



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI

DAĞITILMIŞ LİDERLİĞİN İŞ STRESİ
KAPSAMINDA HİZMET KALİTESİNE
ETKİLERİ: İZMİR MERKEZ KAMU
HASTANELERİ ÖRNEĞİ

Doktora Tezi

İPEK AYDIN

İZMİR - 2018

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI

DAĞITILMIŞ LİDERLİĞİN İŞ STRESİ
KAPSAMINDA HİZMET KALİTESİNE
ETKİLERİ: İZMİR MERKEZ KAMU
HASTANELERİ ÖRNEĞİ

Doktora Tezi

İpek AYDIN

DANIŞMAN: PROF. DR. NEZİH METİN ÖZMUTAF


İZMİR – 2018

YEMİN METNİ

Doktora Tezi olarak sunduğum “Dağıtılmış Liderliğin İş Stresi Kapsamında Hizmet Kalitesine Etkileri: İzmir Merkez Kamu Hastaneleri Örneği” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

18/07/2018

İpek AYDIN

 TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ Sosyal Bilimler Enstitüsü	
	TEZ/PROJE SINAVI TUTANAK FORMU	Dok. No: FR/604/21
		İlk Yayın Tar.: 03.10.2017
		Rev. No/Tar.: 00/..
		Sayfa 1 / 1

GÖNDEREN : İşletme Anabilim Dalı Başkanlığı
 GÖNDERİLEN : Sosyal Bilimler Enstitüsü

Anabilim Dalımız ~~Yüksek Lisans~~ / Doktora Programı öğrencisi İpek AYDIN ile ilgili Tez/Proje Sınav Tutanağı aşağıdadır.

Tarih: 18/07/2018
 Sayı :

İşletme Anabilim Dalı Başkanı
 Prof. Dr. Hayrettin USUL
 İmza

SINAV TUTANAĞI

Tez/Proje Sınav Jürimiz tarafından incelenen Dağıtılmış Liderliğin İş Stresi Kapsamında Hizmet Kalitesine Etkisi: İzmir Merkez Kamu Hastaneleri Örneği başlıklı yüksek lisans / doktora tezi ile ilgili olarak jürimiz 18/07/2018 tarihinde toplanmış ve adı geçen öğrenciyi Tez/Proje Sınavına tabi tutmuştur. Sınav sonucunda adayın tezi hakkında ~~OYÇOKLUĞU~~/OYBİRLİĞİ ile aşağıdaki karar verilmiştir.



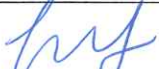


KABUL

Kabul Edilen Yüksek Lisans / Doktora tezi:

- i) Bilime yenilik getirmiştir
- ii) Yeni bir bilimsel yöntem geliştirmiştir
- iii) Bilinen bir yöntemi yeni bir alana uygulamıştır
- iv) Uygulama yapmıştır (sadece Yüksek Lisans'ta geçerlidir)

RED

DÜZELTME *

Tez Sınav Jürisi	Unvanı ve Adı Soyadı
Tez Danışmanı	Prof. Dr. Nezih M. ÖZMUTAF 
Üye	Doç. Dr. Evrim MAYATÜRK AKYOL 
Üye	Doç. Dr. Sedef EYLEMER 
Üye	Doç. Dr. Güler TOZKOPARAN 
Üye	Dr. Öğr. Üyesi İlkay TAŞ GÜRSOY 

Eki : Tez Değerlendirme Formu (Her bir jüri için).

* Tez sınavında düzeltme kararı verilmesi halinde jüri tarafından öngörülen düzeltmelere ilişkin bir jüri raporu eklenmelidir. Düzeltmeler için Ek süre her defasında en fazla yüksek lisans öğrencileri için 3 ay, doktora öğrencileri için 6 aydır.

ÖZET

Doktora Tezi

DAĞITILMIŞ LİDERLİĞİN İŞ STRESİ KAPSAMINDA HİZMET KALİTESİNE ETKİLERİ: İZMİR MERKEZ KAMU HASTANELERİ ÖRNEĞİ

İpek AYDIN

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

İşletme Anabilim Dalı

Kaliteli hizmet sunumu sağlık kurumlarının temel çıktısıdır ve etkililiğinin temel göstergesidir. Bunun yanında, sağlık kurumları sunulan hizmetin özelliğinden dolayı stres faktörünü her süreçte içinde barındırmaktadır. Stres faktörlerinin çok ve etkili olduğu bu kurumlarda liderlik faktörünün önemi büyük olabilir. Bu kapsamda da çalışmanın temel amacını, liderliğin iş stresi kapsamında hizmet kalitesi üzerinde etkisinin olup olmadığı oluşturmaktadır. Sağlık personelinin dağıtılmış liderlik, iş stresi ve hizmet kalitesi algılarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışma kesitsel türdedir. Araştırma, Nisan 2018 – Haziran 2018 tarihleri arasında İzmir merkezde bulunan kamu hastanelerinden bir eğitim araştırma, bir genel ve bir de özel dal hastanesinde çalışan hekim, hemşire, idari ve diğer tüm personele anket yoluyla gerçekleştirilmiştir. Toplam 407 sağlık personeli araştırmaya katılmıştır. Dağıtılmış liderlik, iş stresi ve hizmet kalitesi yönelik çalışanların algılarını belirlemeye yönelik oluşturulan anket ile elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre dağıtılmış liderlik boyutlarının hizmet kalitesi boyutları üzerinde yüksek düzeyde pozitif etkisini olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında, iş stresi boyutlarının aracılık etkisi değerlendirildiğinde ise, genellikle dağıtılmış liderlik boyutlarının iş stresi üzerinde düşük ve negatif yönlü etkili olduğu ve aynı zamanda iş stresi boyutlarından zaman baskısı ve iş yükünün hizmet kalitesi boyutları üzerinde etkisinin olmadığı ya da negatif yönlü çok düşük düzeyde önemli etkisinin olduğu; ancak iş ortamı ile ilgili stresin özellikle fonksiyonel kalite üzerinde yüksek düzeyde negatif etkisinin olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak, sağlık çalışanları

bakış açısıyla liderlik hizmet kalitesi için önemlidir. Bunun yanında, çalışanların zaman baskısı ve iş yükü ile ilgili yaşadıkları stresin hizmet kalitesi üzerindeki etkisi önemsiz düzeydedir. Bu kapsamda, çalışanların zaman baskısı ve iş yükü stresi ile ilgili algıları ne olursa olsun sundukları hizmet kalitesinin iş stresinden etkilenmeyeceği anlamına gelebilir.

Anahtar Kelimeler: Dağıtılmış Liderlik, İş Stresi, Hizmet Kalitesi, Hastane



ABSTRACT

Doctoral Thesis

Doctor of Philosophy (PhD)

Effects of Distributed Leadership on Service Quality in Scope of Work

Stress: Sample of Hospitals in İzmir Urban Area

İpek AYDIN

İzmir Katip Çelebi University

Graduate School of Social Sciences

Department of Business Administration Program

High quality service delivery is the foundation of healthcare institutions and is the main indication of its effectiveness. In addition, because of the nature of the healthcare service, the healthcare institutions contain stress factors in every processes. The leadership factor can be a significant effect in these organizations, which have many stress factors. In this context, the main purpose of the study is to determine the distributed leadership effects on service quality in terms of job stress. The study is a cross-sectional study, which is conducted to assess the healthcare worker's perceptions of distributed leadership, work stress and quality of service. The research was carried out from April 2018 to June 2018 through a questionnaire survey, which is filled, by physicians, nurses, administrators and all other personnel from a public hospital in İzmir urban area. 407 healthcare personnel participated in the research. The data obtained by the questionnaire designed to determine employees' perceptions of distributed leadership, work stress and service quality. According to the findings dimension of distributed leadership has a high positive effect on the quality of service qualities. On the other hand, when the mediating effects of job stress dimensions are evaluated, it is generally observed that distributed leadership dimensions have a low and negative effect on job stress, and at the same time, there is no effect o negatively significant low effect on quality dimensions in the scope of time pressure and work load but but it has been determined that work environment stress is highly negative effect to service quality dimensions, especially on functional quality. As a result, according to healthcare workers' view, leadership has a significant effect on service quality. Besides, the effect of time pressure and workload stress is negligible. In this

context, it may mean that the quality of service will not be affected by time pressure and workload stress but affected by work environment which is consist of pyschological factors of stress.

Key words: Distributed Leadership, Work Stress, Service Quality, Hospital



İÇİNDEKİLER

Yemin Metni	II
Tez Sınav Tutanağı	III
Özet	IV
Abstract	VI
İçindekiler	VIII
Tablolar Listesi	XII
Şekiller Listesi	XVI
Kısaltmalar Listesi	XVIII
Önsöz	XIX
Giriş	1

BİRİNCİ BÖLÜM

LİDERLİK VE DAĞITILMIŞ LİDERLİK

1. LİDERLİK VE DAĞITILMIŞ LİDERLİK	3
1.1 LİDERLİK KAVRAMI	3
1.2 LİDERLİK KURAMLARI VE GELİŞİMİ	3
1.2.1 Liderlikte Bireysel Özellikler Kuramı	4
1.2.2 Davranışsal Liderlik Kuramları.....	4
1.2.3 Durumsal Liderlik Kuramları.....	5
1.3 LİDERLİKTE YENİ YAKLAŞIMLAR	5
1.3.1 Karizmatik Liderlik Yaklaşımı	5
1.3.2 İşlemci Liderlik Yaklaşımı.....	6
1.3.3 Dönüşümcü Liderlik Yaklaşımı	7
1.3.4 Otantik Liderlik Yaklaşımı	8

1.3.5	Dağıtılmış Liderlik Yaklaşımı	8
1.3.5.1	Dağıtılmış Liderliğin Oluşma Şekilleri ve Boyutları	10
1.3.5.2	Dağıtılmış Liderliğin Faydaları.....	12

İKİNCİ BÖLÜM

HİZMET KALİTESİ

2.	HİZMET KALİTESİ	14
2.1	HİZMET KALİTESİ KAVRAMI.....	14
2.2	HİZMET KALİTESİ BOYUTLARI.....	15
2.3	HİZMET KALİTESİ MODELLERİ.....	18
2.3.1	Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli.....	19
2.3.2	SERVQUAL Modeli.....	21
2.3.3	SERVPERF Modeli	24
2.3.4	Dinamik Süreç Modeli	25
2.3.5	Rust ve Oliver’ın Üç Bileşen Modeli.....	26
2.3.6	Ö-T-Ç Hizmet Özellikleri Modeli.....	27
2.3.7	Öncüller Modeli	28
2.3.8	Hizmet Kalitesinde Hiyerarşik Yaklaşım.....	29
2.3.9	FAIRSERV Modeli.....	30

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İŞ STRESİ

3.	İŞ STRESİ.....	32
3.1	İŞ STRESİ KAVRAMI.....	32

3.1.1	Stres Kavramı.....	32
3.1.2	İş Stresi Kavramı.....	34
3.2	STRES KAYNAKLARI	35
3.2.1	Çevresel Stres Kaynakları	35
3.2.2	Örgütsel Stres Kaynakları	36
3.2.3	Bireysel Stres Kaynakları.....	38
3.3	İŞ STRESİ MODELLERİ	39
3.3.1	Rol Stres Modeli	39
3.3.2	Kişi-Çevre Uyumu Teorisi.....	39
3.3.3	Talep Kontrol Modeli.....	40
3.3.4	İş Talebi, Kontrol ve Destek Modeli.....	41
3.3.5	Stresin Örgütsel Modeli	42
3.3.6	İş Stresi Genel Modeli.....	43
3.4	STRESİN BİREYSEL ETKİLERİ VE ÖRGÜTSEL SONUÇLARI.....	45
3.4.1	Stresin Bireysel Etkileri	45
3.4.2	Stresin Örgütsel Sonuçları.....	47

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4	DAĞITILMIŞ LİDERLİĞİN İŞ STRESİ KAPSAMINDA HİZMET KALİTESİNE ETKİLERİ: İZMİR MERKEZ KAMU HASTANELERİ ÖRNEĞİ.	50
4.1	ARAŞTIRMANIN AMACI	50
4.2	ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	50
4.3	ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLERİ	51
4.4	ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	56

4.4.1	Araştırmanın Evreni	56
4.4.2	Araştırmanın Örneklemi.....	56
4.4.3	Veri Toplama Araçları	57
4.4.4	Veri Toplama Yöntemi	57
4.4.5	Verilerin Analizi.....	57
4.5	ARAŞTIRMANIN KISITLARI.....	58
4.6	ARAŞTIRMA BULGULARI	58
4.6.1	Katılımcıların Bireysel Özelliklerine İlişkin Analizler	59
4.6.2	Araştırma Kapsamında Kullanılan Ölçme Araçlarına İlişkin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri	61
4.6.3	Katılımcıların Bireysel Özelliklerine Göre Verdikleri Yanıtlara İlişkin Analizler.....	68
4.6.4	Araştırma Değişkenlerine Yönelik Korelasyon Analizi	90
4.6.5	Yapısal Eşitlik Modellemesi	92
	SONUÇ	141
	KAYNAKÇA.....	156
	EKLER.....	173
	Ek 1. Araştırma Anketi	174
	Ek 2. Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Araştırmalar Etik Kurul Onayı	177
	Ek 3. İl Sağlık Müdürlüğü Uygulama İzni.....	178
	Ek 4. Araştırma Değişkenlerinin Sağlık Alanında Uygulamalarına Yönelik Yazın Taraması.....	179

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Çalışan Sayısı ve Toplanan Anket Sayısı Dağılımları.....	56
Tablo 2: Katılımcıların Bireysel Özelliklerinin Sayısal ve Yüzdesel Dağılımı.....	59
Tablo 3: Katılımcıların Kişilik, Stres, İş Tatmini ve Kurumsallaşma İle İlgili Görüşlerine İlişkin Sayısal ve Yüzdesel Dağılım	60
Tablo 4: Dağıtılmış Liderlik Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları	62
Tablo 5: İş Stresi Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları	64
Tablo 6: Hizmet Kalitesi Boyutlarından Fonksiyonel Kalite Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları	65
Tablo 7: Hizmet Kalitesi Boyutlarından Teknik Kalite Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları	67
Tablo 8: Hizmet Kalitesi Boyutlarından İmaj Kalitesi Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları	68
Tablo 9: Yaş Grubuna Göre “Dağıtılmış Liderlik” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri.....	69
Tablo 10: Yaş Grubuna Göre “İş Stresi” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri	70
Tablo 11: Yaş Grubuna Göre “Fonksiyonel Kalite” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri.....	71
Tablo 12: Yaş Grubuna Göre “Teknik Kalite”ye İlişkin Grup İstatistikleri	72
Tablo 13: Yaş Grubuna Göre “İmaj Kalitesi”ne İlişkin Grup İstatistikleri	72
Tablo 14: Cinsiyetlerine Göre “Dağıtılmış Liderlik” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri.....	73
Tablo 15: Cinsiyetlerine Göre “İş Stresi” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri.....	74
Tablo 16: Cinsiyetlerine Göre “Fonksiyonel Kalite” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri.....	74
Tablo 17: Cinsiyetlerine Göre “Teknik Kalite”ye İlişkin Grup İstatistikleri	75
Tablo 18: Cinsiyetlerine Göre “İmaj Kalitesi”ne İlişkin Grup İstatistikleri	75
Tablo 19: Eğitim Düzeyine Göre “Dağıtılmış Liderlik” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri.....	76
Tablo 20: Eğitim Düzeyine Göre “İş Stresi” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri	77

Tablo 21: Eğitim Düzeyine Göre “Fonksiyonel Kalite” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri.....	78
Tablo 22: Eğitim Düzeyine Göre “Teknik Kalite”ye İlişkin Grup İstatistikleri	79
Tablo 23: Eğitim Düzeyine Göre “İmaj Kalitesi”ne İlişkin Grup İstatistikleri	80
Tablo 24: Mesleğe Göre “Dağıtılmış Liderlik” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri	81
Tablo 25: Mesleğe Göre “İş Stresi” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri.....	82
Tablo 26: Mesleğe Göre Fonksiyonel Kalite” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri	83
Tablo 27: Mesleğe Göre “Teknik Kalite”ye İlişkin Grup İstatistikleri.....	84
Tablo 28: Mesleğe Göre “İmaj Kalitesi”ne İlişkin Grup İstatistikleri	85
Tablo 29: Mesleki Deneyim Süresine Göre “Dağıtılmış Liderlik” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri	86
Tablo 30: Mesleki Deneyim Süresine Göre “İş Stresi” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri.....	87
Tablo 31: Deneyim Süresine Göre “Fonksiyonel Kalite” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri.....	88
Tablo 32: Mesleki Deneyim Süresine Göre “Teknik Kalite”ye İlişkin Grup İstatistikleri.....	89
Tablo 33: Mesleki Deneyim Süresine Göre “İmaj Kalitesi”ne İlişkin Grup İstatistikleri.....	89
Tablo 34: Korelasyon analizi	91
Tablo 35: İK Boyutunun Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri	94
Tablo 36: İK Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri.....	96
Tablo 37: İK Boyutunun İş Ortamı Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri.....	98
Tablo 38: Yönetmel Boyutun Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri	102
Tablo 39: Yönetmel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri	104

Tablo 40: Yönetmel Boyutun İş Ortamı Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri.....	106
Tablo 41: Destek Boyutunun Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri.....	109
Tablo 42: Yönetmel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yüğü Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri.....	111
Tablo 43: Destek Boyutunun İş Ortamı Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri.....	113
Tablo 44: İK Boyutunun Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri	115
Tablo 45: İK Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yüğü Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri	116
Tablo 46: İK Boyutunun İş Ortamı Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri.....	118
Tablo 47: Yönetmel Boyutun Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri	120
Tablo 48: Yönetmel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yüğü Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri	121
Tablo 49: Yönetmel Boyutun İş Ortamı Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri.....	122
Tablo 50: Destek Boyutunun Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri	124
Tablo 51: Destek Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yüğü Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri.....	125
Tablo 52: Destek Boyutunun İş Ortamı Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri.....	127
Tablo 53: İK Boyutunun İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri	129
Tablo 54: İK Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yüğü Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri	130
Tablo 55: İK Boyutunun İş Ortamı Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri.....	131
Tablo 56: Yönetmel Boyutun İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri	133

Tablo 57: İK Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri	134
Tablo 58: Yönetmel Boyutun İş Ortamı Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri.....	136
Tablo 59: Destek Boyutunun İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri	137
Tablo 60: Destek Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri	139
Tablo 61: Destek Boyutunun İş Ortamı Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri.....	140



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Dağıtılmış Liderliğin Ortaya Çıkma Türleri.....	10
Şekil 2: Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli	19
Şekil 3: SERVQUAL Boşluk Analizi	22
Şekil 4: SERVQUAL Modeli	23
Şekil 5 Hizmet Kalitesi Dinamik Süreç Modeli.....	26
Şekil 6: Rust ve Oliver’ın Üç Bileşen Modeli	27
Şekil 7: Ö-T-Ç Hizmet Özellikleri Modeli	28
Şekil 8: Hizmet Kalitesi Öncüller Modeli.....	29
Şekil 9: Hizmet Kalitesinde Hiyerarşik Yaklaşım	30
Şekil 10: FAIRSERV Modeli	31
Şekil 11: Stres Tepki Modeli	33
Şekil 12: İş Stresi Modeli.....	43
Şekil 13: İş Stresi Genel Modeli	44
Şekil 14: Araştırma Modeli.....	51
Şekil 15: Araştırma Alt Değişkenlerine İlişkin Araştırma Modeli	52
Şekil 16: İK Boyutunun Fonksiyonel Kaliteye Etkisi.....	93
Şekil 17: İK Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisi.....	95
Şekil 18: İK Boyutunun İş Ortamı Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisi	98
Şekil 19: Yönetmel Boyutun Fonksiyonel Kaliteye Etkisi.....	101
Şekil 20: Yönetmel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisi.....	103
Şekil 21: Yönetmel Boyutun İş Ortamı Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisi...	105
Şekil 22: Destek Boyutunun Fonksiyonel Kaliteye Etkisi.....	108
Şekil 23: Yönetmel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisi.....	110
Şekil 24: Destek Boyutu İş Ortamı Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisi.....	112
Şekil 25: İK Boyutunun Teknik Kaliteye Etkisi	114

Şekil 26: İK Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yüğü Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisi	116
Şekil 27: Destek Boyutu İş Ortamı Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisi	117
Şekil 28: Yönetmel Boyutun Teknik Kaliteye Etkisi	119
Şekil 29: Yönetmel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yüğü Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisi	120
Şekil 30: Yönetmel Boyutun İş Ortamı Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisi	122
Şekil 31: Destek Boyutunun Teknik Kaliteye Etkisi	124
Şekil 32: Destek Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yüğü Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisi	125
Şekil 33: Destek Boyutunun İş Ortamı Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisi	126
Şekil 34: İK Boyutunun İmaj Kalitesine Etkisi	128
Şekil 35: İK Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yüğü Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisi	129
Şekil 36: İK Boyutunun İş Ortamı Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisi	131
Şekil 37: Yönetmel Boyutun İmaj Kalitesine Etkisi.....	133
Şekil 38: Yönetmel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yüğü Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisi	134
Şekil 39: Yönetmel Boyutun İş Ortamı Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisi	135
Şekil 40: Destek Boyutunun İmaj Kalitesine Etkisi.....	137
Şekil 41: Yönetmel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yüğü Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisi	138
Şekil 42: Destek Boyutunun İş Ortamı Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisi	139

KISALTMALAR LİSTESİ

DL: Dağıtılmış Liderlik

İK: İnsan Kaynakları

SPSS: Statistical Package Program for Social Science

AMOS: Analysis of Moment Structures

KMO: Kaiser Meyer Olkin

n: Örneklem Sayısı

Ort: Ortalama

SS: Standart Sapma

ANOVA: Analysis of Variance

ÖNSÖZ

Sağlık hizmetleri yapısı gereği diğer hizmet işletmelerinden daha farklı özelliklere sahiptir. Acil ve ertelenemezdir, bu nedenle, talep edildiği anda sunulması zorunluluktur. Ancak bunun yanında, hasta veya yakını ne talep edeceğini bilemez, hekim hastanın ihtiyacına göre tedavi planlar, ki bu da hizmetin özelliklerinden arzın talep yaratması ile ilişkilidir. Arz ve talep eş zamanlı gerçekleşir, hizmetin sunulması için hekim ile hasta bir arada olmalıdır. Stoklanamaz, saklanamaz, depolanamaz olmasından dolayı soyuttur ve kişiden kişiye göre değişebilir. Standardizasyonu sağlaması zordur. İşlevsel bağlılık vardır, sağlık hizmeti sunan bir işletmede birçok farklı meslek grubu vardır ve herkes işin bir ucundan tutmaktadır. Sağlık hizmetleri insan hayatıyla doğrudan ilgilidir ve sıralanan nedenlerden dolayı hizmet kalitesi göz ardı edilemez.

Emek yoğun özelliğe sahip olan bu işletmelerde temel hizmet sağlayıcılar sağlık personelidir ve sağlık hizmetlerinin özelliklerinden dolayı çok stresli bir ortamda çalışmaktadırlar. Bunun yanında, liderler, yöneticiler, ast-üst ilişkileri gibi örgütsel yapıyla ilişkili görevler ve roller mevcuttur. Özellikle liderlerin bu stresli ortamda hizmet kalitesini beklenilenin ötesine taşımayı destekleyerek sağlık çalışanları üzerinde etkili olmaları beklenmektedir. Bu çalışmada, stresli çalışma ortamında liderlerin hizmet kalitesi üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın, sağlık hizmeti planlanması, sunulması ve değerlendirilmesi süreçlerinde aktif rol alan sağlık çalışanlarına iş stresi, liderlik ve hizmet kalitesi konularında farkındalık yaratabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle, araştırma konuları üzerinde detaylı bir şekilde durulmuş ve araştırma sorusu kapsamında değerlendirmeler gerçekleştirilip geleceğe ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

Tez çalışması süresince bana her zaman bana destek olan danışmanım Sayın Prof. Dr. Nezh Metin ÖZMUTAF ve doktora tez izleme komitesi üyeleri Sayın Doç. Dr. Sedef EYLEMER ile Doç. Dr. Evrim MAYATÜRK AKYOL'a, akademik olarak her zaman yanımda olduğunu bildiğim ve her konuda bana desteğini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Özkan TÛTÛNCÛ'ye teşekkürü bir borç bilmekteyim. Son olarak, ilgi ve desteklerini her zaman bana hissettiren aileme çok teşekkür ederim.

İpek AYDIN

İzmir, 2018



GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmet ve kalitesi uzun zamandır hem ulusal hem de uluslararası düzeyde akademik ve pratik çalışmalara konu olmaktadır. Bunun en temel nedeni sağlık hizmetlerinde hata ve belirsizliğe yer olmamasıdır. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin pozitif dışsallık özelliğinden dolayı hasta bir birey diğerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle kaliteli sağlık hizmeti sunumu bireysel ve toplumsal düzeyde önemlilik arz etmektedir.

Sağlık hizmeti sunan işletmeler emek yoğun işletmelerdir. İnsan gücünün ön planda olduğu bu sağlık kurumlarında arz ve talep eş zamanlı gerçekleştiğinden hatanın daha sonra düzeltilme veya telafi edilmesi gibi bir durum da söz konusu değildir. Bunun yanında sağlık hizmetlerinde talebi arz belirlemektedir ve sağlık personeli hastanın teşhis, tedavi ve diğer hizmetlerinde doğrudan karar verici roledir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde insan gücü hizmet kalitesini belirlemede önemli bir sıradadır.

Temel amaç kaliteli hizmet sunumu olduğundan dolayı, insan gücünden kalitesiz hizmet sunumuna neden olabilecek faktörler belirlenmeli ve bu faktörler en aza indirilmelidir. Sunulan hizmetin özelliği dolayısıyla, strese neden olan faktörler oldukça fazladır. Stres faktörlerini belirlemek ve bunları ortadan kaldırmak hizmet kalitesi üzerinde etkili olabilir. Bunun yanında, sağlık hizmeti sunan işletmeler incelendiğinde matris yapıda işletmelerdir ve fonksiyonel bağlılık söz konudur. Bir hastanede çalışan idari personel hem müdür, hem de başhekim karşı sorumlu olabilmektedir. Bu nedenle, örgütsel anlamda da çalışan üzerinde stres yaratabilecek faktörler bulunmaktadır. Bu bağlamda, liderlerin iş stresi ile ilişkisinin hizmet kalitesi üzerinde etkisinin olup olmadığı çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır.

Bu doğrultuda çalışmanın birinci bölümünde liderlik kavramı, liderlik kuramları ve gelişimi, liderlikte yeni yaklaşımlar üzerinde durulmaktadır. Özellikle dağıtılmış liderlik (DL) ile ilgili yazın taraması yapılarak DL'nin temel özellikleri üzerinde durulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünde hizmet kalitesi kavramı, hizmet kalitesinin boyutları üzerinde durulmuştur. Buna ek olarak, hizmet kalitesi kavramının ortaya

atılmasından beri oluşturulmuş hizmet kalitesi modelleri ele alınmıştır. Bu modellerin, birbirleri ile benzer yönleri veya farklılaşan tarafları değerlendirilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde iş stresi kavramı üzerinde durulmuştur. Bu bağlamda, bireysel, örgütsel ve çevresel stres kaynakları incelendikten sonra, iş stresine yönelik oluşturulmuş modeller ele alınmıştır. Bu bölümün sonucunda ise iş stresinin bireysel ve örgütsel sonuçlarına yer verilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde, dağıtılmış liderliğin iş stresi kapsamında hizmet kalitesine etkilerini değerlendirebilmek amacıyla hastanelerden toplanan veriler analiz edilip bulgular yorumlanmıştır. Bu kapsamda, frekans analizleri, araştırma anketinde yer alan ölçme araçlarının geçerlilik ve güvenilirlik analizleri, örneklem grupları arasında farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek için t-testi ve ANOVA testi, değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve gücünü tespit edebilmek için korelasyon analizi ve son olarak dağıtılmış liderliğin iş stresi kapsamında hizmet kalitesine etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir.

Son bölümde ise çalışmadan elde edilen bulgular ve literatürde yer alan bulgular karşılaştırılmış ve tartışılmıştır. Tüm bu verilerle, araştırma kapsamında elde edilen sonuç, öneriler ve geleceğe yönelik araştırmalar değerlendirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

LİDERLİK VE DAĞITILMIŞ LİDERLİK

1.1 LİDERLİK KAVRAMI

Liderlik, işletmenin amacına ulaşabilmesinde çalışanları etkili bir şekilde motive edebilmesi için temel araçlardan bir tanesidir. Ancak genel olarak işletmede var olan yöneticiler atanan kişiler olduklarından her zaman liderlik vasıflarına sahip olmayabilmektedir. Gerçekleştirilen çalışmalar, liderliğin çalışanlar üzerinde etkisinin çok olduğunu gösterdiğinden son zamanlarda liderlik kavramına yapılan vurgu oldukça büyüktür.

Liderlik, bir görevi gerçekleştirirken çalışanların yardım ve desteğini alabilmek için sosyal etki sürecidir (Chemers, 1997: 1). Northouse (2013: 5) liderliği, ortak bir amacı gerçekleştirebilmek için bir grubu etkileme süreci şeklinde tanımlamıştır. Dimmock'a göre (2012: 7) ise liderlik sosyal etki sürecidir ve ahlaki kurallar çerçevesinde işletmenin paylaşılan hedeflere ulaşabilmesini sağlayan kapasiteyi geliştirmeyi amaçlamaktadır.

Çeşitli tanımlamalar çerçevesinde liderlik temel bileşenleri aşağıdaki şekilde ele alınabilir:

- (1) Liderlik sosyal bir etki sürecidir ve bu özellik liderliğin en temel bileşenidir.
- (2) Liderlik bir süreçtir, liderler ve çalışanlar arasındaki etkileşimi içermektedir.
- (3) Liderlik, ortak bir amaca ulaşabilmek için gerçekleştirilen etkinlikler bütünüdür.
- (4) Liderlik, ortak bir amacı temel almaktadır.

1.2 LİDERLİK KURAMLARI VE GELİŞİMİ

Filley ve House (1969) gerçekleştirdikleri çalışmalar doğrultusunda üç liderlik kuramını tanımlamışlardır. Bunlar; bireysel özellikler kuramı, davranışsal liderlik kuramı ve durumsal liderlik kuramıdır.

1.2.1 Liderlikte Bireysel Özellikler Kuramı

İlk olarak, liderliğin bireyin kendine has özellikleri doğrultusunda gerçekleştiği savunulmuştur. Başka bir ifade ile liderlik özelliklerinin sonradan değil, doğuştan geldiğini savunan bireysel özellikler yaklaşımı ortaya konulmuştur. Bu liderlik yaklaşımı, özellikle askeri ve idari yöneticilerin bireysel özellikleri incelenerek başlatılmıştır. Bu yöneticilerin ortaya çıkış biçimleri, etkileri ve başarıları değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu yaklaşıma göre lider niteliğinde olan kişiler belirli özelliklere sahip olarak doğmakta ve bu özellikler onların her zaman ve her yerde lider olarak çıkmalarını sağlamaktadır. Ancak bu görüş yerini, kişilerin liderlik özelliklerinin öğrenim ve tecrübe ile elde edilebileceği görüşüne bırakmıştır. Böylelikle, yaş, cinsiyet, yakışıklılık gibi özelliklerin yanında bilgi sahibi olma, samimi ve doğru olma, inisiyatif kullanabilme, ileriye görebilme, kendine güvenme ve güzel konuşma gibi özelliklerin de liderlikte etkili olduğu ortaya konmuştur (Şimşek ve diğerleri, 2014: 202-204).

1.2.2 Davranışsal Liderlik Kuramları

Davranışsal yaklaşıma göre liderlerin özelliklerinin yanı sıra onların nasıl davrandıkları da önemlidir. Liderlerin nasıl davrandıklarını belirlemeye yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda liderin çalışanlarla iletişimi, çalışanların görüş ve önerilerini dikkate alıp almaması, karar verirken onların fikirlerini de önemseyip önemsememesi, yetki devri yapıp yapmaması gibi davranışlar liderin etkililiğini belirlemede önemli unsurları oluşturmaktadır.

Liderlerin, etkili olan bireysel özelliklerinin dışında, onları lider yapan davranışsal özellikler de araştırılmaya çalışılmıştır. Diğer bir ifade ile liderliğin ne olduğu değil ne yaptığı belirlenmeye çalışılmıştır. Davranışsal liderlik kuramının temel noktası liderleri başarılı ve etkili yapan unsurların liderin bireysel özelliklerinden çok liderin liderlik yaparken gösterdiği davranışların ne olduğunun liderlikte etkili olduğudur (Şimşek ve diğerleri, 2014; 205-206).

1.2.3 Durumsal Liderlik Kuramları

Bireyin özellikleri ve davranışlarının da liderlik etkililiğini açıklamada yetersiz kalması sonucu durumsallık yaklaşımı ön plana çıkmıştır. Bu yaklaşıma göre liderlik davranışı koşullara ve duruma göre değişiklik gösterebilmektedir. İşletmenin faaliyet gösterdiği çevre, mevzuat, çalışanlar, teknoloji liderin davranışlarını etkileyebilmektedir.

İşletmelerin içinde buldukları dinamik çevre veya sektörel farklılıklar, liderlikle ilgili yeni yaklaşımların doğmasına ve liderlik davranışlarını daha iyi açıklamaya çalışan yeni düşüncelerin oluşmasına neden olmuştur. Son dönemde genel olarak bu yaklaşımlarla ilgili akademik çalışmalar gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Bu doğrultuda, bireysel özellikler ve davranış yaklaşımları destekleyen çalışmaların yanında örgüt kültürü, görevlerin özellikleri, yöneticilerin değer ve deneyimleri gibi değişkenlerin de liderlik üzerinde etkili olduğu görüşü ortaya konulmuştur. Buna göre, liderlerin, lider olmaları için tek bir özellikleri olmadığı gibi durumlara göre sergilenen tek bir liderlik tarzının olmadığı da ortaya konulmuştur. Bu kapsamda, liderliğin (Şimşek ve diğerleri, 2014: 210-212);

- Liderlerin kişiliği, geçmiş deneyimi ve beklentilerinden,
- Üst yöneticilerin beklentileri ve davranışlarından,
- Astların özellikleri, beklentileri ve davranışlarından,
- Görev gereklerinden, örgüt kültürü ve politikalarından,
- Akranların beklentileri ve davranışlarından etkilendiği öne sürülmüştür.

1.3 LİDERLİKTE YENİ YAKLAŞIMLAR

1.3.1 Karizmatik Liderlik Yaklaşımı

Karizmatik liderlik yaklaşımı, üyelerin motivasyon ve ihtiyaçlarını ele alan bir liderlik türüdür. Karizmatik liderlik, “değerlere dayalı, sembollerin kullanıldığı, duyguların ön planda olduğu” liderlik türü şeklinde tanımlanmaktadır (Antonakis ve diğerleri, 2016: 304). Bu liderlik türünde, liderin çalışanlarının kendi hedefleri ile ekibin hedeflerini örtüşürmeleri önemlidir.

Ekib üyeleriyle iyi ilişkiler geliştirmek ve üyelerin ihtiyaçlarını belirleyerek, ihtiyaçlar doğrultusunda planlama yapmak çalışanların motivasyonunu iyileştirebilir. Bu yolla çalışan ve örgüt hedefleri bütünleştirilebilir (Shamir ve diğerleri, 1993: 578). Lider, üyenin daha iyi performans göstermesini sağlayan bir anlam ve amaç duygusu yaratır. Motivasyon, geleneksel teşvik biçimleri yerine amaç ve anlam üzerine kuruludur.

1.3.2 İşlemci Liderlik Yaklaşımı

İşlemci liderlik (Transaksiyonel) çalışanların ne iş yaptıkları ve nasıl ödüllendirildikleri temeline dayanmaktadır. Burns (1978) tarafından ortaya konan yaklaşımda takım performansının nasıl ödüllendirdiği veya cezalandırdığı ve takımın performansı düştüğünde iyileştirmek için takımın nasıl yönetildiğine odaklanılmaktadır.

İşlemci liderlik modeli üç temel faktörü temelinde barındırmaktadır. Bunlar: istisnalarla aktif yönetim, koşullu ödüllendirme ve istisnalarla pasif yönetimdir (Harms ve Crede, 2010: 6). Koşullu ödüllendirme, nihai amaç ve gereksinimler üzerindeki liderlik rolünü ifade etmektedir. Çalışanlar görevlerini yerine getirdikleri için ödülle desteklenmektedir. İstisnalarla aktif yönetim, görevlerin olması gerektiği gibi tamamlanmasını sağlamak için liderin sürekli dikkatli ve uyanık olmasını vurgulamaktadır. Son faktör olan istisnalarla pasif yönetim ise, işletmedeki sorunların büyümesi ve kendi kendine çözülemeyecek duruma gelmesi durumunda liderin müdahalesini ifade etmektedir (Zargosek ve diğerleri, 2009: 148).

Dönüşümcü liderliğe kıyasla daha geleneksel bir liderlik şekli olan işlemci liderlik, belirli bir göreve gösterilen performans veya çaba düzeyine karşı verilen ödül veya ceza yöntemlerini içermektedir (Zargosek ve diğerleri, 2009: 149). Dönüşümcü liderliğin aksine, işlemci liderlik bireylerin daha çok nasıl çalışacağı için ilham kaynağı olmaya odaklanmaz, bunun yerine temel olarak görevlerin yerine getirilmesi hedefine öncelik vermektedir (Harms ve Crede, 2010: 7).

1.3.3 Dönüşümcü Liderlik Yaklaşımı

Burns (1978) ve Bass (1985) liderlerin çalışan davranışları üzerindeki etkilerini açıklamak için araştırma odağını işlemci liderlikten çok dönüşümcü liderlik üzerine dönüştürülmesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Dönüşümcü liderlik (Transformasyonel) modelinde liderlerin nasıl vizyoner olma, ilham verme ve motive etme gibi davranışları sergilediği açıklanmaktadır (Avolio ve diğerleri, 2009: 428). Bu kapsamda, dönüşümcü liderlik, yüksek hedeflere ulaşabilmek ve çalışanların olağanüstü çaba sarf ederek görevlerini yerine getirmeleri için çalışanlara ilham veren liderlik tarzı olarak açıklanabilir (Wu ve diğerleri, 2010: 90). Bu kapsamda dönüşümcü liderlik davranışları aşağıdaki şekilde ele alınabilir (Jansen ve diğerleri, 2009: 6):

- İdealleştirilmiş etki: Çalışanlar, liderin vizyonu ve değerlerini benimserler, liderle takdir edildiği, saygı duyulduğu ve güvenildiği derecede özdeşleşirler.
- İlham veren motivasyon: Çalışanlar, zorlu hedefleri gerçekleştirebilmek için liderler tarafından motive edilmişlerdir. Liderler, çalışanların görevlerindeki anlamlılık ve zorluğun, çalışanları motive etmesini ve vizyon oluşturmasını desteklemektedir.
- Bireyselleştirilmiş değerlendirme: Liderler her çalışanın farklılığına odaklanarak, ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak çalışanlarına destek vermektedirler. Çalışanların başarı ve yükselme ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmaktadırlar.
- Entelektüel teşvik: Liderler, her çalışanın zekasıyla ilişkili davranışlar sergilemektedirler. Liderler, problemleri sorgulayarak, yeniden yapılandırarak çalışanların yenilik ve yaratıcılık çabalarını desteklemektedirler.

Wu ve diğerleri (2010: 90) tarafından idealleştirilmiş etki ve ilham veren motivasyon davranışları grup odaklı, bireyselleştirilmiş değerlendirme ve entelektüel teşvik birey odaklı davranışlar kapsamında değerlendirilmektedir.

1.3.4 Otantik Liderlik Yaklaşımı

Otantik liderlik, dönüşümcü liderliğe göre daha kapsayıcı ve bireyselliğin ön planda olmadığı bir liderlik tarzını ifade etmektedir. Otantik liderlik ile ilgili çalışmalar ilk olarak Luthans ve Avolio (2003) ve George (2003) tarafından gerçekleştirilmiştir. Avolio ve diğerleri (2009: 423) otantik liderliği, karar verme sürecinde bilginin paylaşılmasında açıklığın desteklediği ve çalışanların sürece dahil edildiği şeffaf ve etik liderlik davranış modeli olarak tanımlamaktadırlar.

1.3.5 Dağıtılmış Liderlik Yaklaşımı

Dağıtılmış liderlik (DL), son 15 yıldır ortaya konmuş bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Dağıtılmış liderlik, paylaşılan liderlik, kollektif liderlik, dağıtık liderlik kavramları ile benzerlik göstermektedir. Bu kavramların kullanımı sektörler ve ülkeler arasında farklılık gösterebilmektedir. Bunun yanında kavramlar arasındaki sınırları çizmek veya kavramlar arasındaki farklılıkları belirlemek pek de mümkün olmamaktadır. Dağıtılmış liderlik çalışmalarının çoğu eğitim alanında gerçekleştirilmiştir (Fitzsimons, ve diğerleri, 2011; Gronn, 2000; Harris, 2004). Ancak Currie ve diğerleri (2011) diğer kamu sektörlerinde de uygulanabilirliği ile ilgili çalışmalar gerçekleştirmişlerdir. Özellikle sağlık hizmetlerinde ve sosyal hizmetlerde işin yapısından ve mesleki zorluklardan dolayı dağıtılmış liderliğin uygulanmasının zor olduğu vurgulanmaktadır (Currie ve Lockett, 2011: 245). Bunun yanında, sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinden biri olan işlevsel bağlılık (Kiremitçi, 2009: 12) dağıtılmış liderliğin uygulanmasını kolaylaştırabilir, hatta büyük kazanımlar sağlayabilir.

Dağıtılmış liderlik kavramı ilk olarak Gronn (2000) tarafından ortaya konulmuştur. Gronn dağıtılmış liderliği, kaynaklara ulaşılabilirlik, karar verme ve hedef belirleme konularında liderlik görevlerinin paylaşılması olarak tanımlamıştır. Spillane ve diğerleri (2001: 25) DL'yi bireyler ve durumlara dayalı bir yaklaşım olduğunu ve liderlerle çalışanlar arasında etkileşimde arabuluculuk rolü olduğunu (Spillane ve diğerleri, 2011:161) vurgulamaktadır. DL'ye vurgu yapan diğer bir araştırmacı olan Fletcher (2004:648-650) ise DL'yi "kahramanlık ötesi liderlik" olarak ifade etmiş ve bu liderlik tarzının özelliklerini üç temel başlık altında ifade etmiştir:

1. Uygulamada liderlik,
2. Sosyal süreçlerde liderlik ve
3. Öğrenmede liderlik.

Uygulamada liderlik, bir işletmenin her bir düzeyinde liderliğin uygulanabileceğini belirtmektedir. Bir durumdan çok her an ortaya çıkabilecek olan süreci ifade etmektedir. Sosyal süreçlerde liderlikte ise bireyselliğe odaklanmaktan çok birbirine bağlı daha ilişkileri kuvvetli bireylere odaklanılmaktadır. Öğrenmede liderlik kapsamında ise, kahramanlık ötesi liderliğin demokratik karar verme sürecini desteklemesinden dolayı ekip üyeleri arasında daha olumlu etkileşimi destekleyebileceği görüşü hâkimdir (Fletcher, 2004: 649).

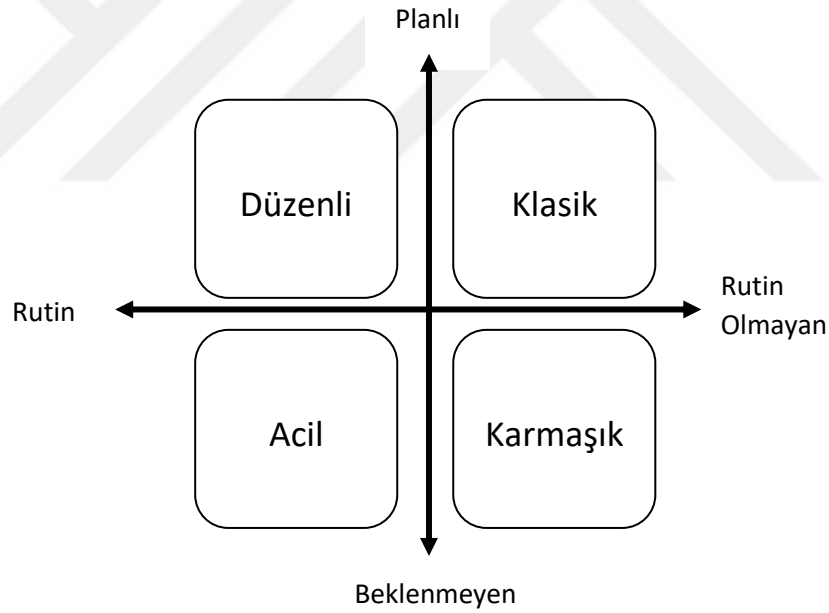
Genel olarak DL ile ilgili paylaşılan, katılımcı, genişletilmiş liderlik tarzlarını kapsayan bir liderlik tarzı olduğu düşüncesi vardır (Harris, 2009: 5); ancak DL bu liderlik tarzlarından daha fazla şeyi ifade etmektedir (Spillane, 2006, 14). Diğer bir hatalı algı ise DL'nin hiyerarşik liderlik tarzının tam zıttı olduğuna ilişkindir. DL ast-üst ilişkilerin vurgulandığı liderlik tarzlarından farklıdır; ancak formel veya informal liderlik uygulamalarında ast-üst ilişkisinin olduğu işletmelerde de uygulanabilmektedir (Harris, 2009: 5). DL, çalışanı güçlendirmeyi ve çalışanın liderleri temsil ettiği bir yapıyı desteklemektedir; ancak delege liderlik tarzında olduğu gibi genellikle yönetici tarafından kontrol edilmemektedir.

Dağıtılmış liderlik yaklaşımı üç farklı biçimde karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan ilki kendiliğinden oluşan işbirlikleridir. Bu işbirliğinde iki veya daha fazla kişi bireysel deneyimlerini birleştirirler ve sonuca ulaştıklarında bu işbirliği dağılmaktadır. İkincisi, iki veya daha fazla çalışanın karşılıklı güvene dayalı yakın bir çalışma ilişkisi geliştirdiği sezgisel çalışma ilişkileridir. Son olarak, kurumsallaşmış işbirliği, oluşturulan işbirliklerinin biçimsel bir formatta gerçekleştirilmesidir. Bu uygulama biçimleri dağıtılmış liderliğin kurum kültürüne entegre edilmesine yardımcı olmaktadır (Gronn, 2002: 431).

1.3.5.1 Dağıtılmış Liderliğin Oluşma Şekilleri ve Boyutları

Bolden'a göre (2011: 251) dağıtılmış liderlik yaklaşımını diğer liderlik yaklaşımlarından ayıran en temel özellik biçimsel yetkilerin dışında biçimsel olmayan ve bir anda ortaya çıkan yetki biçimlerini de kapsayan liderlik konusunda sistematik bir bakış açısı geliştirmesidir. Bu liderlik yaklaşımı, toplu olarak gerçekleştirilen, sorumluluğun paylaşıldığı, işbirliğine dayanan, her an ortaya çıkabilen farklı özellikleri içermektedir. Bolden tarafından vurgulandığı gibi, liderlik tek bir kişinin elinde ve sorumluluğunda olmayıp, toplum için ortak ihtiyaçların belirlendiği sosyal bir süreçtir (Bolden, 2011: 252).

Şekil 1: Dağıtılmış Liderliğin Ortaya Çıkma Türleri



Kaynak: Thrope ve diğerleri, 2011:243

Thorpe ve diğerleri (2011: 246) dağıtılmış liderlik yaklaşımı modelinde dört boyut önermektedirler. Bu model iki boyutlu eksenle gösterilebilir. X ekseninde örgüt tarafından düzenlenen faaliyetlerin rutinden rutin olmayana doğru ilerleyen düzey gösterilmektedir. Faaliyetlerin rutin olması örgütte gerçekleştirilen faaliyetlerin rutin

veya beklenen faaliyetler olmasını ifade ederken, rutin olmayan faaliyetler ise, beklenmeyen, önceden tahmin edilemeyen, istem dışı gerçekleştirilen faaliyetleri ifade etmektedir. Rutin faaliyetlerde, çalışanlar tarafından faaliyetler kolay bir şekilde anlaşılabilirken, rutin olmayan faaliyetler kolay anlaşılammakta, öğrenilememektedir ve karmaşıklık söz konusudur. Y eksenini ise liderin beklenmedik ve planlanan faaliyetlerini temsil etmektedir. Planlanan liderlikte, çalışanlar liderlerini tanımaktadırlar. Beklenmeyen liderlikte ise çalışanlar başlangıçta liderlerinin kim olduğunu bilmemektedir.

Sol üst köşe görevlerin rutin olan ve liderlerin çalışanlar tarafından tanındığı alanı temsil etmektedir. Sağ üst köşede yer alan klasik bölümde çalışanlar tarafından tanınan bir lidere sahip ancak örgüt yapılandırmasında rutin olmayan durumların da sıklıkla görüldüğü bir alanı ifade etmektedir. Dağıtılmış liderliğin bu boyutunda örgütteki pozisyonların uygun ve verimli olmadığı durumlarda örgütsel planlamanın zayıf olduğu durumlarda çıkmaktadır. Dağıtılmış liderlikte liderlik tarzının rutinin dışında olması, beklenen liderlik davranışlarının etkilerine göre daha az motive edici ve ilham verici olabilir.

