

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ VE YÖNETİCİLİĞİ ANABİLİM DALI



**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KALİTE ANLAYIŞI (BİTLİS SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Emrah Tevfik ŞÖLEN

MAYIS 2019

TRABZON

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ VE YÖNETİCİLİĞİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KALİTE ANLAYIŞI (BİTLİS SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ÖRNEĞİ)

Emrah Tevfik ŞÖLEN

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde
"YÜKSEK LİSANS"

Unvanı Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Savunma Tarihi : 22/11/2019

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 16/12/2019

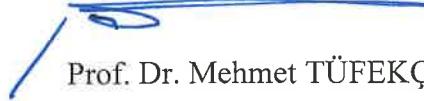
Tez Danışmanı: Dr.Öğr. Üyesi Ayşe ASILTÜRK

TRABZON 2019

AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

KABUL VE ONAY

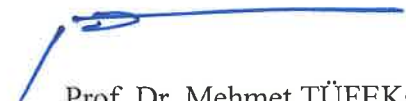
Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yöneticiliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ASİLTÜRK danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Emrah Tevfik ŞÖLEN tarafından hazırlanan "Sağlık Sektöründe Kalite Anlayışı (Bitlis Sağlık Müdürlüğü Örneği)" başlıklı bu çalışma, Enstitü Yönetim Kurulunun 01/ 11 / 2019 gün ve 26 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Mehmet TÜFEKÇİ
Jüri Başkanı


Doç. Dr. Fadime EROĞLU
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ASİLTÜRK
Üye

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.


Prof. Dr. Mehmet TÜFEKÇİ
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Gelişmişliğin önemli göstergelerinden biri olan hizmet kalitesi, diğer sektörler için olduğu kadar sağlık sektörü için de önemlidir. Toplum için hayati önem taşıyan sağlık sektöründe kalite anlayışını geliştirme ve kalite uygulamalarını yerleştirme konusunda üzerine en çok görev düşenler sağlık personelleridir. Çünkü sağlık kalite ile ilgili ilke ve kuralların hizmet sunumu sırasında uygulayıcıları sağlık çalışanlarıdır.

Mensubu olmaktan memnuniyet duyduğum sağlık sektöründe kalite anlayışı konusunu incelediğim bu çalışmaya araştırma kısmında değerli görüşleri ile katkı sağlayan çalışma arkadaşlarıma, bütün hayatım boyunca yanımda olarak beni destekleyen aileme ve özellikle bu çalışmayı yapmaya yönelerek bu aşamaya getirmemde değerli katkılarını gördüğüm hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ASİLTÜRK'e, sonsuz teşekkür ederim.

TEZ BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık Sektöründe Kalite Anlayışı (Bitlis Sağlık Müdürlüğü Örneği)” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ASİLTÜRK‘ün sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, deneyleri/analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptığımı/yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

22 / 11 /2019”

Emrah Tevfik ŞÖLEN



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
KABUL VE ONAY	i
ÖNSÖZ.....	ii
TEZ BEYANNAMESİ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	vii
KISALTMALAR	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Sektörü ve Sağlık Hizmetleri	3
2.1.1. Sağlık Kavramının Tanımı	3
2.1.2. Sağlık Hizmeti	4
2.1.3. Sağlık Hizmetinin Özellikleri.....	5
2.1.4. Sağlık Hizmeti Arz ve Talebi	7
2.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Gruplandırılması	8
2.1.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	8
2.1.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	9
2.1.5.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	10
2.1.5.4. Sağlıkın Geliştirilmesi	10
2.1.6. Hastane	11
2.1.6.1. Hastanelerin Amaçları	11
2.1.6.2. Hastanelerin Sınıflandırılması	12

2.2. Kalite Kavramı	13
2.3. Toplam Kalite Yönetimi	14
2.3.1. Toplam Kalite Yönteminin Amaçları ve Özellikleri	15
2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	16
2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Kazanç ve Boyutları	16
2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimine İhtiyaç Duyulma Nedenleri	17
2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Kazançları	18
2.5. ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi	18
2.6. Literatür Araştırması	19
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	21
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	21
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	21
3.3. Evren ve Örneklem	22
3.4. Ölçme Araçları	22
3.5. Verilerin Toplanması ve Analizi	23
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	24
3.7. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılığı	24
4. BULGULAR	25
4.1. Demografik Özellikler	25
4.2. Katılımcıların TKY'ne Yönelik Algı Düzeylerine İlişkin Bulguları	26
4.3. TKY İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	27
4.4. Korelasyon Analizi	45
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	52
7. KAYNAKÇA	53

ÖZGEÇMİŞ.....	56
EKLER	57
Ek 1. Anket Formu	57



TABLULAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri (n=164)	25
Tablo 2. TKY İlişkin Normallik Analiz Sonucu	26
Tablo 3. Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim Alt Boyutuna İlişkin Dağılım tablosu....	27
Tablo 4. Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık Alt Boyutuna İlişkin Dağılım tablosu	30
Tablo 5. Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi Alt Boyutuna İlişkin Dağılım tablosu	32
Tablo 6. Standardizasyon Alt Boyutuna İlişkin Dağılım tablosu.....	34
Tablo 7. Paydaş ve Paydaş Bilinci Alt Boyutuna İlişkin Dağılım tablosu.....	34
Tablo 8. Cinsiyete göre TKY ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Analizi.....	36
Tablo 9. Yaş Değişkenine Göre TKY ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Analizi.....	37
Tablo 10. Eğitim Durumuna Göre TKY ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Analizi	38
Tablo 11. Medeni Durumuna Göre TKY ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Analizi.....	39
Tablo 12. Kamuda Çalışma Yılına Göre TKY ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Analizi	41
Tablo 13. Meslekte Çalışma Yılına Göre TKY ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Analizi	42
Tablo 14. Unvanına Göre TKY ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Analizi	44
Tablo 15. TKY Algı Düzeyi ve Alt Boyutları Düzey Arasındaki Korelasyon Analizi.....	45

KISALTMALAR

ASQC	: Amerikan Kalite Kontrol Derneği
ISO	: Uluslararası Standart Bürosu
Ort.	: Aritmetik Ortalama
s.s.	:Standart Sapma
Min.	: Minimum
Mak.	: Maksimum
p	: Anlamlılık
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi

Yüksek Lisans Tezi

ÖZET

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KALİTE ANLAYIŞI (BİTLİS SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ÖRNEĞİ)**

Emrah Tevfik ŞÖLEN

Avrasya Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yöneticiliği Anabilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ASİLTÜRK

2019, 54 (Tez Sayfa), 4 (Ek Sayfalar)

Bu araştırmanın amacı, sağlık sektöründe çalışan sağlık personelinin kalite anlayışını farklı değişkenler açısından incelemektir. Araştırmanın evreni Bitlis ili Sağlık Müdürlüğünde 2009 yılı Ocak ve Temmuz ayları arasında çalışan sağlık personelidir. Araştırma verilerinin elde edilmesi için Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği kullanılmıştır. Toplam Kalite Yönetiminin planlanması, uygulanması ve başarıya ulaşması ile ilgili 28 ifadenin bulunduğu TKY ölçeği 1996 yılında A.F. Al-Assaf ve Steven J. Gentling tarafından geliştirilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 20.0 istatistik paket programına girilerek paket programı ile veriler analiz edilmiştir. TKY algı düzeyi ve alt boyutlarının normal dağılım gösterip göstermediğini saptamak için Kolmogorov-Smirnov analizi uygulanmıştır. Veriler normal dağılım göstermediğinden non-parametrik test uygulanmıştır. Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaş, unvanı, kurumdaki hizmet süresi ve meslekteki hizmet süresi ile TKY'ne yönelik algı puanları ve alt boyutları arasında anlamlı farklılık olup olmadığını saptamak ve iki grup ortalamalarını karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Üç ve üçten fazla olan gruplar arasında farklılığı saptamak için Kruskal-Wallis Testi uygulanmıştır. TKY ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki olup olmadığını ve yönünü saptamak için korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel analizde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir. Araştırma sonucunda, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, kamuda çalışma yılı, meslekte çalışma yılı ve unvan değişkenleri ile kalite

anlayışları arasında istatistiksel olarak bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. Araştırmada ayrıca sağlık personelinin hastanelerdeki kalite sistemi uygulamalarına inandıkları, sağlık kurumu yöneticilerinin ise kalite sistemi uygulamalarına inanmakla birlikte, bu uygulamalarda yönetici olarak görev alma konusunda kararsız oldukları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Hastane, Sağlık Personeli, Kalite, Toplam Kalite Yönetimi



Master Thesis

ABSTRACT

Emrah Tevfik ŞÖLEN

**QUALITY UNDERSTANDING IN HEALTH SECTOR (BİTLİS HEALTH
DIRECTORATE EXAMPLE)**

University of Eurasia

HealthSciencesInstitute

Department of HealthInstitutions Management and Management

Supervisor: AssistantProfessorAyşe ASİLTÜRK

2019, 54Pages, Appendix (4 Pages)

The aim of this study is to examine the quality understanding of health personnel working in the health sector in terms of different variables. The population of the study is the health personnel working in the Health Directorate of Bitlis between January and July 2009. Total Quality Management Scale was used to obtain the research data. Total Quality Management Scale The TQM scale, which contains 28 statements regarding the planning, implementation and success of TQM, was established by A.F. Al-Assaf and Steven J. Gentling. The data obtained in the study were entered into SPSS 20.0 statistical package program and the data were analyzed with package program. Kolmogorov-Smirnov analysis was used to determine whether TQM perception level and sub-dimensions show normal distribution. Since the data did not show normal distribution, non-parametric test was applied. Mann-Whitney U test was used to determine whether there was a significant difference between the participants' gender, marital status, educational status, age, title, duration of service in the institution, and duration of service in the profession and perception scores and sub-dimensions of TQM. Kruskal-Wallis test was used to determine the difference between groups of three and more than three. Correlation analysis was performed to determine the relationship between the TQM scale and its sub-dimensions. In statistical analysis, the level of significance was determined as 0.05. As a result of the study, it was determined that there is no statistically significant relationship between health care workers' gender, marital status, age, education level, working year in public sector, occupation year and title variables and quality perceptions. In the study, it was also

determined that the health personnel believed in the quality system practices in the hospitals and that the managers of the health institutions believed in the quality system practices, but they were undecided about taking the role of managers in these practices.

Key Words:Health, Hospital, Health Personnel, Quality, Total Quality Management



1. GİRİŞ

Sağlıklı olarak yaşamak her bireyin hakkıdır. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık çok önemli bir konu olmuştur. Bazen sağlığımız çeşitli sebeplerden dolayı bozulabilir. Yeniden eski sağlıklı hayatımıza dönebilmek için sağlık sektöründeki kurumlar ve çalışanlardan yardım alırız. Sağlık sektörünün bizlere sunduğu hizmet sağlık hizmetidir. Sağlık hizmeti kavramı çok geniş kapsamlı bir konudur. Sağlık hizmetlerini sunan kurumların sayısının artması bu hizmetlerden faydalananların, kurumlar arasında tercih yapma imkânını doğurmuştur. Bu durum da sağlık kurumları arasında bir rekabet ortamının oluşmasına sebep olmuştur.

Rekabetin en üst düzeyde yaşandığı günümüzde, işletmeler ömrünün sonsuz olduğu kabul edilerek kurulmaktadır. Ancak her ürünün de bir kullanım ömrü olduğu gibi, her canlının da bir yaşam ömrü olduğu söylenebilir. Burada bir benzetme yapılacaktır. Olursaişletmeleri sanki canlı bir organizma, hastalık yapıcı mikro organizma virüs ve benzerlerini de sürekli değişen koşullar olarak düşünürsek zor koşullar tarafından enfekte olmuş veya olması muhtemel tüm işletmelerin hastalıklardan korunması için günümüzde geliştirilen en iyi tedavi ve korunma yollarını yani en modern yönetim yaklaşımlarını kullanması gerekmektedir. İnsan ihtiyaçları da koşullar gibi dinamik bir yapıdadır. Özellikle sağlık hizmetleri sektöründe beklentilerin tatmini oldukça önemlidir. Pazarda başarı elde etme ve rekabet gücüne sahip olmanın en temel gerekliliklerinden biri ise kaliteli hizmet vermektir. Dünyada gelişmişliğin en önemli göstergelerinden biri de sağlıkta kalitedir[1].

Kalite yönetiminin sağlık hizmetlerinde uygulanması hastanelerde yürütülen çalışmaların ve bu çalışmaların yapılması sürecinde mevcut olan hizmet kalitesini geliştirme, hastanelerden hizmet talep edenlerin beklentisini karşılayacak şekilde hizmetlerin sunulması, kalite sistemi oluşturulurken maliyetlerin dikkate alınması süreçlerini içermektedir. Sağlık sektörü de kalite sistemlerinin oluşturulması ve sürdürülmesi arzu edilen bir sektördür[2]. Sağlık sektöründe verilen hizmetlerin kalitesinin yükseltilmesi ve gelecekte oluşturulacak toplam kalite yönetimi planlarının sektörün içinde bulunanların fikirlerini de kapsayacak şekilde hazırlanmasına yardımcı olma adına, bu sektörde çalışanların toplam kalite yönetimi ile ilgili düşüncelerinin tespit edilmesi önemlidir.

