır. Bu çalışmanın neticesinde 963 toplam çalışan personelden 328 kişiye anket uygulanmış olup 323 kişinin anketi geçerli sayılarak analizleri yapılmıştır.

Benzer çalışmaların diğer kamu hastanelerinde ve Türkiye’deki diğer illerde de yapılması önerilmektedir. Ayrıca, sağlıkta kalite standartlarının etkinlik ve verimliliğini değerlendirmek için motivasyon faktörleri dışında örgütsel başarı, örgütsel performans, çalışanların iş tatmini arasındaki ilişkilerin incelenmesi gibi araştırmaların yapılmasının önemli katkıları olacaktır.



KAYNAKÇA

- Akın, C. S. (2007). *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Harcamaları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akkavak, T. (2018). *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi: Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011)*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hatay: Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Akman, G. (2013). *Sağlık Çalışanlarının Örgütsel ve Genel Sinizm Düzeylerinin Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aktan, C. ve U. Saran (2007). *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*. İstanbul: Aura Yayınları.
- Altındış, M. (2018). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Aslanadam, B. (2011). *Sağlık Personelinin Motivasyonu ve Buna İlişkin Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ateş, M. (2013). *Sağlık Sistemleri*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Atlı, Y. ve N.Yücel (2018). Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü. *Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(2), 45-64.
- Aygar, H. ve Önsüz, M. F. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 2(1), 25-32.
- Bakan, İ., Erşahan, B., Kefe, İ. ve Bayat, M. (2011). Kamu ve Özel Hastanelerde Tedavi Gören Hastaların Sağlıkta Hizmet Kalitesine İlişkin Algılamaları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(2), 1-26.

Baş, M. (2017). *Özel Hastanelerde Çağdaş Yönetim Anlayışı Üzerine Bir Çalışma*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Baş, T., N. Keskin ve İ. S.Mert (2010). *Lider Üye Etkileşimi (Lüe) Modeli ve Ölçme Aracının Türkçe’de Geçerlik Ve Güvenilirlik Analizi*. Ege Academic Review, 10(3), 1013-1039.

Bıyıklı, A. E. ve Bilici, S. (2019). Hastane Beslenme Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 47(1), 91-99.

Bolsoy, N. ve Sevil, Ü. (2010). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 78-87.

Ceyhan, A. (2007). *Sağlık Kurumlarında İmaj Yönetimi Açısından Web Sayfası Tasarımlarının Kategorik Analizi ve Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Uygulaması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Çakır, A. (2007). *Hasta Güvenliği Kültürü ile Kalite Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin Analizi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Çelikay, F. ve E. Gümüş (2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.

Çınaroğlu, S. ve B. Şahin (2012). Kurumsal İtibar ve İmajın Hastanelerin Performansı ile İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30(2), 27-55.

Çoban, H. (2009). *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Demir, Y. ve S. Gözüm (2011). Sağlık Eğitiminde Yeni Yönelimler; Web Destekli Sağlık Eğitimi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(4), 196-203.

- Demirbilek, S. ve M. Çolak (2008). Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği. *Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitü Dergisi*, 1(2), 91-111.
- Döşkaya, İ. (2019). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programının 2003- 2017 Yılları Arasında Türkiye’ye Katkısının İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sivas :Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Eren, H. (2017). *Toplam Kalite ve İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: Seçkin Yayınları.
- ERGUN, A. (2010). *Türkiye’de Neoliberal Politikalar Doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm: Isparta-Burdur Örnekleri*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Isparta:Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Eroğlu, F. (2018). *Davranış Bilimleri*. İstanbul: İmge Yayınları.
- Ertekin, Y. (2016). *Örgüt İklimi*. Ankara: Bilge Yayınları.
- Ertürk, M. 2018 *İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon*. İstanbul: Alp Yayınları.
- Gençoğlu, P. (2017). *Türkiye’de İllerin Gelişmişlik Düzeyi Dikkate Alınarak Sağlık Hizmetlerinin Kümeleme Analizi Aracılığıyla Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Işık, F. (2012). *Sağlık hizmetleri Pazarlamasında Tutundurma Politikası; Sağlık Personeli ve Hastaların Reklama Yönelik Görüşlerine İlişkin Urla Devlet Hastanesi Örneği*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kavak, D. G. (2018). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (Tüska) Sağlıkta Akreditasyon Standartları. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(1), 14-20.
- Kaya, H., H. Tatlı, Y .Açık. ve S. E. Deveci (2008). Bingöl İli Uydukent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(4), 185-191.
- Kayral, İ. H., U. Beylik ve F .Orhan (2016). Hastane Standartlarının Çok Boyutlu Kalite Analizi: Bir Standart Seti Örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(1), 6-16.
- Kıdak, L. B., Z.N. Nişancı, ve S. Burmaoğlu (2015). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü: Kamu Hastanesi Örneği. *Journal Of Management & Economics*, 22(2), 471-503