Sağ alt köşede yer alan dağıtılmış liderlik türü ise karmaşık liderlik türüdür. Örgütün belirli birimlerinde görülmektedir. Birimlerde yaşanan sorunun örgütün amaç ve hedefleriyle uyumlu olmaması durumunda bu liderlik türü oluşmaktadır.

Sol alt köşede yer alan dağıtılmış liderlik boyutu acil bölümünü ifade etmektedir. Örgütteki koşulların tutarlı ve sabit kaldığı klasik dağıtılmış liderlikten farklı olarak, günlük faaliyetlerin değiştiği organizasyonlarda acil dağıtılmış liderlik görülmektedir. Dağıtılmış liderliğin bu türü, olaylarda yüksek belirsizliklerin olduğu, değişikliklerin her an gerçekleşebileceği ve örgütü etkileyen kontrol edilemeyen faktörlerin olduğu organizasyonlarda olmaktadır.

Bunun yanında, dağıtılmış liderliğe ilişkin gerçekleştirilen tarama sonucunda yedi temel boyut ortaya konmuştur (ESHA, 2013: 17)

1. Örgüt Yapısı: Liderlerin rolleriyle ilişkili olarak karar verme süreçlerinde herkesin katılımına fırsat verilebilir. Resmi olmayan liderlik uygulanabilir ve mesleki gelişim desteklenebilir.

2. Stratejik Vizyon: Herkes için ortak değerlere sahip ortak bir vizyon oluşturulması, herkes tarafından bu vizyonun sahiplenilmesi ve öğrenen örgüt olmanın desteklenmesi örgütün hedeflerinden biridir.

3. Değerler ve İnançlar: Örgüt kültürü için temel değerler karşılıklı saygı, güven ve yüksek beklentilerdir. Bu örgütlerde hatalar cezalandırılmamakta, ancak bir öğrenme fırsatı olarak görülmektedir.

4. İşbirliği ve Dayanışma: Örgütlerde çıktılarının iyileştirilmesi, ortak hedefe ulaşılması ve sorunların çözülmesi için çalışanların işbirliği içinde çalışabilmeleri gerekmektedir. Bilgi herkes tarafından paylaşılmaktadır.

5. Karar verme: Çalışanlar, çalışmalarının içeriği ve organizasyonu ile ilgili kendi kararlarını vermek için yeteri kadar özgürdür. Çalışanlar verdikleri kararlarda kendilerine güven duymaktadırlar ve herkes işletmenin amaç ve beklentileri doğrultusunda karar almak için çabalar.

6. Sorumluluk ve hesap verebilirlik: Çalışanlar kendi performanslarından sorumlu tutulmaktadır. Bu örgütlerde çalışanlar statülerine bakılmaksızın diğer çalışanlara yardım etmekten kaçınmamakta ve çalışanlar örgütü geliştirmek için sürekli geribildirim vermektedirler.

7. İnisiyatif: Çalışanların uzmanlık alanlarına alınan kararlara katkıda bulunmaları ve inisiyatifler almaları beklenmektedir.

1.3.5.2 Dağıtılmış Liderliğin Faydaları

DL ile ilgili gerçekleştirilen çalışmaların daha çok, bu liderlik tarzının ilk önce okullarda ortaya çıkmasından dolayı eğitim-öğretim uygulamalarında gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu kapsamda, Leithwood ve Jantzi (2000:112) tarafından gerçekleştirilen çalışmada bu liderlik tarzının öğrenci katılımına ve öğretmen etkinliğine olumlu etkisi olduğu vurgulanmaktadır. Bunun yanında, Leithwood ve diğerleri (2007: 37) tarafından gerçekleştirilen çalışmada DL uygulamasının okuldaki örgütsel performansı da olumlu yönde etkilediğine yönelik bulgulara rastlanmıştır. Ancak bunun iki koşulu bulunmaktadır. Bunlardan ilki

beklenen liderlik görevini yerine getirirken gerekli bilgi ve uzmanlığa sahip olan kişilere sorumluluk dağıtılmalıdır. İkincisi ise, DL'nin planlı bir şekilde koordine edilmesi gerekliliğidir. Sonuç olarak DL'nin başarıyla uygulanması için gerekli olan iki kriter; yönetim yeteneği ve koordinasyondur.

Leithwood ve diğerleri (2008: 227) tarafından gerçekleştirilen diğer bir çalışmada DL'nin uzun vadeli kurumsal verimlilikte olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında, Harris (2013: 549), örgütlerini yeniden yapılandıranların, tasarlayanların, liderliğin dağıtıldığı örgütlerde yöneticilerin daha etkili olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada aynı zamanda, DL'nin daha fazla katılımı desteklediği ve bunun da daha iyi kurumsal performans ve sonuçlarla ilişkili olduğu vurgulanmıştır.

DL'nin ortaya çıkış amacı işletmelerin yapısının değişmesi ile ilişkilendirilmiştir. Hiyerarşik yapısı az olan işletmelerden, matris yapıda olan işletmelere, gittikçe karmaşıklaşan network yapıda işletmelere göre liderlik tarzları da değişkenlik göstermektedir (Thorpe ve diğerleri, 2011: 239-240). Leithwood ve diğerleri tarafından (2006: 55) gerçekleştirilen çalışmada hiyerarşik örgüt yapısına sahip olan işletmelerde DL yaklaşımının iyi uygulama örneği olduğuna ilişkin bulgular tespit edilmiştir.

DL'nin performans üzerindeki olumlu etkisi misyon ve hedeflerin daha iyi belirlenmesi ve yaygınlaştırılması, kaynak tahsisinin daha akılcı gerçekleştirilmesi, çalışanlar arasında katılımcı öğrenmenin desteklenmesi, yönetim ve süreçlere katılımın desteklenmesi, kaynak tahsisinde yer alma ve yeniliklere odaklama gibi göstergelerden elde edilebilmektedir (Heck ve Hallinger, 2010: 871)

İKİNCİ BÖLÜM

HİZMET KALİTESİ

2.1 HİZMET KALİTESİ KAVRAMI

Kalite, bir işletmede ekonomik yönden ilerlemek için en önemli gelecek planı olarak tüm sektörlerde kabul görmüştür. Uluslararası rekabetin yoğun bir şekilde yaşandığı yerlerde, stratejik avantaj ve rekabet üstünlüğü sağlamak için bir takım kalite geliştirme ve kontrol yöntemlerine başvurulmaktadır. Bunun en önemli nedeni işletmelerin, hizmet kalitesinin iyileştirilmesinin, günümüzün rekabetçi ekonomik ortamında işletmenin başarılı olabilmesi ve hayatta kalabilmesi için temel bir strateji olduğunu kabul etmeleridir. Bu yöntemler, işletmelerin mevcut durumlarını belirlemek ve gelecek için planlama yapabilmek amacıyla geliştirilmiştir ve işletmelere planlama yaparken önemli bir araç niteliği taşıyabilir.

Hizmet kalitesini yönetebilmek için işletmelerin kaliteyi ölçmeleri ve önemli müşteri çıktılarıyla ilişkisini analiz etmeleri gerekmektedir. İşletmelerin, elde ettikleri sonuçlarda başarılı olmak gibi bir hedefleri varsa kaliteli hizmet sunmaları kaçınılmazdır. İşletmenin kaliteli hizmet sunumu ile müşteri tatmini, sadakat ve olumlu imaj gibi elde edeceği sonuçlar arasında ilişki vardır (Verhoef, 2003: 30; Dagger ve diğerleri, 2007:123).

Kalite, kısaca hem iç müşterilerin hem de paydaşların ihtiyaçlarını karşılayarak kurumun amaç ve hedeflerine ulaşmasını sağlamanın bir aracı olarak tanımlanabilir (Tütüncü ve Küçükusta, 2007). Hizmet kalitesi, bir işletmenin müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da beklentilerinin ötesine geçebilme yeteneğidir ve hizmet kalitesinde önemli olan, müşterinin hizmetin nasıl algılandığıdır. Grönroos' a göre, hizmet sunan işletmeler gelecekte hedefledikleri hizmet kalitesi düzeyine ulaşabilmeleri için öncelikle; sundukları hizmetin müşteriler tarafından nasıl algılandığı ve değerlendirildiğini belirlemeleri gerekmektedir. Bunun yanında hizmet kalitesinin etkilendiği faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Grönroos, 1984: 36).

Literatürde hizmet kalitesi ile ilgili tanımlar müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin ne derecede karşılandığına odaklanmaktadır (Grönroos, 1984: 36; Kasper ve diğerleri, 2006:183; Yoo ve Park, 2007: 912; Bateson ve Hoffman, 2011: 327). Bunun yanında, hizmet kalitesi ile ilgili yapılmış olan tanımlarının çoğunun; müşterilerin hizmeti almadan önceki beklentilerinin, söz konusu hizmeti aldıktan sonra, hizmetin performansına yönelik oluşacak algılarının yönü ile karşılaştırması konusuna odaklandığı görülmektedir (Parasuraman ve diğerleri, 1988: 12-40; Parasuraman ve diğerleri, 1994: 111-124; Gronroos, 1984: 36-44). Beklentiler, bireysel normlara, değerlere, isteklere ve ihtiyaçlara dayanmaktadır ve bu nedenle çok bireyseldir. Müşteri beklentileri, kalitenin değerlendirilmesinde müşteriler tarafından inanılan standartlar veya kalıpların olarak tanımlanabilir (Wilson ve diğerleri, 2008: 155). Bu beklentilerin hizmeti sunan tarafından karşılanıp karşılanmadığı, algılanan hizmet kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Bateson ve Hoffman, 2011:327). Hizmet sunumu tamamen aynı olsa bile, iki birey arasındaki beklentilerin aynı olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. Gelir düzeyleri, eğitim düzeyi veya yapmayı istedikleri hedefler gibi kişisel durumların değiştirilmesi, bireyin zaman içindeki beklentilerini de değiştirebilir.

2.2 HİZMET KALİTESİ BOYUTLARI

Hizmet kalitesi boyutlarını açıklamaya çalışan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Gronroos bir hizmetin toplam kalitesinin üç bileşenden oluştuğunu açıklamıştır. Bu bileşenler; teknik kalite, işlevsel kalite ve firma imajı olmaktadır. Teknik kalite müşterinin hizmetten ne elde ettiğidir. İşlevsel kalite ise müşteriye nasıl hizmet edildiği anlamına gelmektedir. Firma imajı ise müşteri gözünde firmanın etki derecesidir. Teknik kalitenin ölçülmesi işlevsel kaliteye göre daha kolay olmaktadır. Teknik kalite; kaliteyi güvence sistemine bağlı olarak, prosedürlerin, iş ve görev tanımlarının, talimatların ve bunun sonucunda yöntem ve tekniklerin uygulanmasıdır. Örneğin bir sağlık kurumunun MR cihazı alması, buna bağlı olarak prosedür ve talimatları oluşturup onu düzenli bir kullanıma açması, teknik kalitenin artırılmasına yöneliktir. Ancak teknik kalitenin hastalar gözünden değerlendirilmesi zordur. Hastalar ve yakınları sağlık personelinin onlara karşı davranışları, fiziksel özellikleri

veya otoparkla ilgili sıkıntıları değerlendirebilirken, hastaya sunulan tedavinin kalitesini değerlendirememektedir. Ancak, işlevsel kalitenin de, yani müşteriye nasıl hizmet edildiğinin objektif olarak ölçülmesi, standartlaştırılması ve sistematikleştirilmesi daha zor olmaktadır. Örneğin, sağlık personelinin hastayla etkileşimini kontrol etmek zordur. Ayrıca işlevsel kalite hastanın önyargılarından, algılamalarından daha çok etkilenmektedir.

Sasser ve diğerleri (1978) tarafından hizmet performansının üç boyutu belirlenmiştir. Bunlar; tesisler, çalışanlar ve materyal düzeyi olarak açıklamışlardır. Başka bir deyişle, hizmet kalitesi ulaşılan sonuçtan çok daha fazla şeyi içermektedir. Yalnızca sonuçlara değil süreçlere ve süreçleri gerçekleştiren çalışanlara da odaklanmaktadır. Sasser ve diğerleri tarafından belirlenen hizmet kalitesi boyutlarından materyal düzeyi; hizmet sunarken kullanılan malzeme özelliklerini ifade etmektedir. Tesisler boyutu ise; hizmetin üretildiği fiziksel mekanları ile, araç-gereç gibi olanakları ifade etmektedir. Diğer bir boyut olan çalışanlar ise, hizmet sunan çalışanların, tutum ve davranışlarını içermektedir (aktaran Uyguç, 1998: 36).

Lehtinen ve Lehtinen'in (1982: 26) hizmet kalitesi hakkındaki temel düşünceleri hizmet kalitesinin, hizmet örgütünün bileşenleri (elemanları) ve müşteri arasındaki etkileşimden doğduğu üzerinedir. Lehtinen çalışmalarında üç farklı kalite boyutu kullanılmıştır. Bunlar; fiziksel kalite, firma kalitesi ve etkileşim kalitedir. Fiziksel kalite hizmetin fiziksel yönlerini kapsamaktadır. Fiziksel kaliteye binalar, donanım, tesisler örnek verilebilir. Firma kalitesi şirketin imajını ya da profilini yansıtmaktadır. Etkileşim kalitesi ise, müşteriyle ilişkide bulunan personel ile müşterilerin, aynı zamanda müşterilerin de diğer müşterilerle ilişkilerinden türemektedir.

Hizmet kalitesinin hangi çerçevede ve nasıl değerlendirileceği konusunda gerçekleştirilen araştırmalar kapsamında genel kabul görmüş olan çalışma Parasuraman ve arkadaşları tarafından 1985 yılında gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda, hizmet sektöründe yer alan işletme yöneticileri ile görüşmeler gerçekleştirilmiş ve sonuç olarak da hizmet kalitesini değerlendirirken göz önünde bulundurulması gereken 10 boyut ortaya konmuştur. Bu boyutlar şöyle sıralanabilir (Parasuraman ve diğerleri, 1985: 47):

- Güvenilirlik; hizmetin üretimi sırasında elde edilen performansın tutarlı olması anlamına gelmektedir. Bunun yanında sunulan hizmetin ilk defada doğru ve tam şekilde sunulması anlamına gelmektedir. Bir işletmenin verdiği sözleri tutması ve hizmeti sunmayı taahhüt ettiği şekilde sunması konularını kapsamaktadır.
- İsteklilik; çalışanların hizmeti sunmak için hazır ve istekli olmasını ifade etmektedir. Bunun yanında, hizmetin zamanında sunumu da bu boyut kapsamında değerlendirilmektedir. Örneğin, bir hasta randevu saatinde hastaneye gelip bir saat doktorla görüşmeyi bekliyorsa, hizmetin zamanı sunulmamasından dolayı hasta olumsuz izlenime sahip olacak ve beklentilerini karşılamayan bir hizmet sunumu yaşamış olacaktır.
- Yetkinlik; hizmetin sunumu sırasında sahip olunan bilgi ve beceriyi ifade etmektedir. Örneğin, sağlık hizmeti almak için hastaneye giden bir kişinin hekimler tarafından tıbbi hizmetlerinin karşılanması ve hemşireler tarafından ise bakım hizmetlerinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir.
- Ulaşılabilirlik; hizmet sunumu sırasında kolay ulaşmayı ifade etmektedir. Örneğin bir hastanenin şehrin ortasında olması, ulaşım araçlarına yakın olması, çağrı merkezinin olması veya çalışma saatlerinin sürekli olması hizmetin ulaşılabilirlik özelliğine örnek olarak gösterilebilir.
- Nezaket; hizmet sunumu sırasında ilişki içinde bulunan çalışanların saygısı, kibarlığı, nezaketi, hoşgörüsü bu kapsamda değerlendirilebilir. Örneğin, hastanenin çağrı merkezinde çalışan görevlinin ses tonu, kullandığı üslup, gösterdikleri nezaket ve yardımseverlik bu özelliğe örnek olarak gösterilebilir. Bunun yanında, çalışanların, fiziksel olarak temiz olması da bu özellik kapsamında değerlendirilebilir.
- İletişim; hizmet sunumu öncesi, sırası ve sonrasında karşılaşılan çalışanlarla olan iletişimin açık, anlaşılır ve net olmasını ifade etmektedir. Örneğin, sağlık hizmetinden yararlanmaya gelen bir hasta ile doktor arasındaki iletişim bu kapsamda değerlendirilebilir. Doktorun hastanın anlamayacağı şekilde tedavi süreci ile ilgili bilgilendirme

yapması iletişim özelliğine uygun bir durum değildir ve hastanın algıladığı hizmet kalitesini etkilemektedir.

- İtibar; hizmete duyulan inancı ve hizmet sunumunda dürüstlüğün ön planda tutulduğu hissini ifade etmektedir. Burada önemli olan konu işletme değil müşterinin çıkarlarının ön planda olduğunun müşteriye hissettirilmesidir. Bu kapsamda işletmenin ismi, itibarı gibi faktörler oldukça önemlidir.
- Güvenlik; hizmet sunumu sırasında müşterinin herhangi bir tehlike unsuru ile karşılaşmaması ve riskli durumlardan korunduğu anlamına gelmektedir. Bu kapsamda, sağlık hizmeti sunumunda hasta güvenliğinin sağlanması, örnek olarak gösterilebilir. Bunun yanında, sağlık hizmetlerinde oldukça hassas bir konu olan hasta mahremiyetinin sağlanması da güvenlik özelliği kapsamında değerlendirilebilir.
- Müşteriyi anlamak, bilmek; hizmet sunumu sırasında öncelikle müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda hizmet sunumunun gerçekleştirilmesini ifade etmektedir. Bu kapsamda, düzenli olarak müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin değerlendirildiği bir sistemin kurulması ve toplanan bilgiler çerçevesinde hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi bu özellik kapsamında değerlendirilebilir.
- Fiziksel varlıklar; hizmet sunumu sırasında kullanılan fiziksel imkanları içermektedir. Örneğin, sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirildiği hastanenin fiziksel özellikleri, ısı, ışığı, gürültüsü gibi özellikler bu kapsamda ele alınmaktadır.

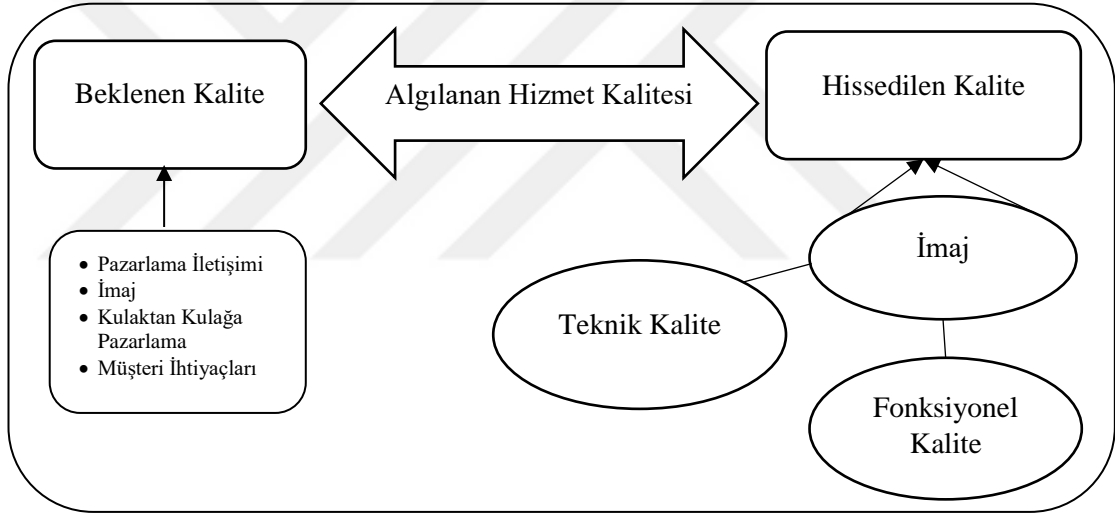
2.3 HİZMET KALİTESİ MODELLERİ

Sistematik bir yaklaşım çerçevesinde durum tespiti ve geleceğe yönelik planların yapılması aşamasında hizmet kalitesi modelleri işletmeler için yol gösterici nitelikte olabilir. Hizmet kalitesi modelleri, bir işletmenin hizmet kalitesini etkileme ve kalitesine etki eden faktörlerin belirlenmesi konusunda yararlı olabilir (Seth ve diğerleri, 2005:914). Bu kapsamda, modeller ve içerikleri aşağıda ele alınmaktadır.

2.3.1 Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli

Grönroos, hizmet kalitesi sağlamak amacıyla müşteriye dayalı bir sistemin oluşturulması gerektiğini savunmaktadır (Grönroos, 1984:36). Bu modelde hizmet kalitesini etkileyen faktörler temel faktörler ve ikincil faktörler olarak sınıflandırılmıştır. Modelde hizmeti sunan ve müşteri arasındaki etkileşim vurgulanmaktadır. Modelin temel prensibi hizmet kalitesinin, iki değişkenin karşılaştırılmasına dayandırılmasıdır. Bu değişkenlerden ilki müşterinin beklediği hizmet, ikincisi ise müşterinin algıladığı gerçek hizmettir. Bu iki karşılaştırmanın çıktısı ise algılanan hizmet kalitesini ifade etmektedir (Şekil 2).

Şekil 2: Grönroos Hizmet Kalitesi Modeli



Kaynak: Grönroos, 1988:12

Performans değerlendirmenin, çıktılarını ele alan teknik kalite boyutu ve süreçleri ele alan fonksiyonel kalite boyutu olduğu ileri sürülmektedir. Sadece bir hizmetin teknik boyutu değil, aynı zamanda hizmetin algılanması üzerinde bir etki yaratan bir hizmetin fonksiyonel boyutu da müşteri algısı üzerinde etkilidir. Bir hizmetin sonucu beklendiği gibi olabilir, ancak müşteri tarafından objektif bir şekilde değerlendirilmesi pek de mümkün değildir. Örneğin sağlık hizmetlerinde teknik kalite hekimin sunduğu hizmetin doğruluğu ile ilgilidir. Ancak hiçbir hasta kendisine sunulan hizmeti

değerlendirebilecek bilgi ve deneyime sahip değildir. Bu nedenle özellikle hizmet sektöründe teknik kalitenin müşteri tarafından değerlendirilmesi zordur.

Üçüncü boyut, olan kurumsal imaj, algılanan hizmet kalitesi üzerinde etkilidir. Teknik ve fonksiyonel kalitede olduğu gibi, fiyat, dış iletişim, ulaşılabilirlik, fiziksel özellikler ve hizmet sunan işletmenin çalışanlarının yeterliliği ve davranışları gibi birçok faktör bu imajı etkileyebilir (Ghobadian ve diğerleri, 1993:51). Grönroos'a göre eğer bir kişinin gözünde kurum imajı olumluysa, teknik ve fonksiyonel kalite ile ilgili yaşadığı bazı olumsuzlukları görmezden gelme eğilimde olacaktır. Ancak bu olumsuzluklar devam ederse kişinin düşüncelerinde olan olumlu kurum imajı bozulabilir. Bunun tam tersi olarak, olumsuz bir imaj algısının olması durumunda ise işletme ne kadar iyi hizmet sunarsa sunsun, müşterinin gözünde istediği noktada olamayabilir (Grönroos, 1988:12). Bu kalite boyutlarının birbiriyle olan ilişkisi göz ardı edilmemelidir.

Özellikle hizmet sektöründe teknik kalitenin değerlendirilmesinin zor olmasından dolayı, fonksiyonel kalitenin genel algılanan hizmet kalitesi üzerinde etkisi daha çok olabilir. Örneğin bir hastaneye girildiğinde yönlendirmelerin olması, güler yüzlü bir çalışanın olması, hastanenin kolay bir yerde olması ve ulaşım araçlarının çok olması, hizmet almak için çok sıra beklememek gibi özellikler hastalar tarafından değerlendirilebilen ve hizmet kalitesi üzerinde etkili olan unsurlar olarak değerlendirilebilir. Ancak bunun yanında kalite sadece bunlarla değerlendirilememektedir. Teknik hizmet kalitesinin olmadığı durumlarda genel hizmet kalitesinde söz edilememektedir. Örneğin bir hekim hastasını doğru bir şekilde tedavi edemiyor ve hasta iyileşemiyorsa teknik kaliteden bahsedemeyiz ve hastanenin fiziksel özellikleri, ulaşılabilirliği gibi fonksiyonel özellikler ne kadar tatmin edici olursa olsun bireyin gözünde olumlu bir hizmet kalitesi algısı oluşamayabilir.

Grönroos (1988:13) daha sonra hizmet kalitesinin nasıl algılandığına ilişkin gerçekleştirdiği çalışmada, olumlu hizmet kalitesinin altı kriter çerçevesinde değerlendirildiğini tespit etmiştir. Bu kriterlerden profesyonellik ve beceriler, sonuçlarla ilişkilidir ve algılanan hizmet kalitesi modelinin teknik kalite boyutu ile ilişkilidir. İtibar ve inanılır olma işletmenin kurum imajı ile ilgili özelliklerini ifade etmektedir. Tutum ve davranışlar, ulaşılabilirlik ve esneklik, güvenilirlik ve dürüstlük ve

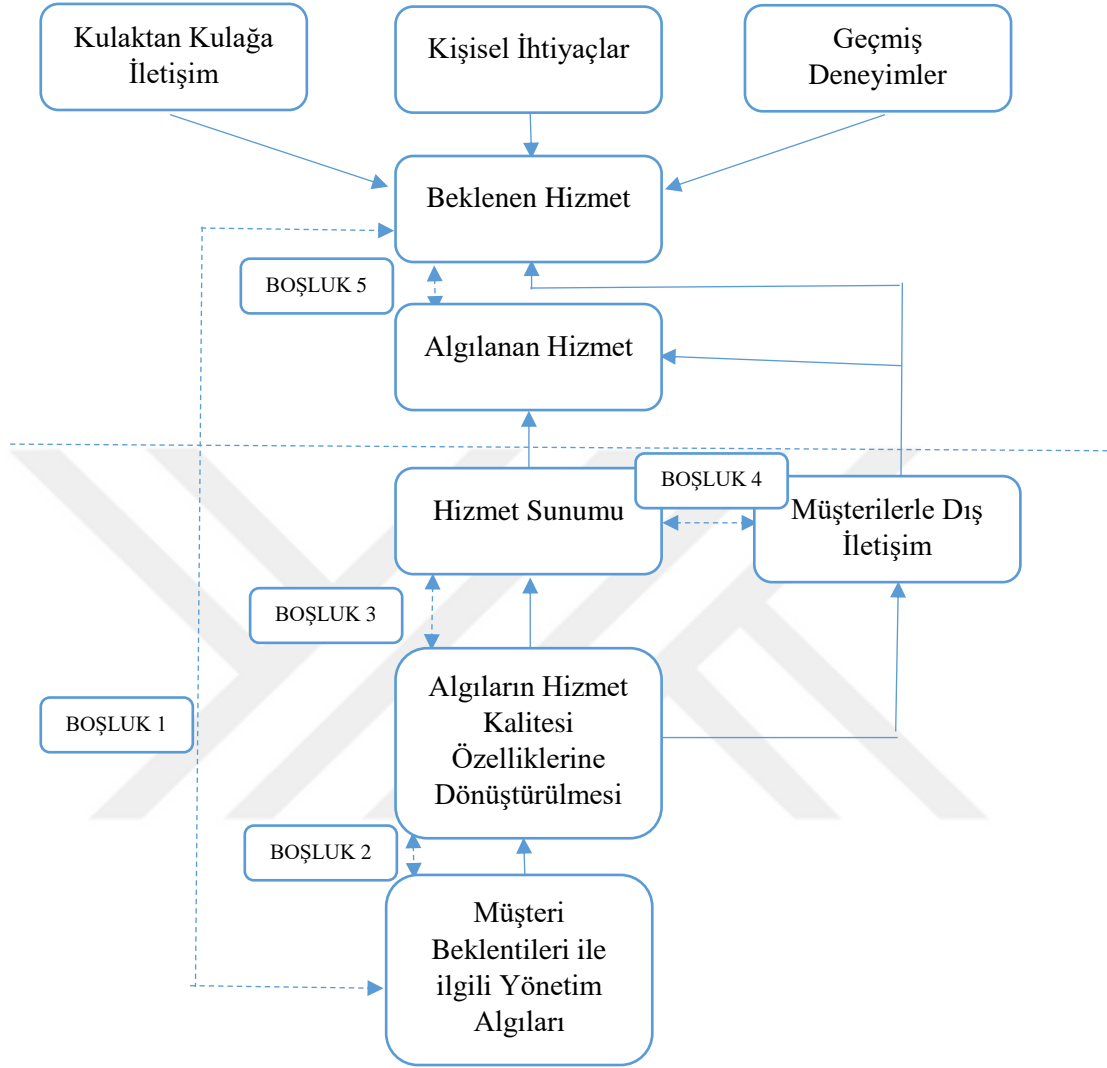
geri bildirim süreçlerle ilgili özellikleri ifade etmektedir ve hizmet kalitesi modelinde fonksiyonel kalite ile ilişkilidir (Grönroos, 1988:13).

Bu modele gelen bazı eleştiriler olmuştur (George ve Gibson, 1988:4). Bunlardan ilki teknik ve fonksiyonel kalitenin hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde tüm unsurları yeterince tanımlayamadığını ileri sürmektedirler. Modele yönelttikleri bir diğer eleştiri ise modelin, insan etkileşimine dayalı hizmetlere yönelik oluşturulmuş olması ve özellikle teknolojik öğeleri içinde barındıran hizmet işletmeleri için çok da uygun olamayacağı yönündedir.

2.3.2 SERVQUAL Modeli

SERVQUAL Modeli Parasuraman ve diğerleri (1984) tarafından hizmet kalitesini değerlendirmeye yönelik oluşturulmuş oldukça sık kullanılan bir modeldir (Bateson ve Hoffman, 2011:334; Kang ve diğerleri, 2002: 280; Kueh ve Voon, 2007:659). Modelde hizmet kalitesini ölçmeye yönelik olarak bir ölçek geliştirilmiştir. Bu ölçek dört farklı hizmet sektöründe yer alan üst düzey yöneticilerin görüşlerinden yararlanılarak oluşturulmuştur. Bu görüşmelerin sonucunda yönetimin sunduğu hizmet ile müşterilerin algıladıkları hizmet arasında boşlukların olduğu görüşüne varılmıştır. Bu boşlukların, hizmet kalitesinin iyileştirilmesinde önemli bir engel olduğu ileri sürülmüştür. Şekil 3'te Parasuraman ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş boşluk analizi yer almaktadır.

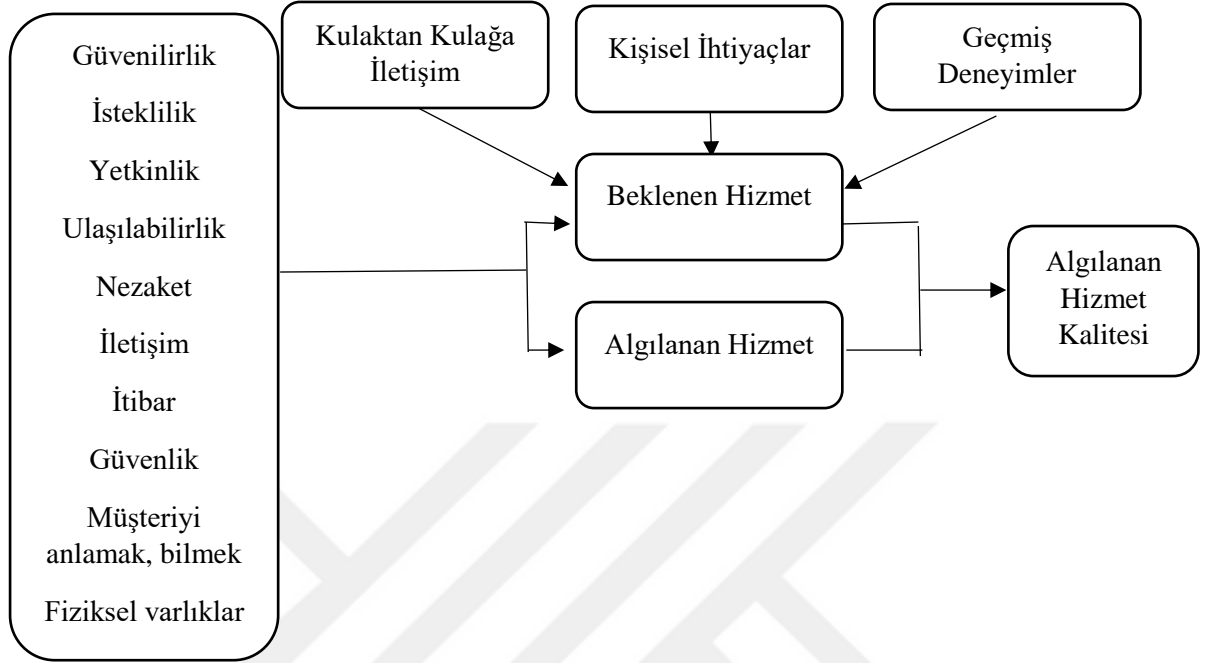
Şekil 3: SERVQUAL Boşluk Analizi



Kaynak: Parasuraman diğerleri, 1985:44

Hizmet kalitesini yönetebilmek için işletme yönetiminin, işletme ve müşteriler açısından beklentiler ve algılar arasında var olan boşlukları yönetmesi oldukça önemlidir (Zeithaml ve Bitner, 2003: 25). Bu boşlukların giderilmesi için hizmet kalitesinin değerlendirilmesine yönelik on boyut ortaya konmuştur. Bu boyutlar; güvenilirlik, isteklilik, yetkinlik, ulaşılabilirlik, nezaket, iletişim, itibar, güvenlik müşteriyi anlamak, bilmek ve fiziksel varlıklardır. Bu boyutlar doğrultusunda Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen model Şekil 4'te gösterilmektedir.

Şekil 4: SERVQUAL Modeli



Kaynak: Parasuraman ve diğerleri, 1985: 41-50

Parasuraman ve diğerleri tarafından geliştirilen hizmet kalitesi modelde hizmet kalitesi yerine “algılanan hizmet kalitesi” kavramı kullanılmaktadır (Parasuraman ve diğerleri, 1985: 41-50). Hizmetler soyut nitelikte olduğu için, hizmet kalitesi de soyut bir yapıya sahip olacaktır. Bu nedenle, hizmet kalitesi ile ilgili yazında hizmet kalitesi yerine çoğunlukla algılanan hizmet kalitesi terimi kullanılmaktadır (Uyguç, 1998: 27). Algılanan hizmet kalitesi, müşterinin hizmeti almadan önceki beklentilerinin ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini kıyaslamanın bir sonucu olup, müşterilerin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak değerlendirilmektedir. Beklentiler ise müşterinin hizmete ilişkin istek ya da arzularını ifade etmektedir. Beklenen hizmetle algılanan hizmet arasındaki ilişkiler şöyle olabilir (Parasuraman ve diğerleri, 1985: 41-50; Saat, 1999: 107-117):

- Müşterilerin beklenen hizmetin algılarının algılanan hizmet algılarından daha fazla olması durumunda, algılanan kalite tatmin edici olmayacaktır.
- Beklenen hizmet ile ilgili algıların algılanan hizmete eşit olması durumunda, algılanan kalite tatmin edici olacaktır.
- Algılanan hizmetin beklenen hizmetten fazla olması durumunda ise sunulan hizmetten memnuniyet çok üst düzeyde olacaktır.

Beklentilerin üzerinde hizmet sunabilmek için öncelikli olarak mevcut durumun belirlenmesi ve bu doğrultuda planlamanın yapılması gerekmektedir. Parasuraman ve diğerleri (1988) hizmet kalitesi ile ilgili müşteri algılarını ölçmek için oluşturdukları on temel boyuttan oluşan SERVQUAL modelini beş boyut altına toplayıp modeli güncellemişlerdir. Bu doğrultuda oluşan yeni modelin boyutları; güvenilirlik, cevap verebilirlik, güvenlik, fiziksel özellikler ve empati olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda model boyutları ile ilgili açıklamalar aşağıda yer almaktadır (Parasuraman ve diğerleri, 1986:14-15).

Güvenilirlik: Söz verilen hizmeti güvenilir ve doğru bir şekilde yerine getirme becerisidir.

Cevap Verebilirlik: Müşterilere yardım etme ve hızlı servis sağlama isteğidir.

Güvenlik: Çalışanların bilgi ve nezaketini, güvenilirliğini ve onlara olan itimadı ifade etmektedir.

Fiziksel Özellikler: Fiziksel imkanlar, ekipmanlar, yazılı materyaller ve çalışanların dış görünüşü ile ilgili özellikleri ifade etmektedir.

Empati: İşletmenin müşterisine gösterdiği bireysel ilgili ve özeni ifade etmektedir.

2.3.3 SERVPERF Modeli

Bazı araştırmacılar müşteri tatmininin algılanan hizmet tabanlı SERVQUAL tekniği ile ölçülmesinin sağlıklı sonuçlar vermeyeceğini savunmaktadırlar (Carman, 1990; Cronin ve Taylor, 1992; Teas, 1993). Cronin ve Taylor (1992) Parasuraman ve arkadaşlarının vardığı sonuçlara bazı eleştirileri vardır. Beklentiler-performans

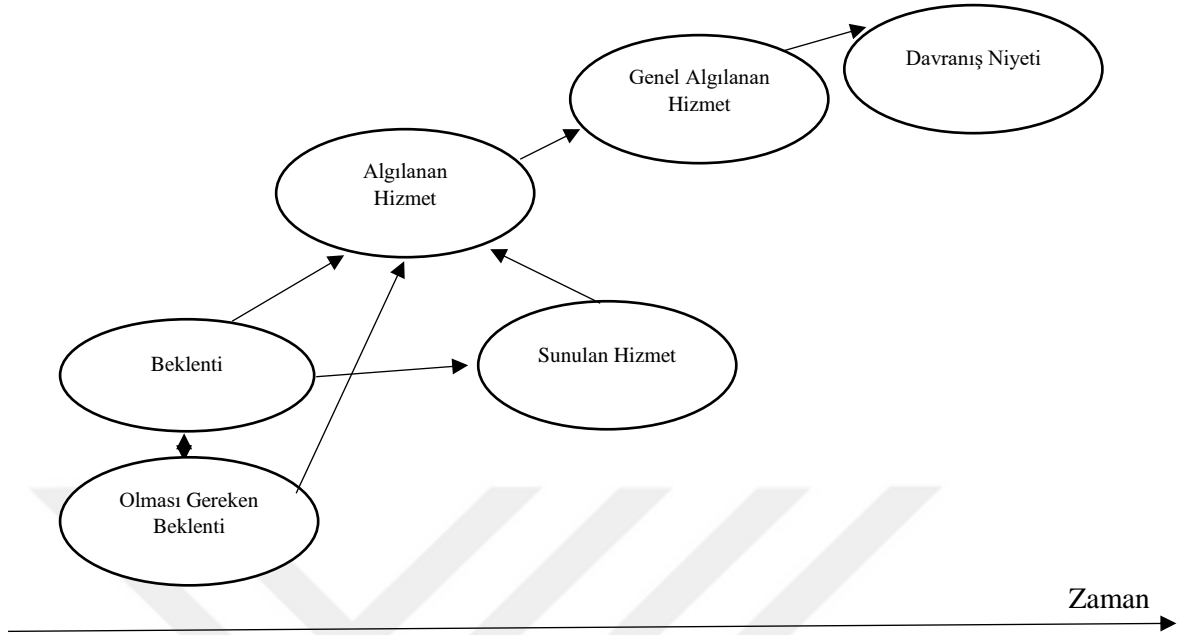
farkının hizmet kalitesinin ölçümünde temel olduğu şeklindeki tezi destekleyecek çok az kanıt olduğunu öne sürmüşler ve hizmet kalitesinin ölçümünde basit performans ölçülerinin üstünlüğünü gösteren çok sayıda çalışmaya değinmişlerdir.

Bu amaçla SERVQUAL'ın bir versiyonu olan SERVPERF'i test etmişler ve geliştirmişlerdir. Bu modelde SERVQUAL'de olan beklenti bileşeninin yerine performans bileşeninin kullanılmasının daha doğru olacağını ileri sürmüşlerdir (Jain ve Gupta, 2004). Bu yöntemde, SERVQUAL'deki müşterilerin beklenti ve algısı arasındaki fark yerine; doğrudan müşterinin hizmetten algıladığı performans ölçülmektedir. Özellikle, sağlık sektörü gibi, arzın talep yarattığı, hasta ve yakınlarının neyi talep edeceklerini bilemediği sektörlerde SERVPERF'in uygulanması daha doğru olabilir. Daha yüksek algılanan performans ya da başarı, daha yüksek hizmet kalitesi anlamına gelmekte ve modelin temelini oluşturmaktadır.

2.3.4 Dinamik Süreç Modeli

Bu modelde, müşterilerin hizmet kalitesi ile ilgili karar verme süreçleri ve karar sonucundaki davranışları hakkında bilgi sağlamaya yaramaktadır. Model, hizmet kalitesi algısının iki yönü olduğunu bunlardan ilkinin hizmet sunumu sırasında öncelikli beklentinin ne olacağı, ne olması gerektiği ve gerçekleşen hizmet sunumunun beklentileri karşılaması ile ilgilidir. Müşterilerin algı ve beklentilerinin zaman içinde değiştiğini ve bu nedenle modelin beklentiler, algılar ve amaçlanan davranışlar arasındaki ilişkileri netleştirip test edebilecekleri modelin temelini oluşturmaktadır (Boulding ve diğerleri, 1993:24). Bu doğrultuda model Şekil 5'te gösterilmektedir.

Şekil 5 Hizmet Kalitesi Dinamik Süreç Modeli



Kaynak: Boulding ve diğerleri, 1993:12

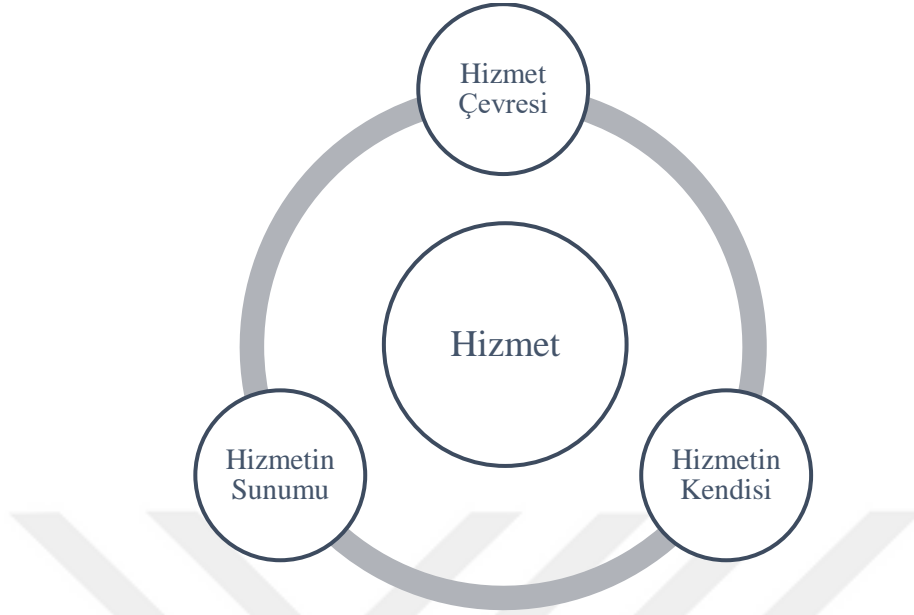
Boulding ve diğerleri (1993:25) modeli ampirik bir çalışma ile test ettikten sonra bir işletmede müşterilerin hizmet kalitesine yönelik algılarının yüksek olmasının çalışanların işletme yararına yönelik daha özveri ile çalışabileceklerini tespit etmişlerdir. Bu model ile hizmet sunanlar, müşteri beklentilerini ve hizmet sunumunun önemini daha iyi anlayabilmektedirler. Bunun yanında, hizmet sunumu ile ilgili yaptıkları değişimlerde müşteri algılarının da nasıl değiştiği ile ilgili geribildirim sağlayabilirler. Modeli kullanarak, zaman içinde beklentilerin nasıl ve hangi yönde değişeceğini ilişkin kestirimlerde bulunabilmektedirler.

2.3.5 Rust ve Oliver'ın Üç Bileşen Modeli

Bu model Rust ve Oliver tarafından geliştirilmiş ve hizmet kalitesini üç temel boyutta inceleyen bir modeldir (Şekil 6). Bu boyutlar (Rust ve Oliver, 1994: 4);

- Hizmetin kendisi (Hizmetin tasarlandığı şekliyle sunumu),
- Hizmetin sunumu (Hizmetin nasıl sunulduğu),
- Hizmet ortamıdır (Fiziksel özellikler).

Şekil 6: Rust ve Oliver'ın Üç Bileşen Modeli



Kaynak: Rust ve Oliver, 1994:4

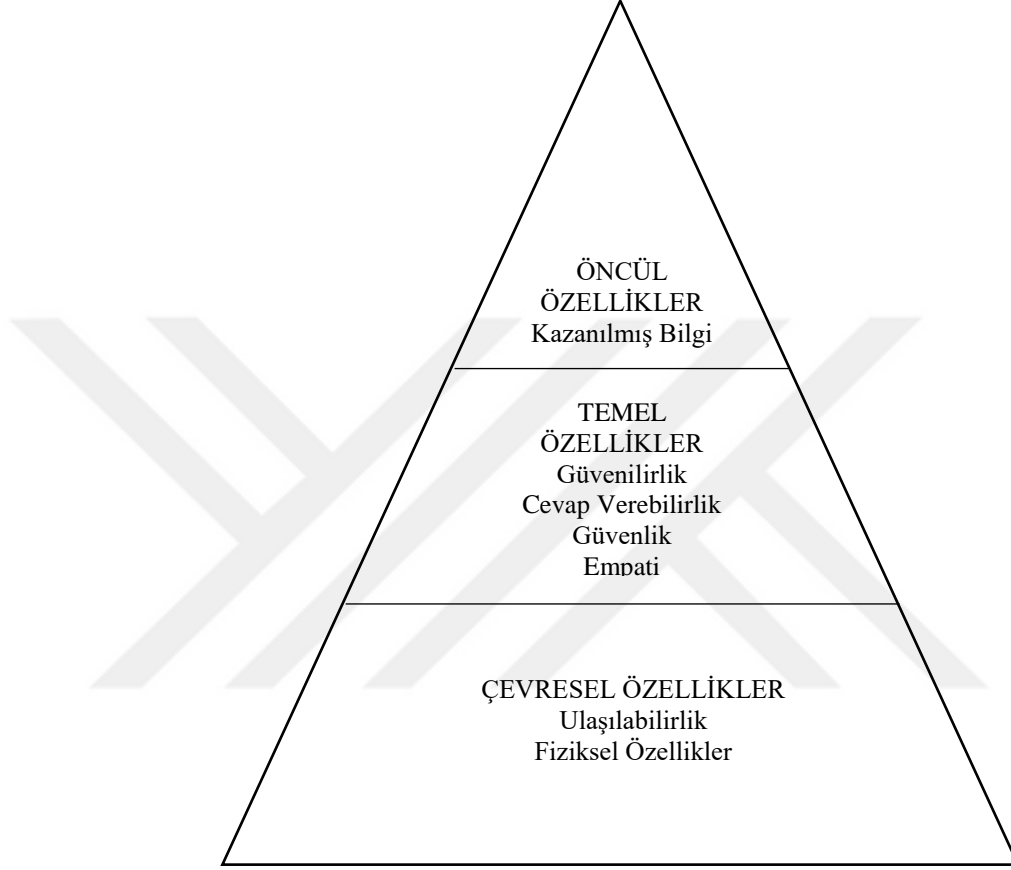
2.3.6 Ö-T-Ç Hizmet Özellikleri Modeli

Bu model de SERVQUAL Modeline yöneltilen eleştiriler üzerine oluşturulmuş ve SERVQUAL'in hizmet kalitesini değerlendirmede kritik noktaların tam olarak değerlendirilemediği düşüncesiyle geliştirilmiştir. Bunun yanında, beklenen ve algılanan hizmet arasında oluşan boşluğun ayrı iki ölçekle değerlendirilemeyeceğine yönelik olarak getirdikleri eleştiri doğrultusunda Philip ve Hazlett (1997:272-273) tarafından model oluşturulmuştur (Şekil 7).

Bu modelde öncül, temel ve çevresel boyut ismi altında oluşturulan hiyerarşik bir yapı önerilmektedir. Başka bir ifade ile bu hiyerarşik sıralama hizmet üretiminin girdileri, süreçleri ve çıktıları şeklinde ele alınabilir. Piramidin zirvesindeki en önemli özellik, müşterinin belirli bir hizmet işletmesinden hizmet satın almaya karar verirken hangi faktörlerin etkili olduğuyla ilgilidir. Bu öncül özellik, müşterinin hizmeti satın alma süreci tamamlandığında elde etmeyi veya almayı beklediği hizmeti ifade etmektedir. Temel özellikler boyutu müşteri, süreç ve örgütsel yapı aracılığıyla müşterilere karşı olan turum ve davranışları içermektedir. Hiyerarşik yapının en altında yer alan çevresel özellikler boyutu hizmet deneyimini tam olarak tatmin edici

bir hale getirebilmek için hizmetin yanında sağlanan özellikler olarak tanımlanabilir (Philip ve Hazlett, 1997:274).