Bu çalışma, Bitlis Sağlık Müdürlüğünde çalışmakta olan sağlık personelinin sağlık sektörüne ilişkin kalite anlayışlarının, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre değişimlerinin tespit edilmesi amacıyla tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırma, Bitlis Sağlık Müdürlüğünde çalışan sağlık personelinin sağlık sektöründeki kalite anlayışında etkili olan faktörlerin belirlenmesi ve bu konuda öneriler sunulması amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırma, sağlık personellerinin yaşları, cinsiyetleri, eğitim düzeyleri, medeni durumları, kamuda çalışma yılları ve unvanları ile sağlık sektöründeki kalite anlayışları arasında bir ilişki var mıdır.? Sorusundan yola çıkarak tasarlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde sağlık kavramının tanımı yapıldıktan sonra sağlık sektörü, sağlık hizmetleri, hastaneler, kalite kavramı ve sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ile ilgili bilgiler verilecektir.

2.1. Sağlık Sektörü ve Sağlık Hizmetleri

Sağlık sektörü, sağlık ile ilgili ürün ve hizmet talep edenlere sunulacak olan her türlü mal ve hizmeti temin eden kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapının genel adıdır. Bu sektörde bulunanların sağlık adına ürettikleri her türlü hizmete sağlık hizmeti adı verilmektedir. Sağlık sektörünün ana amacı insanların sağlıklarının korunması ve korunan bu sağlığın sürdürülebilir kılınmasıdır [3]. Bu açıdan bakıldığında sağlık hizmetlerinin kapsamı içerisinde; hastalık halinin oluşmasından önce önleyici, hastalık halinde tedavi edici, hastalık hali sonrasında rehabilitasyon hizmetlerini de içine alacak şekilde sağlık hizmetlerinin planlanmasından uygulanıp denetlenmesine kadar bütün çalışmalar bulunmaktadır[4].

Dünyanın diğer birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerinin planlanması, temini, uygulanması ve denetiminden devlet sorumludur. Merkezi hükümetler anayasanın tanıdığı haklar ile sağlık hizmetlerinin tek planlayıcısı konumundadırlar. Bu alanda yetkili olan Sağlık Bakanlığı, sağlık alanında standartlar oluşturan ve sağlık hizmetlerinin sunumunda bu standartlara uyulup uyulmadığını denetleyen kurumdur. Sağlık Bakanlığı, kamu ya da özel sektör tarafından sağlık hizmeti için sunulan kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasını ve bu hizmetlerden yararlanmada adaletli olunmasını sağlamaktadır [5].

2.1.1. Sağlık Kavramının Tanımı

Sağlık insanların ve toplumların her dönemde birinci önceliği olmuştur. İnsanoğlunun daima birinci amacı, hayatta kalmak, ikinci amacı ise hayatını sağlıklı bir şekilde sürdürmektir. İnsanın hayatta kalabilmesi için en önemli ihtiyacının sağlık olduğunu vurgulayan Dünya Sağlık Örgütü de yaptığı sağlık tanımında sağlığı bir ihtiyaç olarak

belirlemiştir. Her yönden bir iyi olma hali olan sağlığın algılanışı insandan insana değişiklikler göstermektedir. İnsanlar sağlık kavramının ne kadar önemli olduğunu ancak hastalık halinin kendilerine zarar vermeye başlamasından itibaren anlarlar. Hastalığı sağlık personelleri, insanın değerlerindeki negatif yönlü bozulmalar olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü sağlığın algılama boyutunu da öne çıkartarak sağlığın tarifini, bireyin ruhsal, sosyal ve bedensel olarak en iyi olma hali olarak yapar. Buradaki ruhsal ve sosyal iyi olma, bireyin kendini iyi hissetmesi ve sosyal ilişkilerde bulunduğu toplumun diğer bireyleri ile memnun bir şekilde yaşamasıdır. Bireyin hayatında bu şekilde bir memnuniyet hissi yaşaması onun ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olmasını sağlayacaktır [6].

Buna göre iyilik kavramının insanlara yansımalarını inceleyecek olursak [3].

Ruhsal iyilik:Bireyin ruhsal olarak iyi olma hali sosyal olarak konumu ve yaşına uygun olacak şekilde davranışlar göstermesidir.

Sosyal iyilik:Bireyin içerisinde bulunduğu sosyal çevre içerisinde sosyal çevrenin gerekliliklerine uygun olacak şekilde davranışlarda bulunmasıdır.

Bedensel iyilik:Fiziksel olarak iyilik olarak adlandırılan bu iyilik hali bireyin bir sakatlık veya hastalık hali yaşamaması durumudur.

2.1.2. Sağlık Hizmeti

Sağlık sektörü, sağlık ile ilgili ürün ve hizmet talep edenlere sunulacak olan her türlü mal ve hizmeti temin eden kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapının genel adıdır. Bu sektörde bulunanların sağlık adına ürettikleri her türlü ürün ve hizmete de sağlık hizmeti adı verilmektedir. Sağlık hizmetlerinin kapsamı içerisinde; hata oluşmaması için önlemler alınması, oluşacak bir hastalık halinde tedavinin yapılması, tedavi sonrasında iyilik halinin sürdürülebilmesi için rehabilitasyon hizmetinin verilmesi ve bu hizmetler sırasında gerekli olabilecek her türlü araç gerecin temini bulunmaktadır [3].

Sağlık hizmetleri kavramının içerisinde sağlık için gerekli araç ve gereci üretenlerden, bu hizmetleri planlayanlara, uygulama ve denetimi yapanlara kadar geniş bir yelpaze bulunmaktadır [4].

2.1.3. Sağlık Hizmetinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin özellikleri, insanlara hizmet sunan diğer işletmelerin özellikleri ile benzerlik gösterirken, odak noktasında insan olmasından dolayı farklılıklara da sahiptir. Sağlık hizmetlerinin kendisine özgü olan ayırt edici özellikleri aşağıdaki gibidir [7]:

– **Sağlık hizmetlerinin ölçümü oldukça zor olması:** Çünkü sağlık hizmetleri anlık olarak yapılan bir müdahaleyi kapsar ve o an sağlık hizmetinin sunulmasında çok farklı faktörlerin de işin içerisine girmesi ile birlikte sunulan hizmet taraflar açısından farklı bir şekilde algılanabilir.

– **Eğitilmiş sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesi:** Sağlık hizmetleri, sağlık alanında eğitim almış farklı sağlık personellerinin birlikte bir hizmeti sunmasını içeren komple bir uygulamadır.

– **Karmaşık olması ve kişiden kişiye göre farklılaşması:** Sağlık hizmetleri karmaşıktır ve kişiden kişiye değişkenlik arz etmektedir. Sağlık hizmetleri kişiye özel olduğu için bu hizmetlerin sunumu sırasında hizmeti alacak kişinin bireysel özellikleri değerlendirilerek kişiye en uygun sağlık hizmetinin sunulması amaçlanmaktadır.

– **Sağlık hizmetlerinin ertelenmez dönemsel değildir:** Mevsimlik özelliği yoktur. Sağlık sorununun baş gösterdiği anda bu hizmetin sunulması gerekmektedir.

– **Salık hizmetleri, karşılıklı ilişkiye dayanan işlerin eş güdümlenmesini gerektirmektedir:** Sağlık hizmetleri uzman kişiler tarafından yapılan bir eş güdümlenmiş işidir. Alanında uzman olan kişilerin birbirlerine bağlı olarak yaptıkları ve birinin yaptığı işten diğerinin de etkilendiği bir hizmet türüdür. Bu sebeple sağlık personelinin birinin yapacağı bir hata bütün sağlık hizmetinin aksamasına yol açabilir.

– **Doğru işe doğru insanın görevlendirilmesi gerekmektedir:** Her sağlık personelinin yaptığı her iş uzmanlık işi olduğu için personelin özelliklerinin iyi bilinmesi ve görevlendirilmelerinin de bu özellikler doğrultusunda yapılması gerekmektedir.

– **Sağlık hizmetlerinin denetlenmesi de zordur:** Bu hizmetlerin sunumu kişiye ve kişinin o anda içerisinde bulunduğu duruma göre verildiği için bu hizmet neden bu şekilde verildi demek zordur. Sağlık hizmetlerinin bu özelliği kişinin içerisinde bulunduğu durumun aciliyeti ile ilgilidir. Acil olan durumda hemen karar verilmesi ve müdahale yapılması gerektiği için sağlık hizmetlerinin denetimi güçleşmektedir.

– **Hastanın bilgi alma hakkı vardır:** Sağlık hizmetinden faydalanan kişilerin sağlık hizmetleri hakkında azami seviyede bilgi alma hakkı bulunmakla birlikte sağlık hizmeti kapsamında yapılan bütün işlemlerin içeriklerini sağlık hizmetinden faydalananların bilmesi zordur.

– Sağlık hizmetlerinin diğer sektörler ile karşılaştırılması ile ortaya çıkan özellikler ise aşağıdaki gibi sunulabilir [8]:

– Sağlık hizmetleri sunan kurumlar da kazanç elde etmek birincil amaç olmamakla birlikte, bu kurumların varlığını sürdürebilmesi belli oranda gelir ve kâr elde etmelerine bağlıdır

– Sağlık hizmetlerini sunan personel ve sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan makine ve teçhizat diğer sektörlerdeki iş kollarına göre daha fazla maliyetlidir.

– Sağlık sektöründe değişim ve gelişim daha hızlı olup, diğer sektörlere göre değişimlere sık rastlanmaktadır

– Sağlık hizmetlerini talep edenlerin sağlık hizmetleri seçiminde eğer sağlık sektöründe deneyime sahip ve bilgili değilse çok fazla tercih yapmaları mümkün değildir. Bir sağlık sorununun çözümü için bir ya da birden fazla tedavi seçeneği bulunmaktadır. İnsanlar bu seçeneklerden birini tercih etmek durumundadırlar. İnsanlar hastane ve doktor seçiminde sağlayacakları faydaya göre hareket etme eğiliminde olurlar.

– Sağlık hizmetlerinin amacı toplumun sağlığının korunmasıdır. Bu kadar önemli bir görevi üstlenen sağlık hizmetlerinin ayırt edici özelliklerine aşağıdaki gibi devam edebiliriz [9]:

– Sağlık hizmetlerinin temin edilmesinde anlık düşünce farkları etkili olmaz. Fiziksel bir ürünü temin eden insanların o anki düşünceleri o malı almaları için yeterli olurken sağlık hizmetlerinde durum biraz daha farklıdır. Kişi sağlık hizmetlerini talep ederken sağlayacağı faydayı daha ayrıntılı bir şekilde irdelemek durumundadır. Aniden gelişen sağlık problemleri haricinde kişinin sağlık hizmetleri ile ilgili bilinçli bir seçimde bulunması söz konusu olabilirken; yine bu seçimin isabetliliği, kişinin erişebileceği bilginin kalitesiyle de doğru orantılıdır

– Diğer hizmetlerde sunulan hizmet karşılığında alınan bir ücret bulunurken, sağlık hizmetlerinde ise sunulan hizmetin bir karşılığının olması yanında büyük özveri ile yapılan işler göze çarpmaktadır.

– Sağlık hizmetleri sağlığı korumak amacıyla da yapıldığı için hizmetten faydalanacak kişilerin kim olduğunun bilinmemesi halinde de yapılmaktadır. Örneğın bölgede yayılmakta olan bir hastalığı önlemek için aşı yapılması sunulan hizmetin kime yapıldığı bilinmeden yapılan bir sağlık hizmetidir.

2.1.4. Sağlık Hizmeti Arz ve Talebi

Bireylerin talep ettikleri sağlık hizmetlerini karşılayabilmek için öncelikle sağlık tesisinin kurularak, faaliyetlerde ihtiyaç duyulacak araç ve gerecin temin edilmesi, sonrasında departman ve işlere uygun sağlık personelinin istihdam edilmesi gerekmektedir[10].

Sağlık hizmetlerinin arzının etkin hale getirilebilmesi için bu konudaki önceliklerin belirlenmiş olması önemlidir. Sağlık sektörü için ayrılan kaynakların öncelikli olarak hangi bölgelerde, hangi hizmetlerin sunumunda, hangi programların uygulanmasında kullanacağıının belirlenmesi gerekmektedir. Bu şekilde yapılacak bir planlama kısıtlı olan imkânlarla sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliğini arttıracaktır [11].

Sağlık hizmetlerinin arzı konusunda yapılan en büyük hatalardan biri, sağlık hizmetlerinden faydalanan kişilerin bir müşteri olarak görülmesidir. Özel sağlık kuruluşlarının hayata geçirilmesi sonrasında etkili olmaya başlayan bu düşünce yapısı, özel sağlık işletmelerinin kazanç elde etme düşüncesinden kaynaklanırken, hasta hakları standartlarının oluşturulması ve bu konudaki denetlemelerle giderilmeye çalışılmaktadır. Bu yolla sağlık hizmeti sunumunda hastanın özellikleri dikkate alınarak, kazanç odaklı değil, hasta merkezli bir anlayış yerleştirmek hedeflenmektedir [12].