Kılıç, M. ve V. Erkan (2006). Stratejik Planlama ve Dengeli Performans Yönetimi Yaklaşımları Bir Arada Olabilir mi?. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2, 77-93.

Koçel, T. (2013). *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Beta Yayınevi.

Koçyiğit, D. (2016). Motivasyon ve Verimlilik Arasındaki İlişki: Bir Vakıf Üniversitesi Örneği. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi*, 31, 15-22.

Korkmaz, S. ve U. Çuhadar (2017). Sağlık Hizmet Kalitesi ve Sağlık Kurumunu Tekrar Tercih Etme Niyeti Arasındaki İlişki: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(1), 72-87.

Koyuncuoğlu, Y. (2016). *Motivasyon Faktörleri İle Performans Değerlendirme Sisteminin Etkinliği Arasındaki İlişki: Kilis Devlet Hastanesinde Bir Alan Araştırması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kumbasar, B. (2016). *Hasta Odaklı Sağlık Hizmetlerinde İletişim*. İstanbul: Beta Yayınları.

Küçüközkan, Y. (2015). Liderlik ve Motivasyon Teorileri: Kuramsal Bir Çerçeve. *Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1(2), 92-114.

Marşap, A., G. Akalp ve E. Yeniman .(2010). Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynağının Kurumsal Bilgi Güvenliği Kültürü Gelişimi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 3(1), 307-326.

Mercanlıoğlu, Ç. (2018). Örgütlerde Performans Yönetimi ile İşgörenlerin Motivasyonu Arasındaki İlişki. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4(1): 41-52.

Mere, F. (2020). *Sağlıkta Güncel Konular, İnceleme ve Deneyimler*. İstanbul: Hiperlink Yayınları.

Mueller, J. S. (2012). Why Individuals In Larger Teams Perform Worse. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 117(1), 111-124.

Munoz, L. ve Galende, J. (2017). The Impact of Knowledge and Motivation Management on Creativity: Employees of Innovative Spanish Companies. *Employee Relations*, 39(5), 732-752.

- Oksay, A. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek?. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 181-192.
- Önal, B. (2020). *Sağlıkta Kalite ve Verimlilik*. Ankara: Güçlü Yayınları.
- Sabuncuoğlu, Z. (2015). *Endüstriyel Davranış*. İstanbul: Seçkin Yayınları.
- Sabuncuoğlu, Z. ve M.Tüz (1995). *Örgütsel Psikoloji*. Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları.
- Saraçoğlu, S. ve F. Öztürk(2017). Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *İş ve Hayat*, 2(4), 293-342.
- Sayım, F. (2011). *Sağlık Piyasası ve Etik*, İstanbul: MKM Yayınları.
- Sevinç, H. (2015). Kamu Çalışanlarının Motivasyonunda Kullanılan Araçlar. *Journal Of International Social Research*, 8(39), 944-964.
- Soysaldı, H. M. (2007). Gençliğimizi Tehdit Eden Zararlı Alışkanlıklar: Sigara, Alkol ve Uyuşturucu. *Humanities Sciences*, 2(2), 80-101
- Söyük. S. (2001). Yoğun Bakım ve Acil Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Motivasyonlarını Artırmak için Neler Yapılabilir?. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 5(1), 24-27.
- Şahin, A. (2012). Yönetim Kuramları ve Motivasyon İlişkisi, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4 (11), 524-525.
- Şerbetçi, B. (2007). *İşletmelerde Performans Yönetim Sistemleri Ve Bir Uygulama*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Şimşek, Ç., B. Piyal , H. Tüzün, H. Çakmak, D.Turan ve H. Seyrek (2010). Ankara İl Merkezindeki Bazı Lise Öğrencilerinde Kişisel Hijyen Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 433-440.
- Taşlıyan, M. ve S. Gök (2012). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 69-94.