Şekil 7: Ö-T-Ç Hizmet Özellikleri Modeli



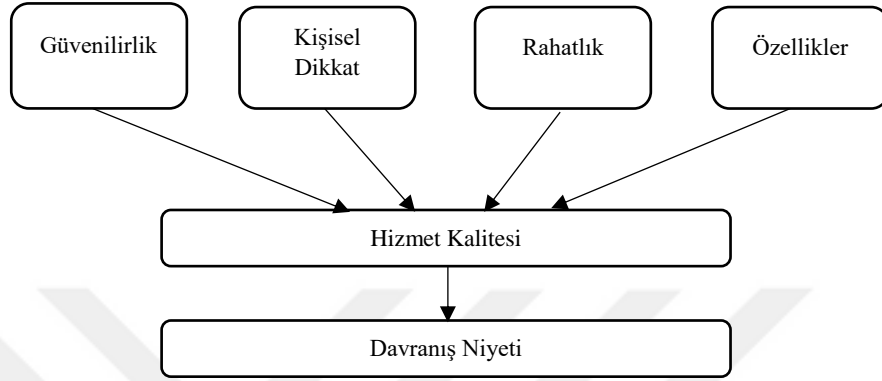
Kaynak: Philip ve Hazlett, 1997:279

2.3.7 Öncüller Modeli

Hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmalarda oluşturulan model boyutları ayrı bir yapı olarak görülmemiş, bütün olarak değerlendirilmiş ve hizmet kalitesinin değerlendirilmesi tüm bileşenlerin toplamı olarak kabul edilmektedir. Dabholkar ve diğerleri (2000:141) hizmet kalitesi bileşenlerinden daha çok hizmetin öncüllerinin önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. Modelde hizmet kalitesi ile ilgili faktörler ele alınmaktadır. Bu faktörler müşterilerin tatminleri ile ilgili davranışsal niyetleri ile ilişkili öncüllerdir. Müşteriler yalnızca hizmetle ilgili farklı bileşenleri değil aynı zamanda hizmet kalitesi ile ilgili genel bir

değerlendirme de yapmaktadırlar (Dabholkar ve diğerleri, 2000:166). Bu kapsamda Öncüller Modeli Şekil 8’de gösterilmektedir.

Şekil 8: Hizmet Kalitesi Öncüller Modeli

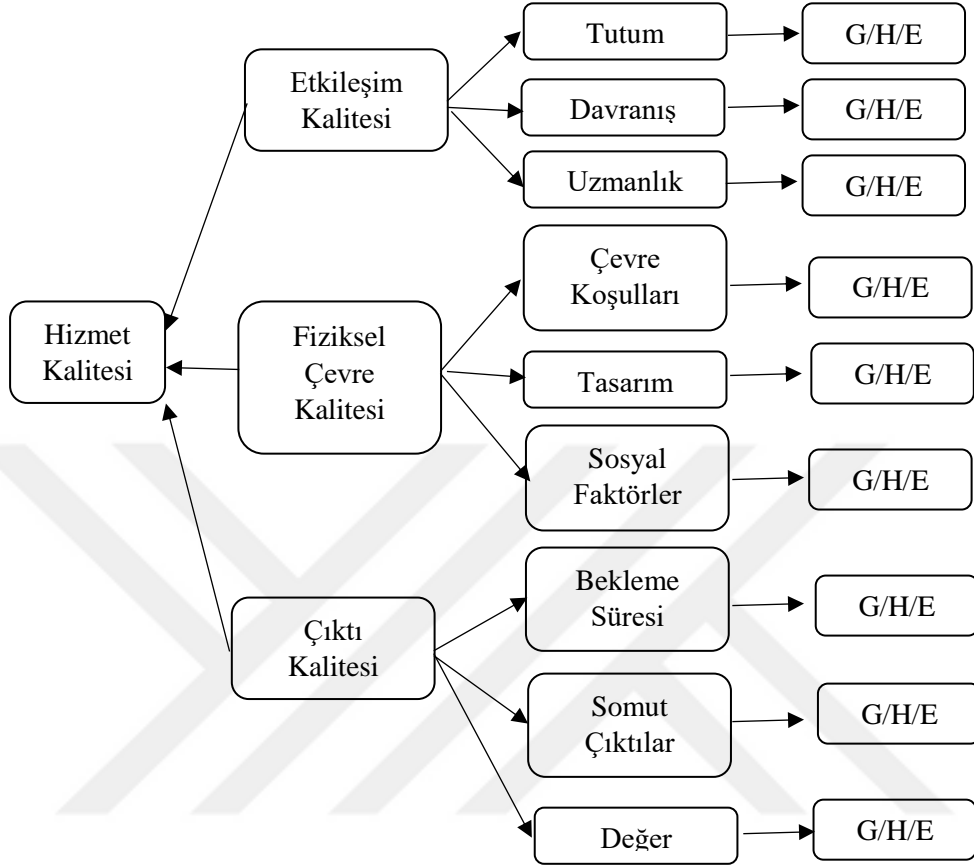


Kaynak: Dabholkar ve diğerleri, 2000:157

2.3.8 Hizmet Kalitesinde Hiyerarşik Yaklaşım

Bu modelle, hizmet kalitesinin çok boyutlu bir hiyerarşik yapı olduğu ortaya konmuştur (Brady ve Cronin, 2001:44). Araştırmanın ilk önemli bulgusu, müşterilerin hizmet kalitesi algılarının, sonuçlar, etkileşim ve çevresel kalite olmak üzere üç ana boyut çerçevesinde değerlendirilmesidir. İlk iki boyut Grönroos’un modelinden esinlenerek oluşturulmuştur. Üçüncü boyut ise kalite algısı üzerinde etki eden hizmet çevresini ifade etmektedir. Bu üç temel boyutun altında da üçer alt boyut belirlemişlerdir. Müşteriler bu alt boyutları değerlendirdikten sonra temel boyutla ilgili değerlendirme yapılmış olacaktır. Böylelikle hiyerarşik bir düzende hizmet kalitesine ilişkin değerlendirme gerçekleştirilmiş olacaktır (Brady ve Cronin, 2001:37). Her bir alt boyutu da açıklayan, güvenilirlik, heveslilik ve empati ile ilişkili 3 ifade yer almaktadır (Brady ve Cronin, 2001:37). Şekil 9’da Hizmet Kalitesinde Hiyerarşik Yaklaşım Modeli yer almaktadır.

Şekil 9: Hizmet Kalitesinde Hiyerarşik Yaklaşım



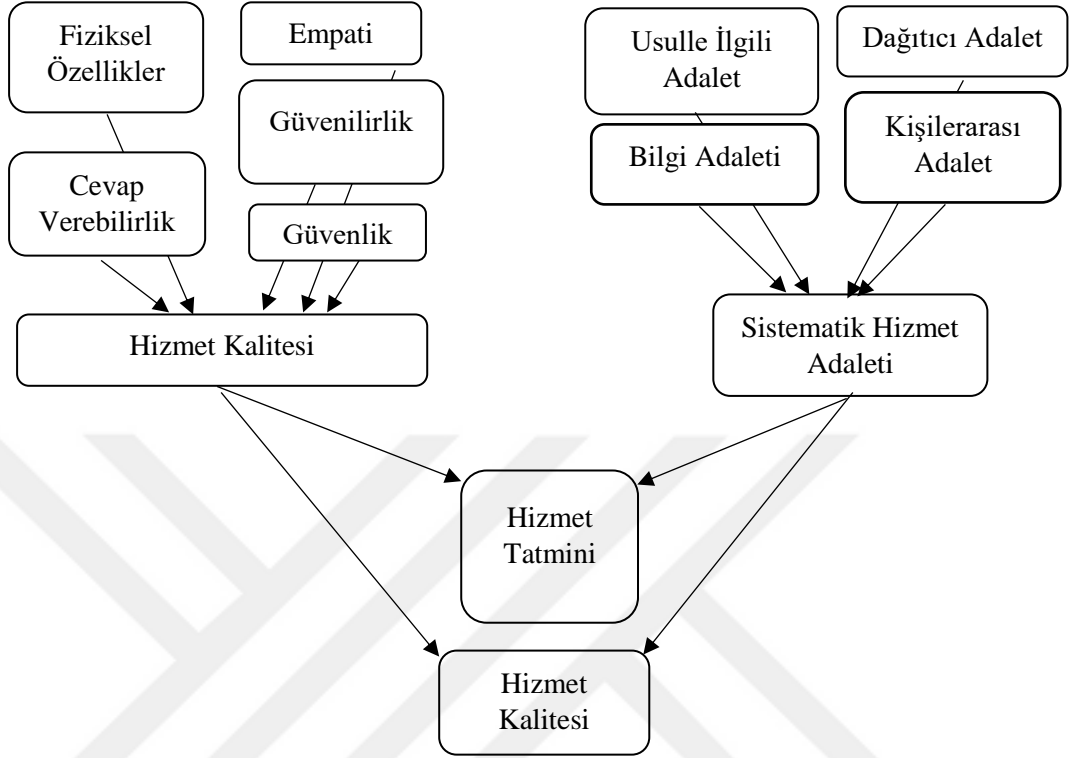
G= Güvenilirlik, H=Heveslilik, E=Empati

Kaynak: Brady ve Cronin, 2001:44

2.3.9 FAIRSERV Modeli

Bu model SERVQUAL Modelinin eşitlik teorisini göz ardı etmesi üzerine oluşturulmuş bir modeldir (Carr, 2007:108). Bu yaklaşıma göre müşteriler, diğer müşterilere sunulan hizmetle aynı hizmeti satın almak istemektedirler. Müşteriler bu nedenle yalnızca hizmet karşılaşmasının kalitesini değil, aynı zamanda hakkaniyetini de değerlendirmektedirler. Bu kapsamda müşteriler kullanılan kaynakların gereksiz yere kullanılması ve tutarsız şekilde kullanılmasını istememektedirler. Şekil 10'da FAIRSERV Modeli gösterilmektedir.

Şekil 10: FAIRSERV Modeli



Kaynak: Carr, 2007:110

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İŞ STRESİ

3.1 İŞ STRESİ KAVRAMI

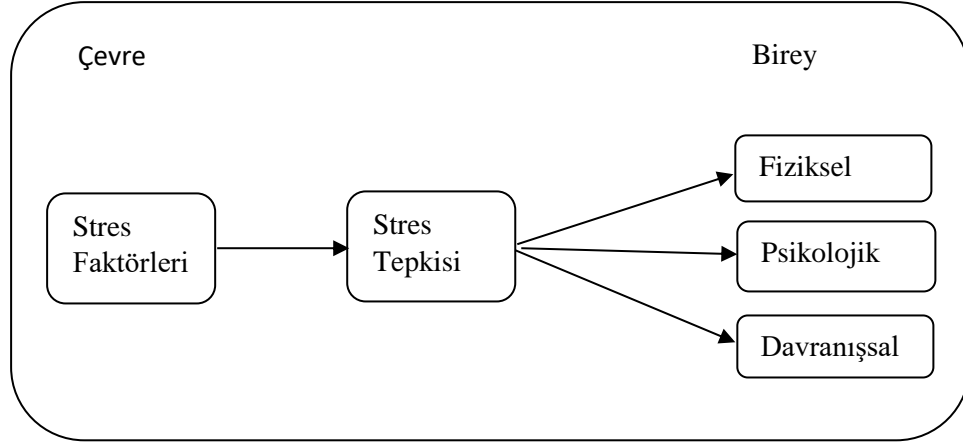
3.1.1 Stres Kavramı

İş stresi 1950'li yıllardan beri birçok çalışmaya konu olmuş bir kavramdır. Günümüzde de işletmelerin üzerinde durdukları önemli kavramlardan birisidir, çünkü yaşam biçiminin vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. İşletmelerin içinde buldukları çevre ve teknoloji, çok hızlı değiştiğinden sürekli adaptasyon sürecinde olan çalışanların üzerinde büyük bir baskı oluşturmaktadır. Rekabet üstünlüğü sağlamak, lider olmak, varlığını sürdürüp karlı bir şekilde çalışmayı hedefleyen işletmeler, değişime hızlı ayak uydurmak zorunda kalmaktadır. Bu değişim süreci çalışan üzerinde kaygı yaratmakta bu da stresi tetiklemektedir. İş stresi son dönemlerde örgütsel davranış konularının en önemlileri arasında yer almaktadır.

Sosyal bilimlerinde yer alan kavramlar gibi stresin de herkes tarafından ortak bir noktada buluşulmuş bir tanımı bulunmamaktadır. İlk olarak 1936 yılında Hans Selye stresi vücudun herhangi bir değişime karşı verdiği cevap şeklinde tanımlamıştır. Stres, esasen vücudumuzun her türlü talebe tepkisi ile ilgilidir. Cooper ve diğerleri de (1988) stresi, psikolojik veya fiziksel faktörlerin düzeyindeki istikrarsız değişimden dolayı birey üzerinde gerginlik yaratması şeklinde tanımlamışlardır. Tıbbi veya biyolojik bağlamda stres, bedensel veya zihinsel gerginliğe neden olan fiziksel, zihinsel veya duygusal bir faktördür (Palmer ve diğerleri, 2004: 2).

Stres, aile yaşantısı, iş çevresi, sosyal hayat gibi dışsal nedenlerden kaynaklanabileceği gibi hastalık veya tıbbi süreçlere bağlı içsel nedenlerden de kaynaklanabilmektedir. Genel anlamda stres, bir sonuç olarak görülmekte ve bağımlı değişken olarak ele alınmaktadır (Sutherland ve Cooper, 1990: 11). Bu durumda birey çevresel bir uyarana maruz kalmakta ve tepki vermektedir. Birey karşılaştığı çevresel uyaranlara karşı bir tepki vermekte ve bu tepki de fiziksel, psikolojik ve davranışsal olarak bazı sonuçlara yol açmaktadır. Şekil 11'de Stres Tepki Modeli gösterilmektedir.

Şekil 11: Stres Tepki Modeli



Kaynak: Sutherland ve Cooper, 1990: 11

Birey stres yaratan faktörlerle karşılaştığı zaman sağlığı üzerinde bir takım değişiklikler olmaktadır. Bu durumda birey stresten ya kaçmakta ya da mücadele ederek savaşmaktadır. Selye (aktaran Cotton, 1990: 41). Strese karşı verilen bu cevaba Genel Uyum Sendromu denilmektedir. Bu sendromun üç temel aşaması vardır (Cotton, 1990:41).

Alarm Evresi: Bu aşama bireyin strese sürekli olarak maruz kalması durumunda ortaya çıkmaktadır. Bu evrede vücut stres etkenine karşı mücadele etmek için kendisini hazırlamaktadır.

Direnç Aşaması: Stresin devam etmesi durumunda direnç aşaması gerçekleşir. Bu durumda alarm aşamasında yaşanan bireyi motive eden değişiklikler tersine çevrilmektedir. Bu aşama her ne kadar bireyin stresle baş ettiği aşama olarak görülse de stres kaynaklarına karşı direnme kapasitesi ile ilgilidir. Vücudun kaynaklarının tükenmesi ve stresi kaldıramaz duruma gelmesi, vücudun savunma mekanizmasını zayıflatmaktadır.

Tükenme Aşaması: Bireyin stresi aşırı düzeyde ve uzun süre maruz kalması, kaynakların tükenmesine neden olmaktadır. Kronik depresyon, enfeksiyonlara karşı direncin azalması gibi psikolojik ve fiziksel sonuçların yanında alkol kullanımı, sigara gibi davranışsal sonuçların oluşmasına da neden olmaktadır.

3.1.2 İş Stresi Kavramı

İş stresi, işletmenin genel üretim düzeyini düşürecek, çalışanların performanslarını doğrudan etkileyebilir. Stresle yaşamak çalışanlar üzerinde sıkıntı yaratmaktadır, bu da tükenmişlik düzeyinin artmasına, işe bağlılığın azalmasına, verimliliğin düşmesine ve iş süreçlerine katılımın azalmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle her sektördeki işletme için risk faktörlerini belirlemek ve her düzeyde iş stresini minimum düzeye getirmek önemli bir konudur. Bunun yanında çatışma, belirsizlik, aşırı iş yükü gibi mesleki stres faktörlerinin belirlenmesi mevcut stres düzeyinin belirlenmesi açısından daha iyi olabilir. Stres düzeyinin düşürülmesi, üretkenliğin artması ve işgücü devir hızının azalmasını sağlayacaktır (Caponetti, 2012: 28). İş stresi, bireyin kendinden beklenen rol ve görevleri yerine getirememesi sonucu ortaya çıkan olumsuz psikolojik, duygusal ve fiziksel reaksiyonlar olarak tanımlanabilir (Antonova, 2016: 10). İş veya mesleki stres birbirleri yerine kullanılabilen kavramlardır. İş stresi, çalışanın yetenek ve ihtiyaçları ile iş gereklerinin örtüşmemesi sonucu ortaya çıkan zararlı duygusal, fiziksel ve davranışsal tepkiler olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde iş stresi, hizmet sunumunu doğrudan etkileyebilecek bir unsurdur. Çalışanın fazla iş yükü, uzun çalışma saatleri, huzursuz bir çalışma ortamı, iş güvencesinin olmaması gibi mesleki faktörlerden veya kendi bireysel ve sosyal yaşantısında olan stres faktörlerinden dolayı sunduğu tedavi, bakım veya destek hizmetleri olumsuz etkilenebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin kendisine has özelliklerinden biri olan hata ve belirsizliklere karşı duyarlılığının fazla olmasından dolayı stres sağlık sektöründe maddi ve daha önemlisi manevi kayıplara neden olabilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde strese neden olan faktörlerin belirlenip ortadan kaldırılması veya minimum düzeye indirilmesi çok önemlidir.

3.2 STRES KAYNAKLARI

Stres kaynakları çevresel, örgütsel ve bireysel kaynaklar olmak üzere üç temel başlık altında incelenebilir.

3.2.1 Çevresel Stres Kaynakları

Sosyo-Kültürel Hayattaki Değişimler: Değişim hayatın vazgeçilmez bir gerçeğidir. Birey ve buna bağlı olarak toplum üzerinde etkili olmaktadır. Değişim, toplumsal hayatı, ilişkileri, sosyal ve kültürel yapıyı, bireylerin davranış biçimlerini, tutumları ve inançlarını değiştirebilmektedir. Bu da birey üzerinde olumlu veya olumsuz bazı etkilere yol açmaktadır. Bireyin değişime olan isteği, hazır bulunuşluğu, değişime ayak uydurabilme becerisi gibi faktörler, çevresel stres kaynaklarından bireyin etkilenme düzeyiyle ilişkilidir. Bunun yanında, örgüt içindeki çalışanların onları etkileyen toplumdaki değişimler stresi beraberinde getirmektedir (Sığırı, 2007: 180). Örgütün içinde bulunduğu çevrenin yapısı da örgütü yakından etkilediği için toplumda yaşanan bir değişiklik örgütü, örgütte yaşanan değişiklik ise dolaylı yoldan bireyi etkileyebilmektedir.

Ekonomik Hayattaki Değişimler: Ekonomik yönden yaşanan istikrarsızlıklar ve rekabet ortamının yoğunlaşması ekonomik yönlü stres kaynaklarının artmasına neden olabilir (Tsutsumi ve Kawakami, 2004: 2335). Örgütün içinde bulunduğu stresli ortam çalışanları da etkileyebilir. Bunun yanında sürekli enflasyonun artması bireylerin alım gücünü azalttığından dolayı, bireyleri mutsuz ve umutsuz bir duygusal duruma soktuğundan dolayı büyük bir stres kaynağı olabilir. Satın alma gücünün zayıflaması bireyleri farklı işlerde çalışmaya zorlayabilir. Bu da bireyin üzerindeki iş yükünü artıracığından dolayı fiziksel yönde olumsuzluklara yol açabilir. Aynı zamanda, bireyin ailesi ile olan ilişkilerin zayıflaması veya bozulmasına neden olabilir. Ekonomik hayattaki sıkıntılar ve istikrarsızlıklar toplumsa işsizlik gibi sonuçlara da neden olabilir. Bu da toplumun çalışma hayatı ile ilgili üzerinde hissettiği baskıyı artırabilir.

Teknolojik Değişimler: Teknoloji günümüzde çok hızlı bir şekilde değişmekte ve ilerlemektedir. Örgütler bu hıza ayak uydurmakta zorlanmakta ve büyük maliyetlere katlanmaktadır. Ancak, insan faktörü yerine makinenin kullanılması insan gücü kullanımını kısıtlamış ve örgütlerin istihdam ettiği çalışan sayısının azalmasına neden olmuştur. Bunun yanında, insan faktörünün de teknolojiyi öğrenmesi ve uygulaması gerekmektedir. Sürekli yeni teknolojinin öğrenilmesi ve uygulanması birey üzerinde stres yaratabilir.

Hukuki ve Siyasal Hayattaki Değişimler: Sıklıkla yaşanan hukuki ve siyasal hayatta değişimler toplumu ve dolayısıyla da bireyleri etkileyebilmektedir. Bu değişimler ve belirsizlikler insanlar üzerinde baskı unsuru oluşturabilir. Örgütlerin içinde bulunduğu sektör ile ilgili mevzuatın, yasal destek ve teşviklerin değişmesi, örgütü belirsizliğe sürükleyebilir. Bu kapsamda gelecek ile ilgili örgütün planlama yapmadaki sıkıntıları personel istihdamına da yansiyabilir. Bu da birey üzerinde stres yaratan bir unsur olabilir.

3.2.2 Örgütsel Stres Kaynakları

Sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturmak ve gelişmek için birçok risk faktörünü göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Çalışan kapasitesinin üzerinde olan talepler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Gerzina, 2014: 11).

- Yetersiz zaman veya kaynaklarla oluşturulan zaman baskısı.
- Zor koşullarda veya çok hızlı çalışmak,
- Gerçekleştirilmesi zor hedeflerin belirlenmesi,
- Uzun süreli konsantrasyon veya üst düzey karar verme gerektiren zihinsel görevler,
- İşlerin çok rutinleşmesi,
- Çalışanın becerilerini veya eğitimini kullanmadan gerçekleştirilen görevler,
- Duygusal olarak rahatsız edici görevler,
- Uzun saatler çalışmak, çok mola vermek veya evden çalışmak ve
- Uykuyu etkileyen vardiyalı çalışma şartları iş ve aile yaşamını dengelemeyi zorlaştırır ve birey üzerinde stres yaratabilmektedir.

Balcı (2000a: 11), meslek farklılıkları, rol belirsizliği, rol çatışması, rol yüklemesi veya az kullanılması, insanlardan sorumlu olma ve katılım eksikliği olmak üzere, altı adet örgütsel stres kaynağı olduğunu ileri sürmektedir. Örgütsel stres kaynakları aşağıda özetlenmiştir (Balcı, 2000a: 11-14):

- Meslek Farklılıkları: Balcı (Balcı, 2000a: 12) meslekleri düşük stresli ve yüksek stresli olarak tanımlamıştır. Düşük stresi olan mesleklere hizmetli, tarım işçisi, sanatçı gibi meslekler örnek gösterilebilir. Bunun nedeni çalışanların meslekleri üzerinde kontrol imkânına sahip olmalarıdır. Bunun yanında, mesleksen özellikler olan nöbet, vardiyalı çalışma, tatil günü çalışma veya yaz/kış mobil çalışma koşullarının varlığı gibi iş özellikleri de stresin mesleğe yönelik özellikleri arasında sayılabilir (Özmutaf, 2010: 26).
- Rol Belirsizliği ve Çatışması: Bireyin kendinden beklenen rolü tam olarak bilememesinden kaynaklanan bir durumdur. Bireyden mevcut rolü dışında beklentilerin olması rol çatışmasına neden olabilir. Bu da birey üzerinde stres unsuru olabilir. Rol çatışması, bir çalışanın değerleri ile örgütsel talep ve beklentilerin birbiriyle uyuşmadığı durumlarda yaşanmaktadır. Bu çatışmayı fırsata çevirmek için ilişkisel çatışmanın iyi yönetilmesi gerekmektedir ve bu yolla pozitif büyüme ve yenilikçilik sağlanabilir. Bunun tam tersine, çatışmanın uzaması ve çözülememesi ilerlemenin önünde büyük engeldir. Ayrıca, düşük tanıma ve ödül seviyeleri iş stresini artırabilir. Benzer şekilde, kötü yönetilen örgütsel değişim iş stresini arttırabilir (Gerzina, 2014; 12).
- Rol Yüklemesi veya Az Kullanılması: Bireyden gerçekleştirebileceğinin üzerinde beklentinin olması çalışanda hedefe ulaşamama, isteneni yerine getirememe veya zamana karşı yarışma, yetersizlik duygusu yaratacağından bireyde strese neden olabilir. Bunun tam tersi olarak bireye sahip olduğu bilgi ve beceriyi kullanabileceği ortam ve fırsatı yaratmamak da stres yaratabilir.
- İnsanlardan Sorumlu Olma: İnsan kaynakları duygu, düşünce, bilgi, yetenek, ilişkiler ve iletişim gibi farklı faktörleri bir arada barındıran kaynaklarıdır. Tüm bu faktörlerin yönetilmesi, doğru ve zamanında

kullanılması, maksimum fayda sağlanması bir işletme için vazgeçilmezdir. Çalışanların sorumluluğunu üstlenen yöneticiler kendileri dışında diğer kişilerin sorumluluklarını da üstlenmektedirler. Bu da birey üzerinde stres ortamı yaratabilir.

- **Katılım Eksikliği:** Çalışanların örgütte alınan kararlara katılması onların aidiyet duygularını geliştireceğinden daha mutlu çalışanlar yaratılabilir. Ancak tersine, hiçbir görüşü alınmayan veya katılım önünde engeller konulan çalışanda stres oluşabilir.
- Tüm bunların yanında, denetim ve gözetimin az yapılması veya çok fazla denetim baskısı oluşturmak çalışan üzerinde bir sıkıntı oluşturabilmektedir. Son olarak, örgüt içindeki adalet veya adalet algıları, saygının ve saygınlığın ilerlemesini sağlarken, bunun eksik olması iş stresi yaratabilmektedir.

3.2.3 Bireysel Stres Kaynakları

Örgütün ve bireysel özelliklerin iş sağlığı ve iş stresine önemli ölçüde katkıda bulunduğu tespit edilmiştir (Shaw ve diğerleri, 1992: 260). Bunun yanında bazı kişilik türlerinin de stresi hafifleten etkisinin olduğu belirlenmiştir (Tedeschi ve Calhoun, 1996: 467). Dışa dönük bir kişilik yapısının olması veya iyimser olmak stresi hafifleten kişilik özelliklerindedir. Ancak kişiliğin bu hafifletici etkisi iş stresini önleyici en iyi yöntem değildir (Paunonen ve Ashton, 2001: 525).

Bartone (1999: 80) tarafından askerler üzerinde gerçekleştirilen araştırma kapsamında kişilik özelliği olarak esnek olmanın stresin olumsuz etkilerine karşı korunduğunu doğrulamıştır. Britt ve diğerleri tarafından (2001:53) gerçekleştirilen çalışmada ise esnek kişilik yapısı ve kararlara katılımın iş stresi üzerinde olumlu etkisinin olduğunu ortaya koymuştur.

Optimum düzeyde yaşanan iş stresinin bazı kazanımlarının olduğunu destekleyen çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Holahan ve Moos (1994:215-219) tarafından gerçekleştirilen çalışmada stres deneyiminden kaynaklanan potansiyel faydalar tanımlanmıştır. Bunlar arasında kendine özgü güven ve empati, daha iyi sosyal ilişkiler ve baş etme becerilerinin gelişimi sayılabilir. Böylece, kayda değer iş

stresi düzeylerine rağmen, bazı bireyler zorlu işlerle başa çıkmayı daha iyi başarabilirler. Stresle başa çıkabilme, iş stresinin, zarar verici ve sosyal maliyeti olan sonuçlarından ziyade, üretkenlik, iş tatmini ve daha yüksek iş yaşamı kalitesi ile sonuçlanabilir.

3.3 İŞ STRESİ MODELLERİ

Stresle ilgili çalışmalar gerçekleştirilirken, mesleki stresin de önemini vurgulayan, bireylerin belirli bir çalışma ortamındaki psikolojik etkileşimini yansıtan stres türleri, düzeyleri veya evreleriyle ilişkili kuram ve modeller ortaya konmuştur.

3.3.1 Rol Stres Modeli

French ve Kahn, 1962 yılında iş stresini temel alan Michigan Modeli olarak da bilinen Rol Stres Modelini geliştirmişlerdir. Bu modelde, bireyin çevresel iş streslerine karşı algılarının önemi vurgulanmaktadır ve model oluşturulurken rol çatışması üzerine kurgulanmaktadır. İşe bağlı çevresel stres unsurları rol belirsizliği, çatışma, çalışanın karar verme süreçlerine katılım eksikliği ve iş güvencesinin olmaması gibi unsurlar sıralanabilir. Bunun yanında aşırı iş yükü ve buna karşı koyamama da bu modelde ek stres faktörleri olarak belirlenmiştir. Bu stres faktörleri “sosyal çalışma ortamı” ve “kritik iş rolü” faktörleri olarak sınıflandırılmıştır. Sosyal çalışma ortamı ve kritik iş rolleri ile çalışanın öznel algılarının birbiriyle uyumlu olması, personel seçiminde önemli bir etki sağlamaktadır (Mark ve Smith, 2008:65).

3.3.2 Kişi-Çevre Uyumu Teorisi

1973'te French, kişi-çevre uyum kavramına dayanan iş stresi modeli, iş stresi, stres faktörleri ve etkileri ile ilgili çalışmalarını geliştirmiştir. Kişi-Çevre Uyum teorisi, bireysel özelliklerin çevresel çalışma faktörleri ile uyumlu olması durumunda, bir kişinin optimal mesleki sağlığı yaşayabileceğini öne sürmüştür. Bu uyumun sağlanması durumunda, çalışanlar, işin gereklerini karşılamak için gerekli olan tutum, beceri, yeteneklerini sergilemekte ve amaca ulaşmak için çaba sarf etmektedirler (French ve Caplan, 1973: 42).

French ve Caplan (1973) iş yükünü niceliksel ve niteliksel olarak iki kategoriye ayırmıştır. Niceliksel iş yükü çalışanın işini tamamlamak için çok fazla çaba göstermesi anlamına gelirken, niteliksel iş yükü ise çalışanın gerçekleştirdiği işin zorluğunu nasıl algıladığıyla ilgili olduğu ileri sürülmüştür. Bu modelde, iş yükünün düşük benlik saygısına yol açtığı ve stresi faktörü olduğu ortaya konmaktadır. Bu bağlamda, hem niteliksel hem de niceliksel iş yükünden kaynaklanan iş stresi nedeniyle çalışanda bazı davranışsal ve durumsal bozukluklar meydana gelebilmektedir. Bunlar (French ve Caplan, 1973: 42);

- İş tatminsizliği,
- İşte yaşanan gerginlik,
- Utanç,
- Yüksek kolesterol,
- Nabız artışı,
- Sigara tüketiminde artıştır.

Margolis ve arkadaşları (1974: 659) tarafından nicel iş yükü üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada ise nicel aşırı iş yükü ile madde kullanımı, işe devamsızlık veya düşük benlik saygısı gibi kendi yaşamı veya işiyle ilgili davranışlarında yaşadığı sorunların ilişkili olduğu bulunmuştur.

3.3.3 Talep Kontrol Modeli

Karasek tarafından 1970'li yılların sonlarına doğru İş Talep-Kontrol modeli geliştirilmiştir. Bu modelde, birey ve çalışma ortamı arasındaki etkileşimin incelemesine odaklanılmıştır. Model, iki psiko-sosyal iş özelliği olan iş kontrolü ve iş talebinin etkileşimi üzerine odaklanmaktadır. Bu modelde iş kontrolü çalışanın, işini gerçekleştirirken sahip olduğu karar serbestliği anlamına gelmektedir. Başka bir deyişle, çalışan kendi işiyle ilgili sorumluluğu almakta ve kendi inisiyatifi doğrultusunda karar vermektedir.

İş kontrolü kapsamında yeteneklerin tanınması ve takdir edilmesi de ele alınmaktadır. Yetenek takdiri, çalışanın öğrenilen becerileri kullanmasına izin verilip verilmediği veya iş performansı için gerekli ek becerilere sahip olup olmadığı ile ilgilidir. Düşük iş kontrolü, çalışma ortamına ilişkin kararlarda veya işin nasıl

gerçekleştirildiğiyle ilgili kararlarda bir özerklik eksikliğinden olmasından dolayı kaynaklanmaktadır. Buna ek olarak, düşük iş kontrolü, çalışanlara kazanılmış becerileri veya eğitimi geliştirme veya kullanma fırsatı sunmamaktadır (Van der Doef ve Maes, 1998:910). İş talepleri, iş yükü ve zaman baskısı ile ilgilidir. Zaman baskısı, bir çalışanın görev sorumluluklarını tamamlamak için yeterli zamanının olmadığını algıladığında ortaya çıkan bir durumdur.

Karasek (1979: 287-289), yüksek ve düşük seviyedeki iş kontrolü ve talebin etkileşimine dayanarak iş stresi modelini geliştirmiştir. Bu modelde işler, aktif, pasif, düşük ya da yüksek olmak üzere dört farklı şekilde ele alınmaktadır.

- Aktif işler, zaman baskısı olan bir ortamda yüksek iş yükü taleplerinin olduğu durumu ifade etmektedir. Çalışan bu işlerde öğrenilmiş becerilerini kullanırken karar verme serbestliği ve takdirde yüksek kontrolün olması anlamına gelmektedir.
- Pasif işler, zaman baskısı olmadan düşük iş yükü talebi olduğu durumu ifade etmektedir. Bu kategorideki işler, çalışma ortamı ile ilgili karar almada kontrolün düşük olduğu ve yeni beceriler öğrenme ya da edinilen becerileri kullanma fırsatının olmaması şeklinde karakterize edilmiştir.
- Düşük zorlukta işler, zaman baskısı olan ancak iş yükünün çok olmadığı durumları ifade etmektedir. Aynı zamanda, bu sınıflamadaki işler, çalışma ortamının kontrol edilmesinde ve öğrenilen becerilerin kullanımında yüksek bireysel karar serbestliğine olanak tanımaktadır.
- Yüksek zorlukta işler, iş yükü taleplerinin çok olduğu ve çok yüksek düzeyde zaman baskısı olduğu durumları ifade etmektedir. Buna, çalışma ortamının kontrol edilmesinde ve öğrenilen becerilerin kullanımında ya da yeni beceriler kazanılmasında karar serbestliğinin çok sağlanmadığı durumları ifade etmektedir. Bu kapsamda değerlendirilen işlerde çalışanlarla ilgili sağlık sorunları yaşanabilmektedir.

3.3.4 İş Talebi, Kontrol ve Destek Modeli

Bu modelde, iş talebi ve kontrol modeline ek olarak sosyal destek de eklenmiş ve 1980'li yılların sonunda Johnson (1989: 56) tarafından geliştirilmiştir. Bu modele

göre, psiko-sosyal kaynakların yüksek iş yükünün psikolojik taleplerini etkilediği vurgulanmaktadır. Bu kapsamda, Van der Doef ve Maes (1998: 915) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, iş kontrolünün ve işyeri sosyal desteğinin sağlık durumu üzerinde etkisi araştırılmıştır. Bu model çerçevesinde Parkers ve diğerleri (1994:91) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, kontrol, talep ve sosyal desteğin etkisi incelenmiştir. Çalışmanın bulgularına göre çalışma ortamındaki sosyal desteğin iş talebi üzerinde olumlu etkisi olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak, De Rijk ve diğerleri (1998: 16) hemşireler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada iki bireysel özellik üzerinde durmuşlardır. Bunlar; aktif başa çıkma ve kontrol sahibi olma ihtiyacıdır. Sağlık çıktısı olarak da “tükenmişlik” belirlenmiştir. Tükenmişlik insan ilişkilerinin ön planda olduğu mesleklerde olumsuz psikolojik çalışma deneyimlerini ifade etmektedir (Maslach ve Schaufeli, 1993: 2).

Bu model, iş talebi ve kontrol modelinde olduğu gibi bazı eleştiriler almıştır. Model, bireysel farklılıkları, duyarlılık ve başa çıkma potansiyeli üzerinde bir etki kaynağı olarak görmediğinden eleştirilmiştir (Cox ve diğerleri, 2000: 38).

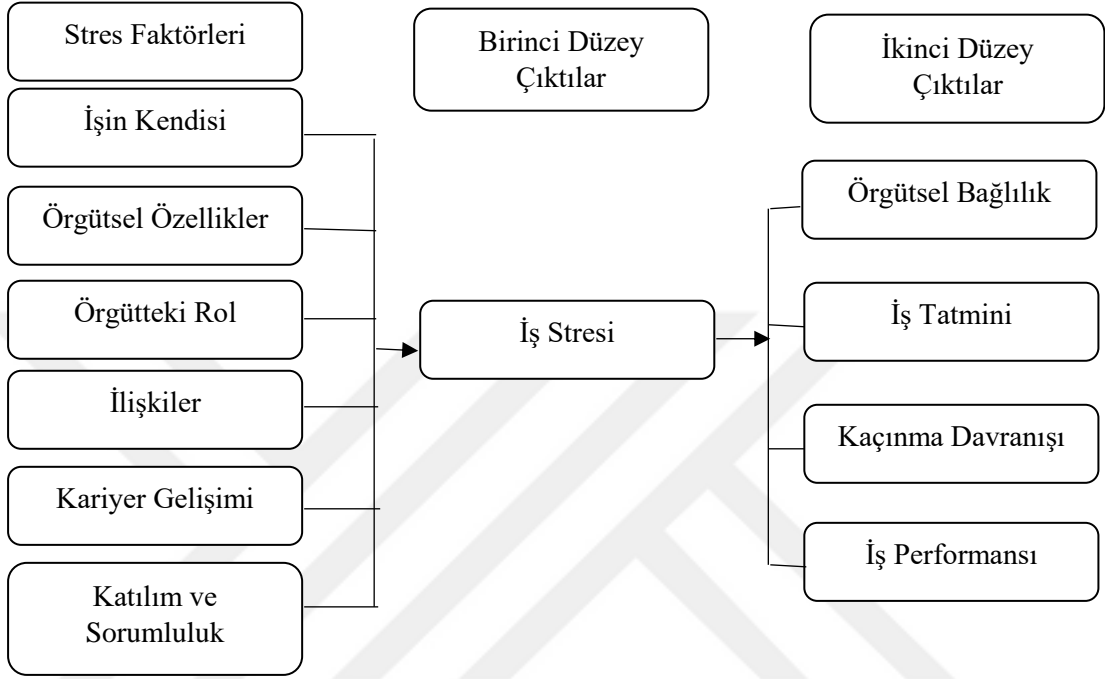
3.3.5 Stresin Örgütsel Modeli

Parker ve Decotiis (1983: 165), iş yerinde işle ilgili potansiyel önemli çıktılarla ilgili fırsatlar, kısıtlamalar veya talepler sonucu normal ve arzu edilen çalışan duygularını tanımlamak için iş stresi kavramını kullanmışlardır. Duygu kelimesinin kullanılmasının amacı, bireyin kendi duygusal durumu ile ilgili öznel farkındalığı ifade etmektedir. Bu duygular olumlu olduğu gibi bazen çok rahatsız edici ve arzu edilmeyen duygular şeklinde de olabilir. Rahatsız ve arzu edilmeyen duygular bazı zamanlarda çalışanlar üzerinde motive edici unsurlar da olabilir. Daha çok duygulara odaklanıldığından psikolojik ve fizyolojik durumlara ilişkin duygular ele alınmaktadır. Bu kapsamda Stresin Örgütsel Modeli Şekil 12’de gösterilmektedir.

İş stresi modelinde stres faktörleri işin kendisi, örgütsel özellikler, örgütteki rol, ilişkiler, kariyer gelişimi, katılım ve sorumluluk olmak üzere altı kategori altında toplanmıştır. Bu model bireysel stresi değil örgütsel stresi temel almıştır. Modelde iki düzeyde çıktı elde edilmektedir. Birinci düzey çıktı stresle ilişkilendirilmiştir. İkinci düzey çıktı ise stresten etkilenen bireysel ve örgütsel çıktıları ifade etmektedir. İkinci

düzyer çıktılar olarak örgütsel bağlılık, iş tatmini, kaçınma davranışı, iş performansı olarak belirlenmiştir.

Şekil 12: İş Stresi Modeli



Kaynak: Parker ve De Cotiis, 1983: 166

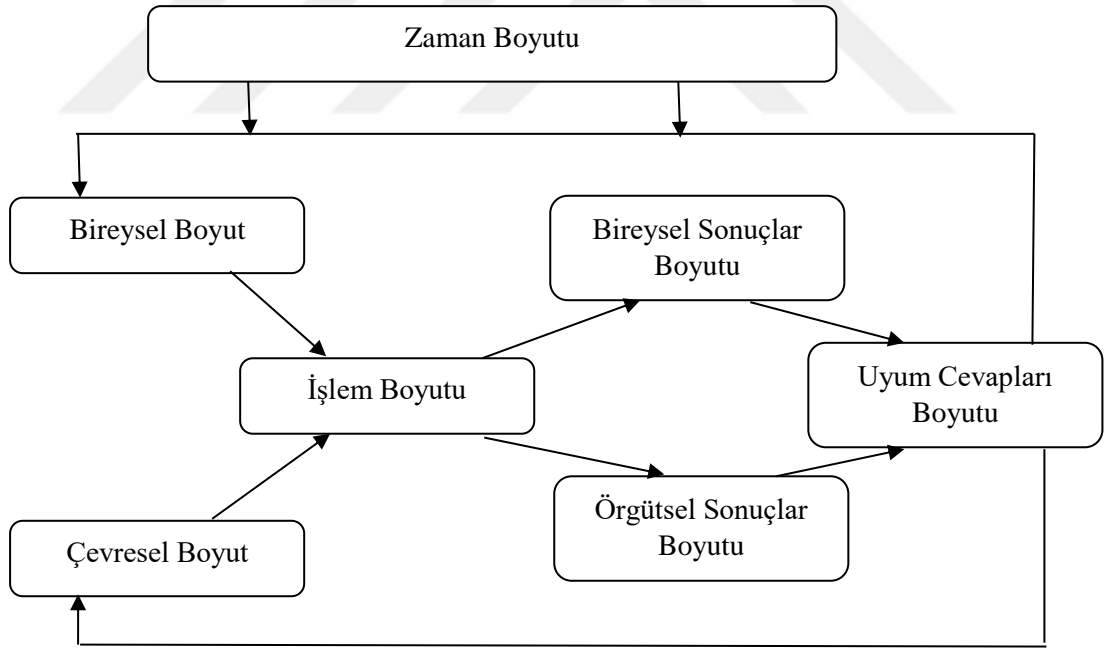
3.3.6 İş Stresi Genel Modeli

İş Stresi Genel Modeli isminden de anlaşılacağı gibi diğer tüm modelleri kapsayıcı bir özellik taşımaktadır. İş stresi ile ilgili oluşturulan birçok model ve bu kapsamda gerçekleştirilen birçok akademik çalışma incelenmiş ve bu model ortaya konmuştur. Modelin iş stresi konusunda anlaşılır ve kolaylıkla kullanılabilir olduğu savunulmaktadır (Beehr ve Newman, 1998: 841).

Genel iş stresi modelinde, iş stresi, stres kaynakları ve stres kaynaklarından dolayı çalışanlar tarafından hissedilen gerilim olmak üzere iki temel yönde ele alınmaktadır (Beehr, 1998:7).

Beehr (1998: 840) modelde yer alan stres kaynakları çevresel ve bireysel faktörler olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Bireysel faktörler olarak, kişilik yapısı, yetenek, fiziksel ve demografik özellikler gibi kişisel özellikler tespit edilmiştir. Bireysel özellikler çevresel faktörler ile etkileşime girerek bireyler tarafından algılanan gerilimi oluşturmaktadır. İşlem boyutu, bireylerin karşılaştığı durum sonucunda gösterdiği fiziksel veya psikolojik davranışları kapsamaktadır. Bu modele göre, oluşan örgütsel sonuçlar, bireylerin stresle karşılaşması sonucu oluşan ve örgütlerin etkililiğini etkileyen devamsızlık, iş performansındaki düşüklükler, işgücü kaybı gibi davranışlardır. Uyum cevapları ise, stres kaynaklarının ve hissedilen gerilimin etkilerini bastırmak veya hafifletmek için genellikle bireyler veya örgütler tarafından yapılan onarıcı girişimlerdir (Beehr, 1998: 7). İş stresi genel modeli Şekil 13'te gösterilmektedir.

Şekil 13: İş Stresi Genel Modeli



Kaynak: Beehr ve Newman, 1998: 842

3.4 STRESİN BİREYSEL ETKİLERİ VE ÖRGÜTSEL SONUÇLARI

Çevrenin ve örgütlerin yapılarında yaşanan değişimler, örgütlerin işleyişlerini etkileyebilmekte, çalışanın iş hareketliliğinin artmasına, iş yükü taleplerinin artmasına ve çalışma saatlerinin artmasına bağlı olarak da çalışanın bireysel olarak stresinin artabileceğine yönelik endişeler vardır (USDHHS, 2002). Bir örgütteki iş gücünün azaltılması, yeniden yapılanması veya küçülme, zayıf bir ekonominin sonucu olduğu göz ardı edilmemelidir. Bu bağlamda, iş gücünde artan risk faktörleri arasında iş yükünün artması, çalışma süresinin uzaması ve iş güvenliğinin azalması sayılabilir.

3.4.1 Stresin Bireysel Etkileri

İş stresinden kaynaklanan ve çalışan üzerinde üç farklı biçimde kendisini gösterebilecek etki türleri fizyolojik ve psikolojik ve davranışsal olmak üzere ele alınmıştır. Bu çerçevede iş stresinin önemi ve hem bireye hem de ülke düzeyinde etkileri ele alınmıştır.

3.4.1.1 Fizyolojik Etkiler

Özellikle, iş yaşamının kalitesinin bozulmasının ve iş stresinin, olumsuz fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçları ve düşük iş tatmini ile ilişkili olduğu görülmüştür (Mark ve Smith, 2008: 65). İşyerinde yaşanan stresin, mevcut fiziksel hastalıkların ve hatta ölümün başlıca kaynağı olan kronik rahatsızlıkların oluşumunda artan düzeyde rol oynadığı gerçekleştirilen çalışmalarla desteklenmektedir (House, 1981:4). Özellikle stres ve kalp hastalıklarının ilişkisi birçok çalışmada vurgulanmaktadır (Karasek ve diğerleri, 1981; Chandola ve diğerleri, 2006). Bunun yanında, hipertansiyon, kolit, ülser, diyabet, astım, alerji, madde kullanımı ve nevroz gibi zihinsel ve fiziksel hastalıklar da stres ile ilişkilidir (Kendall, 1987: 75). İşyerindeki stresin psikosomatik yakınmalara yol açtığı sonucunu destekleyen veriler de vardır (Frese, 1985:314).

Ayrıca, fiziksel ve zihinsel sağlık problemleri, artan sağlık bakım maliyetlerine yol açmaktadır. Yüksek düzeyde iş stresi yaşayan işçiler için orta ve düşük stresli olanlara göre sağlık harcamaları %50 daha fazladır (Goetzl ve diğerleri, 1998: 10).

Literatürde yer alan stresin, en belirgin fiziksel belirtileri ise kilo kaybı, zayıflık, aşırı iştahsızlık, yemek yememeye rağmen tokluk, aşırı yemek ve içmekten dolayı kilo almaktır (Eren, 2006: 308).

3.4.1.2 Davranışsal Etkiler

İşyerindeki stresin, işyerinde sadece performans ve üretkenliği etkilemekle kalmayıp, aile ve arkadaşlarla ilişkiler gibi, çalışanın yaşamının diğer yönlerini olumsuz yönde etkilediğine dair çalışmalar vardır (Barling ve Rosenbaum, 1986:346). Stresli bir çalışma ortamı, sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi sağlık riski davranışlarına da yol açabilir (House ve diğerleri, 1986: 63). Araştırmaların odak noktası olan diğer davranışsal stres sonucu sigara içme (Manning ve diğerleri, 1989: 618); devamsızlık (Firth ve Britton, 1989: 56) ve tıbbi yardım alma (Sherbourne, 1988: 1393) eğilimidir. Genel olarak, çalışanın yaşadığı stresin sonuçları, devamsızlık, daha az üretkenlik, işyerinde bozulma (Pelletier, 1984) ve artan sağlık sigortası maliyetleri ile ilişkilendirilmiştir.

Hammer ve Sauter (2013:25) gerçekleştirdikleri çalışmalarda iş stresi ile insan davranışları arasında ilişkinin olduğunu destekleyen sonuçlara ulaşmışlardır. Hem akademik hem de pratik hayatta iş stresine bağlı olumsuz davranışları önlemek ve çalışan nüfusun sağlığını geliştirmek için çalışmaların gerçekleştirilmesi gerekliliğini vurgulamışlardır.

3.4.1.3 Psikolojik Etkiler

Mesleki rahatsızlıkların günden güne artması, strese bağlı zihinsel rahatsızlıklarla ilişkilendirilmektedir. Bununla ilgili öncü yapılan bilimsel çalışmalar, ABD Hastalık Kontrol Merkezi tarafından 1986 yılında gerçekleştirilmiş ve çalışma çevresinin psikolojik rahatsızlıkla ilişki olduğu vurgulanmıştır. Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü, psikolojik rahatsızlıkların mesleki hastalıklar kapsamında ilk on hastalıktan biri olduğunu belirtmişlerdir (Kendall, 1987:75).