Yirminci yüzyılın sonlarına doğru yaşanan toplumsal ve ekonomik değişimler devletin ekonomideki yerini tartışılır hale getirmiştir. Devletlerin ekonomik faaliyetlerden çekilmesi gerekliliği düşüncesi, sağlık hizmetlerinde de kendini göstererek sağlık hizmetlerini sunan özel işletmelerin bu alanda hızla yayılması sonucunu doğurmuştur. Sağlık hizmetlerini talebin kişisel bir hak olması, bu hizmetlerden faydalanmanın en adil şekilde organize edilmesi ile sağlanabilecektir. Sağlık hizmetlerinin arzında özel sektör ile kamu sektörü arasındaki en önemli farklardan biri, kamu tarafından arz edilen sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışından kaynaklanması, özel sektör tarafından arz edilen

sağlık hizmetlerinin kazanç elde etme düşüncesine dayanmasıdır. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin tamamıyla serbest piyasa şartlarına teslim edilmesi doğru olmadığı için, devlet tarafından yapılan denetleme, düzenleme kuralları oluşturucu ve kuralların uygulanmasını denetleyici çalışmalar ile sağlık sektöründe hizmet kalitesini artırıcı çalışmalardır [13].

2.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Gruplandırılması

Sağlık hizmetlerini üç ana grupta incelemek mümkündür. Bunlar, bireyin mevcut sağlık durumunu koruyacak çalışmalar, hastalık halinin yaşanması durumunda bireyi tedavi edecek türdeki hizmetler ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir.

2.1.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerini iki bölüme ayırmak mümkündür. Bunlar kişiye yönelik sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik sağlık hizmetleridir.

Kişiye Yönelik Sağlık Hizmetleri: Kişiler ve toplum arasında ayrılmaz bir bağ vardır. Yani toplumdaki kişilerin sağlıklarını tehlikeye sokacak virüslere karşı dirençli ve güçlü olmayı, hastalanmaları halinde ise en kısa zamanda teşhis konularak, hastalığa karşı en uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu gruptaki hizmetlerdir. Bu gruptaki sağlık hizmetleri sağlık sektörü ve sağlık personeli tarafından yürütülmektedir. Başlıca kişiye özel sağlık hizmetleri arasında [14];

- Hastalık halinin tanısının yapılması ve en uygun yöntemle tedavinin gerçekleştirilmesi
- Aşılama
- İlaçla koruma
- Beslenmenin iyileştirilmesi
- Sağlık eğitimi bulunmaktadır.

Çevreye Yönelik Sağlık Hizmetleri: Bireyin sosyal çevresinde olan ve bireyin sağlığını olumsuz şekilde etkileyen biyolojik, fiziki, kimyasal ve sosyal etkenleri ortadan kaldırarak veya bunların kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi maksimum seviyede

olumlu hale getirme çabalarının tümü bu tür sağlık hizmetlerinin kapsamına girmektedir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sağlık sektöründen çok diğer sektör ve hizmet gruplarını ilgilendirmektedir. Sağlık sektörü bu konuda danışmanlık, denetim ve yol göstericilik görevi üstlenmektedir. Bu başlık altındaki başlıca hizmetler arasında[14];

- Maksimum seviyede temiz su sağlanması,
- Katı ve sıvı atıkların çevreye ve topluma zararsız hale getirilmesi,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,
- Haşerelerle savaş,
- Hava kirliliği ile savaş,
- Kimyasal etkenlerle (Radyasyonla) ve gürültü ile savaş bulunmaktadır.

2.1.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bu tür sağlık hizmetlerinde muayene, erken teşhis, doğru tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri bulunmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde hasta olmaları önlenemeyen (tedavi edilemeyen) kişilerin eski sağlık düzeylerine gelmeleri için çaba gösterilir. Tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında ayakta (günübirlik) ve yatarak tedavi hizmeti verilmektedir.

Ayakta (Günübirlik) Tedavi Hizmetleri: Sağlık sektöründe tedavi hizmetleri, verilen hizmetin kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriterleri esas alınarak birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak da sınıflandırılabilir. Birinci basamak tedavi hizmetleri, genel olarak ayakta (günübirlik) tedavi hizmetlerini içermektedir. Sağlığı bozulan kişilerin ilk başvurduğu kurumlarda sunulan hizmetleri kapsamaktadır [15]. Ayakta tedavi hizmetinde sağlık işletmesinin verdiği hizmet daha kısa sürelidir.

Yatılı Sağlık Hizmetleri: Tedavi edici sağlık hizmetlerinden ikincisi olan yatılı sağlık hizmetleri, hastalığın tetkik ve tahlillerinin yapılarak tıbbi bir müdahale gerektiren durumlarda muayene, ameliyat ve tıbbi bakım gibi tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Ayakta tedavisi sağlanamayan hastaların hastaneye yatırılmak suretiyle tedavi edilmesine denilmektedir [16].

2.1.5.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitate edici sağlık hizmetleri sosyal ve tıbbi rehabilitasyon hizmetleri olarak iki bölümde incelenmektedir.

Sosyal rehabilitasyon hizmetleri: Korunmaya ihtiyacı olan çocuk veya aile, yaşlı, hükümlü, engelli gibi özel ihtiyacı olan bireylere sunulan sağlık hizmetleridir. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri ilk olarak İkinci Dünya Savaşı zamanında hastalara destek verilmesi düşüncesi ile gündeme gelmiş ve daha sonra kısa sürede yaygınlaşmıştır [17]. Bu hizmetler bireyin yeniden topluma kazandırılması gayesine yönelik olarak içinde bulunduğu çevreye ve durumlara uyum sağlaması için verilen, öğretme, iş bulma, destek programları yani kısaca adapte edilmesi uygulamalarını içermektedir [18]. Bireyin bu şekilde genel olarak sağlıklı olmasını sağlayan hizmetlere sosyal rehabilitasyon hizmetleri denilmektedir. Bu hizmetlerin sunucusu sadece sağlık sektörü değil, toplum için oluşturulmuş birçok kurumdur.

Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri: Sağlık hizmetlerinden olan rehabilitate edici sağlık hizmetlerinin asıl amacı, tıbbi olarak giderilmiş sağlık sorunlarının ve hastalıkların kişi, toplum ve çevre üzerinde kalıcı olumsuz etkiler bırakmasını engelleyebilmek veya en aza indirmektir. Temel amaç kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden eski sağlığına kavuşturulmasıdır. Böylece bireyin, ailesinin, çevresinin ve toplumun sağlık kalitesi korunmaktadır [18].

2.1.5.4. Sağlık Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi için ortaya konulan hizmetlerin asıl gayesi toplumu oluşturan bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak standart şekilde yani toplumla aynı seviyede devam ettirilmesidir. Bireylerin sağlıklarını kaybetmeden yaşamaları ve sağlıklarını geliştirmeleri konusunda kendilerine yardımcı olmak amacıyla çeşitli sağlık kurumları oluşturulmuştur. Bu kurumların amacı, toplumu oluşturan bireylerin sağlıklı yaşama bilincine sahip olmalarını ve sağlıklarını koruyarak geliştirmelerini sağlamaktır [8].

2.1.6. Hastane

Hastaneler, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri verdikleri için tıbbi amaçla kurulmuş sosyal birer kuruluşken, aynı zamanda yönetimlerinde ekonomik kuralların işlediği birer iktisadi işletme niteliğindedir. Hastaneler ayrıca yeni sağlık personellerinin yetişip mesleki gelişimlerini sağlayan bir araştırma kurumudurlar [19].

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri; sağlık problemi yaşayanların gözlemlerinin yapılarak tanı ve tanı sonrasındaki tedavilerinin yapıldığı, tıbbi olarak tedavi edilen hastalara rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği, sağlığını kaybeden bireylerin uzun veya kısa süreli olarak kaldığı kuruluşlar şeklinde tarif etmektedir. Sağlık Bakanlığının tanımında ise hastaneler, hasta olduğundan şüphe edilenlerin, hastaların, doğum yapacak olanların ve yaralı durumda olanların, kısaca sağlık hizmetine ihtiyacı olanların gözlemlerinin yapıldığı, tanı, tedavi ve tedavi sonrasındaki rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği kurumlar olarak tanımlanmıştır [20].

2.1.6.1. Hastanelerin Amaçları

Hastane işletmeleri kuruluş ve işletme şekilleri dolayısıyla hem sosyal, hem de ekonomik örgütlerdir. Hastaneler, sağlık durumu bozulmuş olan her bireyin gereksinim duyduğu sağlık hizmetleri sunarak, onlara sağlıklı yaşantısını sürdürmeleri konusunda destek vermektedir. Hastaneler sundukları hizmetlerden gelir elde etmelerinden dolayı da ekonomik olarak bir hizmet üreten işletme konumundadırlar[21].

Hastaneler, sağlık ile ilgili ihtiyacı olanların ilk ulaştığı yer oldukları için sağlık sisteminin en önemli birimidirler. Sağlık hizmeti alanında çalışan sağlık personelinin büyük çoğunluğu da hastane işletmelerinde çalışmaktadırlar [19].

Hastane işletmelerinin işlevleri sağlık sisteminin bir parçası olmalarına bağlı olarak şekillenmektedir Buna göre;

- Hastaneler ortaya koydukları ürün bakımından hizmet işletmeleri kapsamındadırlar [22].
- Hastanelerin ana fonksiyonu tedavi hizmet sunmaktır [22].

- Hastane işletmeleri, sağlık personelinin yetişip tecrübe kazandıkları yerler olması bakımından eğitim hizmeti veren kurumlar niteliğindedirler [23].
- Hastaların durumunun ve hastalıkların tedavi yöntemlerinin araştırılıp yeni yöntemler ortaya konulması bakımından araştırma geliştirme işletmeleridirler [23].
- Hastanelerde sunulan hizmetler, tüm uluslarca anayasal bir hak olarak güvence altına alınan ve tanımlanması oldukça güç bir kavram olan sağlık ile ilgili hizmetleri üreten işletmelerdir[22].
- Hastane hizmetleri, bir süreç halinde sunulan sağlık hizmetlerinin bütünü halindedir. Bu bütün içerisindeki bütün hizmet alanları birbirini tamamlar niteliktedir ve biri aksadığında bu aksaklık diğerlerine de yansımaktadır [19].
- Dış çevre koşulları ve sundukları hizmetlerin çeşitliliği açısından bakıldığında hastaneler karmaşık yapıda, açık-dinamik sistemlerdir[22].
- Hastanelerde sağlık alanında çalışan birçok iş kolunu görmek mümkündür. Her iş kolunda çalışanlar arasında bir iş bölümü vardır ve bu çalışanlar alanında uzman kişilerdir [19].
- Hastanelerde sunulan hizmetler teknolojik gelişmelere bağlı olarak sürekli yenilenmek zorundadır [19].
- Hastane işletmeleri sürekli çalışan işletmelerdir. Sunulan hizmetlerin devamlılığı vardır, bu hizmetler ertelenemezler[19].
- Hastane işletmelerinin kuruluşu ve çalışmasının devamı sırasında yapılan yatırımlar büyük ekonomik kaynak gerektirirken, aslında bu işletmeler emek yoğun işletmelerdir [19].

2.1.6.2. Hastanelerin Sınıflandırılması

Bu konuda sınıflandırma yaparken hastanede hastalara verilen hizmetin türü, hastanenin mülkiyetinin kimde olduğu, yani hastane yönetiminin kimde olduğu, hastanenin büyüklüğü, hastanenin mevcut yatak kapasitesi ve hasaların bu kurumda ne kadar süre kaldıkları gibi kriterler dikkate alınmaktadır. Bu açıdan bakılarak hastaneler aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir[24]:

Verdikleri Tedavi Hizmetlerinin Türlerine Göre; hastaneler; eğitim hastaneleri, genel amaçlı hastaneler ve özel dal hastaneleri olmak üzere üçe ayrılır.

Eğitim hastaneleri; öğretim, eğitim ve araştırma yapılan, uzman ve ileri dal uzmanlar yetiştirilen hastanelerdir. Eğitimden kastedilen yeni yetişen doktorlara alanlarında uzmanlık kazandırmaktır. Stajyer hemşireler ve diğer yardımcı sağlık personeli için verilen eğitimler bir hastanenin eğitim hastanesi olması için yeterli değildir. Eğitim hastaneleri bu eğitim işlevlerinin yanında ayrıca ayakta ve yatarak hasta tedavisi yapılan hastanelerdir. Genel amaçlı hastaneler, belirli bir vaka veya farklı bir ayırım gözetmeksizin kendi bünyesindeki uzman kadroya göre sağlık hizmeti sunarken, özel dal hastaneleri ise belirli bir yaş gurubu, belirli vakalar gibi ayrımlar yaparak sağlık hizmeti vermektedirler. Doğum ve çocuk hastaneleri, diş hastanesi, göz hastanesi gibi ayrımları olan bu hastaneler sundukları sağlık hizmeti konusunda uzman durumdadırlar [25].