- Tatlı, G. (2020). *Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Karşılaştırması*. İstanbul: Hiperlink Yayınları
- Turan, E. Z., ve M. Tavukçuoğlu (2013). *Din Kültürü Ve Ahlak Bilgisi Öğretmen Yetiştirme Programlarına İlişkin Kalite Standartlarının Belirlenmesi*. İstanbul: Nobel Yayınları.
- Tutar, H. (2014). İşgören Yabancılaşması ve Örgütsel Sağlık İlişkisi: Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 65(1), 176-204.
- Uysal, B. ve M. Yorulmaz (2018). Sağlıkta Kalite Standartları ve Bilişsel Mahremiyet. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (16), 24-33.
- Uysal, Ş. (2015). Performans Yönetimi Sisteminin Tanımı, Tarihçesi, Amaç ve Temel Unsurlarına Genel Bir Bakı. *Electronic Journal Of Vocational Colleges*, 5(2), 32-39.
- Yanık, A. (2000). *Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Hasta Tatmini Üzerine Bir Uygulama*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yazgan, M. (2009). *Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan Ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yılmaz, F. (2019). *Eğitim Örgütlerinde Örgüt Kültürünün Öğretmenlerin İş Motivasyonu Üzerindeki Etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi .Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yurtsever, A. (2015). *Acil Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyeti*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yüksel, N. (2015). *Türkiye 'de Sağlık Sistemi ve 2003 Yılında Yapılan Sağlıkta Dönüşüm Reformunun Olumlu ve Olumsuz Algılarının Ölçümü*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Zeynel, E. (2014). *Akademisyenlere Yönelik Mesleki Motivasyon, İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Isparta : Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü .



EKLER

Ek 1: Anket Formu

Anketlere ilişkin veri ve bulgular yalnızca bu çalışmada kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Anketlere herhangi bir kişisel bilgi (isim vb.) yazmayınız. Hiçbir soruyu yanıtsız bırakmamanız çalışma açısından önemlidir. Her soru için sadece tek seçenek işaretleyiniz. Anketteki tüm sorular “Sınıf Yönetim Profili Ölçeği” ile ilgilidir. Vereceğiniz cevaplarda samimi ve gerçekçi olmanızı rica eder, katkılarınız için teşekkür ederim.