Sadece insan davranışları değil duygularını da etkileyen stres, psikolojik açıdan aşağıdaki değişikliklere neden olmaktadır (Eren, 2006: 308):

- Aşırı tedirginlik, korku ve endişe hissetmek
- Alıngan olmak
- Hasta olmaktan korkmak veya hasta olduğunu zannetmek
- Basit rahatsızlıkları büyük hastalıklarla karıştırmak
- Kaza ve ölüm olaylarında aşırı duygulanmak
- Evde yalnız kalmaktan, kapalı yerlerde bulunmaktan korkmak
- Komik olaylar karşısında durgun kalmak
- Olayları, insanları ve yapılacak işleri hatırlayamamak
- İşe odaklanmakta zorluk çekmek
- Belirsizlik ve kontrolü kaybetme duygusu yaşamak
- Gerginlik, işbirliği yapmaktan kaçınmak

3.4.2 Stresin Örgütsel Sonuçları

Bireysel olarak stresten korunmak için örgütsel düzeyde de korunmaya gereksinim duyulmaktadır. Özellikle, organizasyon yapısının ve iş süreçlerinin değiştirilmesi, iş stresinin azalmasına ve çalışanlarla ilişkili olumsuz davranışların oluşmasında önleyici bir rol oynayabilir. İş stresine neden olan faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin ortadan kaldırılmasına yönelik olarak gerçekleştirilebilecek kök neden analizleri yapılabilir. Bu kapsamda iş stresini önlemek için gerçekleştirilebilecek örgütsel değişiklikler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Sauter ve diğerleri, 1990: 1155-1156);

- İş yükünün çalışanın yetenekleri ve kapasitesiyle denkleştirilmesi,
- Çalışanın kendi güçlü yönlerini sergilemeye imkan sağlayacak işlerin tasarlanması ve onlara kendilerini gösterebilmek için fırsat verilmesi,
- Rol ve sorumlulukların açık ve anlaşılır bir şekilde tanımlanması,
- Çalışanın kararlara katılımının desteklenmesi,
- Kariyer gelişimi için gelişmiş iletişim kanallarının oluşturulması,
- Sosyal ilişkiler için fırsat yaratılması,
- İş-yaşam dengesinde esnek bir yapının olması.

Çalışanlara işlerini etkileyen kararlara katılma fırsatı vererek, gelişmiş özerklik sağlamak ve ayrıca, iş rolleri ve sorumluluklarının açık bir şekilde tanımlanması ve

gelecekteki istihdam olanaklarını iyileştirmek için kariyer geliştirme fırsatları, stresin azaltılmasında önemli bir rol olabilir. Olumlu çalışan-işveren ilişkileri, özellikle denetleyici ilişkiler açısından, ılımlı bir etkiye sahiptir ve örgütsel stresi azaltmaktadır

3.4.2.1 Örgütsel Bağlılık

Örgütsel bağlılık, çalışanın örgüte olan sadakat tutumudur ve çalıştığı örgütün başarılı olabilmesi için gösterdiği ilgidir. Örgüte bağlılık tutumunda; yaş, örgüt içi kıdem gibi bireysel değişkenler ve iş dizaynı, yöneticinin liderlik vasıfları gibi örgütsel değişkenler önemli rol oynamaktadır (Bayram, 2004:125). Örgütsel bağlılığın stresle ilgili sonuçları, bağlılığın derecesi ile ilgili olarak olumlu ya da olumsuz olabilmektedir. Stresin optimal seviyede tutulması ve yüksek stres seviyesinin azaltılması hem çalışanın örgüte katkısını artırır, hem de çalışanların iş doyumunu yükseltir (Balcı, 2000b: 49).

3.4.2.2 Performans Düşüklüğü

Stresin çalışanlar üzerindeki bireysel sonuçları, örgütün performansını etkileyebilir. Örgüt çalışanlarının oluşturdukları sinerji doğrultusunda oluşan performans bireylerin ayrı ayrı sergiledikleri performanstan daha büyük olduğundan, bir bireyin performansının düşük olması oluşturdukları sinerjiyi de etkileyebilir. Örgütteki performans düşüklüğü etkinliğin ve verimliliğin önüne geçeceği için işletmeler açısından kaçınılması gereken bir durumdur. Örgütte stresin yaşanması karar alma ve çalışanların kendine güvenlerini etkileyebilecek bir durum olduğundan performans düşüşüne neden olabilir (Bakker ve diğerleri, 2004:85)

3.4.2.3 Çalışan Devir Hızı

Çalışan devri hızı, bir örgütte belirli bir süreç içinde işten ayrılanların, ortalama çalışan sayısına oranı şeklinde hesaplanmaktadır (Tütüncü ve Demir, 2003:149). Çalışan devir hızının fazla olması örgütte çok hızlı çalışan ihtiyacının yaşanmasına, işi öğrenmiş, örgüte alışmış çalışanın işten sıklıkla ayrılması anlamına gelmektedir. Bu durum oldukça maliyetlidir. Yeni çalışanın bulunması, istihdam edilmesi ve işyerine alıştırılması sürecinde, mevcut pozisyon ile ilgili işler yerine getirilmemiş olacaktır.

Bu da maliyetlerin yükselmesine neden olabilir (Barutçugil, 2004: 645). Örgütlerde yaşanan yüksek oranda çalışan devri, çalışanlar üzerinde de olumsuz etkiye neden olabilir. İşten çıkarılma endişesi yaşamak ya da örgütte her an mutsuz olabilirim düşüncesi taşıyan çalışanların verimli çalışması beklenen bir durum değildir.

3.4.2.4 İş Devamsızlığı

İş devamsızlığı, çalışanın iş programı veya planına göre çalışması gereken zamanlarda işine gelmemesi durumu olarak tanımlanmaktadır (Güney, 2000: 122). Bir örgütte, işlerin aksamasına, verimsizliğe, motivasyon düşüklüğüne neden olan işe devamsızlık örgütlerin en büyük problemlerinden biridir. Stres yaşayan bireyin, stresli durum ve olaylardan uzaklaşmak istediği için işe gelmediğine ilişkin bulgular tespit edilmiştir (Bacak ve Yiğit, 2010: 32). Bununla yanında, çalışanın devamsızlık yapması, örgütün en önemli kaynaklarından olan zaman kaynağının etkili bir biçimde kullanılamaması durumuna neden olabilir (Şimşek ve diğerleri, 2014: 273).

3.4.2.5 İş Kazaları

Örgütlerin karşılaşmaktan en çok çekindikleri durum iş kazalarının yaşanmasıdır. Bunun için örgütler her türlü önlemi almak zorundadırlar. Bu önlemler oluşturulan mevzuat yoluyla bir çerçeveye alınmıştır. Ancak tüm önlemlere rağmen bireyin yaşadığı stres nedeniyle oluşan dikkatsizlik sonucu iş kazaları yaşanabilir. Bu durum hem maddi yükü olduğu kadar manevi yükü de çok büyüktür. İşletmeler kaza sonucu işgücü kaybı yaşayabilirler; ancak daha önemlisi insan sağlığı etkilendiği için manevi kayıplardır. Çünkü bazı iş kazaları ölümle bile sonuçlanabilmektedir. Bunun yanında, çalışma süresinin fazla olması veya çalışana verilen mola süresinin kısa olmasına bağlı yaşanabilecek stres, iş kazalarına neden olabilir (Kirkcaldy ve diğerleri, 1997: 79).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

DAĞITILMIŞ LİDERLİĞİN İŞ STRESİ KAPSAMINDA HİZMET KALİTESİNE ETKİLERİ: İZMİR MERKEZ KAMU HASTANELERİ ÖRNEĞİ

4.1 ARAŞTIRMANIN AMACI

Kaliteli hizmet sunumu sağlık kurumlarının temel çıktısıdır ve etkililiğinin temel göstergesidir. Bunun yanında, sağlık kurumları sunulan hizmetin özelliğinden dolayı stres faktörünü her süreçte içinde barındırmaktadır. Stres faktörlerinin çok ve etkili olduğu bu kurumlarda liderlik faktörünün önemi büyük olabilir. Bu kapsamda da çalışmanın temel amacı, liderliğin iş stresi kapsamında hizmet kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesidir.

4.2 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

DL'nin olumlu etkileri değerlendirilirken, araştırmaların gerçekleştirilmesi gereken bazı noktalar henüz değerlendirilmemiştir (Bolden, 2011: 261). Bunlardan ilki işletme sahiplerinin DL'de rolü ve stratejik planlama, karar alma ve değerlendirme etkileridir. İkincisi ise büyük ölçekli işletmelerde DL uygulamasının etkililiğine yönelik gerçekleştirilen çalışmaların azlığıdır. Büyük işletmeler, özellikle sağlık hizmeti sunan işlevsel bağlılığı çok olan ve çok farklı meslek grubunu bünyesinde barındıran, çevre ve teknolojik açıdan karmaşık bir yapısı olan işletmeler üzerinde gerçekleştirilen çalışmalar oldukça azdır. Sağlık sektöründe büyük ölçekli işletmeler olarak değerlendirilebilecek hastanelerde gerçekleştirilen bu çalışma, DL kapsamında dağıtılmış liderliğin değerlendirilmesi ve etkileri ile ilgili tanımlayıcı ve çıkarımsal bilgiler edinilmesine olanak tanımaktadır.

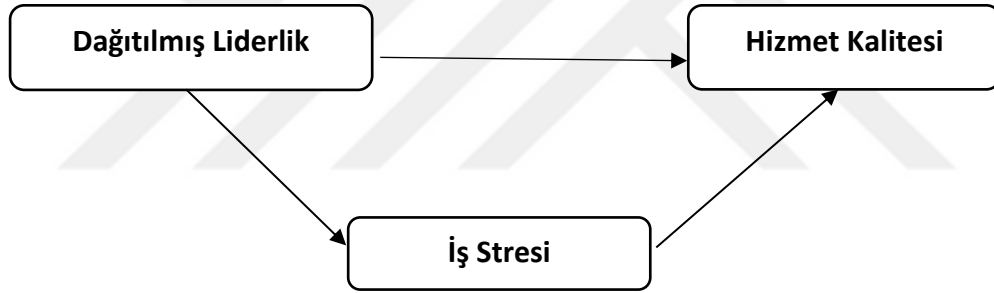
Bunun yanında, sağlık kurumları genel olarak geleneksel liderlik anlayışı kapsamında yönetilen işletmeler olduğundan, DL yaklaşımlarının nasıl olduğu ile ilgili veriler elde edilmiştir. Birçok kaynakta DL'nin örgütsel performansı olumlu yönde etkilediğine ilişkin bulgular ele alınmıştır (Bolden, 2011:259; Leithwood ve diğerleri,

2007: 60; Leithwood ve diğeri, 2008: 227; Harris 2013: 549). Sağlık hizmetleri kalitesini de hizmet performans çıktısı olarak kabul edildiğinde, DL'nin hizmet kalitesine etkisi bu örgütsel performansla ilişkilendirilmiş ve etkisi değerlendirilmiştir. Bunun yanında, DL'de özellikle anlık karar alma, çalışanlara inisiyatif kullandırma gibi özellikleri olduğundan ve sağlık hizmetlerinde bu tarzda liderlik özelliklerine sahip çalışanların olması gerekliliği çalışmanın önemine vurgu yapmaktadır.

4.3 ARAŞTIRMANIN MODELİ VE HİPOTEZLERİ

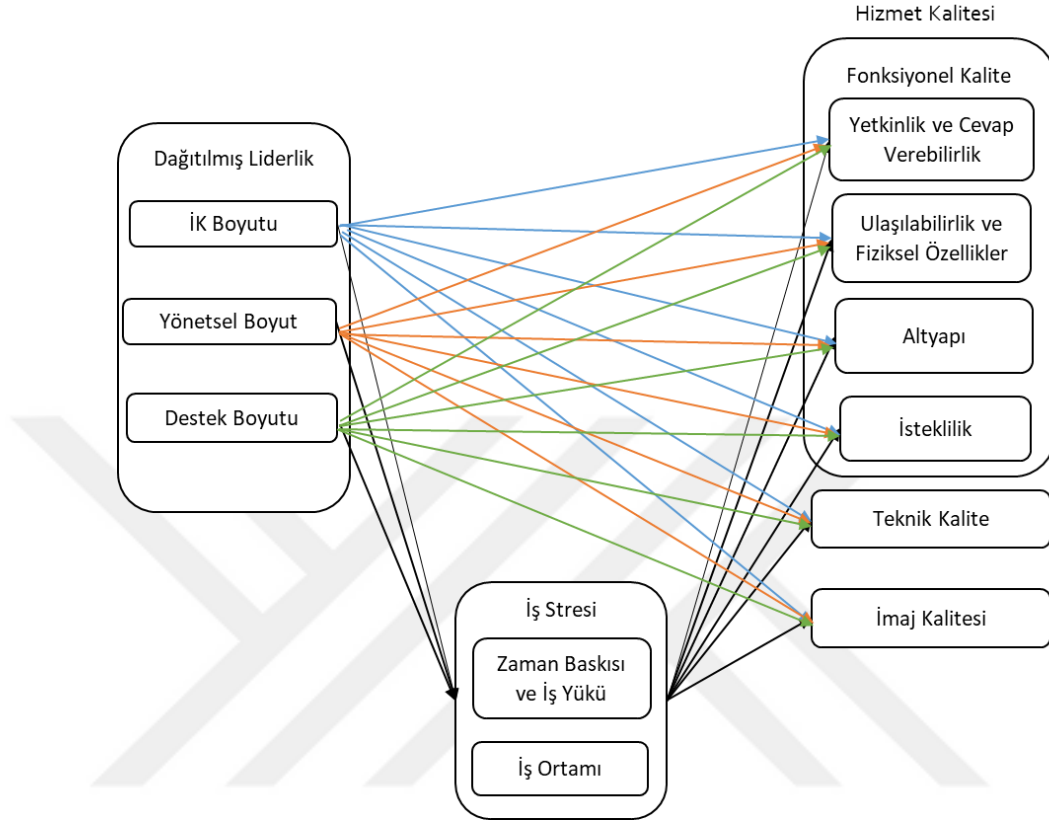
Dağıtılmış liderliğin iş stresi kapsamında hizmet kalitesine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen temel araştırma modeli Şekil 14'te gösterilmektedir.

Şekil 14: Araştırma Modeli



Araştırma değişkenlerinin boyutlarının da ele alındığı model Şekil 15'te gösterilmektedir.

Şekil 15: Araştırma Alt Değişkenlerine İlişkin Araştırma Modeli



Oluşturulan model doğrultusunda araştırma hipotezleri aşağıda yer almaktadır:

H₁: Sağlık personelinin demografik özelliklerine göre araştırma değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1a}: Sağlık personelinin yaş gruplarına göre “Dağıtılmış Liderlik” ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1b}: Sağlık personelinin yaş gruplarına göre “İş Stresi” ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1c}: Sağlık personelinin yaş gruplarına göre “Fonksiyonel Kalite” ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1ç}: Sağlık personelinin yaş gruplarına göre “Teknik Kalite”ye ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1d}: Sağlık personelinin yaş gruplarına göre “İmaj Kalitesi”ne ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1e}: Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre “Dağıtılmış Liderlik” ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1f}: Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre “İş Stresi” ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1g}: Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre “Fonksiyonel Kalite” ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1ğ}: Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre “Teknik Kalite”ye ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1h}: Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre “İmaj Kalitesi”ne ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1i}: Sağlık personelinin eğitim düzeylerine göre “Dağıtılmış Liderlik” ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1i}: Sağlık personelinin eğitim düzeylerine göre “İş Stresi” ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1j}: Sağlık personelinin eğitim düzeylerine göre “Fonksiyonel Kalite” ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1k}: Sağlık personelinin eğitim düzeylerine göre “Teknik Kalite”ye ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1k}: Sağlık personelinin eğitim düzeylerine göre “İmaj Kalitesi”ne ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1m}: Sağlık personelinin mesleklerine göre “Dağıtılmış Liderlik” ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1n}: Sağlık personelinin mesleklerine göre “İş Stresi” ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1o}: Sağlık personelinin mesleklerine göre “Fonksiyonel Kalite” ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1ö}: Sağlık personelinin mesleklerine göre “Teknik Kalite”ye ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1p}: Sağlık personelinin mesleklerine göre “İmaj Kalitesi”ne ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1r}: Sağlık personelinin meslekteki deneyim sürelerine göre “Dağıtılmış Liderlik” ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1s}: Sağlık personelinin meslekteki deneyim sürelerine göre “İş Stresi” ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1ş}: Sağlık personelinin meslekteki deneyim sürelerine göre “Fonksiyonel Kalite” ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1t}: Sağlık personelinin meslekteki deneyim sürelerine göre “Teknik Kalite”ye ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H_{1u}: Sağlık personelinin meslekteki deneyim sürelerine “İmaj Kalitesi”ne ilişkin verdikleri yanıtlar arasında fark vardır.

H₂: Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik, İş Stresi ve Hizmet Kalitesi ile ilgili algıları arasında önemli ilişki vardır.

H_{2a}: Dağıtılmış Liderlik boyutları arasında önemli ilişki vardır.

H_{2b}: İş Stresi boyutları arasında önemli ilişki vardır.

H_{2c}: Hizmet Kalitesi boyutları arasında önemli ilişki vardır.

H_{2d}: Dağıtılmış Liderlik boyutları ile İş Stresi boyutları arasında önemli ilişki vardır.

H_{2e}: Dağıtılmış Liderlik boyutları ile Hizmet Kalitesi boyutları arasında önemli ilişki vardır.

H_{2f}: İş Stresi boyutları ile Hizmet Kalitesi boyutları arasında önemli ilişki vardır.

- H₃: Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “İK Boyutu” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “Fonksiyonel Kalite” üzerinde etkisi vardır.
- H₄: Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “Yönetmel Boyut” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “Fonksiyonel Kalite” üzerinde etkisi vardır.
- H₅: Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “Destek Boyutu” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “Fonksiyonel Kalite” üzerinde etkisi vardır.
- H₆: Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “İK Boyutu” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “Teknik Kalite” üzerinde etkisi vardır.
- H₇: Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “Yönetmel Boyut” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “Teknik Kalite” üzerinde etkisi vardır.
- H₈: Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “Destek Boyutu” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “Teknik Kalite” üzerinde etkisi vardır.
- H₉: Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “İK Boyutu” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “İmaj Kalitesi” üzerinde etkisi vardır.
- H₁₀: Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “Yönetmel Boyut” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “İmaj Kalitesi” üzerinde etkisi vardır.
- H₁₁: Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “Destek Boyutu” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “İmaj Kalitesi” üzerinde etkisi vardır.

4.4 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

4.4.1 Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, İzmir merkezde bulunan kamu hastaneleri oluşturmaktadır. Araştırmanın çerçevesini ise bir eğitim ve araştırma, bir genel ve bir özel dal hastanesinde çalışan tüm personel oluşturmaktadır. Bu kapsamda, üç hastanede yaklaşık olarak 3450 sağlık personeli kadrolu olarak çalışmaktadır.

4.4.2 Araştırmanın Örnekleme

Araştırma gerçekleştirilen hastanelerde, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm sağlık personeline anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında dahil edilen katılımcılar için herhangi bir yaş aralığı bulunmamaktadır. Amaç tüm personele ulaşip anket uygulamasını kabul eden herkesten veri toplamaktır. Bu kapsamda evren büyüklüğü yaklaşık 3450 kişiden oluşmaktadır. Bu doğrultuda, $p=0,05$ düzeyinde ve %95 güven aralığında örneklem büyüklüğü 346 kişi olarak hesaplanmıştır. Hastanelerde çalışan sayısı ve toplanan anket sayısına ilişkin veriler Tablo 1 gösterilmektedir. Toplamda, 407 Anket sayısına ulaşılmıştır ve bu sayı örneklem büyüklüğü için yeterlidir.

$$n = \frac{N \times P \times Q \times z_{\alpha}^2}{(N - 1) \times \sigma_x^2 + P \times Q \times z_{\alpha}^2} = \frac{3450 \times 0,25 \times 1,96^2}{(3450 - 1) \times 0,05^2 + 0,25 \times 1,96^2} = 345,75$$

Tablo 1: Çalışan Sayısı ve Toplanan Anket Sayısı Dağılımları

	Yaklaşık Çalışan Sayısı	Toplanan Anket Sayısı
X Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2300	168
Y Devlet Hastanesi	350	122
Z Özel Dal Hastanesi	800	117
Toplam	3450	407

4.4.3 Veri Toplama Araçları

Sağlık personelinin dağıtılmış liderlik, iş stresi ve hizmet kalitesi algılarının değerlendirilmesi amacı doğrultusunda kullanılan ölçekler aşağıdaki gibidir. Ek 1’de uygulanan anket yer almaktadır.

- Dağıtılmış Liderlik Ölçeği: Avrupa Okul Yöneticileri Birliği (European School Heads Association/ESHA) tarafından 2013 yılında oluşturulan dağıtılmış liderlik ölçeğinden faydalanılarak sağlık hizmetlerine adapte edilmiş hali kullanılmıştır.
- İş Stresi Ölçeği: Parker ve Decotiis tarafından 1983 yılında geliştirilen İş Stresi ölçeği temel olarak ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerine yönelik adaptasyonu gerçekleştirilerek uygulanmıştır.
- Hizmet Kalitesi Ölçeği: Kang ve James tarafından (2004) Grönroos hizmet kalitesi modeli çerçevesi temel alınarak oluşturulmuştur. Ölçek ifadelerinin oluşturulmasında, Pai ve Chary (2016) tarafından hastane hizmet kalitesinin ölçümüne yönelik gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda elde edilen ölçek çerçeve olarak ele alınmıştır.

Çalışmanın bağımlı değişkeni sağlık personelinin hizmet kalitesine yönelik algılarıdır. Çalışmanın bağımsız değişkenleri ise dağıtılmış liderlik ve stres olarak tespit edilmiştir. Çalışmada, katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, idari görev, mesleki deneyim, kişilik yapısı, mesleki stres düzeyi, iş tatmin düzeyi ve kurumsallaşma düzeyi ile ilgili değişkenlere yer verilmiştir.

4.4.4 Veri Toplama Yöntemi

İzmir merkezde bulunan bir eğitim ve araştırma, bir genel ve bir özel dal hastanede çalışan tüm personelin düşünceleri yapılandırılmış anket tekniği kullanılarak toplanmış ve değerlendirilmiştir.

4.4.5 Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı ve AMOS (Analysis of Moment Structures) yazılımı kullanılmıştır.

Öncelikle doğru bir şekilde doldurulmadığı tespit edilen anketler elenmiştir. Anket verileri bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Daha sonra frekans analizleri ve tanımlayıcı istatistikler gerçekleştirilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin yapısal geçerliliği sınamak amacıyla faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Ölçeklerde kullanılan ifadelerin içsel tutarlılığı Cronbach's alpha katsayısı ile ölçülmüştür. Katılımcıların demografik özelliklerine göre verdikleri yanıtların ortalamaları arasında önemli farklılık olup olmadığı bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü ANOVA testi ile gerçekleştirilmiştir. Değişkenler arası ilişkinin yönü ve kuvveti korelasyon analizi ile belirlenmiştir. Son olarak araştırma modeli kapsamında dağıtılmış liderliğin hizmet kalitesine etkisi ve iş stresinin medyatör etkisi Yapısal Eşitlik Modeli ile test edilmiştir. İstatistiksel önemlilik düzeyi 0.05 olarak belirlenmiştir.

4.5 ARAŞTIRMANIN KISITLARI

Sağlık personelinin dağıtılmış liderlik, iş stresi ve hizmet kalitesi algılarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışma kesitsel türdedir. Araştırmanın gerçekleştirildiği dönem ile ilgili bilgi vermektedir. Araştırma İzmir merkezde bulunan bir eğitim araştırma, bir genel ve bir özel dal hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Zaman ve maddi imkanlar yetersizliği ve bazı hastanelerden araştırma yapılmasına ilişkin olumlu geri dönüş alınamaması nedeniyle üç hastanede gerçekleştirilebilmiştir. Çalışmanın İzmir veya ülke genelinde gerçekleştirilememesi araştırmanın kısıtını oluşturmaktadır. Bunun yanında, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm çalışanlara anket uygulaması gerçekleştirilmek istenmiştir. Ancak, nöbet usulü çalışma, izin vb. nedenlerden dolayı veri toplama sürecinde herkese ulaşamamıştır. Bu durumda çalışmanın diğer bir kısıtını oluşturmaktadır. Çalışmanın diğer bir kısıtı da modelde ara değişken olarak yalnızca iş stresi değişkeninin konmuş olmasıdır. Diğer çalışmalarda, motivasyon, iş tatmini gibi ara değişkenler de dahil edilebilir.

4.6 ARAŞTIRMA BULGULARI

Araştırma bulguları kapsamında öncelikle katılımcıların bireysel özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, kişilik, stres, iş tatmini ve kurumsallaşma ile ilgili görüşlerine ilişkin dağılımlar, katılımcıların bireysel özelliklerine göre verdikleri

yanıtlara göre dağılımlar yer almaktadır. Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkinin yönü ve kuvvetini belirlemek amacıyla korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Son olarak, dağıtılmış liderliğin iş stresi kapsamında hizmet kalitesine etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile gerçekleştirilmiştir.

4.6.1 Katılımcıların Bireysel Özelliklerine İlişkin Analizler

Sağlık çalışanlarının dağıtılmış liderlik, iş stresi ve hizmet kalitesini belirlemeye yönelik gerçekleştirilen araştırmaya toplam 407 kişi katılmıştır. Bu kapsamda katılımcıların bireysel özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistik verileri Tablo 2’de ele alınmaktadır. Katılımcıların %27’si 30 yaş ve altında, %41,3’ü 31 ile 40 yaş arasında, %31,8’i 41 yaş ve üzerinde olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların yaş ortalaması $36,41 \pm 8,39$ yıldır. Araştırmaya dahil olan katılımcılar % 69,3’ü kadın ve %30,7’si erkektir (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların Bireysel Özelliklerinin Sayısal ve Yüzdesele Dağılımı

		Sayı	Yüzde %
YAŞ GRUBU (n=400)	30 ve ↓	108	27,0
	31-40	165	41,3
	41 ve ↑	127	31,7
CİNSİYET (n=348)	Kadın	241	69,3
	Erkek	107	30,7
EĞİTİM DÜZEYİ (n=393)	Lise ve ↓	81	20,6
	Lisans	215	54,7
	Lisansüstü	97	24,7
MESLEK (n=386)	Hekim	47	12,2
	Hemşire	212	54,9
	İdari	33	8,5
	Diğer	94	24,4
İDARİ GÖREV (n=333)	Var	60	18,0
	Yok	273	82,0
YAŞ	Ortalama ± SS	$36,41 \pm 8,39$	
	Min - Maks	18 - 58	
MESLEKİ DENEYİM	Ortalama ± SS	$14,57 \pm 8,55$	
	Min - Maks	1 - 39	

Araştırmaya katılan sağlık personelinin eğitim düzeyine ilişkin bulgular incelendiğinde, katılımcıların %20,6'sı lise ve daha düşük düzeyde eğitim düzeyine, %54,7'si lisans düzeyinde eğitim düzeyine ve %24,7'si lisansüstü düzeyde eğitim düzeyine sahip olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların meslek dağılımlarına ilişkin sıklıklar incelendiğinde, katılımcıların %12,2'sinin hekim, %54,7'sinin hemşire, %8,5'inin idari personel ve %24,4'ünün diğer personel olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %18'i idari görevlerinin olduğunu ve %82'si idari görevlerinin olmadığını belirtmişlerdir. Sağlık personeli ortalama olarak 14,57±8,55 yıl mesleki deneyimleri süreleri olduğunu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3: Katılımcıların Kişilik, Stres, İş Tatmini ve Kurumsallaşma İle İlgili Görüşlerine İlişkin Sayısal ve Yüzdesel Dağılım

		Sayı	Yüzde %
KİŞİLİK YAPISI (n=396)	Endişeli (Aceleci)	96	24,2
	Rahat (Sakin)	110	27,8
	Karma	190	48,0
MESLEKİ STRES DÜZEYİ (n=397)	Yüksek	171	43,1
	Orta	200	50,4
	Düşük	26	6,5
İŞ TATMİNİ DÜZEYİ (n=398)	Yüksek	97	24,4
	Orta	229	57,5
	Düşük	72	18,1
KURUMSALLAŞMA DÜZEYİ (n=390)	Yüksek	97	24,9
	Orta	220	56,4
	Düşük	73	18,7

Katılımcıların kişilik, stres, iş tatmini ve kurumsallaşma ile ilgili görüşlerine ilişkin sayısal ve yüzdesel dağılım Tablo 3'te gösterilmektedir. Bu kapsamda araştırmaya katılan sağlık personelinin %24,2'si endişeli (aceleci), %27,8'i rahat (sakin) ve %48'i karma kişilik yapısına sahip olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %43,1'i mesleki stres düzeyinin yüksek olduğunu, %50,4'ü orta düzeyde olduğunu ve %6,5'i düşük düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %24,4'ü iş tatmin düzeyinin yüksek, %57,7'si orta düzeyde ve %18,1'i düşük düzeyde olduğunu belirtmiştir. Katılımcılara hastanenin kurumsallaşma düzeyi ile ilgili soru

yöneltirilmiştir ve %24,9'u kurumsallaşma düzeyinin yüksek, %56,4'ünün orta düzeyde ve %18,7'si düşük düzeyde olduğunu belirtmiştir (Tablo 3).

4.6.2 Araştırma Kapsamında Kullanılan Ölçme Araçlarına İlişkin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Ölçme araçlarının yapısal geçerliliğini sınamak amacıyla veri setlerine faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda, hizmet kalitesini değerlendirmek amacıyla fonksiyonel kalite, teknik kalite ve imaj kalitesi veri setlerine ayrı ayrı faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Bunun yanında, iş stresi ve liderlik ölçme araçlarının yapısal geçerliliği de faktör analizi ile sınanmıştır. Elde edilen bulgular aşağıdaki tablolarda ele alınmıştır. Araştırma değişkenlerinin veri setlerine yönelik içsel tutarlılığı belirlemek amacıyla Cronbach's alpha katsayıları belirlenmiştir. Bunun yanında, her bir ana değişkenin alt değişkenlerine ilişkin Cronbach's alpha katsayıları da hesaplanmıştır.

Dağıtılmış Liderliğe yönelik sorulan ifadelerin yapısal geçerliliğini belirlemek için gerçekleştirilen faktör analizi sonucuna göre, KMO değeri 0,95 ($p < 0,001$), toplam varyansın açıklanma oranı %70,82 olarak tespit edilmiştir. Faktör analizi sonucunda dağıtılmış liderlik ile ilgili ifadelerin üç faktör altında toplandığı tespit edilmiştir. Bu faktörler; "İK Boyutu", "Yönetmel Boyut" ve "Destek Boyutu" olarak isimlendirilmiştir. İçsel tutarlılığı belirlemek için gerçekleştirilen güvenilirlik analizine göre Cronbach's alpha katsayısı 0,96 ($p < 0,001$) olarak tespit edilmiştir (Tablo 4).

"İK Boyutu" olarak isimlendirilen faktörün tanımladığı fark yüzdesi 47,80'dir ve özdeğeri 11,47'dir. Bu faktör incelendiğinde 9 ifade ile açıklandığı ve bu faktöre verilen yanıtların ortalamasının 3,15 olduğu belirlenmiştir. Faktörün içsel tutarlılığını belirlemek için gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's alpha değeri 0,94'tür (Tablo 4).

Tablo 4: Dağıtılmış Liderlik Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

DAĞITILMIŞ LİDERLİK	Faktör Yüklü	Özdeğerler	Açıklanan Varyans Yüzdesi	Alpha	Ortalama
I. FAKTÖR – İK Boyutu		11,47	47,80	,94*	3,14
Performans değerlemesine önem verilmektedir.	,804				
Yetki ve sorumluluk denklığıne önem verilmektedir.	,782				
Yöneticiler liderlik vasıflarına sahiptir.	,779				
Uzmanlık alanı göz önüne alınarak görev dağılımı yapılmaktadır.	,750				
İş motivasyonu yüksekliği önemsenmektedir.	,711				
İşimle ilgili yeni fikirleri özgürce ifade edebilirim.	,675				
Görev tanımı ve çalışanlarda bulunması gereken nitelikler net olarak belirlenmiştir.	,664				
Liyakata önem verilmektedir.	,613				
İş süreçlerinde iletişim kalitesi yeterli düzeydedir.	,610				
II. FAKTÖR – Yönetmel Boyut		2,17	9,03	,92*	3,46
Kurum felsefesi (misyon, vizyon, değerler, ilkeler) çalışanlar tarafından sahiplenilmektedir.	,832				
Çalışanlar birbirini desteklemektedir.	,734				
Her düzeyde çalışanın kararlara katılımı sağlanmaktadır.	,687				
Ekip çalışmasına önem verilmektedir.	,662				
İnsan ilişkilerinde saygı ön plandadır.	,660				
Çalışanlar arasında güven ortamı vardır.	,637				
Çalışanlar işlerini sahiplenmektedir.	,537				
III. FAKTÖR – Destek Boyutu		1,66	6,93	,89*	3,41
Eğitim olanakları sağlanmaktadır.	,729				
Bilgi ve deneyimler paylaşılabilir.	,717				
Kariyer gelişimim ile ilgili kararlari kendim belirleyebilirim.	,698				
Personel güçlendirmeye (inisiyatif, sorumluluk alma vb.) önem verilmektedir.	,669				
Personel yöneticiler tarafından desteklenmektedir.	,531				
KMO= 0,95*; Bartlett's Test of Sphericity= 6570,11; Açıklanan Varyans Oranı: 70,82; Cronbach's alpha=0,96*; * p<0,001					

“Yönetmel Boyut” olarak isimlendirilen faktörün tanımladığı fark yüzdesi 9,03’tür ve özdeğeri 2,17’dir. Bu faktör incelendiğinde 5 ifade ile açıklandığı ve bu faktöre verilen yanıtların ortalamasının 3,46 olduğu belirlenmiştir. Faktörün içsel tutarlılığını belirlemek için gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach’s alpha değeri 0,92’dir (Tablo 4).

“Destek Boyutu” olarak isimlendirilen faktörün tanımladığı fark yüzdesi 6,93’tür ve özdeğeri 1,66’dır. Bu faktör incelendiğinde 5 ifade ile açıklandığı ve bu faktöre verilen yanıtların ortalamasının 3,41 olduğu belirlenmiştir. Faktörün içsel tutarlılığını belirlemek için gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach’s alpha değeri 0,89’dur (Tablo 4).

İş Stresine yönelik sorulan ifadelerin yapısal geçerliliğini belirlemek için gerçekleştirilen faktör analizi sonucuna göre, KMO değeri 0,89 ($p < 0,001$), toplam varyansın açıklanma oranı %70,25 olarak tespit edilmiştir. Faktör analizi sonucunda iş stresi ile ilgili ifadelerin iki faktör altında toplandığı tespit edilmiştir. Bu faktörler; “Zaman Baskısı ve İş Yükü” ve “İş Ortamı” olarak isimlendirilmiştir. İçsel tutarlılığı belirlemek için gerçekleştirilen güvenilirlik analizine göre Cronbach’s alpha katsayısı 0,89 ($p < 0,001$) olarak tespit edilmiştir (Tablo 5).

“Zaman Baskısı ve İş Yükü” olarak isimlendirilen faktörün tanımladığı fark yüzdesi 58,50’dir ve özdeğeri 4,73’tür. Bu faktör incelendiğinde 4 ifade ile açıklandığı ve bu faktöre verilen yanıtların ortalamasının 3,85 olduğu belirlenmiştir. Faktörün içsel tutarlılığını belirlemek için gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach’s alpha değeri 0,79’dur (Tablo 5).

“İş Ortamı” olarak isimlendirilen faktörün tanımladığı fark yüzdesi 11,74’tür ve özdeğeri 1,06’dır. Bu faktör incelendiğinde 5 ifade ile açıklandığı ve bu faktöre verilen yanıtların ortalamasının 3,23 olduğu belirlenmiştir. Faktörün içsel tutarlılığını belirlemek için gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach’s alpha değeri 0,83’tür (Tablo 5).

Tablo 5: İş Stresi Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

İŞ STRESİ	Faktör Yüklü	Özdeğerler	Açıklanan Varyans Yüzdesi	Alpha	Ortalama
I. FAKTÖR – Zaman Baskısı ve İş Yüklü		4,73	58,50	,79*	3,85
Aşırı iş yoğunluğuna sahibim	,834				
İşlerimi bitirebilmek için yeterli zamanım yok.	,746				
İş yüküne göre ücretin yetersiz olduğunu düşünüyorum.	,656				
Kendime zaman ayıramıyorum	,610				
II. FAKTÖR – İş Ortamı		1,06	11,74	,83*	3,23
İşle ilgili insan ilişkilerinde sorun yaşıyorum.	,804				
İşimle ilgili olumsuzlukların özel yaşamıma yansıdığını düşünüyorum.	,727				
İş ortamında kendimi endişeli hissediyorum.	,701				
İşe yönelik zaman yetersizliği yaşıyorum.	,612				
İş ortamına yönelik şikâyetlerin çok olduğunu düşünüyorum.	,566				
KMO= 0,89*; Bartlett's Test of Sphericity= 1632,01; Açıklanan Varyans Oranı: 70,25; Cronbach's alpha=0,88*; * $p<0,001$					

Hizmet Kalitesi boyutlarından Fonksiyonel Kaliteye yönelik sorulan ifadelerin yapısal geçerliliğini belirlemek için gerçekleştirilen faktör analizi sonucuna göre, KMO değeri 0,93 ($p<0,001$), toplam varyansın açıklanma oranı %71,32 olarak tespit edilmiştir. Faktör analizi sonucunda Fonksiyonel Kalite ile ilgili ifadelerin dört faktör altında toplandığı tespit edilmiştir. Bu faktörler; “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik”, “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler”, “Altyapı”, “İsteklilik” olarak isimlendirilmiştir. İçsel tutarlılığı belirlemek için gerçekleştirilen güvenilirlik analizine göre Cronbach’s alpha katsayısı 0,95 ($p<0,001$) olarak tespit edilmiştir (Tablo 6).

İlk faktörün tanımladığı fark yüzdesi 48,80’dir ve 6 ifade açıklanmıştır. Bu faktörün altında bulunan ifadeler incelendiğinde değişkenlerin “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik” ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Bu faktöre ilişkin öz değer 13,47’dir. Faktörün Cronbach’s alpha değeri 0,90’dir ve katılımcıların bu faktöre verdikleri yanıtların ortalaması 3,98’dir (Tablo 6).

Tablo 6: Hizmet Kalitesi Boyutlarından Fonksiyonel Kalite Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

FONKSİYONEL KALİTE	Faktör Yükü	Özdeğerler	Açıklanan Varyans Yüzdesi	Alpha	Ortalama
I. FAKTÖR – Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik		13,47	48,80	,90*	3,98
Hasta haklarına özen gösterilmektedir.	,782				
Hasta ve yakınlarına yeterli bilgilendirme yapılmalıdır.	,766				
Hasta ve yakınlarına nezaket kuralları çerçevesinde davranılmaktadır.	,752				
Hemşireler mesleki yetkinliğe sahiptir.	,722				
Hekimler mesleki yetkinliğe sahiptir.	,689				
Hastaya hızlı ve zamanında hizmet sunulmaktadır.	,639				
II. FAKTÖR – Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler		2,17	9,03	,86*	3,51
Hastaneye ulaşım olanakları yeterlidir.	,779				
Hastanemizde gelişmiş teknolojiye sahip araç ve ekipmanlar kullanılmaktadır.	,672				
Aydınlatma ve ısı olanakları yeterlidir.	,647				
Hastane içi ulaşım olanakları yeterlidir.	,633				
Tesis hijyenik koşullara uygundur.	,621				
Hastane Yönetim Bilgi Sistemleri yeterli düzeydedir.	,468				
III. FAKTÖR – Altyapı		1,66	6,93	,87*	3,06
Otopark hizmetleri yeterlidir	,723				
Güvenlik hizmetleri yeterlidir.	,695				
Atık hizmetleri yeterlidir.	,663				
Tesis yerleşim tasarımı idealdir.	,611				
İletişim altyapısı yeterlidir.	,598				
Destek hizmetleri yeterlidir.	,557				
Tıbbi sarf malzeme olanakları yeterlidir.	,505				
IV. FAKTÖR - İsteklilik		1,09	4,56	,90*	3,51
Bekleme süreleri ideal düzeydedir.	,889				
Kayıt sistemi ideal düzeydedir.	,849				
Randevu hizmetleri yeterli düzeydedir.	,809				
Test ve tedavi süreçleri ideal düzeydedir.	,619				
Departmanlar arası koordinasyon ideal düzeydedir.	,575				

KMO= 0,93*; Bartlett's Test of Sphericity= 5826,69 ; Açıklanan Varyans Oranı:71,32; Cronbach's alpha=0,95*; * $p<0,001$

“Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler” olarak isimlendirilen faktörün tanımladığı fark yüzdesi 9,03’tür ve özdeğeri 2,17’dir. Bu faktör incelendiğinde 6 ifade ile açıklandığı ve bu faktöre verilen yanıtların ortalamasının 3,51 olduğu belirlenmiştir. Faktörün içsel tutarlılığını belirlemek için gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach’s alpha değeri 0,86’dır (Tablo 6).

“Altyapı” olarak isimlendirilen faktörün tanımladığı fark yüzdesi 6,93’tür ve özdeğeri 1,66’dır. Bu faktör incelendiğinde 7 ifade ile açıklandığı ve bu faktöre verilen yanıtların ortalamasının 3,06 olduğu belirlenmiştir. Faktörün içsel tutarlılığını belirlemek için gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach’s alpha değeri 0,87’dir (Tablo 6).

“İsteklilik” olarak isimlendirilen faktörün tanımladığı fark yüzdesi 4,56’dır ve özdeğeri 1,09’dur. Bu faktör incelendiğinde 5 ifade ile açıklandığı ve bu faktöre verilen yanıtların ortalamasının 3,51 olduğu belirlenmiştir. Faktörün içsel tutarlılığını belirlemek için gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach’s alpha değeri 0,90’dır (Tablo 6).

Hizmet Kalitesi boyutlarından “Teknik Kalite”ye yönelik sorulan ifadelerin yapısal geçerliliğini belirlemek için gerçekleştirilen faktör analizi sonucuna göre, KMO değeri 0,92 ($p < 0,001$), toplam varyansın açıklanma oranı %85,39 olarak tespit edilmiştir. Faktör analizi sonucunda teknik kalite ile ilgili ifadelerin tek faktör altında toplandığı tespit edilmiştir. İçsel tutarlılığı belirlemek için gerçekleştirilen güvenilirlik analizine göre Cronbach’s alpha katsayısı 0,96 ($p < 0,001$) olarak tespit edilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7: Hizmet Kalitesi Boyutlarından Teknik Kalite Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

	Faktör Yüklü	Özdeğerler	Açıklanan Varyans Yüzdesi	Alpha	Ortalama
I. FAKTÖR – TEKNİK KALİTE		4,27	85,39	,96*	3,98
Hekim hastayı tanı süreci ve testler konusunda bilgilendirmektedir.	,943				
Hekim hastayı sağlık durumu konusunda bilgilendirmektedir.	,942				
Hekim hastayı tedavi sonrası süreç konusunda bilgilendirmektedir.	,941				
Hekim hastayı tedavi süreci konusunda bilgilendirmektedir.	,921				
Hekim hastaları doğru değerlendirmektedir.	,870				
KMO= 0,92*; Bartlett's Test of Sphericity= 2190,87 ; Açıklanan Varyans Oranı: 85,39; Cronbach's alpha=0,96*; * $p<0,001$					

Hizmet Kalitesi boyutlarından “İmaj Kalitesi”ne yönelik sorulan ifadelerin yapısal geçerliliğini belirlemek için gerçekleştirilen faktör analizi sonucuna göre, KMO değeri 0,80 ($p<0,001$), toplam varyansın açıklanma oranı %79,86 olarak tespit edilmiştir. Faktör analizi sonucunda “İmaj Kalitesi” ile ilgili ifadelerin tek faktör altında toplandığı tespit edilmiştir. İçsel tutarlılığı belirlemek için gerçekleştirilen güvenilirlik analizine göre Cronbach’s alpha katsayısı 0,92 ($p<0,001$) olarak tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8: Hizmet Kalitesi Boyutlarından İmaj Kalitesi Ölçeği Faktör Analizi Sonuçları

	Faktör Yüklü	Özdeğerler	Açıklanan Varyans Yüzdesi	Alpha	Ortalama
I. FAKTÖR – İMAJ KALİTESİ		3,19	79,86	,92	3,70
Hastane teknolojik açıdan olumlu bir imaja sahiptir.	,909				
Sosyal sorumluluk kapsamında olumlu bir imaja sahiptir.	,905				
Hastane olumlu bir imaja sahiptir.	,892				
Sağlık personeli olumlu bir imaja sahiptir.	,868				
KMO= 0,80*; Bartlett's Test of Sphericity= 1211,27 ; Açıklanan Varyans Oranı: 79,86; Cronbach's alpha=0,92*; * $p<0,001$					

4.6.3 Katılımcıların Bireysel Özelliklerine Göre Verdikleri Yanıtlara İlişkin Analizler

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve mesleklerine göre verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA ve t testi gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda elde edilen bulgular aşağıda ele alınmaktadır.

Sağlık personelinin yaş grubuna göre “Dağıtılmış Liderlik” boyutlarına verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 9’da gösterilmektedir. Sağlık personelinin yaş grubuna göre liderlik ve boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, katılımcıların yaş gruplarına göre verdikleri yanıtlar arasında “İK Boyutu”, “Yönetsel Boyut” ve “Destek Boyutu” boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında önemli olup olmadığı tespit edilmek istenmiştir (Tablo 9). Yaş gruplarına göre “İK Boyutu” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=0,097$ ve $p=0,908$). Katılımcıların yaş gruplarına göre “Yönetsel Boyut” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=1,050$ ve $p=0,351$). Yaş gruplarına göre “Destek Boyutu” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli

bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=1,282$ ve $p=0,279$). Elde edilen bulgulara göre H_{1a} kabul edilmemiştir.

Tablo 9: Yaş Grubuna Göre “Dağıtılmış Liderlik” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri

	Yaş	N	Ortalama	SS	F	p
İK Boyutu	30 yaş ve ↓	107	3,15	1,01	,097	,908
	31 -40 yaş	165	3,13	0,77		
	41 yaş ve ↑	126	3,10	0,98		
	Toplam	398	3,12	0,91		
Yönetmel Boyut	30 yaş ve ↓	108	3,37	1,06	1,050	,351
	31 -40 yaş	165	3,47	0,77		
	41 yaş ve ↑	127	3,53	0,84		
	Toplam	400	3,46	0,88		
Destek Boyutu	30 yaş ve ↓	108	3,33	0,94	1,282	,279
	31 -40 yaş	165	3,37	0,89		
	41 yaş ve ↑	127	3,50	0,92		
	Toplam	400	3,40	0,91		

Sağlık personelinin yaş grubuna göre “İş Stresi” boyutlarına verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 10’da gösterilmektedir. Sağlık personelinin yaş grubuna göre iş stresi boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, katılımcıların yaş gruplarına göre verdikleri yanıtlar arasında “Zaman Baskısı ve İş Yükü” ve “İş Ortamı” boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olup olmadığı test edilmek istenmiştir (Tablo 12).

Yaş gruplarına göre “Zaman Baskısı ve İş Yükü” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmemiştir ($F=1,628$ ve $p=0,198$). Yaş gruplarına göre “İş Ortamı” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmemiştir ($F=2,219$ ve $p=0,110$). Elde edilen bulgulara göre H_{1b} kabul edilmemiştir (Tablo 10).

Tablo 10: Yaş Grubuna Göre “İş Stresi” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri

	Yaş	N	Ortalama	SS	F	p
Zaman Baskısı ve İş Yükü	30 yaş ve ↓	108	3,73	1,06	1,628	,198
	31 -40 yaş	165	3,92	0,80		
	41 yaş ve ↑	127	3,83	0,80		
	Toplam	400	3,84	0,88		
İş Ortamı	30 yaş ve ↓	108	3,10	1,03	2,219	,110
	31 -40 yaş	165	3,33	0,83		
	41 yaş ve ↑	127	3,23	0,89		
	Toplam	400	3,24	0,91		

Sağlık personelinin yaş grubuna göre “Fonksiyonel Kalite” boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, katılımcıların yaş gruplarına göre verdikleri yanıtlar arasında “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik”, “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler” ve “İsteklilik” boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmiştir (Tablo 11). Elde edilen bulgulara göre H_{1c} “Altyapı” boyutu dışında kabul edilmiştir.

Yaş gruplarına göre “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=4,073$ ve $p=0,018$). “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik” değişkenine 30 ve altı yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,78, 31–40 arası yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 4,01 ve 41 ve üzeri yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 4,03’tür (Tablo 11).

Yaş gruplarına göre “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=5,407$ ve $p=0,005$). “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler” değişkenine 30 ve altı yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,31, 31–40 arası yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,52 ve 41 ve üzeri yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,67’dir (Tablo 11).

Yaş gruplarına göre “İsteklilik” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=3,765$ ve $p=0,024$).

“İsteklilik” değişkenine 30 ve altı yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,33, 31–40 arası yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,55 ve 41 ve üzeri yaş grubunun verdiği yanıtların ortalaması 3,62’dir (Tablo 11).