Hastanelerin Mülkiyet Yapılarına Göre; Beş grupta sınıflandırma mümkündür. Bunlar [21];

- Sağlık Bakanlığı mülkiyetinde olan hastaneler,
- Diğer Kamu Hastaneleri: Belediye hastaneleri gibi,
- Özel hastaneler: Yasaların izin verdiği sağlık hizmeti sunma yeterliliğine sahip girişimcilerin kâr amacını da göz önünde bulundurarak kurdukları sağlık kuruluşlarıdır.
- Milli Savunma Bakanlığına bağlı hastaneler,
- Üniversite hastaneleri

Hastanelerin Yatak Kapasitelerine Göre; hastanelerin sınıflandırılması ile hastanelerin büyüklükleri belirlenmiş olmaktadır. 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üzeri yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılan hastanelerin bu yatak kapasitelerinin ne kadarını kullanıyor oldukları da hastane büyüklüğünün belirlenmesinde objektif bir kriterdir[21].

2.2. Kalite Kavramı

Latincesi qualis olan kalite kelimesi, bir hizmetin nasıl olması gerektiğine dair kriterlerdir. Günlük yaşamımızda sürekli duyulan ve kullanılan bir kelime olan kalite konusunda belirli bir kavram birliğine ulaşamamıştır.

Kalite kavramının temelinde “insan” vardır. İnsana verilen değer, duyulan güven, ihtiyaçların karşılanması, kendini en üst düzeyde gerçekleştirme ve mutluluğu; kısacası “kalite insanı” olması, kalite felsefesinin yapı taşıdır [26].

Kalite çok boyutlu bir kavram olması nedeniyle kullanım amacına göre farklı anlamlar taşımaktadır. Birçok kişiye göre kalite için; “pahalı”, “lüks”, “zor bulunan”, “güven veren” “üstün nitelikli” gibi kavramlar ile eş anlamda kullanılmaktadır [27].

Amerikan Kalite Kontrol Derneği (ASQC) kaliteyi; bir mal veya hizmetin, belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümü olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası Standart Bürosu (ISO)’nun tanımı da bu tanımı içermektedir. Kalite ürün veya hizmet ile sınırlandırılmayıp, yönetim, dağıtım, müşteri hizmetleri ve hayatın tüm yönlerini ilgilendiren temel bir kavramdır. Tasarım kalitesi, bir ürünün genel olarak tüketicilerin isteklerini karşılama derecesidir. Uygunluk kalitesi ise, belirli bir ürünün üretildiği zaman kendisi için tasarlanan kalite düzeyine uyma derecesidir [28].

Kalite, ürün veya hizmetin müşteri beklentilerini karşılayabilme kapasitesi ya da daha geniş anlamda ürün ve hizmetin bir özelliğidir.

2.3. Toplam Kalite Yönetimi

Toplam kalite yönetimi, organizasyondaki tüm faaliyetlerde çalışanların ekip ruhu ve koordinasyonla çalışmasını sağlamaya dönük olan, işletmenin amaçları ile müşteri gereksinimlerini bir bütün olarak kabul eden bir yönetim felsefesidir. Toplam kalite yönetimi, bütüncül bir yönetim yaklaşımı olup; sürekli gelişme, alıcı isteklerini karşılama, uygulamaları geliştirme, vizyoner düşünceye sahip olma, personelin katılımı, ekip halinde çalışma, süreçlerin yeniden tasarımı, rekabet oluşturma, ekip bazında problem çözümü, çıktılarının ölçümünün devamlılığı ve tedarikçilerle ilişkileri yakın tutmak gibi faaliyetleri kapsamaktadır. Toplam Kalite Yönetimi (TKY); müşterinin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik, müşteri odaklı, üst yönetimin kararlılık, sorumluluk ve liderliğinde, tüm çalışanların katılımı ile çalışanların düşünce ve değerlerine önem verip, yönetime katarak, motivasyonu artıran, eğitim ile birlikte çalışanların daha etkin, verimli ve yetenekli hale

gelmelerini sağlayıcı, hedeflere göre yönetimi ve insana verdiği değerle çalışanların sürekli gelişmesini destekleyen bir kavramdır[29].

2.3.1. Toplam Kalite Yönteminin Amaçları ve Özellikleri

Toplam Kalite Yönetimi; liderlik, müşteri odaklılık, personel eğitimi, ekip çalışması ve sürekli geliştirme ve iyileştirme gibi temel unsurlardan oluşmaktadır. Sıralanan bu özelliklere bakıldığında, özellikle süreklilik ve verimlilik konusunda odaklanması göze çarpmaktadır. Bu sayede toplam kalite yönetimi ile birlikte parçalar bir arada tutulmaya çalışılırken, aynı zamanda bu birlikteliğin verimli ve kesintiye uğramayacak şekilde sürekli olmasına çalışılmaktadır [30].

Değişim, çoğu kişi için zordur ve bütün bir örgütü içeriyorsa, önemli miktarda çaba gerektirir. Misyon, yeni felsefeyi çalışanlara iletcek ve TKY aracılığıyla iyi kalite yönetimine doğru bir adım atıp gelecek somut hedefleri görmelerini sağlayacaktır[31].

Gelişimin sürekli olması bütün işletmelerin arzu ettiği bir durumdur. Bu sebeple işletmeler sürekli gelişimi kendilerine hedef olarak koymuşlardır. İşletme yönetiminde sürekli gelişimin hedef olarak belirlenmesi Kaizenstratejisi olarak da ifade edilmektedir. Japon yönetim biliminde, çok önemli kavram olan Kaizen, maliyetler düşerken alıcı memnuniyetinin rekabet gücüyle birlikte arttığı teknolojiye uyumlu değişen süreçlere yönelik çalışanın hızla geliştiği bir kavramdır. Sürekli iyileştirme, sonuçlardan daha çok süreçlerle ilgilenmektedir, sonuçları iyileştirmek hedef olduğunda sonuçları ortaya çıkaran süreçleri de iyileştirilmek gereklidir [32].

Kaliteye ulaşmak için işletmede çalışan herkesin sorumluluk alması gerektirmektedir. Çalışan herkes, kalitenin ne kadar önemli olduğunu bilmeli ve kaliteye ulaşmak için kendi sorumluluklarının farkında olmalıdır. İşletmeler üretim süreçlerini çalışanların katkılarıyla düzeltebilirler. Bir organizasyonda katılım, kişileri sorumluluk paylaşma konusunda cesaretlendirerek, grup amaçlarına katkıda bulunarak grup ortamının içine zihinsel ve duygusal açıdan girmek istemelerini sağlamaktadır [33].

2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık, tüm dünyada bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkta kalite kavramı ise dünyada gelişmişliğin en önemli göstergelerinden biridir. Sağlık hizmetleri toplumun refah seviyesinin ve mutluluğunun geliştirilmesi için insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunmasını, iyileştirilmesini ve sürekliliğini ana hedef olarak benimseyen hizmetlerdir [34].

AvedisDonabedian'a göre sağlıkta yüksek kalite hizmeti, hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması olarak tanımlanmaktadır. (Donebedian,1995).

Donebedian kalitenin birbirinden ayrılmaz üç ögesini şu şekilde sıralamıştır;

- Teknik hizmetin kalitesi,
- Hizmetle ilgili herkesin, fakat özellikle hasta ve sağlık hizmeti sunan kişiler arasındaki ilişkinin iyiliği,
- Hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan öğeleridir.

Amerikan Tıp Enstitüsünde sağlık hizmetlerinde kaliteyi “Bireylere ve topluma, eldeki en yeni bilginin ışığında ve istenilen sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde sunulması” olarak tanımlanmıştır [35].

2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Kazanç ve Boyutları

Endüstriyel kalitenin boyutlarını sağlık hizmeti kalitesi boyutlarına uyarlayıp örneklerle tanımlarsak;

- **Performans:** Bir hastanenin doğru ve etkili tedavileri uygulaması örnek olarak verilebilir.
- **Uygunluk:** Hastanenin yirmi dört saat acil servis vermesi.
- **Güvenilirlik:** Bir üniversite hastanesinin yaptığı bilimsel araştırmalar nedeniyle duyulan güven örnek olarak verilebilir.
- **Dayanıklılık:** Hastane binasının boyasının eski ve dökülüyor olmaması.

- **Hizmet Görürlük:** Hastanenin bütün hizmet birimlerinin aynı kampüste olması.
- **Estetik:** Hastanenin temiz olması, bir binanın dekoratif özellikler açısından müşterinin zevkine hitap etmesi örnek olarak verilebilir.
- **İtibar:** Bir hastaneden alınan hizmetin geçmiş performansı ve müşteriler açısından göreceli imajı olarak ifade edilir. Bu boyut, bir çok müşterinin ürünle ilgili kalite algısını önemli oranda etkileyebilir.
- **Ek Unsurlar:** Hastanenin veya hastane kampüsünün içinde dahili eczanesinin olması gibi unsurlardır[1].

2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimine İhtiyaç Duyulma Nedenleri

Sağlık hizmetlerinde toplam kaliteye ihtiyaç duyulmasının temel sebepleri arasında, “tıp bilimi ve teknolojiadaki gelişmeler, tanı ve tedavi yöntemindeki gelişmeler, sağlık düzeyi göstergelerindeki olumlu değişimler ve sağlık hizmetlerinin yaygın hale gelmesi, dünya genelinde sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak kamu tarafından yerine getirilmesi sebebiyle devletin etkileyici rolü” yer almaktadır. Sağlık işletmelerinin TKY uygulamalarına ilişkin nedenler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Kitle iletişim imkânlarının artması,
- Hasta hakları konusundaki hassasiyetin artması,
- Hekim hataları tartışmalarının yaygınlaşması
- Tıbbi uygulamalardan kaynaklı hatalar nedeniyle kişi ve kurumlara verilen ağır cezaların olması,
- Genel kültür düzeyinin ve kişilerin kendi sağlıklarına verdikleri önemin artması,
- Gün geçtikçe artan sağlık talebini karşılamamanın güçleşmesi,
- Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yükselmesi, ancak hizmet kalitesinin düşmesi, verimliliğin ve etkinliğin azalması,
- Daha az hasta şikâyetine ulaşma,

- Daha az servis-bakım giderleri ulaşma,
- Kaynakları optimum kullanma ihtiyacı,
- Sağlıklı bilgi akışı oluşturma ve yönetim kolaylığı sağlama [1].

2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Kazançları

Sağlık işletmeleri birden fazla süreçle kalite yönetimini ele alarak kendilerine özgü kalite politikaları ile hizmeti sunmak zorundadır. Sunulan hizmetlerin kısa vadeli olmaması ve hizmete yönelik olması gerekir. Sağlık kurumları veya işletmeleri uzun vadeli düşünerek kaliteli hizmet sunumunu devam ettirdikçe kazançları artacaktır. Bu anlamda toplam kalite yönetimi genel olarak hastalarda ve çalışanlarda güven duygusunda artışa yol açar, ekip çalışmasını motive eder, kurumun saygınlığını artırır, maliyetleri azaltır, verimliliği ve kazancı yükseltir. Sağlık kurumlarında kalitenin yönetiminin personel, idari ve tıbbi açıdan olmak üzere pek çok olumlu katkıları olacaktır [36].

2.5. ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi

ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi, etkili bir kalite yönetim sistemini ifade eden bir standarttır. ISO 9001 standardı, merkezi Cenevre'de bulunan ve yüze yakın ülkenin üye olduğu Uluslararası Standartlar Organizasyonu tarafından geliştirilmiştir. Kuruluşların kalite yönetim sisteminin şartlarını ve yapısını anlatan temel standart ISO9001:2015 revizyon kalite standardıdır. Bu standardın temel amacı ve kazanımı işletmelerde disiplinli bir yapı kurarak tecrübe edilmeden, deneme-yanılma metodları uygulamadan kurumsal bir kalite yönetim yapısına kavuşmaktır. Standart tüm işletme süreçlerine uygulanmakta ve her adımda işletmenin prosedürlerle, talimatlarla, politikalarla, hedeflerle, planlarla, risk analizi ve hedef çizerek uygun yapıda işlemlerini, kuruluşun yöneticisi-patronu olmasa bile işletmenin yoluna devam etmesini sağlayan disiplinli bir yapı oluşturur. Yani;

Planlanmış,

Uygulanmış,

Kontrol edilmiş,

Ölçülüp analiz edilebilir bir işletme yönetimini oluşturmak amaçlanmıştır.

ISO 9001:2015, bir kalite yönetim sistemi için kriterleri ortaya koymakta ve sertifikalandırılabilen tek standarttır. Faaliyet alanından bağımsız olarak büyük veya küçük herhangi bir kuruluş tarafından kullanılabilir. Bu standart, güçlü bir müşteri odaklılık, üst yönetimin motivasyonu ve çıkarımı, süreç yaklaşımı ve sürekli iyileştirme gibi bir dizi kalite yönetim ilkesine dayanmaktadır[37].