Ebru ÖKTEM

Cinsiyet

- ☐ Kadın
☐ Erkek

Medeni Durum

- ☐ Evli
☐ Bekar

Yaş

- ☐ 18-25 Yaş
☐ 26-35 Yaş
☐ 36-45 Yaş
☐ 46 Yaş ve Üstü

Eğitim Durumu

- ☐ Lisans
☐ Yüksek Lisans
☐ Doktora

Gelir Durumu

- ☐ 0-5000 TL
☐ 5001-7000 TL
☐ 7001-10000 TL
☐ 10001-15000 TL
☐ 15001 TL ve Üstü

Lütfen aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi işaretleyiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Kalite Algı Ölçeği					
Hastane yönetimi, kalite geliştirme çabasında öncü ve itici güçtür.					
Hastane yönetimi kalite çalışmaları için gerekli olan insan kaynağını sağlar.					
Hastanenin hizmet ve bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik bir vizyon ve misyonu vardır.					
Hastane yönetimi hizmet kalitesini artırmak için uygun ve yeterli sarf malzemeyi sağlar.					
Hastane yönetimi kalite hedeflerini tüm çalışanlara benimsetir.					
Hastane yönetimi, hizmet kalitesine odaklanan bir kurum kültürü oluşturmaya çalışır.					
Hastane yönetimi, karar alırken ilgili yöneticinin görüşünü dikkate alır.					
Hastane yönetimi tüm çalışanların kalite çalışmalarıyla ilgili kararlara katılımını destekler.					
Kalite çalışmaları, çalışan performans değerlendirme sisteminin adil yürütülmesini sağlar.					
Kalite çalışmaları, iyi işleyen bir performans değerlendirme sistemini zorunlu kılar.					
Kalite çalışmaları iş güvenliğine yönelik önlemler alınmasını sağlar.					
Kalite çalışmalarına katılma, çalışanların mesleki açıdan doyum sağlamalarında etkili rol oynar.					
Kalite çalışmalarına katılma çalışanların mesleki açıdan güçlenmesini sağlar.					
Kalite geliştirme çalışmalarına katılanlar teşekkür mektubu gibi manevi ödül sistemiyle ödüllendirilir.					
Kalite çalışmaları, çalışanlar arasında adil bir ödül sistemi oluşturulmasını sağlar.					
Kalite çalışmaları, çalışanların özlük haklarının korunmasını destekler.					
Hastanede kalite çalışmalarına yönelik eğitim ve oryantasyon yapılır.					
Çalışanlara mesleki beceri ve performanslarını geliştirecek sürekli eğitim verilir.					
Hastanede çalışanların hata yapmalarını engelleyecek kontrol mekanizmaları vardır.					
Hastanede çalışan personel, etik kurallar konusunda bilgilendirilir.					
Sağlık çalışanlarının mesleki yenilikleri kullanmalarına olanak sağlanır.					
Kalite çalışmaları kapsamında belirlenen hizmet standartları tüm çalışanlar tarafından bilinir.					
Kalite çalışmaları kapsamında yapılan anketlerin sonuçları hizmetin iyileştirilmesinde dikkate alınır.					
Kalite çalışmalarında kayıt ve belgelendirmeye önem verilir.					
Hastanede kayıt tutma zorunluluğu hizmetin uygun verilmesini sağlar.					
Kalite çalışmalarıyla hastanede teknolojik açıdan en uygun hizmet verilir.					
Kalite çalışmaları hastanenin laboratuvar, radyoloji vb. tıbbi destek hizmetlerinde gelişme sağlar.					

Kalite çalışmaları, hastaneyi yenilikçi düşüncelere açık duruma getirir.					
Kalite çalışmaları, sağlık çalışanlarının hizmet kalitesiyle ilgili tutum ve davranışlarını değiştirir.					
Kalite çalışmaları gereği doldurulan formlar, sağlık çalışanlarının yasal durumlara karşı kendisini korumasını sağlar.					
Kalite çalışmaları sağlık çalışanlarının yaptığı hatayı çekinmeden raporlamasını sağlar.					
Kalite çalışmaları, hastaya yapılan her uygulama öncesinde kimlik doğrulamayı zorunlu kılar.					
Kalite çalışmaları sağlık çalışanlarının çalışma ortamının iyileştirilmesini sağlar.					
Kalite çalışmaları hasta ve çalışanların taciz ve saldırılara maruz kalmaları durumunda gerekli güvenlik önlemleri alınmasını zorunlu kılar.					
Kalite çalışmaları sağlık çalışanlarının çalışma ortamının iyileştirilmesini sağlar.					
Kalite çalışmaları hasta ve sağlık çalışanı arasındaki çatışmaları azaltır.					
Motivasyon Ölçeği					
İşimi yaparken, daha çok hoşlandığım başka bir işi yapabilmek için sık sık elimdeki işi ertelerim.					
İşte zamanımı birlikte geçirmeyi seçtiğim kişi, birlikte olmaktan en çok hoşlandığım kişidir.					
Kurumun hedefine ulaşması için çok çalışmam gerekiyorsa önce bu çalışmanın nedenine/gereğine inanmam gerekir.					
İşte en sevdiğim gün, ücret ödendiği gündür.					
İki iş arasında seçim yaparken, en önemli etken hangisinden daha çok hoşlandığımdır.					
Bana kişisel başarı duygusu veren şeyleri yapmaktan hoşlanırım.					
Bir çalışmanın nedenine/gereğine inanmıyorsam çok çalışmam.					
Çabama kurumdaki en yetkili kişiler tarafından değer verildiğini bilirim, var gücümle çalışırım.					
Kendi kendini motive edebilen bir insan olduğumu düşünüyorum.					
İş çevresinde çok arkadaşı olanlar, hayatlarını dolu dolu yaşarlar.					
Benim için, davranışlarımı diğer insanların onaylaması önemlidir.					
Göstereceğim gayretin bana daha yüksek ücret olarak döneceğini bilirim, daha fazla çalışırım.					
Eğer bir projeye çevremdekiler değer veriyorsa, o projede daha fazla çalışırım.					