Tablo 11: Yaş Grubuna Göre “Fonksiyonel Kalite” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri

	Yaş	N	Ortalama	SS	F	p	Post hoc
Fonksiyonel Kalite	30 yaş ve ↓	108	3,32	0,89	5,089	,007	1-3*
	31 -40 yaş	165	3,51	0,59			
	41 yaş ve ↑	127	3,61	0,65			
	Toplam	400	3,49	0,71			
Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik	30 yaş ve ↓	108	3,78	0,95	4,073	,018	1-2*
	31 -40 yaş	165	4,01	0,60			1-3*
	41 yaş ve ↑	127	4,03	0,67			
	Toplam	400	3,95	0,74			
Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler	30 yaş ve ↓	108	3,31	0,99	5,407	,005	1-3*
	31 -40 yaş	165	3,52	0,78			
	41 yaş ve ↑	127	3,67	0,77			
	Toplam	400	3,52	0,85			
Altyapı	30 yaş ve ↓	108	2,91	0,97	2,553	,079	
	31 -40 yaş	165	3,05	0,86			
	41 yaş ve ↑	127	3,17	0,82			
	Toplam	400	3,05	0,88			
İsteklilik	30 yaş ve ↓	108	3,33	1,03	3,765	,024	1-3*
	31 -40 yaş	165	3,55	0,78			
	41 yaş ve ↑	127	3,62	0,75			
	Toplam	400	3,51	0,85			

* Tamhane

Tablo 12: Yaş Grubuna Göre “Teknik Kalite”ye İlişkin Grup İstatistikleri

	Yaş	N	Ortalama	SS	F	p
Teknik Kalite	30 yaş ve ↓	108	3,90	0,98	1,379	,253
	31 -40 yaş	165	3,96	0,69		
	41 yaş ve ↑	126	4,07	0,79		
	Toplam	399	3,98	0,81		

Sağlık personelinin yaş grubuna göre “Teknik Kalite”ye verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, katılımcıların yaş gruplarına göre verdikleri yanıtlar arasında “Teknik Kalite” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=1,379$ ve $p=0,253$) (Tablo 12). Elde edilen bulgulara göre H_{1c} kabul edilmemiştir.

Sağlık personelinin yaş grubuna göre “İmaj Kalitesi”ne verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, katılımcıların yaş gruplarına göre verdikleri yanıtlar arasında “İmaj Kalitesi” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($F=2,093$ ve $p=0,125$) (Tablo 13). Elde edilen bulgulara göre H_{1d} kabul edilmemiştir.

Tablo 13: Yaş Grubuna Göre “İmaj Kalitesi”ne İlişkin Grup İstatistikleri

	Yaş	N	Ortalama	SS	F	p
İmaj Kalitesi	30 yaş ve ↓	108	3,53	1,18	2,093	,125
	31 -40 yaş	165	3,73	0,79		
	41 yaş ve ↑	127	3,77	0,91		
	Toplam	400	3,69	0,95		

Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre “Dağıtılmış Liderlik” boyutlarına verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 14’te gösterilmektedir. Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre “Dağıtılmış Liderlik” ilişkin verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla bağımsız örneklem t testi gerçekleştirilmiştir. Yapılan analize göre, katılımcıların cinsiyetlerine göre

“Dağıtılmış Liderlik”, “İK Boyutu” “Yönetsel Boyut” ve “Destek Boyutu” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında önemli olup olmadığı tespit edilmek istenmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre “İK Boyutu” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($t=-0,931$ ve $p=0,353$). Katılımcıların cinsiyetlerine göre “Yönetsel Boyut” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($t=-0,059$ ve $p=0,953$). Katılımcıların cinsiyetlerine göre “Destek Boyutu” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($t=-1,912$ ve $p=0,057$). Elde edilen bulgulara göre H_{1e} kabul edilmemiştir.

Tablo 14: Cinsiyetlerine Göre “Dağıtılmış Liderlik” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri

	Cinsiyet	N	Ortalama	SS	F	p
İK Boyutu	Kadın	240	3,10	0,85	-,931	,353
	Erkek	106	3,19	1,00		
Yönetsel Boyut	Kadın	241	3,49	0,86	-,059	,953
	Erkek	107	3,50	0,86		
Destek Boyutu	Kadın	241	3,37	0,88	-1,912	,057
	Erkek	107	3,57	0,90		

Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre “İş Stresi” boyutlarına verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 15’te gösterilmektedir. Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre “İş Stresi” boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla bağımsız örneklem t testi gerçekleştirilmiştir. Yapılan analize göre, katılımcıların cinsiyetlerine göre “Zaman Baskısı ve İş Yükü” ve “İş Ortamı” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında önemli olup olmadığı tespit edilmek istenmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre “Zaman Baskısı ve İş Yükü” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($t=1,014$ ve $p=0,312$). Cinsiyetlerine göre “İş Ortamı” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($t=1,348$ ve $p=0,179$). Elde edilen bulgulara göre H_{1f} kabul edilmemiştir.

Tablo 15: Cinsiyetlerine Göre “İş Stresi” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri

	Cinsiyet	N	Ortalama	SS	F	p
Zaman Baskısı ve İş Yükü	Kadın	241	3,85	0,83	1,014	,312
	Erkek	107	3,73	1,04		
İş Ortamı	Kadın	241	3,26	0,87	1,348	,179
	Erkek	107	3,11	1,00		

Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre “Fonksiyonel Kalite” boyutlarına verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 16’da gösterilmektedir. Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre fonksiyonel kalite ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla bağımsız örneklem t testi gerçekleştirilmiştir. Yapılan analize göre, katılımcıların cinsiyetlerine göre “Fonksiyonel Kalite” boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında önemli olup olmadığı tespit edilmek istenmiştir.

Tablo 16: Cinsiyetlerine Göre “Fonksiyonel Kalite” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri

	Cinsiyet	N	Ortalama	SS	t	p
Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik	Kadın	241	3,99	0,72	,429	,668
	Erkek	107	3,96	0,78		
Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler	Kadın	241	3,55	0,84	-,790	,430
	Erkek	107	3,62	0,87		
Altyapı	Kadın	241	3,07	0,91	-,158	,875
	Erkek	107	3,08	0,86		
İsteklilik	Kadın	241	3,53	0,88	,329	,742
	Erkek	107	3,50	0,87		

Katılımcıların cinsiyetlerine göre “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($t=0,429$ ve $p=0,668$). Katılımcıların cinsiyetlerine göre “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($t=-0,790$ ve $p=0,430$). Katılımcıların cinsiyetlerine göre “Altyapı” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($t=-0,158$ ve $p=0,875$). Katılımcıların cinsiyetlerine göre “İsteklilik” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir

farklılık tespit edilmemiştir ($t=,329$ ve $p=0,742$) (Tablo 16). Elde edilen bulgulara göre H_{1g} kabul edilmemiştir.

Sağlık Personelinin cinsiyetlerine göre “Teknik Kalite”ye verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 17’de gösterilmektedir. Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre “Teknik Kalite” ilişkin verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla bağımsız örneklem t testi gerçekleştirilmiştir. Yapılan analize göre, katılımcıların cinsiyetlerine göre “Teknik Kalite” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında önemli olup olmadığı tespit edilmek istenmiştir (Tablo 17). Katılımcıların cinsiyetlerine göre “Teknik Kalite” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($t=-0,707$ ve $p=0,480$). Elde edilen bulgulara göre H_{1g} kabul edilmemiştir.

Tablo 17: Cinsiyetlerine Göre “Teknik Kalite”ye İlişkin Grup İstatistikleri

	Cinsiyet	N	Ortalama	SS	F	p
Teknik Kalite	Kadın	240	3,99	0,78	-,707	,480
	Erkek	107	4,06	0,85		

Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre “İmaj Kalitesi”ne verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım tablo 18’de gösterilmektedir. Sağlık personelinin cinsiyetlerine göre imaj kalitesine ilişkin verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla bağımsız örneklem t testi gerçekleştirilmiştir. Yapılan analize göre, katılımcıların cinsiyetlerine göre “İmaj Kalitesi” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında önemli olup olmadığı tespit edilmek istenmiştir (Tablo 18). Katılımcıların cinsiyetlerine göre “İmaj Kalitesi” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($t=-0,498$ ve $p=0,619$). Elde edilen bulgulara göre H_{1h} kabul edilmemiştir.

Tablo 18: Cinsiyetlerine Göre “İmaj Kalitesi”ne İlişkin Grup İstatistikleri

	Cinsiyet	N	Ortalama	SS	F	p
İmaj Kalitesi	Kadın	241	3,74	0,93	-,498	,619
	Erkek	107	3,79	0,97		

Sağlık personelinin eğitim düzeyine göre “Dağıtılmış Liderlik” boyutlarına verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 19’da gösterilmektedir. Sağlık personelinin eğitim düzeyine göre liderlik ve boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 19: Eğitim Düzeyine Göre “Dağıtılmış Liderlik” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri

	Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	SS	F	p	Post hoc
İK Boyutu	Lise ve ↓	81	3,36	1,13	5,073	,007	1-3*
	Lisans	215	3,13				
	Lisansüstü	97	2,92	0,80			
	Toplam	393	3,12	0,92			
Yönelisel Boyut	Lise ve ↓	81	3,46	1,12	,686	,504	
	Lisans	215	3,43	0,83			
	Lisansüstü	97	3,56	0,80			
	Toplam	393	3,47	0,89			
Destek Boyutu	Lise ve ↓	81	3,60	1,05	2,533	,081	
	Lisans	215	3,34	0,82			
	Lisansüstü	97	3,37	0,99			
	Toplam	393	3,40	0,92			

* Tamhane

Katılımcıların eğitim düzeyine göre “İK Boyutu” değişkenlerine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmiştir ($F=5,073$ ve $p=0,007$). “İK Boyutu” değişkenine lise ve altı eğitim düzeyine sahip olan grubun verdiği yanıtların ortalaması 3,36, lisans düzeyinde eğitime sahip katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 3,13 ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 2,92’dir. Katılımcıların eğitim düzeyine göre “Yönelisel Boyut” değişkenlerine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=0,686$ ve $p=0,504$). Katılımcıların eğitim düzeyine göre “Destek Boyutu” değişkenlerine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=2,533$ ve $p=0,081$). Elde edilen bulgulara göre H_{11} yalnızca “İK Boyutu” için kabul edilmiştir (Tablo 19).

Sağlık personelinin eğitim düzeyine göre “İş Stresi” boyutlarına verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 20’de gösterilmektedir. Sağlık personelinin eğitim düzeyine göre iş stresi boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir. “Zaman Baskısı ve İş Yükü” değişkenlerine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmiştir ($F=11,035$ ve $p<0,001$). “Zaman Baskısı ve İş Yükü” değişkenine lise ve altı eğitim düzeyine sahip olan grubun verdiği yanıtların ortalaması 3,45, lisans düzeyinde eğitime sahip katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 3,97 ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 3,89’dur (Tablo 20).

“İş Ortamı” değişkenlerine sağlık personelinin eğitim düzeyine göre verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmiştir ($F=11,005$ ve $p<0,001$). “İş Ortamı” değişkenine lise ve altı eğitim düzeyine sahip olan grubun verdiği yanıtların ortalaması 2,81, lisans düzeyinde eğitime sahip katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 3,34 ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 3,29’dur (Tablo 20). Elde edilen bulgulara göre H_{1i} kabul edilmiştir.

Tablo 20: Eğitim Düzeyine Göre “İş Stresi” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri

	Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	SS	F	p	Post hoc
Zaman Baskısı ve İş Yükü	Lise ve ↓	81	3,45	1,15	11,035	,000	1-2*
	Lisans	215	3,97	0,75			1-3*
	Lisansüstü	97	3,89	0,82			
	Toplam	393	3,84	0,89			
İş Ortamı	Lise ve ↓	81	2,81	1,19	11,005	,000	1-2*
	Lisans	215	3,34	0,75			1-3*
	Lisansüstü	97	3,29	0,90			
	Toplam	393	3,22	0,92			

*Tamhane

Sağlık personelinin eğitim düzeyine göre “Fonksiyonel Kalite” boyutlarına verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 21’de gösterilmektedir. Sağlık personelinin

eğitim düzeyine göre “Fonksiyonel Kalite” boyutlarına ilişkin verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir. Yapılan analize göre, katılımcıların eğitim düzeyine göre “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik” “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel zellikler”, “Altyapı” ve “İsteklilik” değişkenine verdikleri yanıtlar arasında önemli olup olmadığı tespit edilmek istenmiştir (Tablo 21).

Tablo 21: Eğitim Düzeyine Göre “Fonksiyonel Kalite” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri

	Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	SS	F	p	Post hoc
Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik	Lise ve ↓	81	3,93	0,90	3,700	,026	2-3*
	Lisans	215	3,90	0,69			
	Lisansüstü	97	4,14	0,69			
	Toplam	393	3,96	0,74			
Ulaşılabilirlik ve Fiziksel zellikler	Lise ve ↓	81	3,59	0,98	2,63	,074	
	Lisans	215	3,43	0,77			
	Lisansüstü	97	3,65	0,92			
	Toplam	393	3,52	0,86			
Altyapı	Lise ve ↓	81	3,18	0,94	2,866	,058	
	Lisans	215	2,96	0,85			
	Lisansüstü	97	3,18	0,92			
	Toplam	393	3,06	0,89			
İsteklilik	Lise ve ↓	81	3,61	1,04	1,672	,189	
	Lisans	215	3,44	0,82			
	Lisansüstü	97	3,59	0,76			
	Toplam	393	3,51	0,86			

* Tamhane

Katılımcıların eğitim düzeyine göre “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmiştir ($t=-3,700$ ve $p=0,026$). “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik” değişkenine lise ve altı eğitim düzeyine sahip olan grubun verdiği yanıtların ortalaması 3,93, lisans düzeyinde eğitime sahip katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 3,90 ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 4,14’tür (Tablo 21).

Katılımcıların eğitim düzeyine göre “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=-2,630$ ve $p=0,074$). Katılımcıların eğitim düzeyine göre “Altyapı” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=-2,866$ ve $p=0,058$). Katılımcıların eğitim düzeyine göre “İsteklilik” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=1,672$ ve $p=0,189$) (Tablo 21). Elde edilen bulgulara göre H_{1j} “Genel Fonksiyonel Kalite” ve “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik” boyutları için kabul edilmiştir.

Sağlık personelinin eğitim düzeyine göre “Teknik Kalite”ye verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 22’de gösterilmektedir. Sağlık personelinin eğitim düzeyine göre “Teknik Kalite” değişkenine ilişkin verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyine göre “Teknik Kalite” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmiştir ($F=3,33$ ve $p=0,037$). “Teknik Kalite” değişkenine lise ve altı eğitim düzeyine sahip olan grubun verdiği yanıtların ortalaması 4,13, lisans düzeyinde eğitime sahip katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 3,89 ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 4,07’dir. Elde edilen bulgulara göre H_{1k} kabul edilmiştir.

Tablo 22: Eğitim Düzeyine Göre “Teknik Kalite”ye İlişkin Grup İstatistikleri

	Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	SS	F	p	Post hoc
Teknik Kalite	Lise ve ↓	81	4,13	0,88	3,334	037	1-2*
	Lisans	214	3,89	0,76			
	Lisansüstü	97	4,07	0,86			
	Toplam	392	3,98	0,82			

* LSD

Sağlık personelinin eğitim düzeyine göre “İmaj Kalitesi”ne verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 23’te gösterilmektedir. Sağlık personelinin eğitim düzeyine göre “İmaj Kalitesi” değişkenine ilişkin verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların eğitim düzeyine göre “İmaj Kalitesi” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmiştir ($F=5,965$ ve $p=0,003$). “İmaj Kalitesi” değişkenine lise ve altı eğitim düzeyine sahip olan grubun verdiği yanıtların ortalaması 3,60, lisans düzeyinde eğitime sahip katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 3,60 ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 3,99’dur. Elde edilen bulgulara göre H_{11} kabul edilmiştir.

Tablo 23: Eğitim Düzeyine Göre “İmaj Kalitesi”ne İlişkin Grup İstatistikleri

	Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	SS	F	p	Post hoc
İmaj Kalitesi	Lise ve ↓	81	3,60	1,13	5,965	,003	1-3*
	Lisans	215	3,60	0,90			2-3*
	Lisansüstü	97	3,99	0,88			
	Toplam	393	3,70	0,96			

* Tamhane

Sağlık personelinin mesleklerine göre “Dağıtılmış Liderlik” boyutlarına verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 24’te gösterilmektedir. Sağlık personelinin mesleklerine göre liderlik boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, katılımcıların mesleklerine göre verdikleri yanıtlar arasında “Dağıtılmış Liderlik”, “İK Boyutu” ve “Destek Boyutu” boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre “Yönetsel Boyut” dışında H_{1m} kabul edilmiştir.

Meslek gruplarına göre “İK Boyutu” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=7,976$ ve $p<0,001$). “İK Boyutu” değişkenine hekimlerin verdiği yanıtların ortalaması 2,95, hemşirelerin verdiği yanıtların ortalaması 2,99, idari personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,07 ve diğer personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,50’dir (Tablo 24).

Tablo 24: Mesleğe Göre “Dağıtılmış Liderlik” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri

	Meslek	N	Ortalama	SS	F	p	Post hoc
İK Boyutu	Hekim	47	2,95	0,99	7,976	,000	1-4*
	Hemşire	212	2,99	0,83			2-4*
	İdari	33	3,07	0,60			3-4*
	Diğer	93	3,50	1,00			
	Toplam	385	3,12	0,90			
Yönetsel Boyut	Hekim	47	3,50	0,78	1,567	,197	
	Hemşire	212	3,40	0,93			
	İdari	33	3,27	0,67			
	Diğer	94	3,59	0,92			
	Toplam	386	3,45	0,89			
Destek Boyutu	Hekim	47	3,17	1,14	3,236	,022	1-4*
	Hemşire	212	3,35	0,86			
	İdari	33	3,40	0,58			
	Diğer	94	3,63	0,98			
	Toplam	386	3,40	0,92			

* Tamhane

Meslek gruplarına göre “Destek Boyutu” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=3,236$ ve $p=0,022$). “Destek Boyutu” değişkenine hekimlerin verdiği yanıtların ortalaması 3,17, hemşirelerin verdiği yanıtların ortalaması 3,35, idari personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,40 ve diğer personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,63’tür (Tablo 24).

Sağlık personelinin mesleğe göre “İş Stresi” boyutlarına verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 25’te gösterilmektedir. Sağlık personelinin mesleklerine göre “İş Stresi” boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, katılımcıların mesleklerine göre verdikleri yanıtlar arasında “Zaman Baskısı ve İş Yükü” ve “İş Ortamı” boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre H_{1n} kabul edilmiştir.

Tablo 25: Mesleğe Göre “İş Stresi” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri

	Meslek	N	Ortalama	SS	F	p	Post hoc
Zaman Baskısı ve İş Yükü	Hekim	47	4,14	0,75	16,497	,000	1-3*
	Hemşire	212	4,00	0,78			1-4*
	İdari	33	3,55	0,92			2-4*
	Diğer	94	3,34	0,98			
	Toplam	386	3,82	0,89			
İş Ortamı	Hekim	47	3,56	0,89	14,388	,000	1-4*
	Hemşire	212	3,37	0,75			2-4*
	İdari	33	3,13	0,77			
	Diğer	94	2,73	1,13			
	Toplam	386	3,21	0,92			

* Tamhane

Meslek gruplarına göre “Zaman Baskısı ve İş Yükü” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=16,497$ ve $p<,001$). “Zaman Baskısı ve İş Yükü” değişkenine hekimlerin verdiği yanıtların ortalaması 4,14, hemşirelerin verdiği yanıtların ortalaması 4,00, idari personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,55 ve diğer personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,34’tür (Tablo 25).

Meslek gruplarına göre “İş Ortamı” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=14,388$ ve $p<0,001$). “İş Ortamı” değişkenine hekimlerin verdiği yanıtların ortalaması 3,56, hemşirelerin verdiği yanıtların ortalaması 3,37, idari personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,13 ve diğer personelin verdiği yanıtların ortalaması 2,73’tür (Tablo 25).

Sağlık personelinin mesleğe göre “Fonksiyonel Kalite” boyutlarına verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 26’de gösterilmektedir. Sağlık personelinin mesleklerine göre “Fonksiyonel Kalite” boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, katılımcıların mesleklerine göre verdikleri yanıtlar arasında “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik”, “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler” ve “İsteklilik” boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit

edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre H_{10} “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik” boyutu dışında kabul edilmiştir.

Tablo 26: Mesleğe Göre Fonksiyonel Kalite” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri

	Meslek	N	Ortalama	SS	F	p	Post hoc
Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik	Hekim	47	4,18	0,69			
	Hemşire	212	3,92	0,74			
	İdari	33	3,89	0,52	1,835	,140	
	Diğer	94	3,92	0,80			
	Toplam	386	3,95	0,74			
Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler	Hekim	47	3,50	1,12			2-4*
	Hemşire	212	3,40	0,81			
	İdari	33	3,64	0,62	3,524	,015	
	Diğer	94	3,73	0,86			
	Toplam	386	3,51	0,86			
Altyapı	Hekim	47	3,03	1,06			2-4*
	Hemşire	212	2,93	0,90			
	İdari	33	3,21	0,62	3,240	,022	
	Diğer	94	3,25	0,79			
	Toplam	386	3,05	0,88			
İsteklilik	Hekim	47	3,73	0,74			1-2*
	Hemşire	212	3,31	0,84			2-4*
	İdari	33	3,57	0,60	9,328	,000	
	Diğer	94	3,81	0,91			
	Toplam	386	3,51	0,86			

* Tamhane

Meslek gruplarına göre “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=1,835$ ve $p=0,140$). Meslek gruplarına göre “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=3,524$ ve $p=0,015$). “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler” değişkenine hekimlerin verdiği yanıtların ortalaması 3,50, hemşirelerin verdiği

yanıtların ortalaması 3,40, idari personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,64 ve diğer personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,73'tür (Tablo 26).

Meslek gruplarına göre "Altyapı" değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=3,240$ ve $p=0,022$). "Altyapı" değişkenine hekimlerin verdiği yanıtların ortalaması 3,03, hemşirelerin verdiği yanıtların ortalaması 2,93, idari personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,21 ve diğer personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,25'tir (Tablo 26).

Meslek gruplarına göre "İsteklilik" değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=9,328$ ve $p<0,001$). "İsteklilik" değişkenine hekimlerin verdiği yanıtların ortalaması 3,73, hemşirelerin verdiği yanıtların ortalaması 3,31, idari personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,57 ve diğer personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,81'dir (Tablo 26).

Sağlık personelinin mesleğe göre "Teknik Kalite"ye verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 27'de gösterilmektedir. Sağlık personelinin mesleklerine göre "Teknik Kalite" boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Meslek gruplarına göre "Teknik Kalite" değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=1,913$ ve $p=0,127$). Elde edilen bulgulara göre $H_{1\alpha}$ kabul edilmemiştir.

Tablo 27: Mesleğe Göre "Teknik Kalite"ye İlişkin Grup İstatistikleri

	Meslek	N	Ortalama	SS	F	p
Teknik Kalite	Hekim	47	4,19	0,86		
	Hemşire	212	3,88	0,77		
	İdari	33	4,01	0,65	1,913	,127
	Diğer	93	3,98	0,92		
	Toplam	385	3,96	0,81		

Sağlık personelinin mesleğe göre "İmaj Kalitesi"ne verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 28'te gösterilmektedir. Sağlık personelinin mesleklerine göre "İmaj Kalitesi" boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit

edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Meslek gruplarına göre “İmaj Kalitesi” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=2,679$ ve $p=0,047$). “İmaj Kalitesi” değişkenine hekimlerin verdiği yanıtların ortalaması 3,95, hemşirelerin verdiği yanıtların ortalaması 3,58, idari personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,89 ve diğer personelin verdiği yanıtların ortalaması 3,71’dir. Elde edilen bulgulara göre H_{1p} kabul edilmiştir.

Tablo 28: Mesleğe Göre “İmaj Kalitesi”ne İlişkin Grup İstatistikleri

	Meslek	N	Ortalama	SS	F	p	Post hoc
İmaj Kalitesi	Hekim	47	3,95	0,87	2,679	,047	1-2*
	Hemşire	212	3,58	0,99			
	İdari	33	3,89	0,59			
	Diğer	94	3,71	1,00			
	Toplam	386	3,68	0,96			

* Tamhane

Sağlık Personelinin mesleki deneyimine göre “Dağıtılmış Liderlik” boyutlarına verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 29’da gösterilmektedir. Sağlık personelinin mesleki deneyimine göre “Dağıtılmış Liderlik” boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, katılımcıların mesleki deneyimine göre verdikleri yanıtlar arasında “İK Boyutu”, “Yönetmel Boyut” ve “Destek Boyutu” boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında önemli olup olmadığı tespit edilmek istenmiştir (Tablo 29).

Katılımcıların mesleki deneyimine göre “İK Boyutu” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmiştir ($F=6,147$ ve $p=0,002$). Mesleki deneyime göre “İK Boyutu” değişkenine 10 yıl ve altı deneyim süresi olan katılımcıların verdikleri yanıtların ortalaması 3,15, 11 ile 20 yıl arası deneyime sahip olan katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 3,24 ve 21 yıl ve daha uzun deneyime sahip olan katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 2,82’dir (Tablo 29).

Tablo 29: Mesleki Deneyim Süresine Göre “Dağıtılmış Liderlik” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri

	Deneyim	N	Ortalama	SS	F	p	Post hoc
İK Boyutu	10 yıl ve ↓	133	3,15	,99	6,147	,002	1-2*
	11 -20 yıl	118	3,24	,73			2-3*
	21 yaş ve ↑	81	2,82	,76			
	Toplam	332	3,10	,86			
Yönetsel Boyut	10 yıl ve ↓	133	3,42	,96	1,928	,147	
	11 -20 yıl	118	3,59	,75			
	21 yaş ve ↑	81	3,37	,80			
	Toplam	332	3,47	,85			
Destek Boyutu	10 yıl ve ↓	133	3,31	,97	2,848	,059	
	11 -20 yıl	118	3,54	,79			
	21 yaş ve ↑	81	3,27	,86			
	Toplam	332	3,38	,89			

*LSD

Katılımcıların mesleki deneyimine göre “Yönetsel Boyut” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=1,928$ ve $p=0,147$). Katılımcıların mesleki deneyimine göre “Destek Boyutu” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=2,848$ ve $p=0,059$) (Tablo 29). Elde edilen bulgulara göre H_{1r} “Dağıtılmış Liderlik” ve “İK Boyutu” için kabul edilmiştir.

Sağlık personelinin mesleki deneyim süresine göre “İş Stresi” boyutlarına verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 30’da gösterilmektedir. Sağlık personelinin mesleki deneyim süresine göre iş stresi boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, katılımcıların mesleki deneyim süresine göre verdikleri yanıtlar arasında “Zaman Baskısı ve İş Yükü” ve “İş Ortamı” boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olup olmadığı test edilmek istenmiştir.

Mesleki deneyim süresine göre “Zaman Baskısı ve İş Yükü” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmemiştir

($F=0,324$ ve $p=0,723$). Mesleki deneyim süresine göre “İş Ortamı” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmemiştir ($F=0,454$ ve $p=0,635$). Elde edilen bulgulara göre H_{1s} kabul edilmemiştir.

Tablo 30: Mesleki Deneyim Süresine Göre “İş Stresi” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri

	Deneyim	N	Ortalama	SS	F	p
Zaman Baskısı ve İş Yükü	10 yıl ve ↓	133	3,77	1,05	,324	,723
	11 -20 yıl	118	3,83	,63		
	21 yaş ve ↑	81	3,87	,76		
	Toplam	332	3,82	,85		
İş Ortamı	10 yıl ve ↓	133	3,16	1,09	,454	,635
	11 -20 yıl	118	3,21	,74		
	21 yaş ve ↑	81	3,28	,70		
	Toplam	332	3,20	,89		

Sağlık personelinin mesleki deneyim süresine göre “Fonksiyonel Kalite” boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, katılımcıların mesleki deneyim süresine göre verdikleri yanıtlar arasında “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler” ve “Altyapı” boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmiştir (Tablo 31). Elde edilen bulgulara göre H_{1s} “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler” ve “Altyapı” boyutları için kabul edilmiştir.

Mesleki deneyim süresine göre “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($F=1,025$ ve $p=0,360$). Mesleki deneyim süresine göre “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=3,791$ ve $p=0,024$). “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler” değişkenine 10 yıl ve altı deneyim süresi olan katılımcıların verdikleri yanıtların ortalaması 3,45, 11 ile 20 yıl arası deneyime sahip olan katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 3,73 ve 21 yıl ve daha uzun deneyime sahip olan katılımcıların verdiği yanıtların ortalaması 3,54’tür (Tablo 31). Mesleki deneyim

süresine göre “İsteklilik” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($F=3,765$ ve $p=0,024$).

Tablo 31: Deneyim Süresine Göre “Fonksiyonel Kalite” Boyutlarına İlişkin Grup İstatistikleri

	Deneyim	N	Ortalama	SS	F	p	Post hoc
Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik	10 yıl ve ↓	133	3,92	,87	1,025	,360	
	11 -20 yıl	118	4,05	,54			
	21 yaş ve ↑	81	3,96	,65			
	Toplam	332	3,98	,72			
Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler	10 yıl ve ↓	133	3,45	,94	3,791	,024	1-2*
	11 -20 yıl	118	3,73	,68			
	21 yaş ve ↑	81	3,54	,73			
	Toplam	332	3,57	,81			
Altyapı	10 yıl ve ↓	133	2,92	,97	4,519	,012	1-2*
	11 -20 yıl	118	3,24	,70			
	21 yaş ve ↑	81	3,03	,85			
	Toplam	332	3,06	,86			
İsteklilik	10 yıl ve ↓	133	3,53	1,01	,574	,564	
	11 -20 yıl	118	3,61	,67			
	21 yaş ve ↑	81	3,48	,69			
	Toplam	332	3,54	,83			

* Tamhane

Sağlık personelinin mesleki deneyim süresine göre “Teknik Kalite”ye verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, katılımcıların mesleki deneyim süresine göre verdikleri yanıtlar arasında “Teknik Kalite” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=0,721$ ve $p=0,487$) (Tablo 32). Elde edilen bulgulara göre H_{1t} kabul edilmemiştir.

Tablo 32: Mesleki Deneyim Süresine Göre “Teknik Kalite”ye İlişkin Grup İstatistikleri

	Deneyim	N	Ortalama	SS	F	p
Teknik Kalite	10 yıl ve ↓	132	3,99	,91	,721	,487
	11 -20 yıl	118	3,98	,63		
	21 yaş ve ↑	81	3,86	,84		
	Toplam	331	3,96	,80		

Sağlık personelinin mesleki deneyim süresine göre “İmaj Kalitesi”ne verdikleri yanıtlar arasında bir farklılığın olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Yapılan analize göre, katılımcıların mesleki deneyim süresine göre verdikleri yanıtlar arasında “İmaj Kalitesi” değişkenine sağlık personelinin verdikleri yanıtlar arasında önemli bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($F=1,244$ ve $p=0,290$) (Tablo 33). Elde edilen bulgulara göre H_{1u} kabul edilmemiştir.

Tablo 33: Mesleki Deneyim Süresine Göre “İmaj Kalitesi”ne İlişkin Grup İstatistikleri

	Deneyim	N	Ortalama	SS	F	p
İmaj Kalitesi	10 yıl ve ↓	133	3,70	1,09	1,244	,290
	11 -20 yıl	118	3,87	,71		
	21 yaş ve ↑	81	3,72	,81		
	Toplam	332	3,76	,90		

4.6.4 Araştırma Değişkenlerine Yönelik Korelasyon Analizi

Araştırma kapsamında ele alınan değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve kuvvetini belirlemek amacıyla korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir ve Tablo 34’te gösterilmektedir. “Liderlik” ve boyutları arasında pozitif yönde çok yüksek düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir ($0,72 < p < 0,92$). “Liderlik” ve boyutlarının “Hizmet Kalitesi” değişkenleri arasında pozitif yönde çok yüksek düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir ($0,47 < p < 0,77$). Elde edilen bulgulara göre H_{2a} ve H_{2e} kabul edilmiştir.

“İş Stresi” ve boyutlarının birbirleri arasındaki yüksek ve çok yüksek düzeyde ilişki tespit edilmiştir ($0,69 < p < 0,91$). Ancak “İş Stresi” ve boyutları ile diğer değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde çoğunlukla negatif yönde ilişki tespit edilmiştir. Özellikle “Zaman Baskısı ve İş Yükü” değişkeni için “Hizmet Kalitesi”, “Fonksiyonel Kalite”, “İmaj Kalitesi”, “Yönetim Yapısı ve İşbirliği” ve “Çalışanın Desteklenmesi” boyutları arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir. Elde edilen bulgulara göre H_{2b} kabul edilmiştir, H_{2d} ve H_{2f} kabul edilmemiştir.

Hizmet Kalitesi boyutları olan “Fonksiyonel Kalite” ve boyutları, “İmaj Kalitesi” ve “Teknik Kalite” arasında pozitif yönde yüksek ve çok yüksek düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir ($0,50 < p < 0,91$). Elde edilen bulgulara göre H_{2c} kabul edilmiştir.

Tablo 34: Korelasyon analizi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Hizmet Kalitesi	1														
2. Fonksiyonel Kalite	0,91**	1													
3. Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik	0,85**	0,84**	1,00												
4. Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler	0,81**	0,89**	0,67**	1,00											
5. Altyapı	0,76**	0,89**	0,59**	0,76**	1,00										
6. İsteklilik	0,70**	0,79**	0,65**	0,54**	0,57**	1,00									
7. İmaj Kalitesi	0,93**	0,82**	0,77**	0,75**	0,66**	0,63**	1,00								
8. Teknik Kalite	0,87**	0,68**	0,72**	0,58**	0,55**	0,50**	0,67*	1,00							
9. İş Stresi	-0,04	-0,14**	0,02	-0,15**	-0,16**	-0,14**	-0,06	0,07	1,00						
10. Zaman Baskısı ve İş Yüğü	0,07	-0,04	0,14**	-0,06	-0,11*	-0,08*	0,06	0,17**	0,90**	1,00					
11. İş Ortamı	-0,13*	-0,19**	-0,08	-0,20**	-0,18**	-0,17*	-0,15**	-0,01	0,94**	0,69**	1,00				
12. Dağıtılmış Liderlik	0,73**	0,73**	0,64**	0,69**	0,61**	0,53*	0,63**	0,63**	-0,14**	-0,04	-0,20**	1,00			
13. İK Boyutu	0,59**	0,62**	0,50**	0,59**	0,54**	0,47*	0,49**	0,49**	-0,18**	-0,11*	-0,21**	0,92**	1,00		
14. Yönetmel Boyut	0,77**	0,72**	0,69**	0,67**	0,57**	0,52*	0,70**	0,67**	-0,08	0,03	-0,15**	0,91**	0,72**	1,00	
15. Destek Boyutu	0,67**	0,68**	0,58**	0,65**	0,61**	0,46*	0,56**	0,58**	-0,16**	-0,06	-0,22**	0,90**	0,75**	0,79**	1,00

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

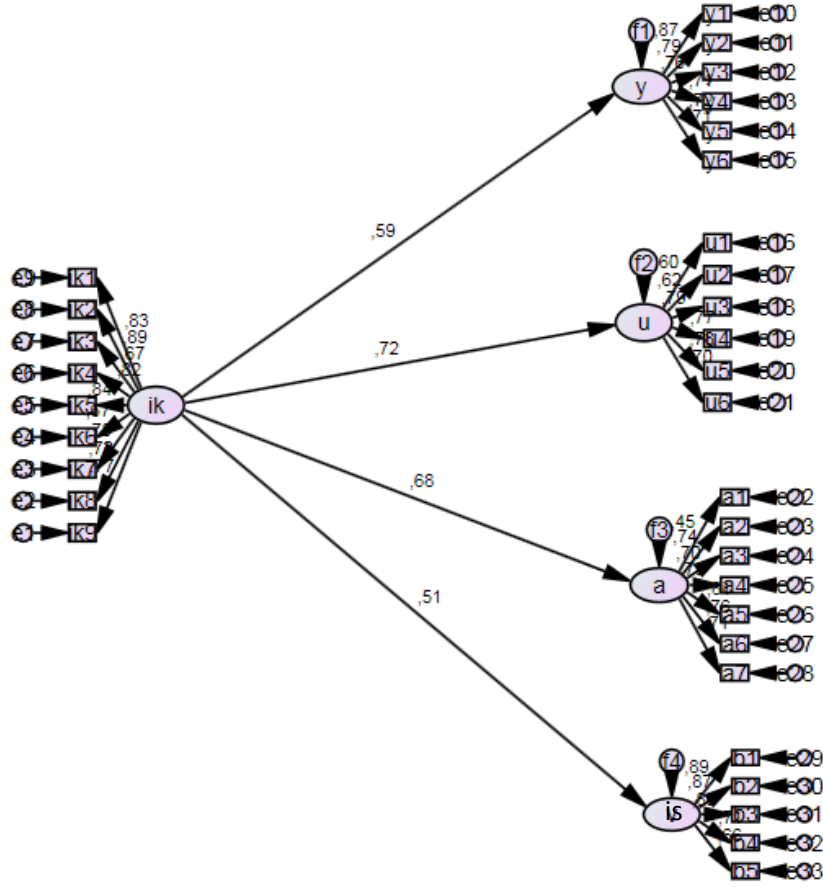
4.6.5 Yapısal Eşitlik Modellemesi

Dağıtılmış liderliğin iş stresi kapsamında hizmet kalitesine etkisini değerlendirebilmek amacıyla Yapısal Eşitlik Modellemesi ile dağıtılmış liderliğin hizmet kalitesine doğrudan etkisi ve iş stresinin moderatör etkisi değerlendirilmeye çalışılmıştır.

H₃ hipotezini (*H₃: Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “İK Boyutu” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “Fonksiyonel Kalite” üzerinde etkisi vardır.*) test etmek için değişkenler arasındaki etkinin yönü ve kuvvetini analiz etmek amacıyla yapısal eşitlik modellemesi gerçekleştirilmiştir. Bu hipotez doğrultusunda oluşturulan modelde öncelikle “İş Stresi” değişkenleri kapsam dışında bırakılmış ve Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “İK Boyutu”nun, “Hizmet Kalitesi” boyutlarına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha sonra İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü” ve “İş Ortamı” değişkenleri moderatör değişken olarak ele alınmış ve modeller tekrar oluşturulmuştur. Bu kapsamda oluşturulan hipoteze ilişkin modeller ve modele ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”, “Yeterlilikler ve Cevapverebilirlik”, “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler”, “Altyapı” ve “İsteklilik” boyutlarını yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olarak etkilemektedir (Şekil 16).

Şekil 16: İK Boyutunun Fonksiyonel Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,173 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,922 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,918 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,930 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,072 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p: \leq 0.05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 35).

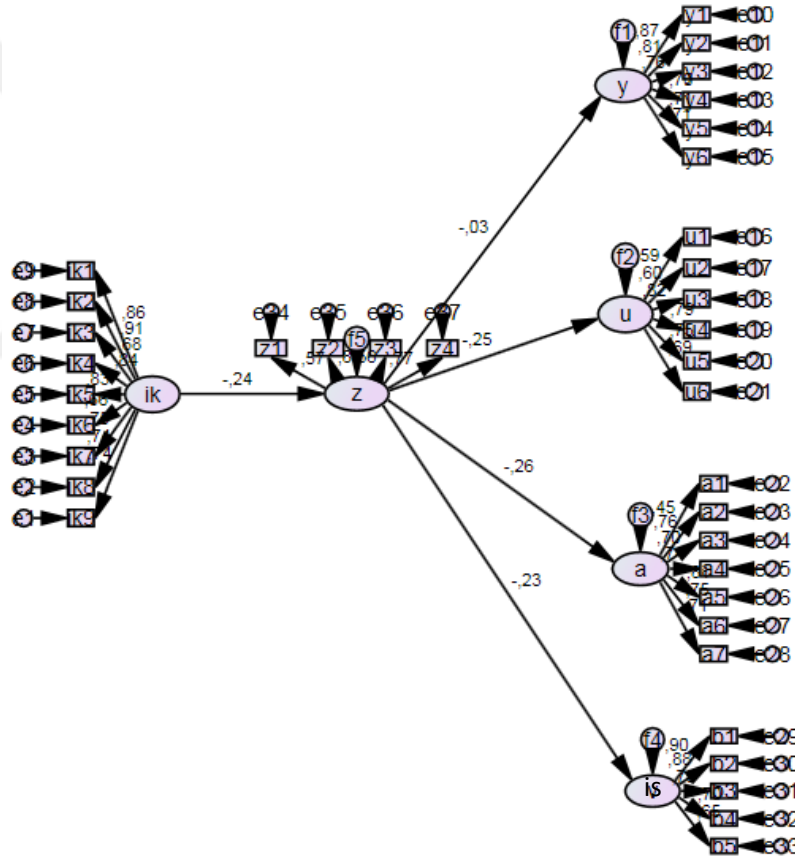
Tablo 35: İK Boyutunun Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

			Tahmini	SE	CR	P
y	←	ik	,572	,051	11,109	***
u	←	ik	,553	,055	10,130	***
a	←	ik	,487	,062	7,813	***
is	←	ik	,585	,061	9,642	***
İk9	←	ik	1,000			
İk8	←	ik	,994	,065	15,353	***
İk7	←	ik	,975	,057	16,964	***
İk6	←	ik	,858	,061	14,093	***
İk5	←	ik	,1,185	,064	18,597	***
İk4	←	ik	1,101	,061	17,981	***
İk3	←	ik	,991	,069	14,276	***
İk2	←	ik	1,227	,061	19,972	***
İk1	←	ik	1,171	,064	18,361	***
y1	←	y	1,000			
y2	←	y	,904	,047	19,207	***
y3	←	y	,811	,0455	18,037	***
y4	←	y	,803	,049	16,254	***
y5	←	y	,818	,049	16,847	***
y6	←	y	,821	,050	16,282	***
u1	←	u	1,000			
u2	←	u	1,054	,104	10,180	***
u3	←	u	1,417	,118	12,024	***
u4	←	u	1,403	,119	11,825	***
u5	←	u	1,428	,120	11,916	***
u6	←	u	1,175	,106	11,032	***
a1	←	a	1,000			
a2	←	a	1,557	,180	8,627	***
a3	←	a	1,259	,149	8,444	***
a4	←	a	1,549	,180	8,591	***
a5	←	a	1,548	,174	8,901	***
a6	←	a	1,386	,160	8,687	***
a7	←	a	1,309	,154	8,483	***
is1	←	is	1,000			
is2	←	is	,917	,038	24,014	***
is3	←	is	,859	,042	20,642	***
is4	←	is	,756	,044	17,143	***
is5	←	is	,679	,044	15,379	***

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yükü” kapsamında “Fonksiyonel

Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü” boyutunu düşük düzeyde ve negatif yönlü olarak etkilerken, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü”, “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler”, “Altyapı” ve “İsteklilik” boyutlarını orta düzeyde ve negatif yönlü olarak etkilemektedir (Şekil 17).

Şekil 17: İK Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,255 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,906 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,925 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,862 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,065 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre

modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0.05$) “Zaman Baskısı ve İş Yükü”nün “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik”e etkisi dışında önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 36).

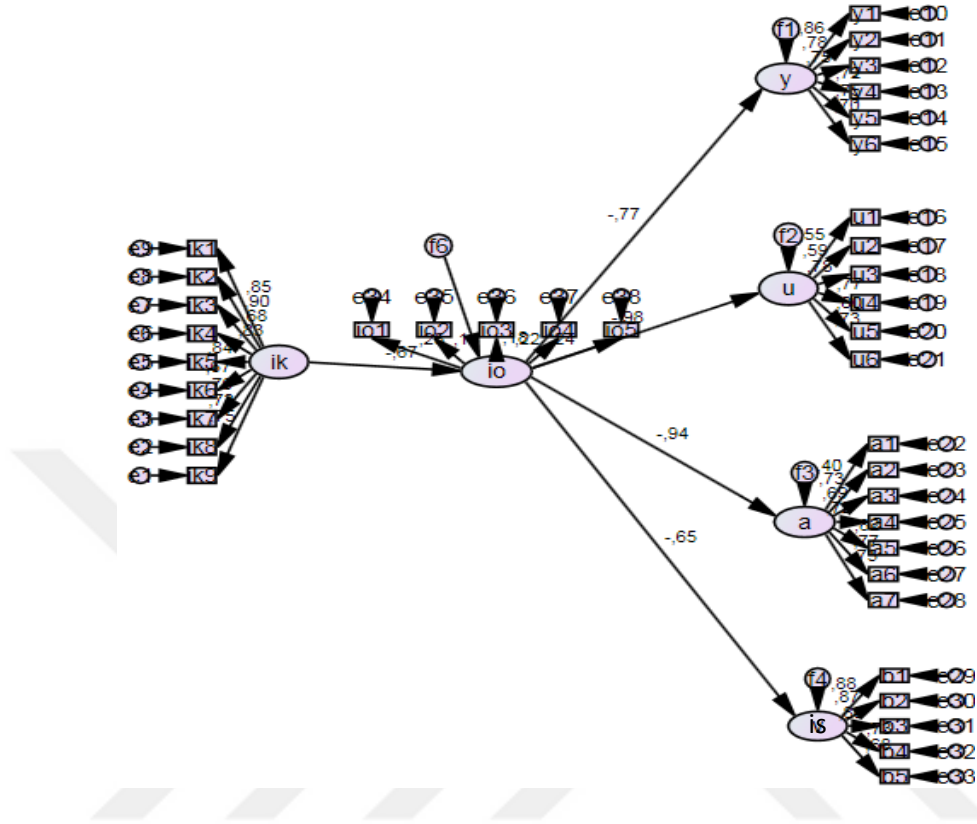
Tablo 36: İK Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

			Tahmini	SE	CR	P
z	←	ik	-,168	,041	-4,109	***
y	←	z	-,036	,084	-,434	,665
u	←	z	-,285	,073	-3,927	***
a	←	z	-,290	,073	-3,973	***
is	←	z	-,400	,104	-3,856	
İK9	←	ik	1,000			
İK8	←	ik	1,066	,070	15,190	***
İK7	←	ik	,980	,063	15,498	***
İK6	←	ik	,886	,066	13,473	***
İK5	←	ik	1,226	,071	17,390	***
İK4	←	ik	1,175	,067	17,458	***
İK3	←	ik	1,045	,075	13,942	***
İK2	←	ik	1,305	,068	19,082	***
İK1	←	ik	1,257	,070	17,922	***
y1	←	y	1,000			
y2	←	y	,921	,047	19,576	***
y3	←	y	,815	,045	18,027	***
y4	←	y	,795	,050	15,902	***
y5	←	y	,804	,049	16,318	***
y6	←	y	,820	,051	16,119	***
u1	←	u	1,000			
u2	←	u	1,027	,105	9,793	***
u3	←	u	1,474	,123	12,013	***
u4	←	u	1,452	,123	11,803	***
u5	←	u	1,388	,121	11,454	***
u6	←	u	1,169	,109	10,774	***
a1	←	a	1,000			
a2	←	a	1,558	,177	8,812	***
a3	←	a	1,239	,145	8,569	***
a4	←	a	1,528	,175	8,731	***
a5	←	a	1,505	,167	9,008	***
a6	←	a	1,338	,153	8,759	***
a7	←	a	1,277	,149	8,580	***
is1	←	is	1,000			
is2	←	is	,918	,037	24,719	***

is3	←	is	,845	,041	20,581	***
is4	←	is	,738	,044	16,872	***
is5	←	is	,657	,044	14,943	***
z1	←	z	1,000			
z2	←	z	1,749	,165	10,618	***
z3	←	z	1,163	,134	8,687	***
z4	←	z	1,672	,160	10,484	***

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “Fonksiyonel Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”, İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı” boyutunu yüksek düzeyde ve negatif yönlü olarak etkilerken İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı”nın “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik”, “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler”, “Altyapı” ve “İsteklilik” boyutlarını çok yüksek ve yüksek düzeyde ve negatif yönlü olarak etkilemektedir (Şekil 18).

Şekil 18: İK Boyutunun İş Ortamı Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,334 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,939 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,922 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,871 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,077 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0.05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 37).