2.6. Literatür Araştırması

Doğan (2013), sağlık personellerinin TKY algılarını belirlemek amacıyla Malatya ilinde yaptığı çalışmanın örneklem grubu il merkezinde bulunan 7 kamu ve özel hastanede görev yapmakta olan 486 sağlık personelidir. Araştırmanın verilerinin toplanmasında katılımcıların kişisel bilgilerinin tespit edilmesi amacıyla 6, toplam kalite yönetimi ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi amacıyla 28 madde bulunan anket formu kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, katılımcıların yaşları, eğitim durumları, çalışma süreleri ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

Akar (2014), sağlık sektörü yöneticilerinin sağlık sektöründeki toplam kalite yönetimi anlayışlarını tespit etmek amacıyla Ankara ilinde yapmış olduğu çalışmada veri toplama aracı olarak Amerika Birleşik Devletlerinde A F. Al-Assaf ve Steven J. Gentling tarafından hazırlanmış olan anket formunu kullanmıştır. 2013 yılı nisan ve ekim ayları arasında yapılan çalışmanın örneklem grubu Ankara ilinde bulunan hastanelerdeki 204 yöneticidir. Araştırmada hastane yöneticilerinin toplam kalite yönetimi ile ilgili algılarının olumlu olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucunda yöneticilerin %46,7'sinin TKY konusunda hiç eğitim almadıkları, %52,7'sinin sağlıkta kalite standartları sürecinden olumlu sonuçların alınmasının 1-2 yıl kadar zaman alacağını düşündükleri tespit edilmiştir.

Tunç (2018), TKY'nin sağlık çalışanlarının performanslarına etkisini tespit etmek amacıyla yapmış olduğu çalışmada Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Uygulama ve Araştırma hastanesinde görev yapmakta olan 300 hemşire örneklem grubu olarak alınmıştır. Araştırma verilerinin elde edilmesinde Güngör (2008) tarafından geliştirilmiş olan ve 58 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, katılımcıların cinsiyetleri, medeni durumları, çalışılan birim, bu birimdeki çalışma süreleriyle TKY

algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiş, eğitim durumları, yaşları, toplam çalışma yılları ile TKY algıları arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir.

Kızıl (2018), sağlık personellerinin TKY algılarını tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmanın örneklem gurubunun belirlenmesinde tanımlayıcı kesitsel tip kullanılmıştır. İstanbul ilinde yapılan çalışmanın örneklem gurubunu 260 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın verilerinin elde edilmesinde Al-Assaf ve Gentling'in (1996) geliştirdiği, Doğan ve Kaya tarafından Türkçeye çevrilerek revize edilen ve 28 maddeden oluşan anket formu kullanılmıştır. Araştırma sonucunda katılımcıların TKY algıları ile görev/unvan grupları, bilgi düzeyleri, eğitim alma düzeyleri ve eğitim aldıkları yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir.

Ablak (2019), sağlık kuruluşlarında toplam kalite yaklaşımının insan kaynakları yönetimine ve iş tatminine olan etkisini tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmanın örneklem gurubu sağlık kurumlarında çalışan idari ve tıbbi 120 personeldir. Araştırma sonucunda, sağlık personelinin eğitim düzeyleri ve yaşları ile kalite algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu bölümde araştırmanın amacı ve tipi, hipotezleri, ölçme araçları, araştırma verilerinin toplanması ve analizi, araştırmanın etik boyutu ile kapsam ve sınırlılığı hakkında bilgiler verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma Bitlis ili Sağlık Müdürlüğünde çalışan sağlık personellerinin sağlıkta kalite anlayışlarının sosyo-demografik özelliklerine göre değişimini tespit etmek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Sağlık personelinin sağlık sektöründeki kalite anlayışında cinsiyet değişkeni etkilidir.

H2: Sağlık personelinin sağlık sektöründeki kalite anlayışında yaş değişkeni etkilidir.

H3: Sağlık personelinin sağlık sektöründeki kalite anlayışında eğitim durumu değişkeni etkilidir.

H4: Sağlık personelinin sağlık sektöründeki kalite anlayışında medeni durum değişkeni etkilidir.

H5: Sağlık personelinin sağlık sektöründeki kalite anlayışında kurumda çalışma süresi değişkeni etkilidir.

H6: Sağlık personelinin sağlık sektöründeki kalite anlayışında meslekte çalışma yılı değişkeni etkilidir.

H7: Sağlık personelinin sağlık sektöründeki kalite anlayışında unvan değişkeni etkilidir.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni Bitlis ili Sağlık Müdürlüğüne bağlı Bitlis Devlet hastanesinde Ocak-Temmuz 2019 tarihleri arasında çalışan sağlık personelleridir. Araştırmanın örneklemini ise Bitlis ili Sağlık Müdürlüğünde Ocak ve Temmuz Ayları arasında çalışan 164 sağlık personelidir. Araştırmanın örneklemini rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir.

3.4. Ölçme Araçları

Araştırmada kullanılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Anket formunun birinci bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini tespit etmek amacıyla sorulmuş 7 soru bulunmaktadır. Anket formunun ikinci bölümünde ise katılımcıların sağlıkta kalite anlayışlarını tespit etmek amacıyla TKY'nin planlanması, uygulanması ve başarıya ulaşması ile ilgili 28 ifadenin bulunduğu TKY ölçeği 1996 yılında A.F. Al-Assaf ve Steven J. Gentling tarafından ABD'deki bazı sağlık kuruluşlarında (167 Department of Veterans Affairs Medical Centers) çalışan üst düzey yöneticilerin TKY konusundaki algılarının araştırıldığı çalışmada kullanılmıştır. Geçerliliği ve güvenilirliği kabul edilmiş olan anket formu, 2004 yılında Songül Doğan tarafından çevirisi yapılmış, güncelleştirilerek, kullanılmıştır[38]. Beşli likert tipi ölçekle hazırlanan sorularda her ifadenin karşısında, yöneticilerin ifadelerdeki durumlarla ilgili düşüncelerini öğrenmek amacıyla; Tamamen katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2), Hiç Katılmıyorum (1), seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir.

Araştırmada ölçeğin 28 adet ifadesine ilişkin olarak hesaplanan Cronbach's Alpha katsayısı 0.85'dir. TKY ölçeği yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

– Süreç yönetimi, etkinlik ve yönetişim alt boyut ölçeğinin 9 ifadeye ilişkin alpha değerleri: 0.68'dir. Süreç yönetimi, etkinlik ve yönetişim alt boyut ölçeği oldukça güvenilir çıkmıştır.

– Sürdürülebilirlik ve katılımçılık alt boyut ölçeğinin 9 ifadeye ilişkin alpha değerleri: 0.78'dür. Sürdürülebilirlik ve katılımçılık alt boyut ölçeği oldukça güvenilir çıkmıştır.

– Yönetici eğitimi – kalite felsefesi alt boyut ölçeğinin 4ifadeye ilişkin alpha değerleri: 0.65'dür. Yönetici eğitimi – kalite felsefesi alt boyut ölçeği oldukça güvenilir çıkmıştır.

– Standardizasyon alt boyut ölçeğinin 3 ifadeye ilişkin alpha değerleri: 0.36'dür. Paydaş ve paydaş bilinci alt boyut ölçeğinin 3 ifadeye ilişkin alpha değerleri: 0.30'dür. Standardizasyon alt boyut ölçeği ve paydaş ve paydaş bilinci alt boyut ölçeği güvenilirlik değerleri düşük çıkmıştır.

TKY ölçeğinde alınabilecek minimum puan 28, maksimum puan 140'dır. Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim alt boyutunda alınabilecek minimum puan 9, maksimum puan 45'dir. Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık alt boyutunda alınabilecek minimum puan 9, maksimum puan 45'dir. Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi alt boyutunda alınabilecek minimum puan 4, maksimum puan 20'dir. Standardizasyon alt boyutunda alınabilecek minimum puan 3, maksimum puan 15'dir. Paydaş ve Paydaş Bilinci alt boyutunda alınabilecek minimum puan 3, maksimum puan 15'dir.

TKY ölçeğinin aralık değeri ve aralık değerinin ifade ettiği düzey:1.00-1.80 hiç katılmıyorum, 1.81-2.60 katılmıyorum, 2.61-3.40 kararsızım, 3.41-4.20 katılıyorum ve 4.21-5.00 tamamen katılıyorum şeklindedir.

3.5. Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 20.0 istatistik paket programına girilerek paket programı ile veriler analiz edilmiştir. Araştırmaya katılanların demografik özellikleri frekans ve yüzde dağılımları olarak verilmiştir.

TKY algı düzeyi ve alt boyutlarının normal dağılım gösterip göstermediğini saptamak için Kolmogorov-Smirnov analizi uygulanmıştır. Veriler normal dağılım göstermediğinden non-parametrik test uygulanmıştır.

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaş, unvanı, kurumdaki hizmet süresi ve meslekteki hizmet süresi ile TKY'ne yönelik algı puanları ve alt boyutları arasında anlamlı farklılık olup olmadığını saptamak ve iki grup ortalamalarını karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Üç ve üçten fazla olan gruplar arasında farklılığı saptamak için Kruskal-Wallis Testi uygulandı. TKY ölçeği ve alt

boyutları arasındaki ilişki olup olmadığını ve yönünü saptamak için korelasyon analizi yapıldı. İstatistiksel analizde anlamlılık düzeyi 0.05 olarak belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Bitlis Valiliğinden ve Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü Etiği Kurulu'ndan izin alınmıştır.

Araştırmacı tarafından araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı detaylı şekilde anlatılmış, sözlü onamları alınarak “isteklilik ve gönüllülük” ilkesi göz önünde bulundurulmuştur.

Araştırmada elde edilen bilgileri araştırmacı harici hiçbir yerde kullanılmayacağı anlatılarak güven duyulması sağlanmış “sadakat ve gizlilik” ilkesine uyulmuştur.

Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü Kurumu içerisinde sorulan anket soruları için idareye haber verilip gerekli idari izinler alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılığı

Bu araştırma Bitlis ili Sağlık Müdürlüğünde çalışan sağlık personelinin sağlıkta kalite anlayışlarının tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma Ocak Temmuz 2019 tarihleri arasında Bitlis ili Sağlık Müdürlüğünde çalışan sağlık personelleri ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde elde edilen verilerin istatistik analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Elde edilen analiz sonuçlarına göre bulguların yorumu yapılmıştır.

4.1. Demografik Özellikler

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, unvanı, yaş, kamuda çalışma yılı ve meslekte çalışma yılının frekans ve yüzde dağılımları Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri (n=164)

		Sayı (n)	Yüzde%
Cinsiyet	Kadın	99	60
	Erkek	65	39
Eğitim Durumu	Lise	21	12
	Ön Lisans	48	29
	Lisans	86	52
	Yüksek Lisans/Doktora	9	5
Medeni Durum	Evli	87	53
	Bekar	77	47
Ünvan	Hemşire-Ebe	77	47
	Sağlık Teknikeri	53	32
	Doktor	16	9
	Memur	18	11
Yaş	25 yaş ve altı	40	24
	26-35 arası	83	50
	36 yaş ve üzeri	41	25
Kamuda çalışma yılı	1 yıl ve altı	30	18
	2-5 yıl	58	35
	6-10 yıl	39	23
	11-15 yıl	15	9
	16 yıl üzeri	22	13
Meslekte çalışma yılı	1 yıl ve altı	26	15
	2-5 yıl	53	32
	6-10 yıl	43	26
	11-15 yıl	20	12
	16 yıl üzeri	22	13

Tablo 1 incelendiğinde; araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerinin %60’ı kadın, %39’u erkek şeklindedir. Eğitim durum dağılımı incelendiğinde; %12’si lise, %29’u ön lisans, %52’si lisans ve %5’i ise yüksek lisans/doktora mezunlardır. Medeni durum

dağılımı incelendiğinde; %53'ü evli, %47'si bekâr şeklindedir. Araştırmaya katılan bireylerin unvan dağılımı incelendiğinde; %47'si hemşire-ebe, %32'si sağlık teknikeri (radyoloji, laboratuvar, diyaliz, anestezi), %9'u doktor-eczacı ve %11'i memur şeklinde dağılım göstermektedir. Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde; %24'ü 25 yaş ve altı, %50'si 26-35 arası ve %25'i ise 36 yaş ve üzeri şeklindedir. Katılımcıların kamuda çalışma dağılımları incelendiğinde; %18'i 1 yıl ve altında, %35'i 2-5 yıl, %23'ü 6-10 yıl, %9'u 11-15 yıl ve 13'ü ise 16 yıl ve üzeri kamuda çalışmakta olduklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan bireylerin mesleklerinde çalışma sürelerinin dağılımı incelendiğinde; %15'i 1 yıl ve altı, %32'si 2-5 yıl, %26'sı 6-10 yıl, %12'si 11-15 yıl ve %13'ü 16 yıl ve üzeri şeklinde olduğu görülmektedir.