Ek 2: Etik Kurul İzni

**T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU KARAR SURETİ**

Toplantı Tarihi : 01.04.2022
Toplantının Yeri: Nişantaşı Üniversitesi Toplantı Odası
Toplantı Sayısı : 2022/15

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Uğur YOZGAT	Başkan
Doç. Dr. Umut BAŞOĞLU	Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Yılmaz GÖBENEZ	Üye
Prof. Dr. Ömer Cüneyt BİNATLI	Üye
Prof. Dr. Ahmet İrfan YÜKLER	Üye
Prof. Dr. Serkan KESKİN	Üye
Öğr. Gör. Erkul BULUT	Üye
Demet ÖVELEK	Raportör

Gündem:

Gündem1. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Hilal Ağcakaya'nın "Sürdürülebilir Ziyaretçi Yönetimi Kapsamında Toplumsal Taşıma Kapasitesi: Bozcaada Örneği" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem2. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Zeynep Akkaya'nın "Bireylerin Seyahat Motivasyonlarını Etkileyen Gastronomik Unsurlar: Ege Bölgesi Örneği" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem3. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Ebru Öktem'in "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları ve Çalışan Motivasyonu: Kocaeli Gebze İlçesinde Bir Araştırma" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem4. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Sinem Hatun Davut'un "Maskot İçeren Reklamlara Yönelik Tutumunun Marka Güveni Üzerindeki Rolü" adlı çalışmasının görüşülmesi.

Gündem5. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Sevil Ünkaracalar "Sağlık Yöneticilerinin Etik Liderlik Davranışlarının Kriz Yönetiminde Çalışanların Performansına ve Örgütsel Bağlılıklarına Etkisi: Sağlık Sektörü Örneği" çalışmasının görüşülmesi.

Kararlar:

Karar1. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Hilal Ağcakaya'nın "Sürdürülebilir Ziyaretçi Yönetimi Kapsamında Toplumsal Taşıma Kapasitesi: Bozcaada Örneği" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar2. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Zeynep Akkaya'nın "Bireylerin Seyahat Motivasyonlarını Etkileyen Gastronomik Unsurlar: Ege Bölgesi Örneği" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar3. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Ebru Öktem'in "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları ve Çalışan Motivasyonu: Kocaeli Gebze İlçesinde Bir Araştırma" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar4. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Sinem Hatun Davut'un "Maskot İçeren Reklamlara Yönelik Tutumunun Marka Güveni Üzerindeki Rolü" adlı çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Karar5. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Sevil Ünkaracalar "Sağlık Yöneticilerinin Etik Liderlik Davranışlarının Kriz Yönetiminde Çalışanların Performansına ve Örgütsel Bağlılıklarına Etkisi: Sağlık Sektörü Örneği" çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmede çalışmanın Üniversitemiz Etik Kurulu Yönergesi hükümleri gereğince etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmaması nedeniyle **uygunluğuna** oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Uğur YILGAT
Başkan