Tablo 37: İK Boyutunun İş Ortamı Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

		Tahmini	SE	CR	P
io	← ik	-,255	,054	-4,719	***
y	← io	-1,986	,409	-4,852	***
u	← io	-,1889	,404	-4,677	***
a	← io	-1,632	,380	-4,300	***
is	← io	-1,985	,418	-4,750	***

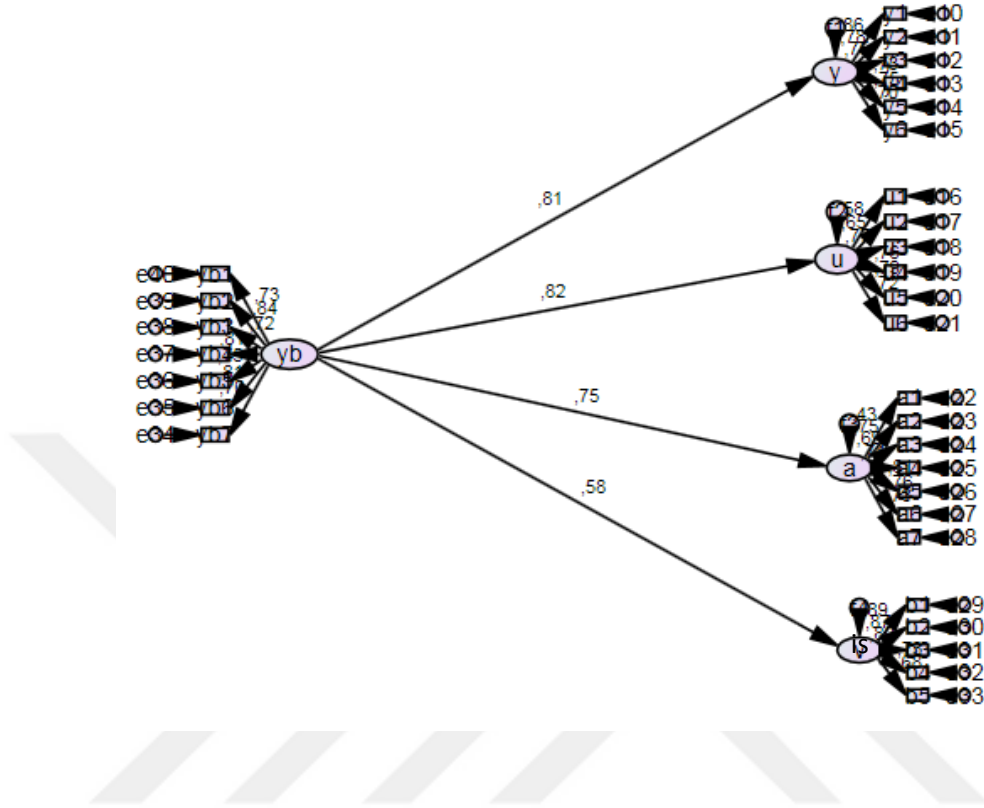
İk9	←	ik	1,000			
İk8	←	ik	1,039	,068	15,327	***
İk7	←	ik	,978	,061	16,055	***
İk6	←	ik	,876	,064	13,760	***
İk5	←	ik	,1,213	,068	17,937	***
İk4	←	ik	1,149	,065	17,770	***
İk3	←	ik	1,024	,073	14,105	***
İk2	←	ik	1,280	,065	19,589	***
İk1	←	ik	1,227	,067	18,221	***
y1	←	y	1,000			
y2	←	y	,902	,048	18,943	***
y3	←	y	,804	,046	17,620	***
y4	←	y	,824	,049	16,699	***
y5	←	y	,847	,048	17,540	***
y6	←	y	,821	,051	16,114	***
u1	←	u	1,000			
u2	←	u	1,079	,113	9,528	***
u3	←	u	1,494	,132	11,306	***
u4	←	u	1,495	,134	11,199	***
u5	←	u	1,571	,137	11,479	***
u6	←	u	1,326	,122	10,899	***
a1	←	a	1,000			
a2	←	a	1,721	,221	7,771	***
a3	←	a	1,389	,182	7,631	***
a4	←	a	1,699	,220	7,726	***
a5	←	a	1,739	,217	8,007	***
a6	←	a	1,586	,201	7,893	***
a7	←	a	1,515	,195	7,775	***
is1	←	is	1,000			
is2	←	is	,929	,040	23,429	***
is3	←	is	,868	,043	10,151	***
is4	←	is	,784	,045	17,524	***
is5	←	is	,704	,045	15,683	***
io1	←	io	1,000			
io2	←	io	,543	,227	2,392	***
io3	←	io	,746	,256	2,913	***
io4	←	io	,860	,259	2,320	***
İo5	←	io	,876	,255	3,431	***

P<0,001

H₄ hipotezini (*Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “Yönetmel Boyut” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “Fonksiyonel Kalite” üzerinde etkisi vardır.*) test etmek için değişkenler arasındaki etkinin yönü ve kuvvetini analiz etmek amacıyla yapısal eşitlik modellemesi gerçekleştirilmiştir. Bu hipotez doğrultusunda oluşturulan modelde öncelikle “İş Stresi” değişkenleri kapsam dışında bırakılmış ve “Dağıtılmış Liderlik” boyutlarından “Yönetmel Boyut”un, “Hizmet Kalitesi” boyutlarına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha sonra İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yüğü” ve “İş Ortamı” değişkenleri moderatör değişken olarak ele alınmış ve modeller tekrar oluşturulmuştur. Bu kapsamda oluşturulan hipoteze ilişkin modeller ve modele ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetmel Boyut”un algılarının “Fonksiyonel Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetmel Boyut”un, “Yeterlilikler ve Cevapverebilirlik”, “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler”, “Altyapı” ve “İsteklilik” boyutlarını çok yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olarak etkilediği tespit edilmiştir (Şekil 19).

Şekil 19: Yönetmel Boyutun Fonksiyonel Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,002 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,945 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,930 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,889 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,075 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0.05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 38).

Tablo 38: Yönetsel Boyutun Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

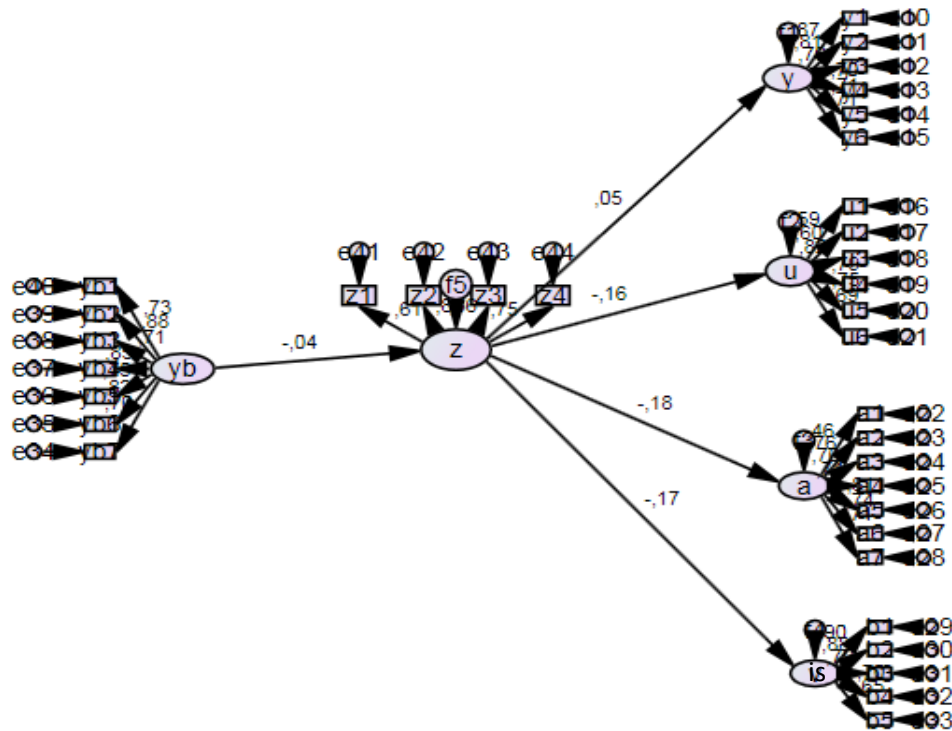
		Tahmini	SE	CR	P
y	← yb	,935	,068	13,735	***
u	← yb	,751	,074	10,174	***
a	← yb	,625	,083	7,573	***
is	← yb	,800	,077	10,365	***
y1	← y	1,000			
y2	← y	,905	,048	18,709	***
y3	← y	,816	,046	17,724	***
y4	← y	,837	,050	16,798	***
y5	← y	,856	,049	17,508	***
y6	← y	,830	,052	16,099	***
u1	← u	1,000			
u2	← u	1,127	,109	10,305	***
u3	← u	1,409	,122	11,527	***
u4	← u	1,409	,124	11,405	***
u5	← u	1,488	,127	11,754	***
u6	← u	1,244	,113	11,043	***
a1	← a	1,000			
a2	← a	1,634	,198	8,258	***
a3	← a	1,302	162	8,055	***
a4	← a	1,627	198	8,230	***
a5	← a	1,606	190	8,467	***
a6	← a	1,452	175	8,306	***
a7	← a	1,406	172	8,199	***
is1	← is	1,000			
is2	← is	,918	,040	23,190	***
is3	← is	,866	,043	20,267	***
is4	← is	,780	,044	17,529	***
is5	← is	,705	,045	15,837	***
yb7	← yb	1,000			
yb6	← yb	1,302	,084	15,543	***
yb5	← yb	1,189	,083	14,388	***
yb4	← yb	1,286	,082	15,627	***
yb3	← yb	1,216	,087	13,986	***
yb2	← yb	1,346	,083	16,191	***
yb1	← yb	1,133	,080	14,129	***

***<0,001

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetsel Boyut”un İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yükü” kapsamında “Fonksiyonel Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen

bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetmel Boyut”, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü” boyutunu önemsiz düzeyde etkilerken, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü”, “Ulaşılabirlik ve Fiziksel Özellikler”, “Altyapı” ve “İsteklilik” boyutlarını düşük düzeyde ve negatif yönlü olarak etkilemektedir (Şekil 20).

Şekil 20: Yönetmel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,999 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,897 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,930 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,843 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,069 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0,05$) “Yönetmel Boyut”un “Zaman Baskısı ve İş Yükü”ne ve “ Zaman Baskısı ve İş Yükü”nün “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik”e etkisi dışında önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 39).

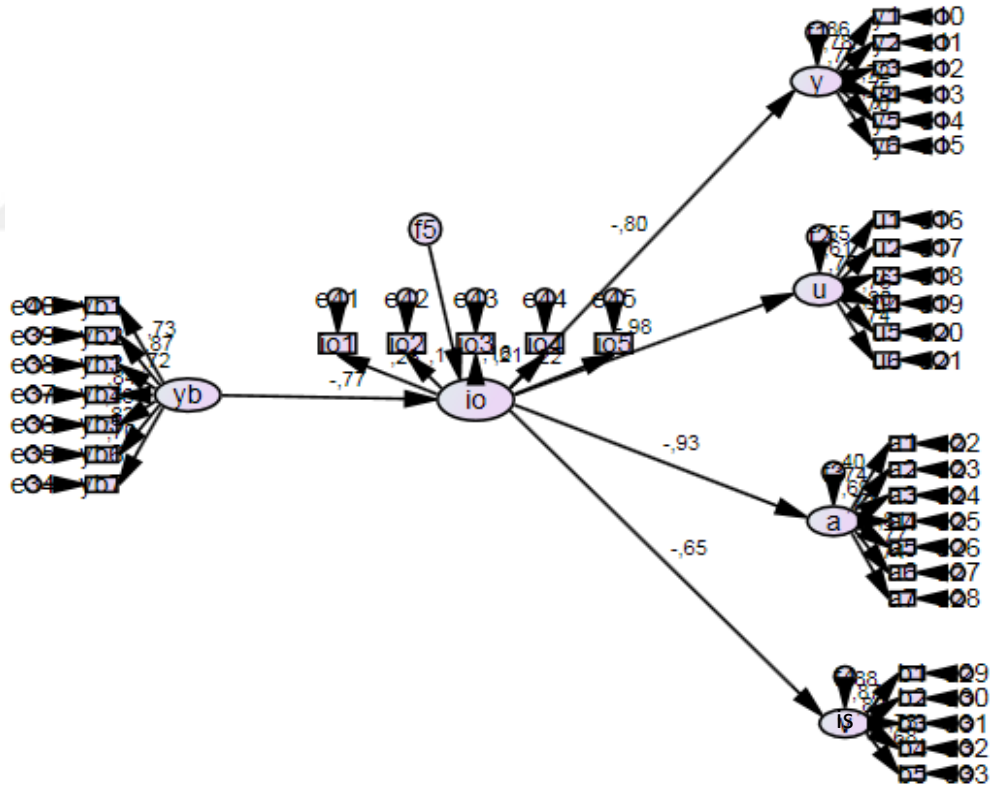
Tablo 39: Yönetmel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

		Tahmini	SE	CR	P
z	← yb	-,034	,049	-,697	,486
y	← z	,072	,078	,920	,358
u	← z	-,178	,065	-2,752	,006
a	← z	-,184	,063	-2,907	,004
is	← z	-,277	,095	-2,925	,003
y1	← y	1,000			
y2	← y	,922	,047	19,575	***
y3	← y	,816	,045	18,033	***
y4	← y	,795	,050	15,887	***
y5	← y	,804	,049	16,294	***
y6	← y	,821	,051	16,132	***
u1	← u	1,000			
u2	← u	1,029	,105	9,829	***
u3	← u	1,470	,122	12,024	***
u4	← u	1,449	,123	11,811	***
u5	← u	1,386	,121	11,467	***
u6	← u	1,166	,108	10,778	***
a1	← a	1,000			
a2	← a	1,556	,176	8,819	***
a3	← a	1,237	,144	8,573	***
a4	← a	1,529	,175	8,743	***
a5	← a	1,503	,167	9,015	***
a6	← a	1,335	,152	8,763	***
a7	← a	1,276	,149	8,586	***
is1	← is	1,000			
is2	← is	,916	,037	24,710	***
is3	← is	,845	,041	20,596	***
is4	← is	,737	,044	16,872	***
is5	← is	,656	,044	14,931	***
yb7	← yb	1,000			
yb6	← yb	1,330	,085	15,609	***
yb5	← yb	1,202	,084	14,324	***
yb4	← yb	1,345	,084	16,040	***
yb3	← yb	1,191	,088	13,507	***
yb2	← yb	1,413	,085	16,639	***
yb1	← yb	1,132	,081	13,906	***
z1	← z	1,000			
z2	← z	1,705	,148	11,516	***
z3	← z	1,084	,119	9,148	***
z4	← z	1,518	,136	11,198	***

***<0,001

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetsel Boyut”un İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “Fonksiyonel Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetsel Boyut”, İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı” boyutunu yüksek düzeyde ve negatif yönlü olarak etkilerken İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı”nın “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik”, “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler”, “Altyapı” ve “İsteklilik” boyutlarını çok yüksek ve yüksek düzeyde ve negatif yönlü olarak etkilemektedir (Şekil 21).

Şekil 21: Yönetsel Boyutun İş Ortamı Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =4,002 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,911 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,965 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,887 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,073 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre

modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0.05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 40).

Tablo 40: Yönetmel Boyutun İş Ortamı Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

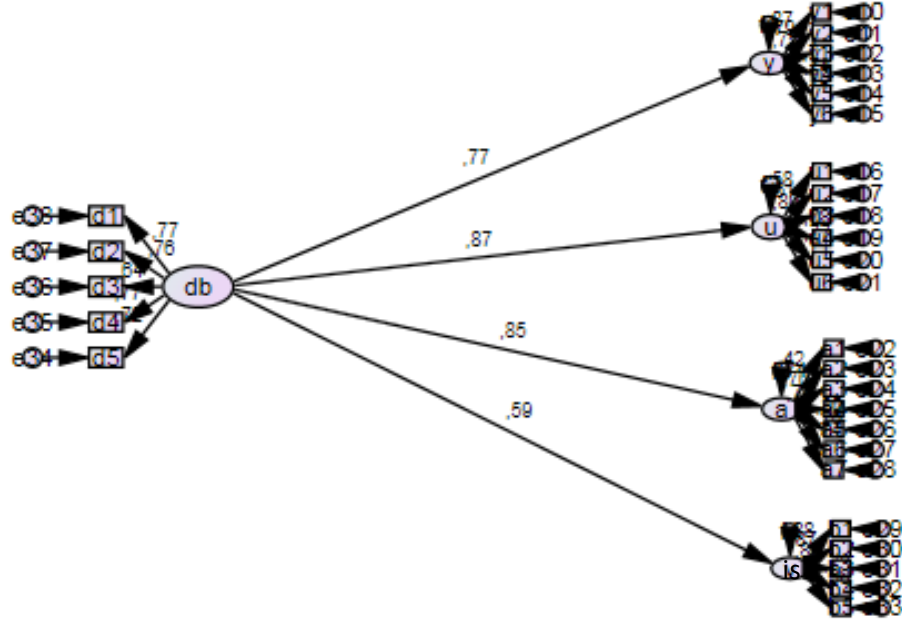
			Tahmini	SE	CR	P
io	←	yb	-,349	,072	-4,827	***
y	←	io	-2,035	,411	-4,950	***
u	←	io	-1,854	,391	-4,739	***
a	←	io	-1,574	,363	-4,340	***
is	←	io	-1,962	,407	-4,822	***
y1	←	y	1,000			
y2	←	y	,902	,048	18,834	***
y3	←	y	,805	,046	17,544	***
y4	←	y	,831	,049	16,806	***
y5	←	y	,855	,048	17,687	***
y6	←	y	,823	,051	16,072	***
u1	←	u	1,000			
u2	←	u	1,114	,115	9,671	***
u3	←	u	1,480	,133	11,163	***
u4	←	u	1,489	,134	11,091	***
u5	←	u	1,581	,138	11,435	***
u6	←	u	1,344	,123	10,908	***
a1	←	a	1,000			
a2	←	a	1,733	,224	7,733	***
a3	←	a	1,389	,183	7,578	***
a4	←	a	1,715	,223	7,694	***
a5	←	a	1,739	,219	7,949	***
a6	←	a	1,587	,203	7,839	***
a7	←	a	1,532	,198	7,745	***
is1	←	is	1,000			
is2	←	is	,927	,040	23,252	***
is3	←	is	,869	,043	20,094	***
is4	←	is	,788	,045	17,592	***
is5	←	is	,709	,045	15,780	***
yb7	←	yb	1,000			
yb6	←	yb	1,331	,084	15,868	***
yb5	←	yb	1,203	,083	14,540	***
yb4	←	yb	1,325	,082	16,068	***
yb3	←	yb	1,207	,087	13,874	***
yb2	←	yb	1,390	,083	16,671	***
yb1	←	yb	1,132	,080	14,109	***
io1	←	io	1,000			

io2	← io	,520	,221	2,349	,019
io3	← io	,643	,242	2,660	,008
io4	← io	,812	,249	3,258	,001
io5	← io	,806	,243	3,223	***
***<0,001					

H₅ hipotezini (*Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “Destek Boyutu” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “Fonksiyonel Kalite” üzerinde etkisi vardır.*) test etmek için değişkenler arasındaki etkinin yönü ve kuvvetini analiz etmek amacıyla yapısal eşitlik modellemesi gerçekleştirilmiştir. Bu hipotez doğrultusunda oluşturulan modelde öncelikle “İş Stresi” değişkenleri kapsam dışında bırakılmış ve “Dağıtılmış Liderlik” boyutlarından “Destek Boyutu”nun, “Hizmet Kalitesi” boyutlarına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha sonra İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü” ve “İş Ortamı” değişkenleri moderatör değişken olarak ele alınmış ve modeller tekrar oluşturulmuştur. Bu kapsamda oluşturulan hipoteze ilişkin modeller ve modele ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun algılarının “Fonksiyonel Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun, “Yeterlilikler ve Cevapverebilirlik”, “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler”, “Altyapı” ve “İsteklilik” boyutlarını çok yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olarak etkilediği tespit edilmiştir (Şekil 22).

Şekil 22: Destek Boyutunun Fonksiyonel Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,240 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,911 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,962 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,875 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,060 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0.05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 41).

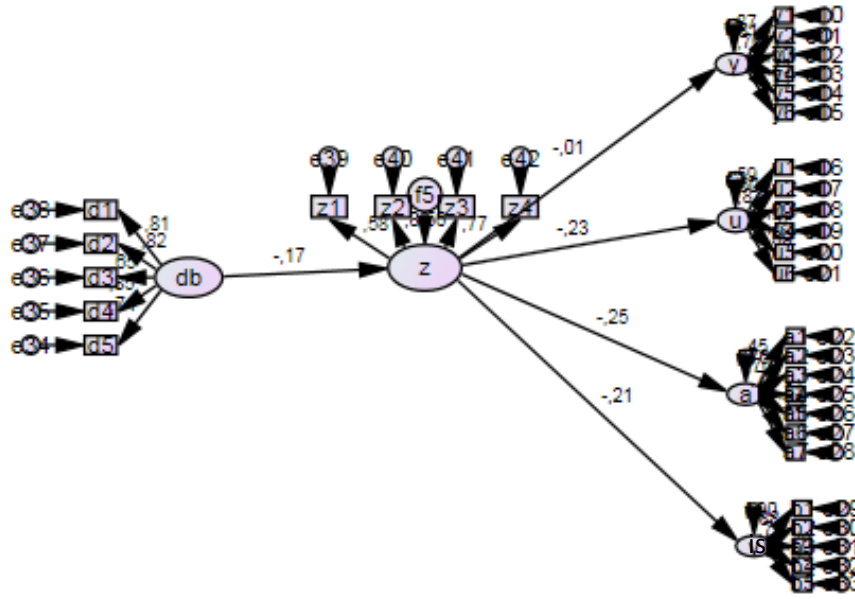
Tablo 41: Destek Boyutunun Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

			Tahmini	SE	CR	P
y	←	db	,743	,056	13,316	***
u	←	db	,656	,062	10,504	***
a	←	db	,582	,074	7,832	***
is	←	db	,679	,064	10,614	***
y1	←	y	1,000			
y2	←	y	,902	,047	19,182	***
y3	←	y	,805	,045	17861	***
y4	←	y	,814	,049	16,585	***
y5	←	y	,833	,048	17,312	***
y6	←	y	,819	,060	16,226	***
u1	←	u	1,000			
u2	←	u	1,064	,107	9,961	***
u3	←	u	1,466	,123	11,893	***
u4	←	u	1,458	,124	11,737	***
u5	←	u	1,438	,124	11,602	***
u6	←	u	1,229	1,11	11,032	***
a1	←	a	1,000			
a2	←	a	1,637	,199	8,221	***
a3	←	a	1,316	,164	8,045	***
a4	←	a	1,640	,200	8,209	***
a5	←	a	1,609	,191	8,428	***
a6	←	a	1,466	,177	8,288	***
a7	←	a	1,427	,174	8,198	***
is1	←	is	1,000			
is2	←	is	,925	,039	23,476	***
is3	←	is	,867	,043	20274	***
is4	←	is	,777	,045	17,416	***
is5	←	is	,700	,045	15,659	***
d5	←	db	1,000			
d4	←	db	1,007	,067	14,994	***
d3	←	db	,865	,070	12,436	***
d2	←	db	,964	,066	14,696	***
d1	←	db	1,024	,068	14,993	***

***<0,001

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yükü” kapsamında “Fonksiyonel Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü” boyutunu düşük düzeyde ve negatif yönde etkilerken, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü”, “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler”, “Altyapı” ve “İsteklilik” boyutlarını düşük düzeyde ve negatif yönlü olarak etkilemektedir (Şekil 23).

Şekil 23: Yönetmel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,325 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,902 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,954 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,882 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,061 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin “Zaman Baskısı ve İş Yükü”nün “Yekincik ve Cevap Verebilirlik”e etkisi dışında ($p \leq 0,05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 42).

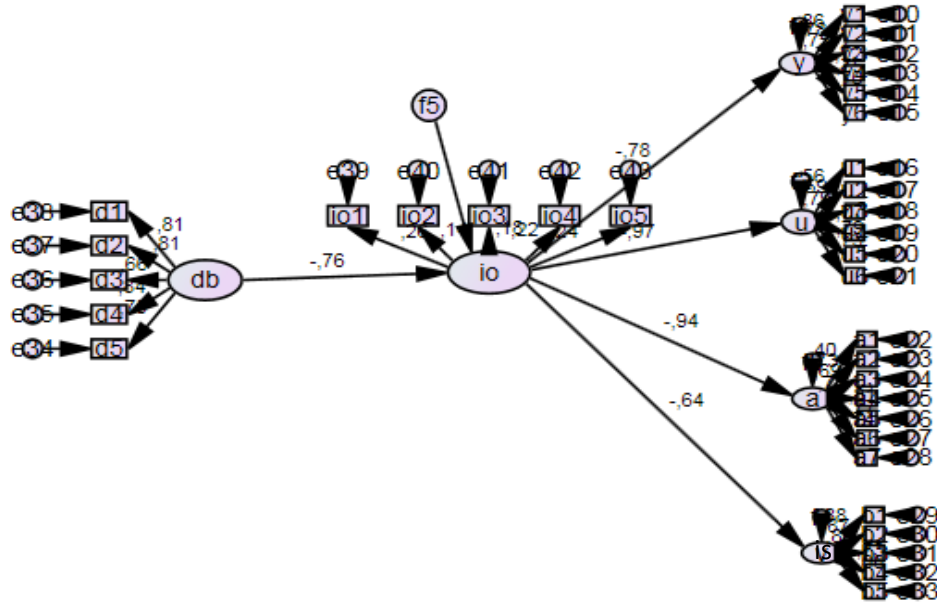
Tablo 42: Yönetmel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

			Tahmini	SE	CR	P
z	←	db	-,113	,039	-2,888	,004
y	←	z	-,015	,083	-,182	,856
u	←	z	-,262	,071	-3,697	***
a	←	z	-,268	,071	-3,790	***
is	←	z	-,369	,002	-3,637	***
y1	←	y	1,000			
y2	←	y	,921	,047	19,577	***
y3	←	y	,816	,045	18,028	***
y4	←	y	,795	,050	15,899	***
y5	←	y	,804	,049	16,313	***
y6	←	y	,820	,051	16,122	***
u1	←	u	1,000			
u2	←	u	1,027	,105	9,798	***
u3	←	u	1,474	,123	12,015	***
u4	←	u	1,452	,123	11,804	***
u5	←	u	1,387	,121	11,453	***
u6	←	u	1,169	,109	10,773	***
a1	←	a	1,000			
a2	←	a	1,558	,177	8,814	***
a3	←	a	1,239	,145	8,569	***
a4	←	a	1,529	,175	8,733	***
a5	←	a	1,505	,167	9,008	***
a6	←	a	1,337	,153	8,759	***
a7	←	a	1,277	,149	8,581	***
is1	←	is	1,000			
is2	←	is	,917	,037	24,715	***
is3	←	is	,845	,041	20,581	***
is4	←	is	,738	,044	16,874	***
is5	←	is	,657	,044	14,940	***
d5	←	db	1,000			
d4	←	db	1,081	,065	16,552	***
d3	←	db	,860	,068	12,689	***
d2	←	db	1,024	,064	16,080	***
d1	←	db	1,045	,066	15,771	***
z1	←	z	1,000			
z2	←	z	1,725	,160	10,790	***
z3	←	z	1,145	,130	8,785	***
z4	←	z	1,653	,155	10,665	***

***<0,001

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “Fonksiyonel Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”, İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı” boyutunu yüksek düzeyde ve negatif yönlü olarak etkilerken İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı”, “Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik”, “Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler”, “Altyapı” ve “İsteklilik” boyutlarını çok yüksek ve yüksek düzeyde ve negatif yönlü olarak etkilemektedir (Şekil 24).

Şekil 24: Destek Boyutu İş Ortamı Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,980 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,939 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,972 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,859 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,060 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0,05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 43).

Tablo 43: Destek Boyutunun İş Ortamı Kapsamında Fonksiyonel Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

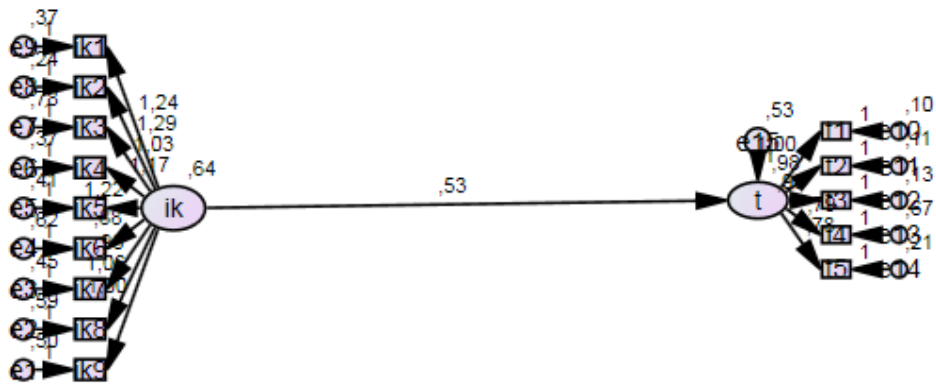
			Tahmini	SE	CR	P
io	←	db	-,285	,057	-4,984	***
y	←	io	-1,921	,378	-5,085	***
u	←	io	-1,794	,368	-4,875	***
a	←	io	-1,551	,349	-4,444	***
is	←	io	-1,886	,381	-4,955	***
y1	←	y	1,000			
y2	←	y	,902	,048	18,974	***
y3	←	y	,803	0,46	17,611	***
y4	←	y	,824	0,49	16,721	***
y5	←	y	,847	0,48	17,559	***
y6	←	y	,820	0,51	16,105	***
u1	←	u	1,000			
u2	←	u	1,078	,113	9,524	***
u3	←	u	1,506	,133	11,363	***
u4	←	u	1,507	,134	11,257	***
u5	←	u	1,549	,136	11,401	***
u6	←	u	1,325	,122	10,901	***
a1	←	a	1,000			
a2	←	a	1,737	,225	7,721	***
a3	←	a	1,398	,184	7,578	***
a4	←	a	1,718	,224	7,682	***
a5	←	a	1,739	,219	7,932	***
a6	←	a	1,594	,204	7,829	***
a7	←	a	1,540	,199	7,740	***
is1	←	is	1,000			
is2	←	is	,929	0,40	23,390	***
is3	←	is	,869	0,43	20,117	***
is4	←	is	,786	0,45	17,534	***
is5	←	is	,705	0,45	15,697	***
d5	←	db	1,000			
d4	←	db	1,052	0,63	16,835	***
d3	←	db	,862	0,66	13,137	***
d2	←	db	1,001	0,61	16,371	***
d1	←	db	1,043	0,64	16,386	***
io1	←	io	1,000			
io2	←	io	,513	,214	2,398	,016
io3	←	io	,704	,240	2,934	,003
io4	←	io	,816	,242	3,374	***
io5	←	io	,835	,238	3,503	***

***<0,001

H₆ hipotezini (Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “İK Boyutu” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “Teknik Kalite” üzerinde etkisi vardır.) test etmek için değişkenler arasındaki etkinin yönü ve kuvvetini analiz etmek amacıyla yapısal eşitlik modellemesi gerçekleştirilmiştir. Bu hipotez doğrultusunda oluşturulan modelde öncelikle “İş Stresi” değişkenleri kapsam dışında bırakılmış ve “Dağıtılmış Liderlik” boyutlarından “İK Boyutu”nun, “Teknik Kalite”ye etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha sonra İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü” ve “İş Ortamı” değişkenleri moderatör değişken olarak ele alınmış ve modeller tekrar oluşturulmuştur. Bu kapsamda oluşturulan hipoteze ilişkin modeller ve modele ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun algılarının “Teknik Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun, “Teknik Kalite”yi yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olarak etkilediği tespit edilmiştir (Şekil 25).

Şekil 25: İK Boyutunun Teknik Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,251 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,931 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,967 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,885 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,068 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0,05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 44).

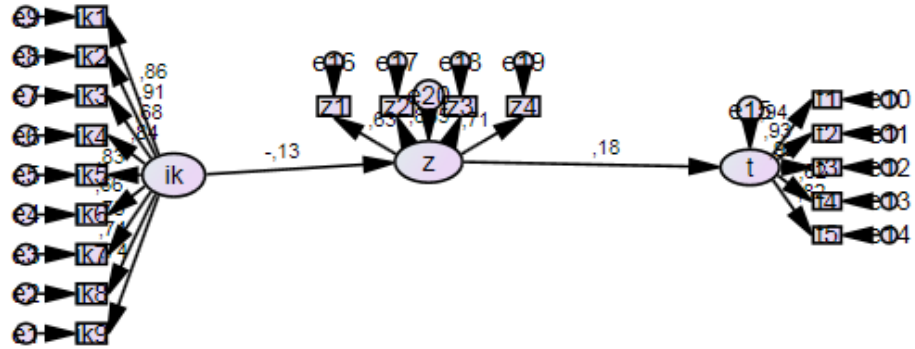
Tablo 44: İK Boyutunun Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

		Tahmini	SE	CR	P
t	← ik	,527	,054	9,709	***
ik9	← ik	1,000			
ik8	← ik	1,056	,069	15,321	***
ik7	← ik	,978	,062	15,776	***
ik6	← ik	,882	,065	13,642	***
ik5	← ik	1,216	,069	17,618	***
ik4	← ik	1,167	,066	17,716	***
ik3	← ik	1,033	,074	14,016	***
ik2	← ik	1,289	,067	19,295	***
ik1	← ik	1,240	,069	18,059	***
t1	← t	1,000			
t2	← t	,977	,028	34,516	***
t3	← t	,990	,030	33,462	***
t4	← t	,787	,052	15,160	***
t5	← t	,783	,032	24,750	***

***<0,001

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yüğü” kapsamında “Teknik Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yüğü” boyutunu düşük düzeyde ve negatif yönde etkilerken, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yüğü”, “Teknik Kalite”yi düşük düzeyde ve pozitif yönlü olarak etkilemektedir (Şekil 26).

Şekil 26: İK Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,426 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,935 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,974 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,867 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,075 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0,05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 45).

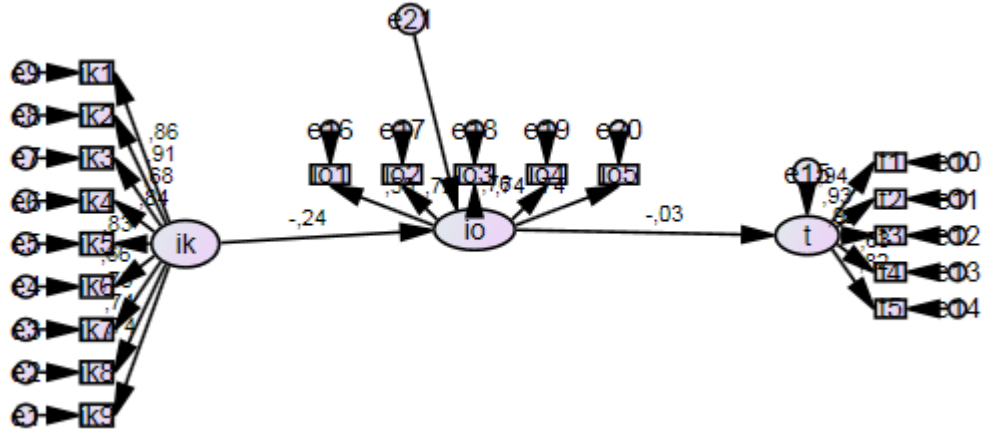
Tablo 45: İK Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

		Tahmini	SE	CR	P
z	← ik	-,102	,043	-2,400	,016
t	← z	,252	,078	3,246	,001
ik9	← ik	1,000			
ik8	← ik	1,066	,070	15,183	***
ik7	← ik	,980	,063	15,492	***
ik6	← ik	,886	,066	13,467	***
ik5	← ik	1,226	,071	17,369	***
ik4	← ik	1,175	,067	17,457	***
ik3	← ik	1,045	,075	13,943	***
ik2	← ik	1,306	,068	19,081	***
ik1	← ik	1,258	,070	17,921	***
t1	← t	1,000			
t2	← t	,977	,028	34,579	***
t3	← t	,990	,029	33,666	***
t4	← t	,782	,052	15,042	***
t5	← t	,779	,032	24,593	***
z1	← z	1,000			
z2	← z	1,729	,144	11,996	***
z3	← z	1,025	,110	9,299	***

z4	← z	1,392	,122	11,391	***
***<0,001					

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “Teknik Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”, İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı” boyutunu düşük düzeyde ve negatif yönlü olarak etkilerken İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı”nın “Teknik Kalite”yi önemsiz düzeyde etkilediği belirlenmiştir (Şekil 27).

Şekil 27: Destek Boyutu İş Ortamı Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =4,004 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,909 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,951 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,866 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,079 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir ancak hipotez desteklenmemiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0,05$) “İş Ortamı”nın “Teknik Kalite”ye etkisi dışında önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 46).

Tablo 46: İK Boyutunun İş Ortamı Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

		Tahmini	SE	CR	P
io	← ik	-,186	,046	-4,068	***
t	← io	-,040	,077	-,517	,605
ik9	← ik	1,000			
ik8	← ik	1,066	,070	15,201	***
ik7	← ik	,980	,063	15,495	***
ik6	← ik	,886	,066	13,483	***
ik5	← ik	1,227	,070	17,407	***
ik4	← ik	1,173	,067	17,438	***
ik3	← ik	1,045	,075	13,953	***
ik2	← ik	1,305	,068	19,096	***
ik1	← ik	1,256	,070	17,911	***
t1	← t	1,000			
t2	← t	,976	,028	34,565	***
t3	← t	,990	,029	33,649	***
t4	← t	,783	,052	15,087	***
t5	← t	,779	,032	24,611	***
io1	← io	1,000			
io2	← io	1,413	,156	9,080	***
io3	← io	1,585	,170	9,320	***
io4	← io	1,447	,157	9,208	***
io5	← io	1,400	,152	9,229	***

***<0,001

H₇ hipotezini (*Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “Yönetsel Boyut” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “Teknik Kalite” üzerinde etkisi vardır.*) test etmek için değişkenler arasındaki etkinin yönü ve kuvvetini analiz etmek amacıyla yapısal eşitlik modellemesi gerçekleştirilmiştir. Bu hipotez doğrultusunda oluşturulan modelde öncelikle “İş Stresi” değişkenleri kapsam dışında bırakılmış ve “Dağıtılmış Liderlik” boyutlarından “Yönetsel”un, “Teknik Kalite”ye etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha sonra İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü” ve “İş Ortamı” değişkenleri moderatör değişken olarak ele alınmış ve modeller tekrar oluşturulmuştur. Bu kapsamda oluşturulan hipoteze ilişkin modeller ve modele ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetsel Boyut”un algılarının “Teknik Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetsel Boyut”un, “Teknik Kalite”yi yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olarak etkilediği tespit edilmiştir (Şekil 28).

Şekil 28: Yönetsel Boyutun Teknik Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,461 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,939 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,977 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,852 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,076 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0,05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 47).

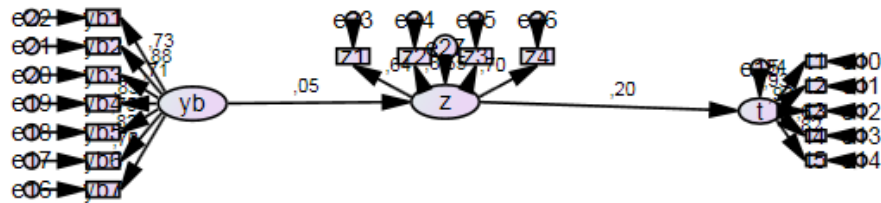
Tablo 47: Yönetmel Boyutun Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

		Tahmini	SE	CR	P
t	← yb	,862	,068	12,741	***
t1	← t	1,000			
t2	← t	,980	,029	34,353	***
t3	← t	,991	,030	33,121	***
t4	← t	,798	,052	15,426	***
t5	← t	,787	,032	24,904	***
yb7	← yb	1,000			
yb6	← yb	1,321	,085	15,528	***
yb5	← yb	1,208	,084	14,409	***
yb4	← yb	1,347	,084	16,075	***
yb3	← yb	1,207	,088	13,696	***
yb2	← yb	1,406	,085	16,593	***
yb1	← yb	1,144	,081	14,066	***

***<0,001

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetmel Boyut” un İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yükü” kapsamında “Teknik Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta < 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta < 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetmel Boyut”, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü” boyutunu önemsiz düzeyde etkilerken, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü”, “Teknik Kalite”yi düşük düzeyde ve pozitif yönlü olarak etkilemektedir (Şekil 29).

Şekil 29: Yönetmel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,229 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,912 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,975 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,881 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,079 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0.05$) “Yönetsel Boyut”un “Zaman Baskısı ve İş Yükü”ne etkisi dışında önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 48).

Tablo 48: Yönetsel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

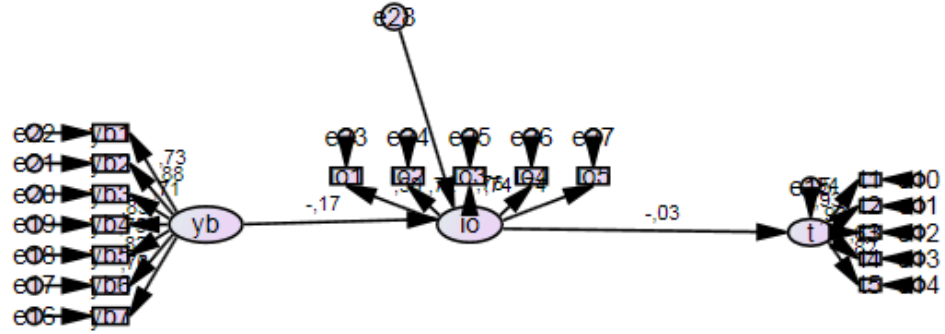
		Tahmini	SE	CR	P
z	← yb	,043	,051	,843	,339
t	← z	,274	,077	3,570	***
t1	← t	1,000			
t2	← t	,977	,028	34,581	***
t3	← t	,990	,029	33,665	***
t4	← t	,782	,052	15,039	***
t5	← t	,779	,032	24,593	***
yb7	← yb	1,000			
yb6	← yb	1,329	,085	15,581	***
yb5	← yb	1,203	,084	14,313	***
yb4	← yb	1,347	,084	16,035	***
yb3	← yb	1,192	,088	13,499	***
yb2	← yb	1,415	,085	16,627	***
yb1	← yb	1,132	,081	13,890	***
z1	← z	1,000			
z2	← z	1,679	,138	12,144	***
z3	← z	1,009	,108	9,284	***
z4	← z	1,361	,119	11,483	***

***<0,001

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetsel Boyut”un İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “Teknik Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetsel Boyut”, İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı” boyutunu düşük düzeyde ve

negatif yönlü olarak etkilerken İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı”nın “Teknik Kalite”yi önemsiz düzeyde etkilediği belirlenmiştir (Şekil 30).

Şekil 30: Yönetmel Boyutun İş Ortamı Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,500 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,932 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,985 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,884 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,074 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir ancak hipotez desteklenmemiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0,05$) “İş Ortamı”nın “Teknik Kalite”ye etkisi dışında önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 49).

Tablo 49: Yönetmel Boyutun İş Ortamı Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

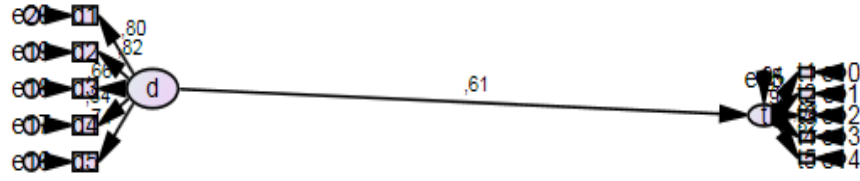
		Tahmini	SE	CR	P
io	← yb	-,149	,052	-2,850	004
t	← io	-,038	,077	-,495	621
t1	← t	1,000			
t2	← t	,976	,028	34,565	***
t3	← t	,990	,029	33,649	***
t4	← t	,783	,052	15,087	***
t5	← t	,779	,032	24,611	***
yb7	← yb	1,000			
yb6	← yb	1,330	,085	15,655	***
yb5	← yb	1,201	,084	14,346	***
yb4	← yb	1,343	,084	16,052	***

yb3	←	yb	1,189	,088	13,514	***
yb2	←	yb	1,411	,085	16,662	***
yb1	←	yb	1,129	,081	13,903	***
io1	←	io	1,000			
io2	←	io	1,403	,153	9,155	***
io3	←	io	1,560	,167	9,365	***
io4	←	io	1,438	,155	9,289	***
io5	←	io	1,388	,149	9,304	***
***<0,001						

H₈ hipotezini (*Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “Destek Boyutu” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “Teknik Kalite” üzerinde etkisi vardır.*) test etmek için değişkenler arasındaki etkinin yönü ve kuvvetini analiz etmek amacıyla yapısal eşitlik modellemesi gerçekleştirilmiştir. Bu hipotez doğrultusunda oluşturulan modelde öncelikle “İş Stresi” değişkenleri kapsam dışında bırakılmış ve “Dağıtılmış Liderlik” boyutlarından “Destek Boyutu”nun, “Teknik Kalite”ye etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha sonra İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yüğü” ve “İş Ortamı” değişkenleri moderatör değişken olarak ele alınmış ve modeller tekrar oluşturulmuştur. Bu kapsamda oluşturulan hipoteze ilişkin modeller ve modele ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun algılarının “Teknik Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun, “Teknik Kalite”yi yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olarak etkilediği tespit edilmiştir (Şekil 31).

Şekil 31: Destek Boyutunun Teknik Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,388 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,940 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,978 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,862 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,077 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0.05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 50).

Tablo 50: Destek Boyutunun Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

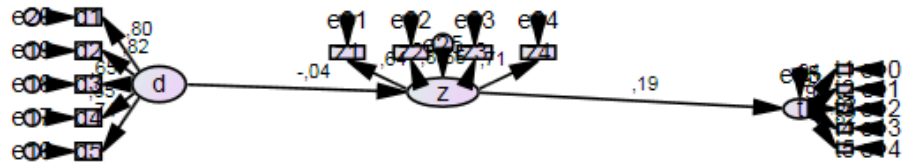
		Tahmini	SE	CR	P
t	← d	,608	,053	11,541	***
t1	← t	1,000			
t2	← t	,979	,028	34,554	***
t3	← t	,989	,030	33,287	***
t4	← t	,792	,052	15,286	***
t5	← t	,784	,032	24,778	***
d5	← d	1,000			
d4	← d	1,065	,064	16,743	***
d3	← d	,863	,066	12,982	***
d2	← d	1,015	,062	16,332	***
d1	← d	1,035	,065	15,988	***

***<0,001

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yükü” kapsamında “Teknik Kalite” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki,

0,3 $\leq\beta\leq$ 0,5 yükseğe yakın düzey etki, $\beta\geq$ 0,5 yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden ‘‘Destek Boyutu’’nun, İş Stresi boyutlarından ‘‘Zaman Baskısı ve İş Yükü’’ boyutunu önemsiz düzeyde etkilerken, İş Stresi boyutlarından ‘‘Zaman Baskısı ve İş Yükü’’, ‘‘Teknik Kalite’’yi düşük düzeyde ve pozitif yönlü olarak etkilemektedir (şekil 32).

şekil 32: Destek Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,339 (Eşik Değer: \leq 4-5), NFI =0,923 (Eşik Değer: \geq 0,94-0,90), CFI =0,986 (Eşik Değer: \geq 0,95), GFI =0,881 (Eşik Değer: \geq 0,89-0,85) ve RMSEA =0,070 (Eşik Değeri: \leq 0,06-0,08) değerleri tespit edilmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p\leq$ 0,05) ‘‘Destek Boyutu’’nun ‘‘Zaman Baskısı ve İş Yükü’’ne etkisi dışında önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 51).

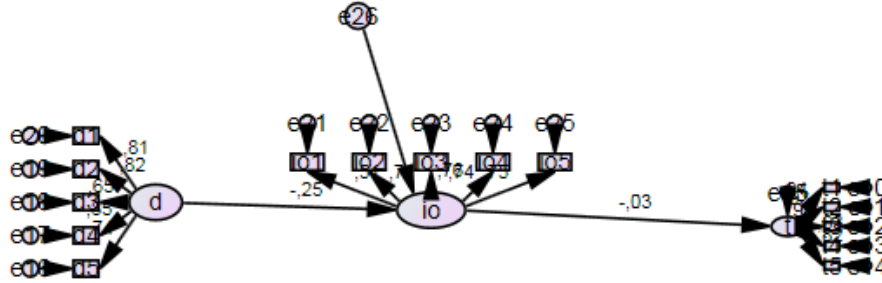
Tablo 51: Destek Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin nemlilik Düzeyleri

		Tahmini	SE	CR	P
z	← d	-,028	,041	-,672	,501
t	← z	,261	,077	3,386	***
t1	← t	1,000			
t2	← t	,977	,028	34,580	***
t3	← t	,990	,029	33,666	***
t4	← t	,782	,052	15,041	***
t5	← t	,779	,032	24,593	***
d5	← d	1,000			
d4	← d	1,085	,066	16,517	***
d3	← d	,860	,068	12,632	***
d2	← d	1,029	,064	16,068	***
d1	← d	1,046	,067	15,695	***

z1	← z	1,000			
z2	← z	1,697	,141	12,067	***
z3	← z	1,017	,109	9,351	***
z4	← z	1,378	,120	11,455	***
***<0,001					

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “Teknik Kalite” üzerindeki test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”, İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı” boyutunu düşük düzeyde ve negatif yönlü olarak etkilerken İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı”nın “Teknik Kalite”yi önemsiz düzeyde etkilediği belirlenmiştir (Şekil 33).

Şekil 33: Destek Boyutunun İş Ortamı Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,225 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,910 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,963 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,862 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,062 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir ancak hipotez desteklenmemiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0,05$) “İş Ortamı”nın “Teknik Kalite”ye etkisi dışında önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 52).