4.2. Katılımcıların TKY'ne Yönelik Algı Düzeylerine İlişkin Bulguları

Sağlık çalışanlarının TKY'ne yönelik algılarının ölçülmesinde 28 adet ifade kullanılmıştır. TKY'ne yönelik algı düzey ölçeğinde elde edilen toplam puanların normal dağılım gösterip göstermediğini saptamak için yapılan Kolmogorov-Smirnov analiz sonucunda elde edilen aritmetik ortalama, standart sapma, istatistik ve anlamlılık değerleri Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. TKY İlişkin Normallik Analiz Sonucu

	Ort.	S.s.	İstatistik	p	Min.	Mak.
TKY Algısı	95.7	12.71	0.104	0.00	48	124
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	31.0	5.04	0.112	0.00	15	41
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	33.4	5.21	0.100	0.00	13	44
Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi	12.2	2.73	0.13	0.00	6	19
Standardizasyon	9.8	1.93	0.127	0.00	5	15
Paydaş ve Paydaş Bilinci	9.1	2.08	0.137	0.00	3	14

S.s. Standart Sapma

Tablo 2 incelendiğinde TKY'ne yönelik algı düzeyi aritmetik ortalaması 95.7'dir. Süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutu aritmetik ortalaması 31.0'dir. Sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyutu aritmetik ortalaması 33.4'dir. Yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyutu aritmetik ortalaması 12.2'dir. Standardizasyon alt boyutu aritmetik ortalaması 9.8'dür. Paydaş ve paydaş bilinci alt boyutu aritmetik ortalaması 9.1'dir. TKY ölçeğinde, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutu, sürdürülebilirlik

ve katılımcılık alt boyutu, yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyutu, standardizasyon alt boyutu ve paydaş ve paydaş bilinci alt boyutunda elde edilen veriler normal dağılım göstermemiştir.

4.3. TKY İfadelerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların TKY ölçeğindeki sorulara verdikleri yanıtların sayısı, yüzdelik, aritmetik ortalaması ve standart sapma dağılımları gösterilmiştir. Süreç, etkinlik ve yönetim alt boyutuna ilişkin sayı, yüzdelik, aritmetik ortalaması ve standart sapma dağılımları Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim Alt Boyutuna İlişkin Dağılım tablosu

Soru No	Hiç katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen katılıyorum		Ort.(Ss.)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1	9	5.5	16	9.8	34	20.7	78	47.6	27	16.5	3.60(1.05)
2	5	3.0	17	10.4	27	16.5	95	57.9	20	12.2	3.66(0.93)
8	14	8.5	20	12.2	33	20.1	74	45.1	23	14.0	3.44(1.14)
9	6	3.7	9	5.5	17	10.4	92	56.1	40	24.4	3.92(0.95)
10	26	15.9	68	41.5	38	23.2	24	14.6	8	4.9	2.51(1.08)
11	16	9.8	20	12.2	37	22.6	66	40.2	25	15.2	3.39(1.17)
12	2	1.2	11	6.7	25	15.2	94	57.3	32	19.5	3.87(0.84)
16	20	12.2	24	14.6	49	29.9	48	29.3	23	14.0	3.18(1.21)
19	12	7.3	23	14.0	30	18.3	72	43.9	27	16.5	3.48(1.14)

Aşağıda sunulan tablo değerlendirmelerinde “hiç katılmıyorum ve katılmıyorum” değerlerinin toplamı ile “katılıyorum ve tamamen katılıyorum” değerlerinin toplamı kullanılmıştır. Bu şekilde bulgular “katılmıyorum, kararsızım ve katılıyorum” biçiminde yorumlanmıştır.

Tablo 3 incelendiğinde; 1, 2, 9 ve 10. ifadelerin araştırmaya katılan sağlık personelinin hastanelerdeki kalite sistemleri programı ve programın geleceği ile ilgili görüşlerinin test edildiği görülmektedir.

“9.Kalite sistemleri Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır” ifadesine %9.2’si katılmıyorum, %10.4’ü kararsızım ve %80.5’i katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.92’dir.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun bu ifadeye katılıyor olmaları Sağlık bakanlığı tarafından gerçekleştirilen hizmet düzeyini yükseltme çalışmalarına kurum çalışanlarının inandıklarını göstermektedir.

Katılımcıların süreç, etkinlik ve yönetim alt boyutundaki “1.Hastanemde işleyen bir kalite sistemleri programı uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır ”ifadesine verilen cevapların %15.3’ü katılmıyorum, %20.7’si kararsızım ve %64.1’i katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.60’dır. Katılımcıların çoğunluğunun bu ifadeye katılıyor olduğu bulgusundan hareketle sağlık kuruluşunda yürütülen kalite sistemleri programının uzun vadeli bir program olduğu, kurum çalışanlarının da programın başarılı olacağına inandıklarını söylemek mümkündür.

“2.Kalite yönetimi süreci gelecek 10 yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam edecektir” ifadesine %13.4’ü katılmıyorum, %16.5’i kararsızım ve %70.1’i katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.66’dır. Bu ifade de 1. ifadeye benzer şekilde, kalite yönetim sürecindeki iyileşmenin yıllar içerisinde daha iyi olacağını ifade etmektedir. Katılımcıların çoğunluğunun bu ifadeye katılıyor olması 1. ifadeye verilen cevaplar ile benzeşmektedir.

“10.Kalite sistemleri, sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir” ifadesine %57.4’ü katılmıyorum, %23.2’si kararsızım ve %19.5’i katılıyorum ve aritmetik ortalaması 2.51’dır. Bu ifadeye verilen cevaplarda ifadeye katılanların oranı yüksek olmakla birlikte, kararsızların ve ifadeye katılmayanların toplamda %40’ın üzerinde olması 9. ve 2. ifadeye verilen cevaplarla benzerlik göstermemektedir. Bunun sebebi sağlık çalışanlarının sağlık sektöründe hizmet kalitesini yükseltme çabalarına inanmakla birlikte, uygulamada kaliteli hizmetleri sunmanın kolay olmadığını ve zamanla uygulama sorunları yaşanarak bu tür çalışmaların popülaritesinin azalacağını düşündükleri söylenebilir.

Tablo 3’te bulunan 8, 11, 12, 16 ve 19. ifadeler araştırmaya katılan sağlık kuruluşu yöneticilerinin sağlık hizmetlerinde kalite yönetim süreci ile ilgili görüşleri test edilmiştir.

“12.Kalite sistemleri, günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır” ifadesine %7.9’u katılmıyorum, %15.2’si kararsızım ve %76.8’i katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.87’dır.

“8.Yönetimin bir üyesi olarak, kalite yönetimi sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim” ifadesine %20.7’si katılmıyorum, %20.1’i kararsızım ve %59.1’i katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.44’dır. Yönetim kademesinde olanların çoğunluğunun kalite yönetim sürecinde çalışmalar yapma konusunda istekli olduklarını göstermekle birlikte, yöneticilerin %40’ından fazlası bu konuda kararsız veya isteksizdirler. Araştırmaya katılan yöneticilerin 11 ve 16. ifadeye de benzer cevaplar verdiği görülmektedir.

“11.Yönetici olarak, hastanemde kalite sistemlerinin uygulamasına katılmak isterim” ifadesine %22.0’si katılmıyorum, %22.6’sı kararsızım ve %55.4’ü katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.39’dır. Bu sonuçlara göre yöneticilerin yarısından fazlası hastanemde kalite sistemlerinin uygulamasına katılmak isterken yaklaşık %45’i de bu konuda isteksiz veya kararsız durumdadır.

“16.Hastanemde kalite sistemlerinin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.” ifadesine %26.8’i katılmıyorum, %29.9’u kararsızım ve %43.3’ü katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.18’dır. Yöneticilerin 11 ve 16. ifadelere verdikleri cevapların birbirine benzediği görülürken 8. ifadeye verdikleri cevap ile farklılık göstermektedir. Bu farklılığı yöneticilerin sağlık hizmetlerinin kalitesini artırıcı çalışmalar yapılmasını destekledikleri ve bu konuda kendileri de çalışmak istemelerine rağmen bu çalışmalarda sorumluluk akmak istememelerine, yeni uygulamaları çalışanlara aktarmakta zorlanacaklarını düşünerek veya bu konuda yeterli eğitim almadıkları için sağlıkta kalite artırıcı uygulamaların yöneticisi değil de uygulayıcısı olmak istemelerine bağlanabilir.

“19.Kalite sistemlerinin uygulanması toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.” ifadesine %21.3’ü katılmıyorum, %18.3’ü kararsızım ve %60.4’ü katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.48’dır. Yöneticilerin çoğunluğu hastanelerde kalite sistemi uygulamalarının sağlık bakım maliyetlerini düşüreceğine inanırken yaklaşık %40’ı da bu konuya katılmamakta veya kararsız kalmaktadır. Bunun sebebi 12. ifadede kalite sistemlerinin günlük yönetim faaliyeti içinde olmasını isteyen yöneticilerin hastanelerdeki kalite sistemlerinin uygulanması ile gelen ek maliyetleri bildiği ve kalite sistemlerinin uygulaması bu maliyetlerin hasta bakım maliyetlerindeki düşüşten daha fazla olacağı kanaatinin kendisinde oluşması olabilir.

Sürdürülebilirlik ve katılımçılık alt boyutuna ilişkin sayı, yüzdelik, aritmetik ortalaması ve standart sapma dağılımları Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4. Sürdürülebilirlik ve Katılımçılık Alt Boyutuna İlişkin Dağılım tablosu

Soru No	Hiç katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen katılıyorum		Ort.(Ss.)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
13	7	4.3	17	10.4	32	19.5	81	49.4	27	16.5	3.63(1.02)
15	4	2.4	19	11.6	24	14.6	86	52.4	31	18.9	3.74(0.98)
17	7	4.3	26	15.9	43	26.2	62	37.8	26	15.9	3.45(1.07)
18	20	12.2	22	13.4	67	40.9	48	29.3	7	4.3	3.00(1.04)
20	7	0.6	7	4.3	25	15.2	89	54.3	42	25.6	4.00(0.80)
21	2	1.2	8	4.9	20	12.2	81	49.4	53	32.3	4.07(0.87)
22	6	3.7	11	6.7	35	21.3	80	48.8	32	19.5	3.74(0.97)
23	5	3.0	13	7.9	40	24.4	68	41.5	38	23.2	3.74(1.00)
26	1	0.6	9	5.5	23	14.0	73	44.5	58	35.4	4.09(0.88)

Tablo 4 incelendiğinde; katılımçıların sürdürülebilirlik ve katılımçılık alt boyutundaki;

“13.Kalite sistemleri hastanelerin kalite problemlerine bir “hızlı çözüm” dür ifadesine %10.4’ü katılmıyorum, %19.5’i kararsızım ve %49.4’u katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.63’dır. Bu sonuca göre sağlık çalışanlarının hastanelerde kalite sistemi uygulamasına geçişle birlikte yaşanacak sistem değişikliğinin hastanelerdeki problemleri hızla çözeceğine inandıkları söylenebilir.

“17.Kalite sistemlerinin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir” ifadesine %15.9’u katılmıyorum, %26.2’si kararsızım ve %27.8’i katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.45’dır. Sağlık personellerinin çoğunluğu kalite sisteminin uygulanmasında kültürel bir değişim gerektiğine inanmakla birlikte yaklaşık olarak %47’si buna inanmamaktadır. Sağlık personelleri mevcut durumun kalite hizmetini artırarak çalışmaların yapılması açısından uygun ve yeterli olduğunu ve hastane kültüründe köklü değişikliğe gerek olmadığını vurgulamaktadırlar.

“15.Kalite yönetimi, kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir” ifadesine %11.6’sı katılmıyorum, %14.6’si kararsızım ve %52.4’ü katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.74’dır. Bir kurumda kurum liderinin katılmadığı bir uygulama sürekli olmayacaktır. Sağlık personellerinin büyük çoğunluğunun

bu ifadeye katılıyor olmaları kalite yönetiminin kurum liderinin kararlılığı ile uygulanmasının mümkün olacağını düşünmelerine bağlanabilir.

“18.Hastanemizin yönetimi, kalite yönetimine uzun dönemli taahhüde hazırdır” ifadesine %25.6’sı katılmıyorum, %40.9’u kararsızım ve %33.6’sı katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.00’dür. Bu sonucu sağlık personellerinin kalite yönetimi sürecini uzun dönemli olarak düşünmemelerine bağlanabilir.

“20.Kalite yönetimi, hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir” ifadesine %4.9’u katılmıyorum, %15.2’si kararsızım ve %79.9’u katılıyorum ve aritmetik ortalaması 4.00’dür.

“21.Kalite yönetimi, çalışanların kalite sistemleri araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir” ifadesine %6.1’i katılmıyorum, %12.2’si kararsızım ve %81.7’si katılıyorum ve aritmetik ortalaması 4.07’dür. 20 ve 21. ifadelere verilen cevaplara bakıldığında sağlık personellerinde hastane çalışanlarının kalite sistemi konusunda eğitim almaları gerektiği görüşünde oldukları görülmektedir.