Tablo 52: Destek Boyutunun İş Ortamı Kapsamında Teknik Kaliteye Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

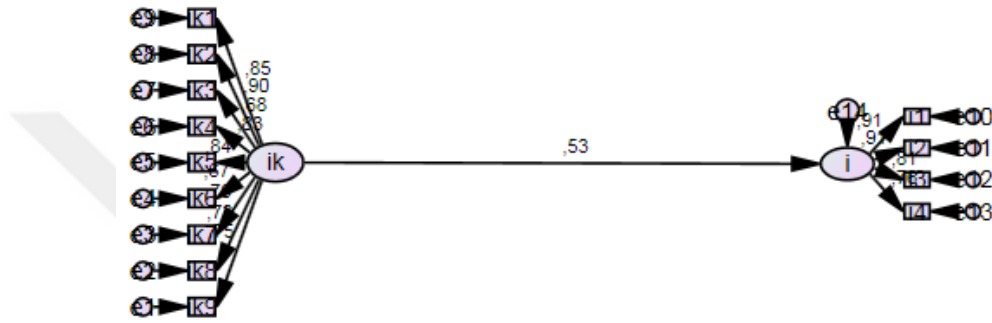
		Tahmini	SE	CR	P
io	← d	-,180	,045	-4,033	***
t	← io	-,046	,076	-,600	,548
t1	← t	1,000			
t2	← t	,976	,028	34,566	***
t3	← t	,990	,029	33,647	***
t4	← t	,783	,052	15,089	***
t5	← t	,779	,032	24,612	***
d5	← d	1,000			
d4	← d	1,082	,065	16,568	***
d3	← d	,858	,068	12,661	***
d2	← d	1,024	,064	16,089	***
d1	← d	1,046	,066	15,781	***
io1	← io	1,000			
io2	← io	1,390	,151	9,182	***
io3	← io	1,560	,165	9,434	***
io4	← io	1,426	,153	9,324	***
io5	← io	1,384	,248	9,357	***

***<0,001

H₉ hipotezini (*Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “İK Boyutu” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “İmaj Kalitesi” üzerinde etkisi vardır.*) test etmek için değişkenler arasındaki etkinin yönü ve kuvvetini analiz etmek amacıyla yapısal eşitlik modellemesi gerçekleştirilmiştir. Bu hipotez doğrultusunda oluşturulan modelde öncelikle “İş Stresi” değişkenleri kapsam dışında bırakılmış ve “Dağıtılmış Liderlik” boyutlarından “İK Boyutu”nun, “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha sonra İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü” ve “İş Ortamı” değişkenleri moderatör değişken olarak ele alınmış ve modeller tekrar oluşturulmuştur. Bu kapsamda oluşturulan hipoteze ilişkin modeller ve modele ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu” algılarının “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun, “İmaj Kalitesi”ni yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olarak etkilediği tespit edilmiştir (Şekil 34).

Şekil 34: İK Boyutunun İmaj Kalitesine Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,763 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,947 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,968 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,886 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,070 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0,05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 53).

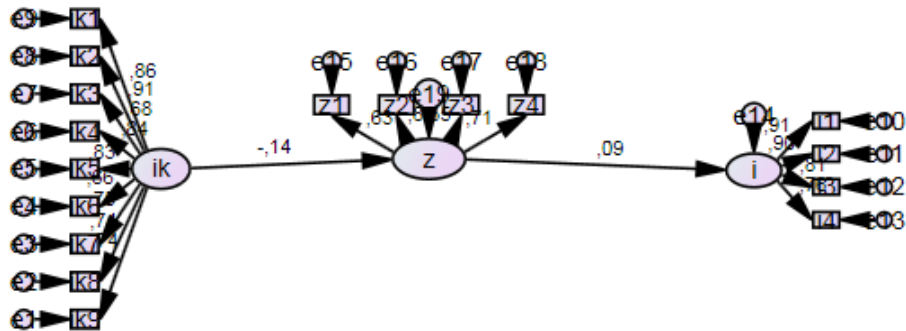
Tablo 53: İK Boyutunun İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

		Tahmini	SE	CR	P
i	← ik	,628	,063	10,011	***
ik	← ik	1,000			
ik	← ik	1,043	,068	15,307	***
ik	← ik	,977	,061	15,955	***
ik	← ik	,878	,064	13,721	***
ik	← ik	1,212	,068	17,803	***
ik	← ik	1,153	,065	17,738	***
ik	← ik	1,029	,073	14,114	***
ik	← ik	1,283	,066	19,513	***
ik	← ik	1,,232	,068	18,119	***
i1	← i	1,000			
i2	← i	,985	,036	27,353	***
i3	← i	,945	,043	21,937	***
i4	← i	,836	,043	19,592	***

***<0,001

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yüğü” kapsamında “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yüğü” düşük düzeyde ve negatif yönde etkilerken, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yüğü”, “İmaj Kalitesi”ni önemsiz düzeyde etkilemektedir (Şekil 35).

Şekil 35: İK Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yüğü Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,539 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,909 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,974 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,850 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,066 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ancak hipotez desteklenmemektedir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0,05$) “Zaman Baskısı ve İş Yükü”nün “İmaj Kalitesi”ne etkisi dışında önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 54).

Tablo 54: İK Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

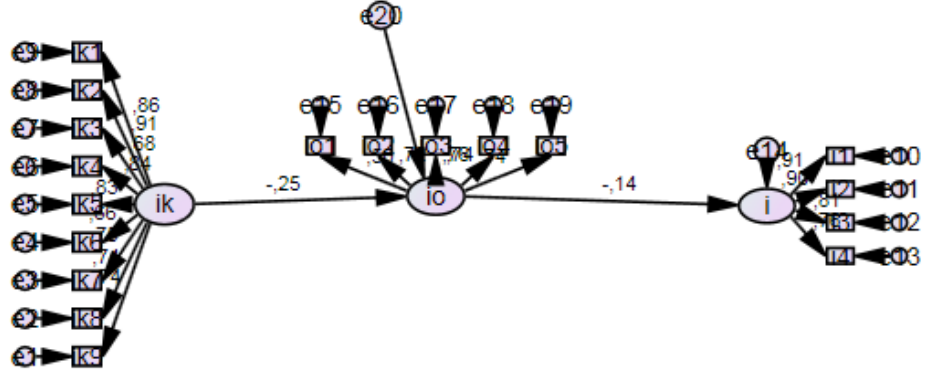
		Tahmini	SE	CR	P
z	← ik	-,108	,042	-2,553	,011
i	← z	,139	,090	1,542	,123
ik	← ik	1,000			
ik	← ik	1,066	,070	15,183	***
ik	← ik	,980	,063	15,492	***
ik	← ik	,886	,066	13,467	***
ik	← ik	1,226	,071	17,370	***
ik	← ik	1,175	,067	17,457	***
ik	← ik	1,045	,075	13,942	***
ik	← ik	1,258	,068	19,080	***
ik	← ik	1,,232	,070	17,920	***
i1	← i	1,000			
i2	← i	,980	,036	26,894	***
i3	← i	,947	,043	22,001	***
i4	← i	,836	,043	19,593	***
z1	← z	1,000			
z2	← z	1,731	,146	11,873	***
z3	← z	1,034	,112	9,262	***
z4	← z	1,412	,124	11,361	***

***<0,001

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK

Boyutu”, İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı” boyutunu düşük düzeyde ve negatif yönlü olarak etkilerken İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı”nın “İmaj Kalitesi”ni düşük düzeyde ve negatif yönde etkilediği belirlenmiştir (Şekil 36).

Şekil 36: İK Boyutunun İş Ortamı Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,622 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,931 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,980 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,867 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,065 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0,05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 55).

Tablo 55: İK Boyutunun İş Ortamı Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

		Tahmini	SE	CR	P
io	← ik	-,196	,0426	-4,225	***
i	← io	-,1225	,090	-2,502	,012
ik	← ik	1,000			
ik	← ik	1,066	,070	15,202	***
ik	← ik	,980	,063	15,498	***
ik	← ik	,886	,066	13,485	***
ik	← ik	1,227	,070	17,413	***
ik	← ik	1,173	,067	17,439	***
ik	← ik	1,045	,075	13,954	***

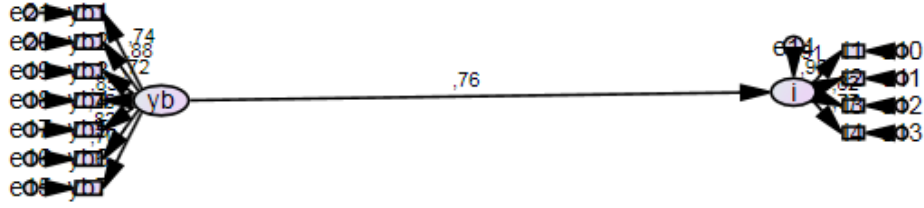
ik	←	ik	1,256	,068	19,099	***
ik	←	ik	1,,232	,070	17,913	***
il	←	i	1,000			
i2	←	i	,980	,037	26,781	***
i3	←	i	,949	,043	22,013	***
i4	←	i	,840	,043	19,666	***
io1	←	io	1,000			
io2	←	io	1,400	,153	9,171	***
io3	←	io	1,567	,167	9,409	***
io4	←	io	1,430	,154	9,295	***
io5	←	io	1,381	,148	9,310	***

***<0,001

H₁₀ hipotezini (Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “Yönetmel Boyut” ile ilgili algılarının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “İmaj Kalitesi” üzerinde etkisi vardır.) test etmek için değişkenler arasındaki etkinin yönü ve kuvvetini analiz etmek amacıyla yapısal eşitlik modellemesi gerçekleştirilmiştir. Bu hipotez doğrultusunda oluşturulan modelde öncelikle “İş Stresi” değişkenleri kapsam dışında bırakılmış ve “Dağıtılmış Liderlik” boyutlarından “Yönetmel Boyut”un, “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha sonra İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü” ve “İş Ortamı” değişkenleri moderatör değişken olarak ele alınmış ve modeller tekrar oluşturulmuştur. Bu kapsamda oluşturulan hipoteze ilişkin modeller ve modele ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetmel Boyut”un algılarının “İmaj Kalitesi” üzerinde etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetmel Boyut”un, “İmaj Kalitesi”ni yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olarak etkilediği tespit edilmiştir (Şekil 37).

Şekil 37: Yönetsel Boyutun İmaj Kalitesine Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,956 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,974 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,986 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,836 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,077 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0.05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 56).

Tablo 56: Yönetsel Boyutun İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

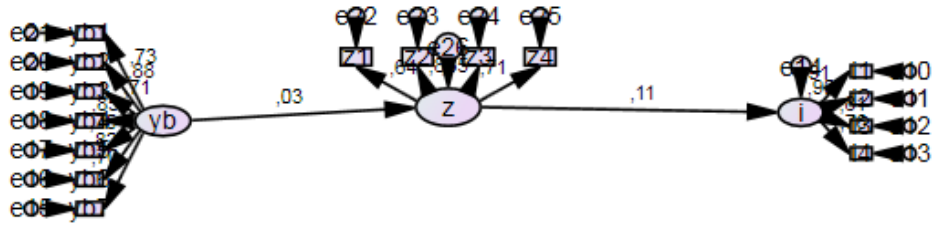
		Tahmini	SE	CR	P
i	← yb	1,078	,081	13,371	***
i1	← i	1,000			
i2	← i	,983	,036	27,252	***
i3	← i	,958	,043	22,342	***
i4	← i	,848	,043	19,918	***
yb7	← yb	1,000			
yb6	← yb	1,335	,086	15,461	***
yb5	← yb	1,206	,085	14,200	***
yb4	← yb	1,355	,085	15,937	***
yb3	← yb	1,220	,089	13,675	***
yb2	← yb	1,414	,086	16,436	***
yb1	← yb	1,16036	,082	14,078	***

***<0,001

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetsel Boyut”un İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yükü” kapsamında “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki,

0,3≤β≥0,5 yükseğe yakın düzey etki, β≥0,5 yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetmel Boyut”un, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yüğü”nü önemsiz düzeyde etkilerken, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yüğü”, “İmaj Kalitesi”ni önemsiz düzeyde etkilemektedir (Şekil 38).

Şekil 38: Yönetmel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yüğü Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,659 (Eşik Değer: ≤4-5), NFI =0,835 (Eşik Değer: ≥0,94-0,90), CFI =0,979 (Eşik Değer: ≥0,95), GFI =0,851 (Eşik Değer: ≥0,89-0,85) ve RMSEA =0,068 (Eşik Değeri: ≤0,06-0,08) değerleri tespit edilmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0.05$) “Yönetmel Boyut”un “Zaman Baskısı ve İş Yüğü”ne etkisi ve “Zaman Baskısı ve İş Yüğü”nün “İmaj Kalitesi”ne etkisi dışında önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 57).

Tablo 57: İK Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yüğü Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

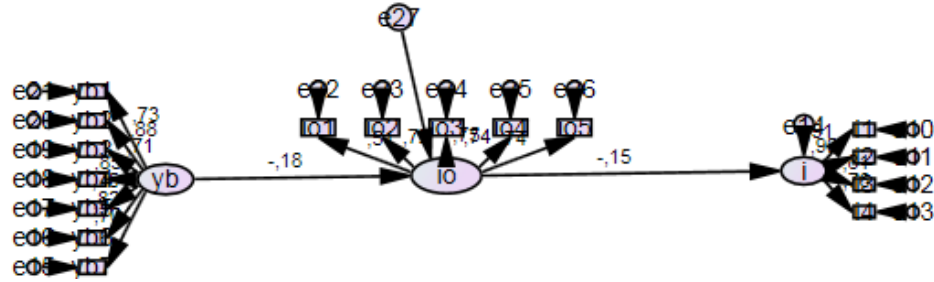
		Tahmini	SE	CR	P
z	← yb	,031	,050	,616	,538
i	← z	,166	,089	1,868	,062
i1	← i	1,000			
i2	← i	,980	,036	26,910	***
i3	← i	,947	,043	21,997	***
i4	← i	,836	,043	19,587	***
yb7	← yb	1,000			
yb6	← yb	1,329	,085	15,585	***
yb5	← yb	1,203	,084	14,314	***
yb4	← yb	1,347	,084	16,036	***

yb3	← yb	1,191	,088	13,500	***
yb2	← yb	1,414	,085	16,629	***
yb1	← yb	1,132	,081	13,892	***
z1	← z	1,000			
z2	← z	1,690	,141	12,006	***
z3	← z	1,017	,109	9,331	***
z4	← z	1,384	,121	11,459	***

***<0,001

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetmel Boyut”un İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetmel Boyut”un, İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı” boyutunu düşük düzeyde ve negatif yönlü olarak etkilerken İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı”nın “İmaj Kalitesi”ni düşük düzeyde ve negatif yönde etkilediği belirlenmiştir (Şekil 39).

Şekil 39: Yönetmel Boyutun İş Ortamı Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,699 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,933 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,971 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,876 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,062 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0,05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 55).

Tablo 58: Yönetmel Boyutun İş Ortamı Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

		Tahmini	SE	CR	P
io	← yb	-,166	,053	-3,117	,002
i	← io	-,226	,089	-2,528	,011
il	← i	1,000			
i2	← i	,980	,037	26,777	***
i3	← i	,949	,043	21,015	***
i4	← i	,840	,043	19,668	***
yb7	← yb	1,000			
yb6	← yb	1,331	,085	15,661	***
yb5	← yb	1,201	,084	14,348	***
yb4	← yb	1,343	,084	16,053	***
yb3	← yb	1,189	,088	13,516	***
yb2	← yb	1,411	,085	16,664	***
yb1	← yb	1,129	,081	13,903	***
io1	← io	1,000			
io2	← io	1,389	,150	9,257	***
io3	← io	1,538	,163	9,460	***
io4	← io	1,420	,151	9,386	***
io5	← io	1,368	,146	9,393	***

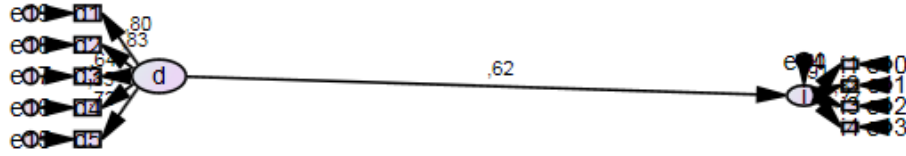
***<0,001

H₁₁ hipotezini (Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik boyutlarından “Destek Boyutu” ile ilgili algularının İş Stresi kapsamında Hizmet Kalitesi değişkenlerinden “İmaj Kalitesi” üzerinde etkisi vardır.) test etmek için değişkenler arasındaki etkinin yönü ve kuvvetini analiz etmek amacıyla yapısal eşitlik modellemesi gerçekleştirilmiştir. Bu hipotez doğrultusunda oluşturulan modelde öncelikle “İş Stresi” değişkenleri kapsam dışında bırakılmış ve “Dağıtılmış Liderlik” boyutlarından “Destek Boyutu”nun, “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Daha sonra İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü” ve “İş Ortamı” değişkenleri moderatör değişken olarak ele alınmış ve modeller tekrar oluşturulmuştur. Bu kapsamda oluşturulan hipoteze ilişkin modeller ve modele ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun algularının “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan

modelden elde edilen bulgulara göre (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun, “İmaj Kalitesi”ni yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olarak etkilediği tespit edilmiştir (Şekil 40).

Şekil 40: Destek Boyutunun İmaj Kalitesine Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,626 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,919 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,951 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,874 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,063 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0,05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 59).

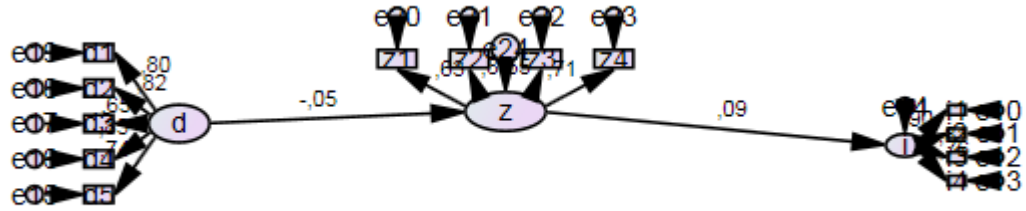
Tablo 59: Destek Boyutunun İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

		Tahmini	SE	CR	P
i	← d	,708	,062	11,326	***
i1	← i	1,000			
i2	← i	,988	,036	27,095	***
i3	← i	,953	,043	21,959	***
i4	← i	,848	,043	19,813	***
d5	← d	1,000			
d4	← d	1,091	,065	16,741	***
d3	← d	,847	,068	12,501	***
d2	← d	1,041	,064	16,378	***
d1	← d	1,034	,066	15,624	***

***<0,001

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yükü” kapsamında “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü”nü önemsiz düzeyde etkilerken, İş Stresi boyutlarından “Zaman Baskısı ve İş Yükü”, “İmaj Kalitesi”ni önemsiz düzeyde etkilemektedir (Şekil 41).

Şekil 41: Yönetmel Boyutun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,995 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,939 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,925 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,839 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,068 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0,05$) “Destek Boyutu”nun “Zaman Baskısı ve İş Yükü”ne etkisi ve “Zaman Baskısı ve İş Yükü”ne etkisi dışında önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 60).

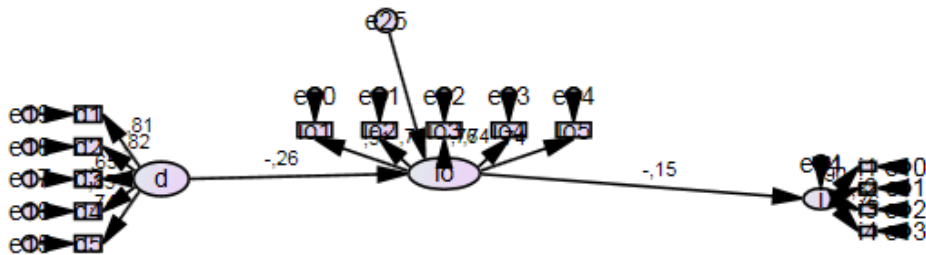
Tablo 60: Destek Boyutunun Zaman Baskısı ve İş Yükü Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

		Tahmini	SE	CR	P
z	← d	-,037	,041	-,890	,373
i	← z	,150	,089	1,675	,094
i1	← i	1,000			
i2	← i	,980	,036	26,901	***
i3	← i	,947	,043	22,000	***
i4	← i	,836	,043	19,591	***
d5	← d	1,000			
d4	← d	1,085	,066	16,519	***
d3	← d	,860	,068	12,638	***
d2	← d	1,028	,064	16,069	***
d1	← d	1,046	,067	15,702	***
z1	← z	1,000			
z2	← z	1,703	,143	11,934	***
z3	← z	1,026	,110	9,306	***
z4	← z	1,401	,123	11,426	***

***<0,001

Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisini test etmek amacıyla oluşturulan modelden elde edilen bulgulara göre ise, (Beta Katsayı Değerleri: $\beta \leq 0,1$ düşük düzey etki, $0,1 \leq \beta \leq 0,3$ orta düzey etki, $0,3 \leq \beta \leq 0,5$ yükseğe yakın düzey etki, $\beta \geq 0,5$ yüksek düzey etki) Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun, İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı” boyutunu düşük düzeyde ve negatif yönlü olarak etkilerken İş Stresi boyutlarından “İş Ortamı”nın “İmaj Kalitesi”ni düşük düzeyde ve negatif yönde etkilediği belirlenmiştir (Şekil 42).

Şekil 42: Destek Boyutunun İş Ortamı Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisi



Oluşturulan modelin uygunluğu ile ilgili sonuçlar incelendiğinde Ki-kare/Serbestlik Derecesi =3,342 (Eşik Değer: $\leq 4-5$), NFI =0,926 (Eşik Değer: $\geq 0,94-0,90$), CFI =0,965 (Eşik Değer: $\geq 0,95$), GFI =0,858 (Eşik Değer: $\geq 0,89-0,85$) ve RMSEA =0,078 (Eşik Değeri: $\leq 0,06-0,08$) değerleri tespit edilmiştir ve buna göre modelin kabul edilebilir olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, analiz kapsamında Beta değerlerinin ($p \leq 0,05$) önemli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 61).

Tablo 61: Destek Boyutunun İş Ortamı Kapsamında İmaj Kalitesine Etkisine İlişkin Önemlilik Düzeyleri

			Tahmini	SE	CR	P
io	←	d	-,192	,045	-4,219	***
i	←	io	-,229	,089	-2,581	,010
il	←	i	1,000			
i2	←	i	,980	,037	26,776	***
i3	←	i	,949	,043	22,014	***
i4	←	i	,840	,043	19,670	***
d5	←	d	1,000			
d4	←	d	1,082	,065	16,573	***
d3	←	d	,858	,068	12,661	***
d2	←	d	1,024	,064	16,092	***
d1	←	d	1,046	,066	15,785	***
io1	←	io	1,000			
io2	←	io	1,375	,148	9,279	***
io3	←	io	1,540	,162	9,531	***
io4	←	io	1,408	,150	9,418	***
io5	←	io	1,364	,144	9,446	***

***<0,001

SONUÇ

Dağıtılmış liderliğin iş stresi kapsamında hizmet kalitesine etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışma kapsamında öncelikle alan yazını incelenmiş kuramsal çerçeve oluşturulmuş, bu doğrultuda araştırma değişkenleri çerçevesinde ölçme araçları oluşturulmuş ve uygulanmıştır. Bu bölümde, dağıtılmış liderliğin iş stresi kapsamında hizmet kalitesine etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla uygulanan anket doğrultusunda elde edilen bulgular çerçevesinde tartışma, sonuç ve öneriler ele alınmıştır.

Araştırma gerçekleştirilen bir devlet hastanesi, bir eğitim araştırma hastanesi ve bir özel dal hastanesinde çalışan yaklaşık 3450 sağlık personeli (hekim, hemşire, idari personel, teknik personel, diğer personel) bulunmaktadır. Anket uygulaması gerçekleştirilen dönemde toplam 407 sağlık çalışanı araştırmaya katılmayı kabul etmiş ve anketi doldurmuştur. Sağlık çalışanlarının, yoğun çalışma temposu, zamana karşı çalışıyor olmaları, gerçekleştirdikleri işin acil ve ertelenemez olması onların anket formunu doldurmalarını zorlaştıran bir unsur olmuştur.

Dağıtılmış liderlikle ilgili olarak gerçekleştirilen çalışmalar uluslararası yazında olduğu gibi daha çok eğitim bilimleri üzerinedir (Adıgüzelli, 2016; Ereş ve Akyürek, 2016; Yılmaz ve Turan, 2015; Cansoy ve Parlar, 2018). Bunun yanında uluslararası çalışmanın konusu ile bağlantılı olarak dağıtılmış liderliğin sağlık hizmetlerinde uygulanabilirliği ile ilgili çalışmalar da gerçekleştirilmiştir (Günzel-Jensen ve diğerleri, 2016; Kjeldsen, ve diğerleri, 2015).

Bir hizmetin kalitesi sağlık personeli ve hasta gözünden farklı olabilir. Örneğin hekimler daha çok teknik kalite ile ilgilenirken hastalar fonksiyonel kaliteye göre değerlendirme yapma eğiliminde olmaktadır (Fiala, 2012: 757). Gerçekleştirilen çalışma kapsamında da sağlık personelinin teknik kalite kapsamında verdiği cevapların ortalamalarının olumlu olması, sağlık personeli gözünden sunulan hizmetin teknik kalitesinin olumlu bir düzeyde olduğu görülmektedir. Hastalar tarafından fonksiyonel kalitenin ölçülmesi daha kolaydır ve hastaya karşı empatik yaklaşım, şefkatli bakım ve iletişim fonksiyonel kalitenin göstergelerindedir (Fiala, 2012: 757). Sağlık çalışanları bakış açısıyla hastalara sunulan fonksiyonel hizmet kalitesi de olumlu düzeydedir. Her ne kadar önemli olan teknik hizmet kalitesinin yüksek olması

olsa da sağlık personeli hastalar tarafından yu'ksek değere sahip olan fonksiyonel kalite bileşenleri ile sağlık kurumları hastaların kalite algılarını yu'kseltebilir.

Araştırma kapsamında öncelikle katılımcıların bireysel özelliklerine ilişkin bulgular ele alınmıştır. Katılımcıların bireysel özelliklerine ilişkin sonuçlar;

- Katılımcıların yaş grupları dağılımlarına ilişkin bulgular incelendiğinde sağlık personelinin %68'inin 40 yaşından daha kyu'k olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda, hastanelerde genç sağlık çalışanlarının olduğu ve daha dinamik bir yapıya sahip oldukları slylenebilir. Bu kapsamda kararlara katılım sağlanarak yenilikçilik desteklenebilir.
- Katılımcıların cinsiyetlerine ilişkin profil incelendiğinde çoğunluğunu kadınların (%69) olduşturduğu belirlenmiştir. Yu'zellikle hastanede çalışan hemşire nufusunun fazla olması ve hemşirelerin genellikle kadın olmaları hastanelerde çalışan kadın nufusunun daha fazla olmasına neden olabilir. Bu nedenle sağlık kurumlarında kadınların duşu'ncelerine onem verilmelidir.
- Katılımcıların eğitim du'reyelerine ilişkin dağılım incelendiğinde lisans (%55) ve lisansu'stu' (%25) eğitim du'reyine sahip sağlık personelinin çoğunlukta olduğu goryu'mektedir. Sundukları hizmet nedeniyle belirli du'reyde eğitim ve yeterliliğe sahip olmaları gerekliliğinden dolayı araştırma gerçekleştirilen hastanelerde çalışan sağlık personelinin eğitim du'reyi yu'ksektir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının daha sorgulayıcı oldukları veya beklentilerinin daha yu'ksek olduğu duşu'nulebilir.
- Katılımcıların %18 oranında bir kısmı idari goryevleri olduğunu belirtmiştir ve mesleki deneyim su'releri ortalama 14,6 yıldır. Bu su'renin sağlık hizmetlerinde deneyimin uzun olması sunulan hizmetin niteliğini de etkileyebilir.
- Katılımcıların kişilik, stres, iş tatmini ve hastanenin kurumsallaşma du'reyi ile ilgili soruları yanıtlamaları istenmiştir. Bu doğrultuda katılımcıların çoğunluğu (%48) karma kişilik yapısına sahip olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %43'luk kısmı mesleki stres du'reyinin yu'ksek ve %50'si ise mesleki stres du'reyinin orta seviyede olduklarını belirtmişlerdir. Sağlık hizmetlerinde belirsizliğin çok olması, sunulacak olan hizmetin acil ve ertelenemez olması gibi durumlar katılımcıların algıladıkları stres du'reyi

üzerinde etkili olmaktadır. Katılımcıların çoğunluğu (%58) iş tatmin düzeylerinin orta seviyede olduğunu belirtmişlerdir. Yoğun çalışma koşulları, sundukları hizmetin zor olmasının yanı sıra, hasta bireylerin iyileşmeleri ve hayata sağlıklı bir şekilde devam etmelerine destek olma hissi çalışanlar üzerinde olumlu etki edebilir. Katılımcılara hastanenin kurumsallaşma düzeyi ile ilgili soru yöneltilmiştir. Katılımcıların çoğu (%56) hastanelerinin kurumsallaşma düzeyinin orta seviyede olduğunu belirtmişlerdir. Anket uygulaması sırasında birebir iletişim kurulduğundan kurumsallaşma kavramının ne olduğu ile ilgili sıklıkla soru yöneltilmiştir. Bu nedenle, kurumsallaşma kavramının çok iyi anlaşılmadığı görülmüştür.

Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının yapısal geçerliliğini belirleyebilmek amacıyla açıklayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Ölçme araçlarının içsel tutarlılığını belirleyebilmek amacıyla da güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir.

- Dağıtılmış Liderlik ölçeğinin faktör analizi sonucunda geçerli olduğu ve üç faktör altında toplandığı belirlenmiştir. Oluşan faktörler, İK Boyutu, Yönetsel Boyut ve Destek Boyutu olarak isimlendirilmiştir. Güvenilirlik analizi sonucuna göre ölçeğin güvenilir olduğu belirlenmiştir.
- İş Stresi ölçeğinin faktör analizi sonucunda geçerli olduğu ve iki faktör altında toplandığı belirlenmiştir. Bu faktörler; Zaman Baskısı ve İş Yükü ve İş Ortamı olarak isimlendirilmiştir. Güvenilirlik analizi sonucuna göre ölçeğin güvenilir olduğu belirlenmiştir.
- Fonksiyonel Kalite ölçeğinin faktör analizi sonucunda geçerli olduğu ve dört faktör altında toplandığı belirlenmiştir. Bu faktörler Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik, Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler, Altyapı ve İsteklilik olarak isimlendirilmiştir. Güvenilirlik analizi sonucuna göre ölçeğin güvenilir olduğu belirlenmiştir.
- Teknik Kalite ölçeğinin faktör analizi sonucunda geçerli olduğu ve tek boyut altında toplandığı belirlenmiştir. Güvenilirlik analizi sonucuna göre ölçeğin güvenilir olduğu belirlenmiştir.
- İmaj Kalitesi ölçeğinin faktör analizi sonucunda geçerli olduğu ve tek boyut altında toplandığı belirlenmiştir. Güvenilirlik analizi sonucuna göre ölçeğin güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların demografik özelliklerine göre araştırma değişkenlerine verdikleri yanıtlar arasında farklılığın olup olmadığı değerlendirilmiştir ve bu kapsamda elde edilen bulgulara ilişkin sonuçlar aşağıdaki gibidir;

- Katılımcıların yaşlarına göre DL boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında önemli farklılık tespit edilmemiştir. Bu kapsamda, yaş gruplarının DL ile ilgili algılamaları bir biriyle benzer nitelik göstermektedir.
- Katılımcıların yaşlarına göre İş Stresi boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında önemli farklılık belirlenmemiştir. Her yaş düzeyinde de algılanan iş stresi ile ilgili ortalamalar birbirine benzerlik göstermektedir.
- Fonksiyonel Kalite ile ilgili olarak, katılımcıların yaşlarına göre Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik, Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler ve İsteklilik değişkenleri için önemli farklılık tespit edilmiştir. Önemli farklılık çıkan boyutlar için yaş yükseldikçe katılımcıların algılamalarının daha olumlu yönde ilerlediğini söylemek mümkündür. Bunun nedeni daha düşük yaş gruplarında beklentilerin daha yüksek olması, yaşın yükseldikçe çalışanların durumu özümsemeleri, normalleşme gibi nedenler olabilir.
- Katılımcıların yaşlarına göre Teknik Kalite ile ilgili algılamaları arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir.
- Katılımcıların yaş gruplarına göre İmaj Kalitesi ile ilgili algılamaları arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir.
- DL boyutları için katılımcıların cinsiyetlerine göre algılamaları arasında farklılık tespit edilmemiştir. Sağlık çalışanlarının kadın veya erkek olması algılarını farklılaştırmamaktadır.
- Katılımcıların cinsiyetlerine göre İş Stresi boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında önemli farklılık belirlenmemiştir. Her iki cinsiyet grubunun da iş stresi algıları aynı düzeydedir.
- Cinsiyete göre Fonksiyonel Kalite boyutlarına verilen yanıtlar arasında önemli farklılık tespit edilmemiştir.
- Katılımcıların cinsiyetlerine göre Teknik Kaliteye verdikleri yanıtlar arasında önemli farklılık tespit edilmemiştir.
- Katılımcıların cinsiyetlerine göre İmaj Kalitesine verdikleri yanıtlar arasında önemli farklılık tespit edilmemiştir.

- Katılımcıların DL boyutların ilişkin bulgular incelendiğinde katılımcıların eğitim düzeylerine göre yalnızca İK Boyutuna verdikleri yanıtlar arasında önemli farklılık tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyi yükseldikçe İK Boyutu ile ilgili algılarının olumsuz yönde ilerlediği belirlenmiştir.
- Katılımcıların eğitim düzeylerine göre İş Stresi boyutları ile ilgili algıları arasında önemli farklılık belirlenmiştir. Bu doğrultuda, lisans ve lisans üstü düzeyde eğitim durumuna sahip olan katılımcıların lise ve altı düzeyde eğitim durumuna sahip olan katılımcılara göre İş Stresi boyutlarına ilişkin algılamaları daha olumsuzdur. Eğitim düzeyi artıkça iş stresi algısının da yükseldiğini söylemek mümkündür.
- Eğitim düzeyine göre katılımcıların Fonksiyonel Kalite boyutlarına ilişkin algılamaları incelendiğinde Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik boyutu için katılımcıların eğitim düzeyine göre verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.
- Teknik Kalite ile ilgili olarak katılımcıların eğitim düzeyine göre verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu kapsamda, lise ve altı eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların verdikleri yanıtlar ile lisans düzeyinde eğitim durumuna sahip olan katılımcıların verdikleri yanıtlar arasında önemli farklılık tespit edilmiştir.
- Eğitim düzeyine göre İmaj Kalitesi ile ilgili katılımcıların algıları arasında önemli farklılık tespit edilmiştir. Lise ve altı ve lisans düzeyinde eğitim durumuna sahip katılımcıların verdikleri yanıtların ortalaması aynı iken lisans üstü eğitim düzeyine sahip katılımcıların İmaj Kalitesi ile ilgili algıları daha olumludur.
- Katılımcıların mesleklerine göre DL boyutlarına ilişkin algılamaları ile ilgili bulgular incelendiğinde Yönetmel boyut dışında tüm boyutlar için önemli farklılık tespit edilmiştir. Genel olarak İK Boyutu ve Destek Boyutu için hekimlerin algılamaları diğer meslek gruplarına göre daha olumsuz yöndedir. Diğer meslek grubuna dahil olan katılımcıların verdikleri yanıtlar olumlu düzeydedir.
- Katılımcıların mesleklerine göre İş Stresi boyutlarına verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Diğer gruplara göre hekimlerin İş

Stresi ile ilgili algılarının daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. Diğer personelin iş İŞ Stresi ile ilgili algılarının daha olumlu olduğu gözlenmektedir.

- Katılımcıların mesleklerine göre Fonksiyonel Kalite boyutlarına verdikleri yanıtlar incelendiğinde Yetkinlik ve Cevap Verebilirlik hariç diğer boyutlarda önemli farklılık tespit edilmiştir. Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler, Altyapı ve İsteklilik boyutları için hemşirelerin verdikleri yanıtların ortalamasının diğer gruplara göre daha düşük olduğunu söylemek mümkündür.
- Katılımcıların mesleklerine göre Teknik Kalite ile ilgili algılamaları arasında farklılık tespit edilmemiştir. Ancak genel olarak değerlendirildiğinde genellikle hekimlerin sunduğu hizmetin değerlendirildiği Teknik Kalite boyutu için hekimlerin verdiği yanıtların ortalaması en yüksek olanıdır.
- İmaj Kalitesi için katılımcıların mesleklerine göre verdikleri yanıtlar arasında önemli farklılık tespit edilmiştir. Hekimler İmaj kalitesi ile ilgili olarak en olumlu görüşe sahip olan meslek grubudur.
- Katılımcıların mesleki deneyimlerine göre DL boyutlarına ilişkin algılamaları değerlendirildiğinde İK Boyutu için önemli farklılık tespi edilmiştir. 21 yıl ve daha uzun süredir mesleki deneyime sahip olan katılımcıların verdikleri yanıtlar diğerlerine göre daha olumsuzdur.
- Mesleki deneyime göre katılımcıların İş Stresi boyutları ile ilgili algılamaları arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir.
- Katılımcıların mesleki deneyime göre Fonksiyonek Kalite boyutları ile ilgili algılamaları arasında Ulaşılabilirlik ve Fiziksel Özellikler ve Altyapı boyutları için önemli bir farklılık tespit edilmiştir. Bu boyutlar için 10 yıl ve daha düşük mesleki deneyime sahip olan katılımcıların verdikleri yanıtların ortalaması daha düşüktür.
- Teknik Kaliteye ilişkin olarak katılımcıların mesleki deneyim sürelerine ilişkin verdikleri yanıtlar arasında önemli farklılık belirlenmemiştir.
- İmaj Kalitesine ilişkin olarak katılımcıların mesleki deneyim sürelerine ilişkin verdikleri yanıtlar arasında önemli farklılık belirlenmemiştir.

Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkinin yönü ve kuvvetini belirleyebilmek amacıyla korelasyon analizi sonucunda elde edilen bulgulara ilişkin sonuçlar aşağıda değerlendirilmektedir.

- DL ve boyutları arasında pozitif yönde çok yüksek düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir. DL ve boyutlarının Hizmet Kalitesi değişkenleri arasında pozitif yönde çok yüksek düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir.
- İş Stresi ve boyutlarının birbirleri arasındaki yüksek ve çok yüksek düzeyde ilişki tespit edilmiştir. Ancak İş Stresi ve boyutları ile diğer değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde çoğunlukla negatif yönde ilişki tespit edilmiştir. Özellikle Zaman Baskısı ve İş Yükü değişkeni için Hizmet Kalitesi, Fonksiyonel Kalite, İmaj Kalitesi, Yönetim Yapısı ve İşbirliği ve Çalışanın Desteklenmesi boyutları arasında önemli bir farklılık tespit edilmemiştir.
- Hizmet Kalitesi boyutları olan Fonksiyonel Kalite ve boyutları, İmaj Kalitesi ve Teknik Kalite arasında pozitif yönde yüksek ve çok yüksek düzeyde ilişki olduğu tespit edilmiştir.

DL'nin iş stresi kapsamında hizmet kalitesine etkisini belirleyebilmek amacıyla Yapısal Eşitlik Modellemesi gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda, öncelikle DL boyutlarının hizmet kalitesi boyutlarına direk etkisi değerlendirilmiş ve daha sonra iş stresi boyutlarının etkisini belirleyebilmek amacıyla iş stresi boyutları moderatör değişken olarak atanmıştır. Bu doğrultuda elde edilen bulgulara ilişkin sonuçlar aşağıda ele alınmıştır.

- Sağlık personelinin DL değişkenlerinden İK boyutu ile ilgili algılarının fonksiyonel kalite üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Bu kapsamda DL'nin İK boyutunun fonksiyonel kalitenin tüm boyutları üzerinde çok yüksek etkisi olduğunu söylemek mümkündür. Liderliğin İK Boyutu genel olarak insan kaynakları fonksiyonlarından oluşan bir boyuttur ve insan kaynakları ile ilişkili olan yetkinlikler ve cevap verebilirlik, ulaşılabilirlik ve fiziksel özellikler, altyapı ve isteklilik boyutları üzerinde yüksek etkisi vardır. İnsan kaynakları fonksiyonlarını doğru bir şekilde uygulayabilen liderlerin olmasının kalite performansını açısından önemi

vurgulanmaktadır (Yatkın, 2007: 145). Bu nedenle çalışanların temel gereksinimlerinin karşılanması fonksiyonel kalite için vazgeçilmez bir unsur olarak görülebilir.

- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yükü” kapsamında “Fonksiyonel Kalite” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. İK boyutu zaman baskısı ve iş yükü boyutunu negatif yönde etkilerken zaman baskısı ve iş yükü boyutu da fonksiyonel kalite boyutlarını negatif yönde etkilemektedir. Bu kapsamda İK boyutu ile ilgili olumlu algıların olması zaman baskısı ve iş yükü boyutu ile ilgili algıların da iyileşmesine neden olabilir. Bununla birlikte zaman baskısı ve iş yükü ile ilgili bireylerin algılarının azalmasına fonksiyonel kalite ilgili algılarının yetkinlikler ve cevap verebilirlik dışında yükselmesine neden olabilir. İş ortamı ile ilgili stres İK boyutlarından yüksek düzeyde etkilenirken Fonksiyonel Kalitenin tüm boyutlarında yüksek düzeyde ve negatif yönde etki etmektedir. Zaman baskısı ve iş yükü ile ilgili stres değil ancak çalışma ortamı ile ilgili stresin fonksiyonel kalite üzerinde etkisi vardır.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “Fonksiyonel Kalite” üzerinde etkisi üzerindeki yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. İK boyutu iş ortamı boyutunu negatif yönde etkilerken iş ortamı boyutu da fonksiyonel kalite boyutlarını negatif yönde etkilemektedir. Bu kapsamda İK boyutu ile ilgili olumlu algıların olması iş ortamı stresi boyutu ile ilgili algıların da iyileşmesine neden olabilir. Bununla birlikte iş ortamı stresi ile ilgili bireylerin algıları düşünce fonksiyonel kalite ilgili algıları daha olumlu olabilir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetmel Boyut”un algılarının “Fonksiyonel Kalite” üzerinde etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. DL boyutlarından yönetmel boyutun fonksiyonel kalite boyutlarına doğrudan etkisi çok yüksek düzeydedir. Yönetmel boyut ile ilgili ifadelerin planlama, yöneltme, organizasyon gibi yönetim fonksiyonları ile ilişkili olması fonksiyonel hizmet kalitesi

boyutlarının da yönetsel özelliklere atıfta bulunan ifadelerin yer alması bu etkinin kaynağı olabilir. Çalışanların motivasyonu, ekip çalışması, çalışanlar arasındaki iletişim emek yoğun olan sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesi ile ilişkilidir (Yatkın, 2007: 144). Gerçekleştirilen çalışmada da yönetsel boyutun fonksiyonel kalite üzerindeki etkisi diğer DL boyutlarına göre çok daha fazladır.

- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetsel Boyut”un İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yükü” kapsamında “Fonksiyonel Kalite” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Yönetsel boyutun zaman baskısı ve iş yükünü önemsiz düzeyde etkilediği, bunun yanında zaman baskısı ve iş yükünün yetkinlik ve cevap verebilirlik boyutu dışında negatif yönde düşük düzeyde etkilediği belirlenmiştir. Yönetsel boyutun zaman baskısı ve iş yükü üzerinde etkisi olabileceği düşünülmüş ancak bu etkinin önemsiz olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında, fonksiyonel hizmet kalitesine zaman baskısı ve iş yükünün çok düşük düzeyde etkilediği sonucu, çalışanların üzerlerinde ne kadar zaman baskısı ve iş yükü hissederse hissetsinler fonksiyonel hizmet kalitesinin bundan çok az etkileneceği şeklinde ifade edilebilir. Bunun nedeni her ne koşulda olursa olsun sağlık hizmetinin bireyin yararı doğrultusunda gerçekleşeceği olabilir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetsel Boyut”un İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “Fonksiyonel Kalite” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Yönetsel boyutun iş ortamı stresi üzerindeki etkisi oldukça yüksektir. Yönetsel boyutta özellikle motivasyon ve ilişkilere vurgu yapılmaktadır, bunun yanında iş ortamı stresinde de işyerindeki ilişkiler önplandadır. Bu nedenle yönetsel boyutun iş ortamı üzerindeki etkisi yüksek olabilir. Aynı zamanda iş ortamının fonksiyonel kalite üzerinde de negatif etkisi çok yüksektir. Yönetsel boyut üzerinde gerçekleştirilecek ilerleme, iş ortamı stresini azaltabilir bu da fonksiyonel kalitenin yükselmesine neden olabilir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun algılarının “Fonksiyonel Kalite” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik

modellemesi ile değerlendirilmiştir. Destek boyutu çalışanların meslekleri konusunda her türlü desteğin sağlandığı eğitim ve kariyer geliştirme olanaklarının değerlendirildiği bir boyuttur ve fonksiyonel kalite boyutlarını yüksek düzeyde etkilemektedir.

- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yükü” kapsamında “Fonksiyonel Kalite” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Destek boyutu zaman baskısı ve iş yükünü negatif yönde ve düşük düzeyde etkilerken zaman baskısı ve iş yükü fonksiyonel kalite boyutlarını düşük düzeyde ve negatif yönde etkilemektedir. Çalışanların desteklenmesi ile ilgili boyutun iyileştirilmesi, zaman baskısı ve iş yükünün azalmasına ve zaman baskısı ve iş yükünün azalması da fonksiyonel kalite boyutlarının yetkinlikler ve cevap verebilirlik dışında az oranda iyileşmesine neden olabilir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “Fonksiyonel Kalite” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Destek boyutunda gerçekleştirilecek iyileştirme iş ortamı ile ilgili stresin yüksek düzeyde azalmasına ve iş ortamındaki stresin yüksek düzeyde azalması da fonksiyonel kalite boyutlarında yüksek düzeyde iyileşmenin sağlanmasına neden olabilir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun algılarının “Teknik Kalite” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Modele göre teknik kalite üzerinde dağıtılmış liderliğin İK Boyutunun yüksek düzeyde etkisi olduğu belirlenmiştir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yükü” kapsamında “Teknik Kalite” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. İK boyutunda gerçekleştirilecek bir iyileştirme zaman baskısı ve iş yükü ile ilgili stresi düşük düzeyde etkilerken teknik kalite ile ilgili algısı iyileşebilir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “Teknik Kalite” üzerindeki

etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Model incelendiğinde İK boyutundaki iyileşme iş ortamı ile ilgili stresi düşük düzeyde azaltırken iş ortamındaki stresin azalmasının teknik kalite üzerindeki etkisi önemsizdir.

- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetsel Boyut”un algılarının “Teknik Kalite” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Yönetsel boyutun teknik kalite üzerindeki doğrudan etkisi değerlendirildiğinde yüksek düzeyde bir etkinin olduğunu söylemek mümkündür.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetsel Boyut”un İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yükü” kapsamında “Teknik Kalite” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Yönetsel boyutun zaman baskısı ve iş yükü üzerindeki etkisi önemsiz bulunduğundan hipotez desteklenmemiştir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetsel Boyut”un İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “Teknik Kalite” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Yönetsel boyutun iş ortamı stresi üzerindeki etkisi negatif düzeyde düşük düzeydeyken iş stresinin teknik kalite üzerindeki etkisi önemsizdir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun algılarının “Teknik Kalite” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Destek boyutunun teknik kalite üzerindeki etkisi yüksek düzeydedir. Destek boyutunda gerçekleştirilecek iyileşme teknik kalitenin de iyileşmesine neden olabilir. Destek boyutu kapsamında eğitim olanaklarının sağlanması, bilgi ve deneyimin paylaşılması, kariyer gelişimi ve personel güçlendirme sağlık personelinin teknik bilgisini yükseltici bir unsur olabilir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yükü” kapsamında “Teknik Kalite” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Destek boyutunun zaman baskısı ve iş ortamı ile ilgili

stres üzerinde etkisi önemsizken zaman baskısı ve iş yükünün teknik kalite üzerindeki etkisi pozitif yöndedir.

- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “Teknik Kalite” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Destek boyutunun iş ortamı ile ilgili stres üzerinde düşük düzeyde negatif etkisi varken iş ortamı ile ilgili stresin teknik kalite üzerindeki etkisi önemsiz düzeydedir. İş ortamı ile ilgili sağlık personelinin yaşadığı stres ne olursa olsun olması gereken kalitede hizmet sunumu gerçekleştirdiklerinden dolayı bu sonuca ulaşılabilir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu” algılarının “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. İK boyutu ile ilgili algıda olacak bir iyileşme katılımcıların imaj kalitesi ile ilgili algılarının pozitif yönde yükselmesine neden olabilir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yüğü” kapsamında “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. İK boyutunun zaman baskısı ve iş yükü üzerindeki etkisi düşük düzeyde negatif iken zaman ve iş yükünü imaj kalitesi üzerindeki etkisi önemsizdir. Katılımcılar zaman ve iş yükü ile ilgili stresin imaj kalitesi üzerinde etkisinin önemsiz olduğunu düşünmüş olabilirler. Diğer bir ifade ile sağlık personelinin iş yükünün olması veya zaman ile yarışıyor olaması imajı ile ilgili olarak kişilerin düşüncelerinde herhangi bir değişiklik yaratmayabilir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “İK Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. İK boyutunun iş ortamı ile ilgili stres üzerinde düşük düzeyde negatif etkisi varken iş ortamı ile ilgili stresin imaj kalitesi üzerinde düşük düzeyde negatif etkisi vardır. İK boyutunda gerçekleştirilecek bir iyileştirme iş ortamı ile ilgili stresin düşük düzeyde azalmasına, iş ortamı ile ilgili stresin azalması imaj kalitesi ile ilgili algının yükselmesine neden olabilir. İş ortamı ile ilgili stres genel anlamda iş

ilişkileri ile ilgili stresi değerlendirdiğinden imaj üzerinde de etkisi olduğu düşünülebilir.

- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetmel Boyut”un algılarının “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Yönetmel boyutta gerçekleştirilecek bir iyileştirme imaj kalitesinin de iyileşmesine neden olabilecektir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetmel Boyut”un İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yüğü” kapsamında “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Yönetmel bouyutun zaman baskısı ve iş yüğü üzerindeki etkisi ve zaman baskısı ve iş yükünün imaj kalitesi üzerindeki etkisi önemsiz düzeydedir. Hipotez desteklenmemiştir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Yönetmel Boyut”un İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Yönetmel boyut iş ortamı ile ilgili stresi düşük düzeyde negatif yönde etkilerken iş ortamı ile ilgili stres de imaj kalitesini düşük düzeyde negatif yönde etkilemektedir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun algılarının “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Destek boyutunda gerçekleştirilecek iyileştirme imaj kalitesinin de yüksek düzeyde iyileşmesine neden olabilir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “Zaman Baskısı ve İş Yüğü” kapsamında “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Destek boyutunun zaman baskısı ve iş yüğü ile ilgili stresin aracılığıyla imaj kalitesine yönelik gerçekleştirilen modelde etkilerin önemli düzeyde olmadığı belirlenmiştir.
- Sağlık personelinin Dağıtılmış Liderlik değişkenlerinden “Destek Boyutu”nun İş Stresi değişkenlerinden “İş Ortamı” kapsamında “İmaj Kalitesi” üzerindeki etkisi yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir. Destek boyutunda gerçekleştirilecek bir iyileşme iş ortamı ile ilgili stresi

düşürebilir ve aynı zamanda iş ortamı ile ilgili stresin düşmesi imaj kalitesini yükseltebilir.

Genel olarak, dağıtılmış liderlik boyutlarının (İK Boyutu, Yönetsel Boyut ve Destek Boyutu) hizmet kalitesinin (Fonksiyonel Kalite, Teknik Kalite ve İmaj Kalitesi) boyutları üzerindeki etkisi yüksek düzeyde önemli ve pozitif yönlü olarak belirlenmiştir. Stres düzeyi ve liderlik tarzları ile ilgili gerçekleştirilen çalışmalar bu iki kavram arasında ilişki olduğunu ve liderlik tarzlarına göre stres düzeyinin düşebildiğini ortaya koymuştur. Hizmet sektöründe liderlik faktörünün ön planda olduğu (De Nobile ve McCormick, 2010: 32) ve çalışanların stres düzeyi üzerinde etkili (Hui ve Cheng, 2006) olduğu düşünülmektedir. Ancak stres faktörünün devreye girmesi ile genel anlamda liderlik boyutlarının iş stresi boyutları (Zaman Baskısı ve İş yükü ve İş Ortamı) üzerindeki etkisinin negatif yönlü olduğu belirlenmiştir. Başka bir ifade ile liderlik boyutlarında gerçekleştirilecek iyileşme düşük düzeyde de olsa iş stresi üzerinde etkilidir.

Genel olarak iş stresi çalışanların performansları üzerinde büyük önem oynamaktadır (Netemeyer ve diğerleri, 2005: 130). Ancak iş stresi boyutlarından zaman baskısı ve iş yükünün hizmet kalitesi boyutlarına olan etkisi genelde önemsiz veya çok düşük düzeydedir. Bu bulgulardan elde edilebilecek sonuç, liderlik ile ilgili atılacak adımlar iş stresi üzerinde etkili olabilir, ancak iş stresi ile ilgili olarak zaman baskısı ve iş yükü ile ilgili stres ne düzeyde olursa olsun hizmet kalitesi üzerinde yüksek düzeyde önemli etkisi yoktur. Bunun nedeni sağlık hizmetlerinin kendisine has özelliklerinden kaynaklanabilir. Sağlık hizmetleri acil ve ertelenemezdir, belirsizdir ve hata kabul etmemektedir (Kiremitçi, 2009: 11-12). Aynı şekilde hekimlerin çok hastaya bakma zorunluluklarından doğan iş yükü nedeniyle sundukları hizmet kalitesinde bir değişiklik olmayabilir. Bunun yanında sağlık personelinin sürekli bir şeyleri yetiştirme çabası veya hastaya zamanında ve doğru hizmeti sunma zorunluluğu nedeniyle hissedilen zaman baskısı hekim, hemşire veya diğer sağlık personelinin sunduğu hizmet kalitesinde etkili olmayabilir.

Bunun yanında, iş stresi boyutlarından iş ortamı ile ilişkili olduğu düşünülen, insan ilişkileri, iş ile ilgili olumsuzlukların özel yaşama yansıtıkları, iş ile ilgili olarak endişeli olmak, iş ortamına yönelik şikayetlerin olması gibi faktörlerin bireyi

psikolojik yönden daha fazla olumsuz yönde etkileyebileceği ve bunun da özellikle fonksiyonel kalite üzerinde daha çok etkili olabileceği sonucuna varılmıştır. Bu doğrultuda, sağlık hizmeti sunumu zaman baskısı ve iş yükü yerine daha çok iletişim temeline dayanan iş ortamı ile ilgili streslerden etkilenmektedir.



KAYNAKÇA

Adıgüzelli, Y. (2016). Examining the relationship between distributed leadership and organizational trust according to opinions of teachers. *Education and Science*, 41(185), 269-280.

Antonakis, J., Bastardo, N., Jacquart, P., & Shamir B. (2016). Charisma: An Ill-Defined and Ill-Measured Gift. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 3, 293–319, doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-041015-062305>

Antonova, E. (2016). *Occupational stress, job satisfaction, and employee loyalty in hospitality industry: a comparative case study of two hotels in Russia* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Modul Vienna University, Viyana.

Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Eber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual Review of Psychology* 60, 421-449. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163621

Bacak, B., & Yiğit, Y. (2010). İşe devamsızlığın nedenleri, ekonomik sonuçları ve azaltılması için alınması gereken önlemler. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 5(1), 29–44.

Bakker, A. B., Demerouti, E., & Verbeke W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43(1), 83-104.

Balcı, A. (2000a). *Öğretim elemanının iş stresi: Kuram ve uygulama*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım

- Balcı, A. (2000b). *Örgütsel gelişme: Kuram ve uygulama*. Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Barling, J., & Rosenbaum, A. (1986). Work stressors and wife abuse. *Journal of Applied Psychology*, 71(2), 346-348.
- Bartone, P. (1999). Hardiness protects against war-related stress in army reserve forces. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 51, 72-82.
- Barutçugil, İ. (2006). *Stratejik insan kaynakları yönetimi*. İstanbul: .Kariyer Yayınları.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York: Free Press.
- Bateson, J. E. G., & Hoffman, K. D. (2011). *Services Marketing*. Ohio: South-Western Cengage Learning.
- Bayram, L., (2004). Yönetimde yeni bir paradigma: Örgütsel bağlılık. *Sayıstay Dergisi*, 59, 125-139.
- Beehr, T. (1998). An organizational psychology meta model of occupational stress. C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stres* (6-27). New York: Oxford University Pres.
- Beehr, T. A., & Newman, J. E. (1998). The most frequently cited article of the 1970s job stress, employee health, and organizational effectiveness: A facet analysis, model, and literature review. *Personnel Psychology*, 51, 835-844.
- Bolden, R. (2011). Distributed leadership in organizations: A review of theory and research. *International Journal of Management Reviews*, 13(3), 251–269.

- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., & Zeithaml, V. A. (1993). A dynamic process model of service quality: From expectations to behavioral intentions. *JMR, Journal of Marketing Research*, 30(1), 7-27.
- Britt, T. W., Adler, A. B., & Bartone, P. T. (2001). Deriving benefits from stressful events: The role of engagement in meaningful work and hardiness. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6, 53-63.
- Burns, J. M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row
- Cansoy, R., & Parlar, H. (2018). Dağıtılmış liderlik, yöneticiye güven ve okul akademik iyimserliği arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 24(1), 1-44.
- Caponetti, A. R. (2012). The correlates of work role stress with employee burnout, engagement. (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi). University of Tennessee, Knoxville.
- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1), 33-35.
- Carr, C. C. (2007). The FAIRSERV Model: Consumer reactions to services based on a multidimensional evaluation of service fairness. *Decision Sciences*, 38 (1), 107-130.
- Chandola, T., Brunner, E., & Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: Prospective study. *British Medical Journal*, 332, 521-525. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38693.435301.80>
- Chemers, M. (1997). *An integrative theory of leadership*. New York: Imprint Psychology Press.

- Cooper, C.L., Sloan, S.J. & Williams, S. (1988). *Occupational Stress Indicator Management Guide*. Windsor: NFER-NELSON.
- Cotton, D. H. G. (1990). *Stress management: integrated approach to therapy*. New York: brunner/Mazel, Inc.
- Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (2000). *Research on work related stress*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Cronin, Jr. J. & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56, 55-68.
- Currie, G., & Lockett, A. (2011). Distributing leadership in health and social care: concertive, conjoint or collective?: DL in health and social care. *International Journal of Management Reviews*, 13(3), 286–300.
- Currie, G., Grubnic, S., & Hodges, R. (2011). Leadership in public services networks: Antecedents, process and outcome. *Public Administration*, 89(2), 242–264.
- Dabholkar, P.A., Shepherd, C.D., & Thorpe, D.I. (2000). A comprehensive framework for service quality: An investigation of critical conceptual and measurement issues through a longitudinal study. *Journal of Retailing*, 76(2), 139–173.
- Dagger, T.S., Sweeney, J.C. & Johnson, L.W. (2007). A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of an integrated model. *Journal of Service Research*, 10(2), 123-142.
- De Nobile, J. J. & McCormick, J. (2007). Job satisfaction and occupational stress in Catholic primary schools: Implications for school leadership. *Leading & Managing*, 13(1), 31-48.

De Rijk, A. E., LeBlanc, P. M., Schaufeli, W. B., & De Jonge, J. (1998). Active coping and need for control as moderators of the job demand–control model: Effects on burnout. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71(1), 1-18.

Dimmock, C. (2012). *Leadership, Capacity Building and School Improvement: Concepts, Themes and Impact*. Series: Leadership for learning series. Routledge: London.

Eren, E. (2006). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*. İstanbul:Beta Yayın.

Ereş F., & Akyürek, M. İ. (2016). İlkokul müdürlerinin dağıtılmış liderlik davranışları ile öğretmenlerin iş doyum algıları arasındaki ilişki düzeyleri. *GEFAD / GÜJGEF*, 36(3), 427-449 .

ESHA. (2013). *Distributed leadership in practice*. http://josephkessels.com/sites/default/files/duijf_e.a.2013_distributed_leadership_in_practice_esha-etuice_0.pdf. (16.02.2017)

Fiala, T. G. (2012). What do patients want? Technical quality versus functional quality: A literature review for plastic surgeons. *Aesthetic Surgery Journal*, 32(6), 751–759.

Filley, A. C., & House R. J. (1969). *Managerial Process and Organizational Behavior*. Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Company.

Firth, H. & Britton, P. (1989). 'Burnout', absence and turnover amongst British nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 55-59.

- Fitzsimons, D., James, K. T., & Denyer, D. (2011). Alternative approaches for studying shared and distributed leadership. *International Journal of Management Reviews*, 13(3), 313–328.
- Fletcher, J. K. (2004). The paradox of post-heroic leadership: An essay on gender, power, and transformational change. *The Leadership Quarterly*, 15(5), 647-61.
- French, J. R. P., Jr., & Caplan, R. D. (1973). Organizational stress & individual strain. A. J. Marrow (Ed.), *The failure of success* (30-66). New York, NY: AMACOM.
- Frese, M. (1985). Stress at work and psychosomatic complaints: A causal interpretation. *Journal of Applied Psychology*, 70(2), 314-328.
- George, B. (2003). *Authentic leadership: Rediscovering the secrets to creating lasting value*. San Francisco: Jossey-Bass
- George, W. R., & Gibson, B. E. (1991). *Service Quality – Multidisciplinary and Multinational Perspective* Lexington, MA: Lexington Books.
- Gerzina, H. A. (2014). *An analysis of the relationship between job stress and resilience among US members of the association of standardized patient educators* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Kent State University College of Education, Ohio.
- Ghobadian, A., Speller, S., Jones, M. (1993). Service quality: concepts and models. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 11(9), 43-66.
- Goetzl, R. Z., Anderson, D. R., Whitmer, R. W., Ozminkowski, R. J., Dunn, R. L., Wasserman, J., & Health Enhancement Research Organization (HERO) Research Committee. (1998). The relationship between modifiable health risks and health care expenditures: An analysis of the multi-employer HERO health

risk and cost database. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40, 10, 843-54.

Gronn, P. (2000). Distributed properties a new architecture for leadership. *Educational Management Administration & Leadership*, 28(3), 317–338.

Gronn, P. (2002). Distributed leadership. K. Leithwood, P. Hallinger (Ed.), *International handbook of educational leadership and administration*. Springer Netherlands.

Gronroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18 (4), 36-44.

Gronroos, C. (1988). Service quality: The six criteria of good perceived service quality. *Review of Business*, 9, 10-13.

Güney, S. (2000). *Yönetim ve organizasyon el kitabı*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım

Günzel-Jensen, F., Jain, A. K., & Kjeldsen, A. M. (2016). Distributed leadership in health care: The role of formal leadership styles and organizational efficacy. *Leadership*, 0(0) 1–24. doi: 10.1177/1742715016646441

Hammer, L. B., & Sauter, S. (2013). Total worker health and work-life stress. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 55, 25-29.

Harms, P. D., & Crede, M. (2010). Emotional intelligence and transformational and transactional leadership: a meta-analysis. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 17(1), 5-17.

- Harris, A. (2004). Distributed leadership and school improvement leading or misleading? *Educational Management Administration & Leadership*, 32(1), 11–24.
- Harris, A. (2009). *Distributed leadership: What we know*. A. Harris (Ed.), Distributed leadership: Different perspectives. Dordrecht: Springer.
- Harris, A. (2013). Distributed leadership: Friend or foe. *Educational Management Administration Leadership*, 41(5), 545-554
- Heck, R., & Hallinger, P. (2010). Testing a longitudinal model of distributed leadership effects on school improvement. *Leadership Quarterly*, 21, 867–885.
- Holahan, C. J., & Moos, R. S. (1994). *Life stressors and mental health: Advances in conceptualizing stress resistance*. W.R. Avison & I. H. Gotlib (Ed.), Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future. New York, NY: Plenum.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- House, J.S., Strecher, V., Metzner, H.L. & Robbins, C.A. (1986). Occupational stress and health among men and women in the Tecumseh Community Health Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 62-77.
- Hui, S. K., & Cheung, H. Y. (2006). A Re-examination of leadership style for Hong Kong school based management (SBM) schools. *Asia Pacific Journal of Education*, 26, 173-187.
- Jain, S. K. & Gupta, G. (2004). Measuring service quality: SERVQUAL vs. SERVPERF Scales. *VIKALPA*, 29(2), 25-37.

- Jansen, J. J. P., Vera, D., Crossan, M. (2009). Strategic leadership for exploration and exploitation: the moderating role of environmental dynamism. *The Leadership Quarterly*, 20(1), 5-18.
- Johnson, J. V. (1989). *Control, collectivity, and the psychosocial environment*. S. L. Sauter, J. J. Hurrell, & S. D. Cooper (Ed.), Job control & worker health. Chichester: Wiley.
- Kang G., Jame, J., & Alexandris, K. (2002). Measurement of internal service quality: application of the SERVQUAL battery to internal service quality. *Managing Service Quality: An International Journal*, 12(5), 278-291, <https://doi.org/10.1108/09604520210442065>
- Kang, G., & James, J. (2004). Service quality dimensions: an examination of Grönroos's service quality model. *Managing Service Quality: An International Journal*, 14(4), 266-277. <https://doi.org/10.1108/09604520410546806>
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: The implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. A., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, 71, 694-705.
- Karen, K., Voon, B, H. (2007). Culture and service quality expectations: Evidence from Generation Y consumers in Malaysia. *Managing Service Quality: An International Journal*, 17(6), 656-680, <https://doi.org/10.1108/09604520710834993>
- Kasper, H., van Helsdingen, P., Gabbott, M. (2006). *Service marketing management, a strategic perspective*. West Sussex: John Wiley & Sons.

Kendall, R.M. (1987). Stress linked to physical and psychological ills. *Occupational Hazards*, 49, 75-79.

Kiremitçi, İ. (2009). İzmir ilinde bulunan II. basamak devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin özdeğerlendirme modelini algılama düzeyleri. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Kirkcaldy, B.D., Trimpop, R. & Cooper, C.L. (1997). Working hours, job stress, work satisfaction, and accident rates among medical practitioners and allied personnel. *Int J Stress Manage* 4, 79-87. <https://doi.org/10.1007/BF02765302>

Kjeldsen, A. M., Jonasson, C., & Ovesen, M. S. (2015). *Distributed leadership in organizational change processes: a qualitative study in public hospital units*. 2015 IRSPM Conference Panel B102: Contemporary Leadership Issues.

Lehtinen, U. & Lehtinen, J.R. (1982). A study of quality dimensions. *Service Management Institute*, 5, 25-32.

Leithwood, K., Day, C., Sammons, P., Harris, A., & Hopkins, D. (2006). *Successful School Leadership: what it is and how much it influences pupil learning*. Nottingham:DfES Publications

Leithwood, K., Jantzi, D. (2000). The effects of transformational leadership on organizational conditions and student engagement with school. *Journal of Educational Administration*, 38(2), 112-129, <https://doi.org/10.1108/09578230010320064>

Leithwood, K., Mascali, B., Strauss, T., Sacks, R., Memon, N., & Yashkina, A. (2007). Distributing leadership to make schools smarter: taking the ego out of the system. *Leadership and Policy in Schools*, 6(1), 37-67.

- Leithwood, K., Mascall, B., Strauss, T., Sacks, R, Memon, N., & Yshkina, A. (2008). Distributing Leadership to make school smarter: Taking the ego out of the system. K. Leithwood, B. Mascall, T. Strauss (Ed.), *Distributed Leadership According to the Evidence* (1. Baskı). New York and Loondon: Routledge.
- Luthans, F., Avolio, B.J. (2003). Authentic leadership: A positive developmental approach. Cameron, K.S., Dutton, J.E., Quinn, R.E (Ed.), *Positive organizational scholarship*. San Francisco: Barrett-Koehler, 241 – 261.
- Manning, M.R., Osland, J.S., & Osland. A. (1989). Work-related consequences of smoking cessation. *Academy of Management Journal*, 32, 3, 606-621.
- Margolis, B. L., Kroes, W. H., & Quinn, R. P. (1974). Job stress: An unlisted occupational hazard. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 16, 654-661.
- Mark, G., & Smith, A. P. (2008). Effects of occupational stress, job characteristics, coping, & attributional style on mental health and job satisfaction of university employees. *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal*, 25, 63-78.
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Ed.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Michael, K. B., J. Joseph C. J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach. *Journal of Marketing*, 65(3), 34-49. <https://doi.org/10.1509/jmkg.65.3.34.18334>
- Northouse, P. G. (2013). *Leadership: theory and practice* (6. Baskı.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.

- Oliver, R. L. (1981). Measurement and Evaluation of Satisfaction Process in Retail Settings. *Journal of Retailing*, 57 (3), 25-48.
- Özmutaf, M. N. (2010). *Sivil toplum kuruluşlarının stres ve gönüllülük*. İzmir: Birleşik Matbaacılık.
- Palmer, S., Cooper, C. and Thomas, K. (2004). A model of work stress to underpin the Health & Safety Executive advice for tackling work-related stress and stress risk assessments. *Counselling at Work*, 2-5.
- Palmer, S., Cooper, C., & Thomas, K. (2003). *Creating abalance: managing stress*. London;British Library.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., Berry, L. L. (1986). *SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality*. Report No. 86-108, Marketing Science Institute, Cambridge, MA.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., Berry, L. L. (1994). *Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for future research*. *Journal of Marketing*, Vol. 58, January, pp. 111-124.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1988), SERVQUAL—A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64 (1), 12–40.
- Parker, D. F., & DeCotiis, T. A. (1983). Organizational Determinants of Job Stress. *Organizational Behavior and Human Performance* 32, 160-177.

- Parkes, K. R., Mendham, C. A., & von Rabenau, C. (1994). Social support and the demand-discretion model of job stress: Tests of additive and interactive effects in two samples. *Journal of Vocational Behavior, 44*, 91-113.
- Paunonen, S. V., & Ashton, M. C. (2001). Big five factors and facets and the prediction of behavior. *Journal of Personality & Social Psychology, 81*, 524-539.
- Pelletier, K. R. (1984). *Healthy People in Unhealthy Places*. New York: Delacorte Press/Seymour Lawrence.
- Philip, G. & Hazlett, S. A. (1997). The measurement of service quality: a new PCP attributes model. *International Journal of Quality & Reliability Management, 14* (3), 260-286.
- Rust, R. T., & Oliver, R. L. (1994). Service quality: insights and managerial implications from the frontier. R. T. Rust & R. L. Oliver (Ed.) *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*. California: Sage.
- Saat, M. (1999). Kavramsal Hizmet Modeli ve Hizmet Kalitesini Ölçme Aracı Olarak SERVQUAL Analizi. *Gazi Üniversitesi, İİBF Dergisi, 1* (3), 107-118.
- Sasser W. E., Olsen R. P., & Wyckoff D. D. (1978). *Management of service operations*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Sauter, S., Murphy, L., & Hurrell, J. (1990). Prevention of work-related psychological disorders. *American Psychologist, 45*, 1146-1158.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Seth, N., Deshmukh, S., & Vrat, P. (2005). Service quality models: a review. *International Journal of Quality & Reliability Management, 22*(9), 913-949.

- Shamir, B., House, R. J., & Arthur, M. B. (1993). The motivational effects of charismatic leadership: A self-concept based theory. *Organization Science*, 4, 577-594.
- Shaw, J. B., Fields, M. W., Thacker, J. W., & Fisher, C. D. (1993). *The availability of personal and external coping resources: Their impact on job stress and employee attitudes during organizational restructuring*. [2. Baskı] School of Business Discussion Papers. Paper 25.
- Sherbourne, C. D. (1988). The role of social support and life stress events in use of mental health services. *Social Science and Medicine*. 27(12), 1393-1400.
- Sığrı, Ü. (2007). Geçici ve daimi personelin stres faktörlerinin, belirtilerinin, yatkinlıklarının ve stresle baş etme tarzlarının mukayeseli analizi. *Marmara Üniversitesi Dergisi*, 7(28): 177-188.
- Spillane, J. (2006). *Distributed leadership*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Spillane, J., Halverson, R., & Diamond, J.B. (2001). Investigating School Leadership Practice: A Distributed Perspective. *Educational Researcher*, 30(3), 23-28.
- Spillane, J., Healey, K., Parise, L.M., & Kenney, A. (2011) A Distributed Perspective on Leadership Learning. Robertson, J., Timperley, H. (Ed.), *Leadership and Learning*. London: Sage.
- Sutherland, V., J., & Cooper, C., L. (1990). *Psychology and health series, Vol. 5. Understanding stress: A psychological perspective for health professionals*. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC.
- Şimşek, Ş., Çelik, A., Akgemci, T. (2014). *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış*. Konya: Eğitim Yayınevi.

- Teas, K. R. (1993). Expectations, Performance Evaluation, and Consumer's Perceptions of Quality. *Journal of Marketing*, 57(October), 18-34.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Thorpe, R., Gold, J., & Lawler, J. (2011). Locating distributed leadership. *International Journal of Management Research*, 13(3), 239-250.
- Tsutsumi N & Kawakami, N. (2004). A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Soc Sci Med. Dec*, 59(11), 2335-59. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.030>
- Tütüncü, Ö. & D. Küçükusta (2007). The Role Of Supply Chain Management Integration In Quality Management. *International Journal of Management Perspectives*, 1, (1), 31-39.
- Tütüncü, Ö., & Demir, M. (2003). Konaklama İşletmelerinde İnsan Kaynakları Kapsamında İşgücü Devir Hızının Analizi ve Muğla Bölgesi Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 146-169.
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health. (2002). The changing organization of work and the safety and health of working people: Knowledge, gaps, and research directions (DHHS [NIOSH] Publication No. 2002-116). <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-116/pdfs/2002-116.pdf>
- Uyguç N. (1998). *Hizmet Sektöründe Kalite Yönetimi*. İzmir: Dokuz Eylül Yayıncılık.

- Van der Doef, M., & Maes, S. (1998). The Job-Demand-Control (-Support) Model and physical health outcomes: A review of the strain and buffer hypotheses. *Psychology and Health, 13*, 909–936.
- Verhoef, P. C. (2003). Understanding the Effect of Customer Relationship Management Efforts on Customer Retention and Customer Share Development. *Journal of Marketing, 67*,(October), 30–45.
- Wilson A., Zeithaml V.A., Bitner M.J., & Gremler D.D. (2008). *Services Marketing*. McGraw-Hill Education
- Wu, J.B., Tsui, A.S., & Kinicki, A.J. (2010). Consequences of Differentiated Leadership in Groups. *Academy of Management Journal, 53*(1), 90-106.
- Yatkın, A. (2007). Toplam kalite yönetiminde liderlik: Liderlikte kalite. “İş,Güç” *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 9*(1), 126-147.
- Yılmaz, D., & Turan, S. (2015). Dağıtılmış liderliğin okullardaki görünümü: Bir yapısal eşitlik modelleme çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 21*(1), 93-136.
- Pai, Y. P. & Chary, S. T. (2016). Measuring patient-perceived hospital service quality: a conceptual framework. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 29*(3), 300-323, <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2015-0069>
- Yoo, D. K., & J. A. Park. (2007). Perceived service quality: Analyzing relationships among employees, customers and financial performance. *International Journal of Quality & Reliability Management 21* (9), 908–926.

Zargosek, H., Dimovski, V., & Skerlavaj, M. (2009). Transactional and transformational leadership impacts on organizational learning, *Journal for East European Management Studies*, 14, (2), 144-165

Zeithaml, V. and Bitner, M. (2003) *Service Marketing: Integrating Customer Focus across the Firm*, New York: McGraw-Hill





EKLER

Ek 1. Araştırma Anketi

Sayın Katılımcı,

Bu anket Kâtip Çelebi Üniversitesi tarafından sizin liderlik, stres ve hizmet kalitesi ile ilgili düşüncelerinizi değerlendirebilmek amacıyla gerçekleştirilmektedir. Elde edilen veriler gizli tutulacaktır ve araştırma amacıyla kullanılacaktır. Katılımınız için çok teşekkür ederiz.

DEMOGRAFİK SORULAR

1. Yaş : 2. Cinsiyet: Kadın Erkek
3. Eğitim Düzeyi: Ortaokul Lise Lisans Lisansüstü
4. Meslek : Hekim Hemşire İdari Teknik Diğer
5. İdari Görev : Var Yok 6. Meslekteki Deneyim Süresi:.....
7. Kişilik Yapınız: Endişeli (Aceleci) Rahat (Sakin) Karma
8. Mesleki Stres Düzeyi: Yüksek Orta Düşük
9. İş tatmin Düzeyi: Yüksek Orta Düşük
10. Kurumsallaşma Düzeyi: Yüksek Orta Düşük

HİZMET KALİTESİ	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Fonksiyonel Kalite					
Hastanemizde gelişmiş teknolojiye sahip araç ve ekipmanlar kullanılmaktadır.	⑤	④	③	②	①
Hastaneye ulaşım olanakları yeterlidir.	⑤	④	③	②	①
Aydınlatma ve ısı olanakları yeterlidir.	⑤	④	③	②	①
Hastane içi ulaşım olanakları yeterlidir.	⑤	④	③	②	①
Otopark hizmetleri yeterlidir	⑤	④	③	②	①
Güvenlik hizmetleri yeterlidir.	⑤	④	③	②	①
Atık hizmetleri yeterlidir.	⑤	④	③	②	①
Tesis yerleşim tasarımı idealdir.	⑤	④	③	②	①
İletişim altyapısı yeterlidir.	⑤	④	③	②	①
Tesis hijyenik koşullara uygundur.	⑤	④	③	②	①
Hastane Yönetim Bilgi Sistemleri yeterli düzeydedir.	⑤	④	③	②	①
Tıbbi sarf malzeme olanakları yeterlidir.	⑤	④	③	②	①
Hekimler mesleki yetkinliğe sahiptir.	⑤	④	③	②	①
Hemşireler mesleki yetkinliğe sahiptir.	⑤	④	③	②	①
Destek hizmetleri yeterlidir.	⑤	④	③	②	①
Hasta haklarına özen gösterilmektedir.	⑤	④	③	②	①
Hasta ve yakınlarına yeterli bilgilendirme yapılmalıdır.	⑤	④	③	②	①
Hasta ve yakınlarına nezaket kuralları çerçevesinde davranılmaktadır.	⑤	④	③	②	①
Randevu hizmetleri yeterli düzeydedir.	⑤	④	③	②	①

Bekleme süreleri ideal düzeydedir.	5	4	3	2	1
Kayıt sistemi ideal düzeydedir.	5	4	3	2	1
Test ve tedavi süreçleri ideal düzeydedir.	5	4	3	2	1
Departmanlar arası koordinasyon ideal düzeydedir.	5	4	3	2	1
Hastaya hızlı ve zamanında hizmet sunulmaktadır.	5	4	3	2	1
İmaj Kalitesi					
Hastane olumlu bir imaja sahiptir.	5	4	3	2	1
Sağlık personeli olumlu bir imaja sahiptir.	5	4	3	2	1
Hastane teknolojik açıdan olumlu bir imaja sahiptir.	5	4	3	2	1
Sosyal sorumluluk kapsamında olumlu bir imaja sahiptir.	5	4	3	2	1

<i>Hizmet Kalitesi devamı</i>	Kesimlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Ne Katılıyorum Ne de Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesimlikle Katılmıyorum
Teknik Kalite					
Hekim hastaları doğru değerlendirmektedir.	5	4	3	2	1
Hekim hastayı sağlık durumu konusunda bilgilendirmektedir.	5	4	3	2	1
Hekim hastayı tanı süreci ve testler konusunda bilgilendirmektedir.	5	4	3	2	1
Hekim hastayı tedavi süreci konusunda bilgilendirmektedir.	5	4	3	2	1
Hekim hastayı tedavi sonrası süreç konusunda bilgilendirmektedir.	5	4	3	2	1
İŞ STRESİ					
Aşırı iş yoğunluğuna sahibim	5	4	3	2	1
İşlerimi bitirebilmek için yeterli zamanım yok.	5	4	3	2	1
Kendime zaman ayıramıyorum	5	4	3	2	1
İşe yönelik zaman yetersizliği yaşıyorum.	5	4	3	2	1
İş ortamında kendimi endişeli hissediyorum.	5	4	3	2	1
İş ortamına yönelik şikâyetlerin çok olduğunu düşünüyorum.	5	4	3	2	1
İş yüküne göre ücretin yetersiz olduğunu düşünüyorum.	5	4	3	2	1
İşimle ilgili olumsuzlukların özel yaşamıma yansıdığını düşünüyorum.	5	4	3	2	1
İşle ilgili insan ilişkilerinde sorun yaşıyorum.	5	4	3	2	1
LİDERLİK					
Kurum felsefesi (misyon, vizyon, değerler, ilkeler) çalışanlar tarafından sahiplenilmektedir.	5	4	3	2	1
Her düzeyde çalışanın kararlara katılımı sağlanmaktadır.	5	4	3	2	1
Genelde kararları liderler vermektedir.	5	4	3	2	1
Personel yöneticiler tarafından desteklenmektedir.	5	4	3	2	1

İnsan ilişkilerinde saygı ön plandadır.	⑤	④	③	②	①
Çalışanlar arasında güven ortamı vardır.	⑤	④	③	②	①
Ekip çalışmasına önem verilmektedir.	⑤	④	③	②	①
Çalışanlar birbirini desteklemektedir.	⑤	④	③	②	①
Kariyer gelişimim ile ilgili kararları kendim belirleyebilirim.	⑤	④	③	②	①
Eğitim olanakları sağlanmaktadır.	⑤	④	③	②	①
Personel güçlendirmeye (inisiyatif, sorumluluk alma vb.) önem verilmektedir.	⑤	④	③	②	①
Bilgi ve deneyimler paylaşılabilir.	⑤	④	③	②	①
Çalışanlar işlerini sahiplenmektedir.	⑤	④	③	②	①
Liyakata önem verilmektedir.	⑤	④	③	②	①
Uzmanlık alanı göz önüne alınarak görev dağılımı yapılmaktadır.	⑤	④	③	②	①
Performans değerlemesine önem verilmektedir.	⑤	④	③	②	①
Yetki ve sorumluluk denklğine önem verilmektedir.	⑤	④	③	②	①
İş motivasyonu yüksekliği önemsenmektedir.	⑤	④	③	②	①
İşimle ilgili yeni fikirleri özgürce ifade edebilirim.	⑤	④	③	②	①
Yöneticiler liderlik vasıflarına sahiptir.	⑤	④	③	②	①
Görev tanımı ve çalışanlarda bulunması gereken nitelikler net olarak belirlenmiştir.	⑤	④	③	②	①
İş süreçlerinde iletişim kalitesi yeterli düzeydedir.	⑤	④	③	②	①

Teşekkürler...

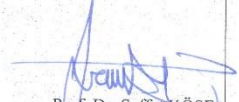
Ek 2. Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Araştırmalar Etik Kurul Onayı



SOSYAL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Toplantı No:2017/05
Karar No:04
Tarih :26/05/2017

Yürütücü Araştırmacı İpek AYDIN tarafından hazırlanan “Dağıtılmış Liderliğin İş Stresi Kapsamında Hizmet Kalitesine Etkileri: İzmir Merkez Kamu Hastaneleri Örneği” adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik sakınca **bulunmadığına** toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oybirliği** ile karar verilmiştir.


Prof. Dr. Saffet KÖSE
Etik Kurulu Başkanı

Ek 3. İl Sağlık Müdürlüğü Uygulama İzni



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İLİ ARGE VE
SAĞLIK İNOVASYONU BİRİMİ
27/04/2018 09:16 / 77597247 / 619 / 128



Sayı : 77597247-619
Konu : Uzman İpek AYDIN'ın Araştırma İzni
Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı Doç.Dr. Nezih ÖZMUTAF'ın danışmanlığında Uzman İpek AYDIN'ın hazırlamış olduğu "**Dağıtılmış Liderliğin İş Stresi Kapsamında Hizmet Kalitesine Etkileri: İzmir Merkez Kamu Hastaneleri Örneği**" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup, çalışmanın Kurumunuz'da yapılması uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr.Birol DURUKAN
BAŞKAN

EKLER:
Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu Rp.(1 Sayfa)

Dağıtım:

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
Faks No:0 232 483 3639

e-Posta:leyla.karlidag@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ar-Ge ve Sağlık İnovasyon Birimi

Bilgi için:Leyla KARLIDAĞ
Unvan:Uzman

Telefon No:0 232 441 8111/325

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1e3a99c2-bc75-441d-ab5d-df6268c48a87 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 4. Araştırma Değişkenlerinin Sağlık Alanında Uygulamalarına Yönelik Yazın Taraması

Araştırmacı	Çalışmanın Adı	Amacı	Method	Temel Bulgular
McDaniel & Wolf, 1992	Transformational leadership in nursing service. A test of theory.	Paylaşılan liderliğin hemşirelik hizmetlerinde uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi Dönüşümcü liderliğin çalışan memnuniyetine ve çalışan devir hızına etkilerinin belirlenmesi	77 hemşire, 11 orta düzey yöneticiyle görüşme gerçekleştirilmiştir.	Çalışan memnuniyeti yükseldiği ve çalışan devir hızının azaldığı belirlenmiştir.
Borman, 1993	Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay.	Kadın ve erkek yöneticilerin rol davranışları, yetenekleri ve değerleri arasındaki farkların belirlenmesi	144 erkek ve 259 kadın yöneticiye anket yoluyla gerçekleştirilmiştir.	Erkeklerin örgütsel sonuçlar ve esneklik ile ilgili düşünceleri daha olumsuz.
Medley & Larochelle, 1995	Transformational leadership and job satisfaction.	Çalışanların yönetici davranışları arasındaki farkı belirleyip belirleyemeyecek olmalarının sorgulanması. Liderlik davranışları ile iş tatmini arasındaki ilişkinin belirlenmesi	4 farklı hastanede çalışan 122 hemşireye anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Hemşireleri yöneticilerin yaklaşımları arasındaki farkı ayırt edebilmekte ve dönüşümcü özelliğe sahip olan liderlerle çalışanlar daha tatmin olduklarını belirtmekte.
Laschinger ve diğ., 1999	Leader behavior, impact on staff nurse empowerment, job tension, and work effectiveness.	Lider güçlendirme davranışlarının hemşirelerin işyeri algılarında, güçlendirmede, iş stresinde ve çalışma etkililiğindeki etkisinin belirlenmesi	537 hemşireye anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Liderin güçlendirme davranışları hemşirelerde olumlu algıların olmasına ve devamsızlığın azalmasına neden olmuştur.

Stordeur ve diğ., 2000	Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments.	Hiyerarşik düzeylerde dönüşümcü liderliğin etkilerini belirlemek	8 hastane, 41 birim, 464 hemşire, 41 baş hemşire, 12 yöneticiye anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Hiyerarşik olarak liderlik algılamalarında önemli farklılık tespit edilmiştir. Bunun yanında, çalışan memnuniyeti ve algılanan birim etkililiği de farklıdır.
Gellis, 2000	Social work perceptions of transformational and transactional leadership in healthcare	Dönüşümcü ve işlemci liderliğin sosyal çalışma ortamında değerlendirilmesi	Hastanelerde çalışan 187 sosyal çalışma uzmanına anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Liderlik davranışının çalışanların ekstra çabası, liderlik etkililiği ve çalışan tatmini ile ilişkili olduğu ve dönüşümcü liderlik sergileyen liderlere bağlı çalışanların performanslarının daha yüksek olduğu ve daha tatmin oldukları belirlenmiştir.
Alimo-Metcalfe & Alban-Metcalfe, 2001	The development of a new transformational leadership questionnaire.	Dönüşümcü liderliğin Birleşik Krallık'a özgü versiyonunun geliştirilmesi	146 orta düzey bakım personeli ve orta düzey yöneticiyle görüşülmüştür.	Dönüşümcü liderliğe özgü 9 faktörden oluşan ölçek geliştirilmiştir.
Alexander ve diğ., 2001	Leadership instability in hospitals: The influence of board: CEO relations and organization growth and decline.	Etkili liderlik ve toplumda liderliğin tanımlanması	4 örnek olay, toplam 115 mülakat gerçekleştirilmiştir.	Etkin işbirlikçi liderliğin 5 temel bileşeni ortaya konmuştur.
Corrigan ve diğ., 2002	Transformational leadership and the mental health team.	Liderlik yaklaşımları arasındaki ilişkinin belirlenmesi	236 lider ve 620 takım üyesine anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.,	İşlemci liderliğin olduğunu düşünen takım üyeleri liderlerin, karizma, ilham verme, entelektüel olarak uyarma özelliklerinin daha az olduğunu düşünmektedir. Grup

				liderlerinin liderlik özellikleri ile tükenmişlik arasında ilişki tespit edilmiştir.
Hamlin, 2002	A study and comparative analysis of managerial and leadership effectiveness in the National Health Service: An empirical factor analytic study within an NHS Trust hospital	Orta ve üst düzey yöneticilerin etkili liderlik kriterlerinin belirlenmesi	Belirtilmemiş	Etkili liderlik kriterleri kapsamında 8 olumlu (ör: aktif destekleyici liderlik, planlama...) 11 olumsuz (diktatörel yönetim, personeli korkutma...) özellik belirlenmiştir
Cummings, 2004	Investing relational energy: The hallmark of resonant leadership.	Duygusal zekaya sahip liderlerin yeniden yapılanmanın olumsuz etkilerinin azaltılmasında oynadığı rolün belirlenmesi	6526 hemşireye anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Duygusal olarak zeki liderlerle çalışan hemşirelerin, duygusal olarak tükendiklerinde bile daha fazla hasta bakım ihtiyacını karşılayabildikleri belirlenmiştir.
Xirasagar ve diğ., 2005	Physician leadership styles and effectiveness: An empirical study.	Ölçülebilir klinik hedeflere ulaşırken sergilenen davranışlarda liderlik türlerinden hangisinin etkili olduğunun belirlenmesi	263 medikal yöneticiye anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Dönüşümcü liderlikte, etkililiğin, iş tatminin ve çalışanların ekstra çabasının yükseldiği belirlenmiştir. Dönüşümcü liderlikte daha çok hedeflere ulaşıldığı ve işlemci liderlikte ise hedeflerin daha az oranda tutturulduğu belirlenmiştir.
Martin ve diğ., 2015	Potential challenges facing distributed leadership in health care: evidence from the UK National Health Service	DL modelini sağlık hizmetlerinde uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi	56 odak grup, 25 mülakat yapılmıştır.	Sağlık hizmetlerinde uygulanabileceği ancak 3 temel noktanın göz önünde bulundurulması gerekliliği ortaya konmuştur. Bu noktalar çalışanların gücü, mesafe ve değerlerdir.

Cheirm & MacNaughton, 2016	Distributed leadership in health care teams: Constellation role distribution and leadership practices	Dağıtılmış liderliğin grup üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi	18 takımda 44 mülakat gerçekleştirilmiştir.	Liderlerin takımında belirsizlik yaratan davranışlar sergilemeleri takımlarda boşluklara neden olabilir. Liderlerin sorumluluk almaları belirsizliği azaltmaktadır.
Gunzel-Jensen ve diğ., 2018	Distributed leadership in health care: The role of formal leadership styles and organizational efficacy	Dönüşümcü, işlemsel ve güçlendirici, liderlik biçimlerinin, çalışanların algılarını dağıtılmış liderlikte nasıl etkiledikleri ve bu ilişkilerin çalışanların algılanan örgütsel etkinliği tarafından yönlendirilip yönlendirilmediğinin belirlenmesi	1147 çalışana anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Liderlik biçimleri dağıtılmış liderliği olumlu yönde etkilemektedir.

İş Stresi ve Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları

Araştırmacı	Çalışmanın Adı	Amacı	Method	Temel Bulgular
Salminen, 2003	Stress factors predicting injuries of hospital personnel	Kazaların oluşmasında hangi stres faktörlerinin etkili olacağını belirlemesidir.	5111 sağlık çalışanına (10 hastane) anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	İşin doğası ve iş yerindeki kişilerarası ilişkinin stres faktörleriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir.
Bulik, 2005	Emotional Intelligence In The Workplace: Exploring Its Effects On Occupational Stress And Health Outcomes In Human Service Workers	Duygusal zeka ile işyerindeki algılanan stres arasındaki ilişkinin analiz edilmesidir.	330 hekim, hemşire, öğretmen, idari personel ve yöneticiye anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Mesleki stresin algılanmasında duygusal zekânın önemli olduğu ve olumsuz sağlık çıktılarının oluşmasında engel olduğu belirlenmiştir.
Sveinsdóttir, 2006	Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire survey	Hastane ortamında ve dışında çalışan hemşireler arasında işle ilgili strese hangi faktörlerin etki ettiğini araştırmaktır.	219 hemşireye anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Hastanede çalışan hemşirelerin yorucu iş koşullarını daha fazla hissettikleri belirlenmiştir.
Fiabane, 2013	Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors	Çalışanların mesleklerine göre işe katılım ve mesleki stres algılarını değerlendirmek.	110 hemşire, hekim ve psikoterapist anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Psikoterapistlerin mesleki stres algıları diğerlerine göre daha yüksektir.

Nicola Magnavita, 2014	Workplace Violence and Occupational Stress in Healthcare Workers: A Chicken-and-Egg Situation—Results of a 6-Year Follow-up Study	İş yerinde yaşanan stres ile iş yeri şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi	698 sağlık çalışanına anket uygulaması gerçekleştirilmiştir	İşteki zorlanmalar ve sosyal desteğin azlığı fiziksel olmayan saldırganlığın öncülleri rolündedir.
Bernburg ve diğ., 2016	Physicians' occupational stress, depressive symptoms and work ability in relation to their working environment: a cross-sectional study of differences among medical residents with various specialties working in German hospitals	Farklı tıbbi uzmanlık alanlarında çalışanlar arasında mesleki stres, depresif belirtiler, çalışma yeteneği ve çalışma ortamlarındaki farklılıkları analiz etmek amaçlanmıştır.	435 hastaya anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Mesleki sıkıntı, depresif belirtiler, iş yeteneği, iş talepleri ve iş kaynakları için tıbbi uzmanlık alanları arasında önemli farklılıklar belirlenmiştir.
Shin & Lee, 2016	Effects of Hospital Workers' Friendship Networks on Job Stress	Bu çalışmada, iş stresi kaynaklarının iş pozisyonuna göre belirlenmesini ve arkadaşlık ağlarının iş stresi üzerindeki etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.	420 doktor, hemşire ve radyoloji teknisyenine anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Arkadaşlık ağlarının gücü ve yoğunluğunun iş stresi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Arkadaşlık ağlarından gelen destek, iş stresi kontrolünde birincil olarak katkı sağlamaktadır
Ji-Hyuk Park, 2017	Association among Work-Related Musculoskeletal Disorders, Job Stress,	İşle ilişkili kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, iş stresi ve iş tutumu arasındaki ilişkinin analizi	150 işyeri terapistine anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	İşe bağlı kas-iskelet sistemi sıkıntılarının artan iş stresi ve olumsuz iş tutumu ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

	and Job Attitude of Occupational Therapists			
Wakida ve diğ., 2018	864 Relationship between organisational resources and occupational stress among japanese nurses	Örgüt kaynakları ve iş stresi arasındaki ilişkinin incelenmesi	851 hemşire ve bakıcıya anket uygulaması gerçekleştirilmiştir	İş gerekleri, iş kontrolü, yönetim desteği ve iş arkadaşları desteği arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir.
Ledikwe ve diğ., 2018	Associations between healthcare worker participation in workplace wellness activities and job satisfaction, occupational stress and burnout: a cross-sectional study in Botswana	Aids hastası olan kişilere bakan sağlık çalışanlarının stres ve tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi	1856 sağlık çalışanına anket uygulaması gerçekleştirilmiştir	İşyerinde sağlıklı yaşam aktivitelerine katılımın, daha yüksek memnuniyet ve daha düşük stres, tükenme ve sinizm ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları

Araştırmacı	Çalışmanın Adı	Amacı	Method	Temel Bulgular
Raju & Lonial, 2001.	The impact of quality context and market orientation on organizational performance in a service environment.	Kalitenin ve oryantasyonun örgüt performansı üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi	740 hastanenin üst yöneticilerinden anket toplanmıştır.	Kalite ve oryantasyon örgüt performansı üzerinde etkilidir.
Padma ve diğ., 2009	A conceptual framework of service quality in healthcare perspectives of Indian patients and their attendants	Hizmet kalitesinin boyutlarının belirlenmesi	Hizmet kalitesi modelleri temel alınmıştır. Hasta ve yakınları araştırmaya dahil olmuştur.	Hizmet kalitesinin ölçümü için hastalar ve yakınları için iki ölçme aracı oluşturulmuştur.
Aagja & Garg, 2010	Measuring perceived service quality for public hospitals (PubHosQual) in the Indian context	Kamu hastanelerinde algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi	Uzman görüşleri alınmıştır.	Beş boyuttan oluşan hizmet kalitesi ölçeği geliştirilmiştir.
Gaur ve diğ., 2011	Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare'	Hastaların doktora olan bağlılık ve güvenlerinin nasıl olduğunun değerlendirilmesi	Anket yöntemi ile veri toplanmıştır.	Etkili iletişimde doktor davranışlarını temel alan bir ölçek geliştirilmiştir. Etkili iletişimin hasta sadakatini yükselttiği belirlenmiştir.
Chahal & Kumari, 2011	Evaluating customer relationship dynamics in healthcare sector	Müşteri ilişkileri yönetimi boyutlarının belirlenmesi	400 ayaktan hastaya anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Müşteri ilişkileri yönetimine doğrudan etkisi olan değişkenler fiziksel çevre kalitesi ve etkileşim kalitesi olarak belirlenmiştir.

	through indoor patients' judgment			
Hodge & Wolosin, 2012	Addressing Older Adults' Spiritual Needs in Health Care Settings: An Analysis of Inpatient Hospital Satisfaction Data.	Hastanın dinsel ihtiyaçları ile hasta tatmini arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	4112 65 yaş üzerinde hastaya anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Hastanın dinsel açıdan tatminin sağlanmasının önemi vurgulanmıştır.
Lee, 2012	The impact of high-performance work systems in the health-care industry: employee reactions, service quality, customer satisfaction, and customer loyalty.	Hastanelerde çalışan tutumları, hizmet kalitesi, müşteri bağlılığı ile ilgili yüksek performanslı çalışma sistemleri geliştirmek	196 çalışana anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Hastaneler, süreçlerinin etkililiğini çalışan katılımını, ve daha iyi kalite hizmet sağlayarak müşteri tatminin ve sadakatini sağlayabilmektedir.
Chia-Wen ve diğ., 2013	Configural algorithms of patient satisfaction, participation in diagnostics, and treatment decisions' influences on hospital loyalty	Hasta sadakatine etki eden durumların değerlendirilmesi	645 hastaya anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Hasta tatmini ve hastanın tedavi süreçlerine katılımının hasta sadakati üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.
Bohm, 2013	Relating Patient Satisfaction to Insurance Coverage: A Comparison of Market Based and Government Sponsored	Farklı sigortalara göre hastanın tatmin düzeyindeki değişikliğin değerlendirilmesi	8700 katılımcıya anket uygulaması gerçekleştirilmiştir.	Sigorta türüne göre hasta tatmini değişmektedir.

	Health Care.			
Prabhakar, 2014	Service Quality in Healthcare Sector: An Exploratory Study on Hospitals.	Belirlenen hastanelerde hizmet kalitesinin ölçülmesi ve boşlukların tanımlanması	SERVQUAL yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.	Demografik ve sosyodemografik faktörlerin hasta memnuniyeti üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.
Wongrukmit, P., & Thawesaengkulthai, N. 2014	Hospital service quality preferences among culture diversity.	Farklı milletlerden olan hastaların algılanan hizmet kalitesi algılarının karşılaştırılması	SERVQUAL ve Kano Modeli temel alınmıştır.	Kalite algıları milletlere göre farklılık göstermektedir.