“22.Hemşireliğin “ekip” yaklaşımı nedeniyle, hemşirelikte kalite sistemlerinin kabul edileceği kanısındayım” ifadesine %10.4’ü katılmıyorum, %21.3’ü kararsızım ve %68.3’ü katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.74’dür. Katılımcıların %30’dan fazlasının bu ifadeye katılmıyor ya da bu konuda kararsız olmaları bu cevabı veren sağlık personelinin ekip çalışmasına inanmadıklarına bağlanabilir.

“23.Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır” ifadesine %10.9’ü katılmıyorum, %24.4’ü kararsızım ve %64.7’si katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.74’dür. Katılımcılar büyük çoğunluğu hemşirelerin güçlendirilmesine katılmasına rağmen yaklaşık %35’inin bu ifadeye katılmaması ya da kararsız olması hemşirelik personelinin mesleklerinde yeterli olduklarına ve bu yüzden de güçlendirilmesine gerek duymadığına bağlanabilir.

“26.Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez” ifadesine %6.1’i katılmıyorum, %14.0’ü kararsızım ve %79.9’u katılıyorum ve aritmetik ortalaması 4.09’dür. Katılımcıların yaklaşık %20’sinin kalite uygulamalarının herkesin sorumluluğunda olması konusunda kararsız ve buna katılmadıklarını belirtmelerini sorumluluğunu almak istemediklerine bağlanabilir.

Tablodaki verilere göre sağlık kurumlarında kalite yönetiminin sürdürülebilirliği ve kalite yönetimine katılımcılık konusunda esas iş yöneticiye düşmektedir. Yöneticinin liderlik yapmadığı kalite uygulamasının devamının gelemeyeceği, uzun dönemde kalite uygulamasının zarar göreceği ve ilerleyen süreçte iyi organize olunmaz ise kalite uygulamasını sekteye uğrayacağı düşünülmektedir. Liderin çalışanlarını kalite araçlarını kullanma konusunda iyi eğitmesi gerektiği, tersi durumda karar verme sürecinde çalışanlarının zorlanacağı anlaşılmaktadır. Hemşire ve diğer sağlık personelleri iyi eğitim almışsa, ekip çalışmalarıyla kalite uygulamaları daha iyi yapacak, karşılaşılabilecek problemler daha hızlı çözülebilecektir. Personel eğitimi ile ilgili çalışmalar etkin ve yeterli derecede olursa hastanelerde kültürel bir değişim gibi köklü değişime gerek kalmadan kalite sistemleri uygulanabilecektir. Araştırma verilerinden de anlaşıldığı gibi kalite uygulamaları personelin bir ekip halinde çalışmasıyla, bütün çalışanların sorumluluk alması ve kalite uygulamalarına inanması sağlanmış olacak aksi halde kalite ile alakalı olarak sorumluluk almak islemeyebileceklerdir.

Yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyutuna ilişkin sayı, yüzdelik, aritmetik ortalaması ve standart sapma dağılımları Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5. Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi Alt Boyutuna İlişkin Dağılım tablosu

Soru No	Hiç katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen katılıyorum		Ort.(Ss.)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
4	21	12.8	46	28.0	36	22.0	57	34.8	4	2.4	2.86(1.11)
5	17	10.4	48	29.3	45	27.4	50	30.5	4	2.4	2.85(1.05)
6	6	3.7	25	15.2	64	39.0	64	39.0	5	3.0	3.23(0.87)
7	7	4.3	15	9.1	65	39.6	70	42.7	7	4.3	3.34(0.87)

Tablo 5 incelendiğinde; katılımcıların yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyutundaki;

“4.Hastanemde kalite sistemlerinin uygulanmasında bir lider rolü üstlenmek için kalite yönetimi anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli eğitim aldım” ifadesine %40.8’i katılmıyorum, %22.0’si kararsızım ve %37.2’si katılıyorum ve aritmetik ortalaması 2.86’dır.

“5.Kalite yönetim süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır” ifadesine %39.7’ü katılmıyorum, %27.4’ü kararsızım ve

%32.9'u katılıyorum ve aritmetik ortalaması 2.85'dir. Katılımcıların çoğunluğunun bu ifadeye katılması ya da kararsız olduğunu belirtmesini kalite yönetim felsefesini tam olarak bilmediklerine bağlanabilir.

“6.Halen üretim endüstrisinde işleyen kalite sistemleri felsefeleri, hastanenin klinik olmayan alanlarına aktarılacak ve işleyecektir” ifadesine %18.9'u katılmıyorum, %39.0'ü kararsızım ve %42.0'si katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.23'dir. Sağlık personellerinin çoğunluğu bu ifadeye katılmakla birlikte yaklaşık %58'i bu ifadeye katılmamakta veya şüpheli yaklaşmaktadır. Bunun sebebi sağlık personelinin kalite sisteminin hastanelerin belli bölümlerinde uygulanması gerektiği kanısında olduğuna bağlanabilir.

“7.Halen üretim endüstrisinde işleyen kalite sistemleri felsefeleri, hastanenin klinik alanlarına aktarılacak ve işleyecektir” ifadesine %13.4'ü katılmıyorum, %39.6'si kararsızım ve %47.0'si katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.34'dir. Sağlık personelinin çoğunluğu bu ifadeye katılmaktadır. Fakat yaklaşık olarak %53'ü bu ifadeye katılmamaktadır. Bunun sebebi, sağlık personellerinin üretim endüstrisindeki kalite sisteminin hastaneler için uygun bir yöntem olmadığına, hastanelerde uygulanacak kalite sisteminin felsefesinin başka olması gerektiğine inanmaları olarak yorumlanabilir.

Tabloda elde edilen verilere göre yöneticilerin ve sağlık personellerinin kalite yönetimi konusunda eğitim almamış olmaları ya da verilen eğitimin etkinliğinin sağlanamamış olmasından dolayı kişisel yönetim felsefeleri ile kalite yönetim sürecindeki yönetim felsefesi ile arada bir bağ kurmakta zorlanabilecekleri düşünülmektedir. Bu sebeple kalite uygulamalarının hastanenin sadece belirli yerlerine uygulanması gerektiğini düşünmekte oldukları görülmektedir. Sağlık personelleri ayrıca üretim endüstrisinde uygulanmakta olan kalite sisteminin hastaneler için uygun olmadığı hastaneler için uygulanacak özel bir kalite sistemi felsefesinin olması gerektiğini düşündükleri de anlaşılmaktadır.

Standardizasyon alt boyutuna ilişkin sayı, yüzdelik, aritmetik ortalaması ve standart sapma dağılımları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Standardizasyon Alt Boyutuna İlişkin Dağılım tablosu

Soru No	Hiç katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen katılıyorum		Ort.(Ss.)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
25	12	7.3	25	15.2	84	51.2	38	23.2	5	3.0	2.99(0.90)
27	14	8.5	32	19.5	44	26.8	56	34.1	18	11.0	3.20(1.13)
28	2	1.2	12	7.3	53	32.3	73	44.5	24	14.6	3.64(0.86)

Tablo 6 incelendiğinde; standardizasyon alt boyutundaki;

“25.ISO 9001-2008 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.” ifadesine %22.5’i katılmıyorum, %51.2’si kararsızım ve %26.2’si katılıyorum ve aritmetik ortalaması 2.99’dur. Yani katılımcılar bu ifadeye kararsızım aralığındadır.

“27.Kalite yönetimi ekipleri uzmanlık alanları yerine özel problemler çevresinde oluşturulmalıdır” ifadesine %28.0’ı katılmıyorum, %26.8’i kararsızım ve %45.1’i katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.20’dır. Yani katılımcılar bu ifadeye kararsızım aralığındadır.

“28.ISO 9001-2008 kalite yönetim sistemleri ve TKY, bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken kalite programlarıdır” ifadesine %8.5’i katılmıyorum, %32.3’ü kararsızım ve %59.1’i katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.64’dır. Yani katılımcılar bu ifadeye katılıyorum aralığındadır.

Tablodan elde edilen verilere göre katılımcıların ISO 9001-2008 kalite standartları konusunda bilgilerinin olmadığı, sadece kalite ile alakalı belge olduğundan kurum için faydalı olacağını düşündüklerini söylediklerini görülmektedir.

Paydaş ve paydaş bilinci alt boyutuna ilişkin sayı, yüzdeler, aritmetik ortalaması ve standart sapma dağılımları Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Paydaş ve Paydaş Bilinci Alt Boyutuna İlişkin Dağılım tablosu

Soru No	Hiç katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen katılıyorum		Ort.(Ss.)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
3	10	6.1	26	15.9	36	22.0	57	34.8	35	21.33	3.49(1.17)
14	22	13.4	22	13.4	32	19.5	66	40.2	22	13.4	3.27(1.24)
24	49	29.9	38	23.2	44	26.8	27	16.5	6	3.7	2.41(1.18)

Tablo 7 incelendiğinde; paydaş ve paydaş bilinci alt boyutundaki;

“3.Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde kalite sistemlerinin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışmanlar kullanmaya çok ihtiyaç vardır” ifadesine %22.0’si katılmıyorum, %22.0’si kararsızım ve %56.13’ü katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.49’dır. Sağlık personellerinin çoğunluğu bu ifadeye katılmakla birlikte yaklaşık %44’ü bu konuda kararsız veya bu ifadeye katılmamaktadır. Bunun sebebi hastanelerde kalite yönetimi sistemi uygulanması sırasında hastane personelinin yeterli olacağına inandıkları ile açıklanabilir.

“14.Hastanemdeki yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır” ifadesine %26.8’i katılmıyorum, %19.5’i kararsızım ve %53.6’sı katılıyorum ve aritmetik ortalaması 3.27’dır. Katılımcılar bu ifadeye kararsızım aralığındadır.

“24.Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur” ifadesine %53.1’i katılmıyorum, %26.8’i kararsızım ve %20.2’si katılıyorum ve aritmetik ortalaması 2.41’dır. Yani katılımcılar bu ifadeye katılmıyorum aralığındadır.

Paydaş ve paydaş bilincine ilişkin ifadeler katılımcıların verdikleri cevaplara bakıldığında sağlık çalışanlarının kalite sistemi uygulanması konusunda eğitim amaçlı danışmanlık hizmeti alınması gerektiğini düşündükleri, aksi halde kalite uygulamaları sırasında yapılacak hatadan çalışan personellerin sorumlu olmayacağını ve yeterli danışmanlık eğilimi alındıktan sonra bütün sağlık personelinin ekip halinde çalışacağına kalite sistemi uygulamasında zorlanmayacaklarına inandıkları görülmektedir.

H1: Sağlık personelinin sağlık sektöründeki kalite anlayışında cinsiyet değişkeni etkilidir. Hipotezinin test sonuçları:

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet değişkeni ile TKY algısı, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutu, sürdürülebilirlik ve katılımçılık alt boyutu, yönetici eğitimi-kalite felsefesi, standardizasyon alt boyutu ve paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanları arasında anlamlı farklılığı belirlemek için Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır.

Bu analiz sonuçları Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8. Cinsiyete göre TKY ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Analizi

	Cinsiyet	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
TKY algısı	Kadın	99	77.55	7677.50	2727.500	0.099
	Erkek	65	90.04	5852.50		
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	Kadın	99	77.14	7637.00	2687.000	0.074
	Erkek	65	90.66	5893.00		
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	Kadın	99	80.30	7949.50	2999.500	0.463
	Erkek	65	85.85	5580.50		
Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi	Kadın	99	79.97	7917.00	2967.000	0.397
	Erkek	65	86.35	5613.00		
Standardizasyon	Kadın	99	80.64	7983.00	3033.000	0.530
	Erkek	65	85.34	5547.00		
Paydaş ve Paydaş Bilinci	Kadın	99	77.84	7706.00	2756.000	0.117
	Erkek	65	89.60	5824.00		

Tablo 8 incelendiğinde; cinsiyet değişkenindeki kadın ve erkeklerin TKY algı puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (U=2727.500; $p>0.05$). Cinsiyet değişkenine göre kadın ve erkek bireylerin süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (U=2687.000; $p>0.05$). Cinsiyet değişkenine göre kadın ve erkek bireylerin sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (U=2999.500; $p>0.05$). Cinsiyet değişkenine göre kadın ve erkek bireylerin yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (U=2967.000; $p>0.05$). Cinsiyet değişkenine göre kadın ve erkek bireylerin standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (U=3033.000; $p>0.05$). Cinsiyet değişkenine göre kadın ve erkek bireylerin paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (U=2756.000; $p>0.05$).

Bu sonuçlara göre H1 hipotezi TKY ve alt boyutları için reddedilmiştir.

H2: Sağlık personelinin sağlık sektöründeki kalite anlayışında yaş değişkeni etkilidir. H2 hipotezinin test sonuçları:

Araştırmaya katılan bireylerin yaş değişkeni ile TKY algısı, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutu, sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyutu, yönetici eğitimi-kalite felsefesi, standardizasyon alt boyutu ve paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanları

arasında anlamlı farklılığı belirlemek için Kruskal-Wallis Testi uygulanmıştır. Bu analiz sonuçları Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9. Yaş Değişkenine Göre TKY ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Analizi

	Yaş	N	Sıra Ortalaması	X ²	p
TKY algısı	25 yaş ve altı	40	77.53	1.198	0.549
	26-35 arası	83	81.75		
	36 yaş ve üzeri	41	88.87		
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	25 yaş ve altı	40	83.74	1.979	0.372
	26-35 arası	83	77.93		
	36 yaş ve üzeri	41	90.54		
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	25 yaş ve altı	40	73.93	2.831	0.243
	26-35 arası	83	82.13		
	36 yaş ve üzeri	41	91.61		
Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi	25 yaş ve altı	40	80.60	0.817	0.665
	26-35 arası	83	80.57		
	36 yaş ve üzeri	41	88.27		
Standardizasyon	25 yaş ve altı	40	81.36	0.087	0.957
	26-35 arası	83	82.17		
	36 yaş ve üzeri	41	84.28		
Paydaş ve Paydaş Bilinci	25 yaş ve altı	40	77.49	3.872	0.144
	26-35 arası	83	89.48		
	36 yaş ve üzeri	41	73.27		

Tablo 9 incelendiğinde; yaş değişkenine göre TKY algı puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($X^2=1.198$; $p>0.05$). Yaş değişkenine göre süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=1.979$; $p>0.05$). Yaş değişkenine göre sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=2.831$; $p>0.05$). Yaş değişkenine göre yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=0.817$; $p>0.05$). Yaş değişkenine göre standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. ($X^2=0.087$; $p>0.05$). Yaş değişkenine göre paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=3.872$; $p>0.05$).

Bu sonuçlara göre H2 hipotezi TKY ve alt boyutları için reddedilmiştir.

H3: Sağlık personelinin sağlık sektöründeki kalite anlayışında eğitim durumu değişkeni etkilidir. H3 hipotezinin test sonuçları:

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumuna göre TKY algısı, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutu, sürdürülebilirlik ve katılımçılık alt boyutu, yönetici eğitimi-kalite felsefesi, standardizasyon alt boyutu ve paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanları arasında anlamlı farklılığı belirlemek için Kruskal-Wallis Testi uygulanmıştır. Bu analiz sonuçları Tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10. Eğitim Durumuna Göre TKY ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Analizi

	Eğitim durumu	N	Sıra Ortalaması	X ²	p
TKY algısı	Lise	21	83.24	2.238	0.524
	Ön Lisans	48	77.82		
	Lisans	86	86.67		
	Yüksek Lisans/Doktora	9	65.89		
Süreç Yönetimi. Etkinlik ve Yönetişim	Lise	21	88.64	0.510	0.917
	Ön Lisans	48	79.93		
	Lisans	86	82.25		
	Yüksek Lisans/Doktora	9	84.28		
Sürdürülebilirlik ve Katılımçılık	Lise	21	71.95	4.939	0.176
	Ön Lisans	48	76.14		
	Lisans	86	90.12		
	Yüksek Lisans/Doktora	9	68.28		
Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi	Lise	21	86.88	1.127	0.771
	Ön Lisans	48	84.69		
	Lisans	86	81.70		
	Yüksek Lisans/Doktora	9	68.28		
Standardizasyon	Lise	21	82.29	2.873	0.412
	Ön Lisans	48	78.51		
	Lisans	86	86.94		
	Yüksek Lisans/Doktora	9	61.83		
Paydaş ve Paydaş Bilinci	Lise	21	93.07	4.403	0.221
	Ön Lisans	48	79.05		
	Lisans	86	84.63		
	Yüksek Lisans/Doktora	9	55.83		

Tablo 10 incelendiğinde; katılımçıların eğitim durumu değişkeni ile TKY algı puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($X^2=2.238$; $p>0.05$). Eğitim durumu değişkeni ile süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=0.510$; $p>0.05$). Eğitim durumu değişkeni ile sürdürülebilirlik ve katılımçılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=4.939$; $p>0.05$). Eğitim durumu değişkeni ile yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=1.127$; $p>0.05$). Eğitim durumu değişkeni ile standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulunmamıştır ($X^2=2.873$; $p>0.05$). Eğitim durumu değişkeni ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=4.403$; $p>0.05$).

Bu sonuçlara göre H3 hipotezi TKY ve alt boyutları için reddedilmiştir.

H4: Sağlık personelinin sağlık sektöründeki kalite anlayışında medeni durum değişkeni etkilidir. H4 hipotezinin test sonuçları:

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durum değişkenine göre TKY algısı, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutu, sürdürülebilirlik ve katılımçılık alt boyutu, yönetici eğitimi-kalite felsefesi, standardizasyon alt boyutu ve paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanları arasında anlamlı farklılığı belirlemek için Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır. Bu analiz sonuçları Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Medeni Durumuna Göre TKY ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Analizi

	Medeni Durum	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	p
TKY algısı	Evli	87	82.28	7158.00	3330.000	0.949
	Bekar	77	82.75	6372.00		
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	Evli	87	84.02	7309.50	3217.500	0.663
	Bekar	77	80.79	6220.50		
Sürdürülebilirlik ve Katılımçılık	Evli	87	82.10	7143.00	3315.000	0.909
	Bekar	77	82.95	6387.00		
Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi	Evli	87	82.70	7195.00	3332.000	0.954
	Bekar	77	82.27	6335.00		
Standardizasyon	Evli	87	79.47	6913.50	3085.500	0.378
	Bekar	77	85.93	6616.50		
Paydaş ve Paydaş Bilinci	Evli	87	80.49	7003.00	3175.000	0.561
	Bekar	77	84.77	6527.00		

Tablo 11 incelendiğinde; katılımçıların medeni durumu evli veya bekar olmalarının ile TKY algı puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($U=3330.000$; $p>0.05$).Medeni durumu evli veya bekar olmalarının ile süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($U=3217.500$; $p>0.05$). Medeni durumu evli veya bekar olmalarının ile sürdürülebilirlik ve katılımçılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($U=3315.000$; $p>0.05$).Medeni durumu evli veya bekar olmalarının ile yönetici eğitimi-

kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($U=3332.000$; $p>0.05$). Medeni durumu evli veya bekar olmalarının ile standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($U=3085.500$; $p>0.05$). Medeni durumu evli veya bekar olmalarının ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($U=3175.000$; $p>0.05$).

Bu sonuçlara göre H4 hipotezi TKY ve alt boyutları için reddedilmiştir.

H5: Sağlık personelinin sağlık sektöründeki kalite anlayışında kurumda çalışma süresi değişkeni etkilidir. H5 hipotezinin test sonuçları:

Araştırmaya katılan bireylerin kamuda çalışma süresine göre TKY algısı, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutu, sürdürülebilirlik ve katılımçılık alt boyutu, yönetici eğitimi-kalite felsefesi, standardizasyon alt boyutu ve paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanları arasında anlamlı farklılığı belirlemek için Kruskal-Wallis Testi uygulanmıştır. Bu analiz sonuçları Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Kamuda Çalışma Yılına Göre TKY ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Analizi

	Kamuda çalışma yılı	N	Sıra Ortalaması	X ²	p
TKY algısı	1 yıl ve altı	30	77.40	1.632	0.803
	2-5 yıl	58	83.83		
	6-10 yıl	39	78.77		
	11-15 yıl	15	94.53		
	16 yıl ve üzeri	22	84.36		
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	1 yıl ve altı	30	79.73	0.922	0.921
	2-5 yıl	58	84.53		
	6-10 yıl	39	77.62		
	11-15 yıl	15	87.40		
	16 yıl ve üzeri	22	86.25		
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	1 yıl ve altı	30	79.10	2.034	0.729
	2-5 yıl	58	83.90		
	6-10 yıl	39	75.64		
	11-15 yıl	15	89.33		
	16 yıl ve üzeri	22	90.95		
Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi	1 yıl ve altı	30	81.73	3.932	0.415
	2-5 yıl	58	76.20		
	6-10 yıl	39	83.73		
	11-15 yıl	15	103.03		
	16 yıl ve üzeri	22	83.98		
Standardizasyon	1 yıl ve altı	30	78.28	3.591	0.464
	2-5 yıl	58	85.66		
	6-10 yıl	39	76.21		
	11-15 yıl	15	100.60		
	16 yıl ve üzeri	22	78.75		
Paydaş ve Paydaş Bilinci	1 yıl ve altı	30	81.90	2.297	0.681
	2-5 yıl	58	87.87		
	6-10 yıl	39	81.83		
	11-15 yıl	15	82.80		
	16 yıl ve üzeri	22	70.14		

Tablo 12 incelendiğinde; katılımcıların kamuda çalışma yılı ile TKY algı puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($X^2=1.632$; $p>0.05$). Kamuda çalışma yılı ile süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=0.922$; $p>0.05$). Kamuda çalışma yılı ile sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=2.034$; $p>0.05$). Kamuda çalışma yılı ile yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=3.932$; $p>0.05$). Kamuda çalışma yılı ile standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=3.591$; $p>0.05$). Kamuda çalışma yılı ile paydaş ve paydaş bilinci alt

boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=2.297$; $p>0.05$).

Bu sonuçlara göre H5 hipotezi TKY ve alt boyutları için reddedilmiştir.

H6: Sağlık personelinin sağlık sektöründeki kalite anlayışında meslekte çalışma yılı değişkeni etkilidir. H6 hipotezinin test sonuçları:

Tablo 13. Meslekte Çalışma Yılına Göre TKY ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Analizi

	Meslekte çalışma yılı	N	Sıra Ortalaması	X ²	p
TKY algısı	1 yıl ve altı	26	81.46	0.433	0.980
	2-5 yıl	53	82.02		
	6-10 yıl	43	80.27		
	11-15 yıl	20	88.30		
	16 yıl ve üzeri	22	83.98		
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	1 yıl ve altı	26	84.69	1.290	0.863
	2-5 yıl	53	84.18		
	6-10 yıl	43	75.58		
	11-15 yıl	20	86.75		
	16 yıl ve üzeri	22	85.52		
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	1 yıl ve altı	26	82.54	1.138	0.888
	2-5 yıl	53	80.35		
	6-10 yıl	43	78.98		
	11-15 yıl	20	87.10		
	16 yıl ve üzeri	22	90.34		
Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi	1 yıl ve altı	26	83.79	2.806	0.591
	2-5 yıl	53	75.64		
	6-10 yıl	43	83.14		
	11-15 yıl	20	96.00		
	16 yıl ve üzeri	22	83.98		
Standardizasyon	1 yıl ve altı	26	80.75	0.246	0.993
	2-5 yıl	53	82.38		
	6-10 yıl	43	83.91		
	11-15 yıl	20	85.43		
	16 yıl ve üzeri	22	79.45		
Paydaş ve Paydaş Bilinci	1 yıl ve altı	26	81.85	3.755	0.440
	2-5 yıl	53	90.84		
	6-10 yıl	43	82.30		
	11-15 yıl	20	75.00		
	16 yıl ve üzeri	22	70.14		

Araştırmaya katılan bireylerin meslekte çalışma süresine göre TKY algısı, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutu, sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyutu, yönetici eğitimi-kalite felsefesi, standardizasyon alt boyutu ve paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanları arasında anlamlı farklılığı belirlemek için Kruskal-Wallis Testi uygulanmıştır. Bu analiz sonuçları Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13 incelendiğinde; katılımcıların meslekteki çalışma yılı ile TKY algı puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($X^2=0.433$; $p>0.05$). Meslekteki çalışma yılı ile süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=1.290$; $p>0.05$). Meslekteki çalışma yılı ile sürdürülebilirlik ve katılımçılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=1.138$; $p>0.05$). Meslekteki çalışma yılı ile yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=2.806$; $p>0.05$). Meslekteki çalışma yılı ile standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=0.246$; $p>0.05$). Meslekteki çalışma yılı ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=3.755$; $p>0.05$).

Bu sonuçlara göre H6 hipotezi TKY ve alt boyutları için reddedilmiştir.

H7: Sağlık personelinin sağlık sektöründeki kalite anlayışında unvan değişkeni etkilidir. H7 hipotezinin test sonuçları:

Araştırmaya katılan bireylerin unvanına göre TKY algısı, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutu, sürdürülebilirlik ve katılımçılık alt boyutu, yönetici eğitimi-kalite felsefesi, standardizasyon alt boyutu ve paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanları arasında anlamlı farklılığı belirlemek için Kruskal-Wallis Testi uygulanmıştır. Bu analiz sonuçları Tablo 14'de sunulmuştur.

Tablo 14. Unvanına Göre TKY ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Analizi

	Unvan	N	Sıra Ortalaması	X ²	p
TKY algısı	Hemşire-Ebe	77	80.42	2.921	0.404
	Sağlık Teknikeri	53	78.08		
	Doktor	16	89.53		
	Memur	18	98.17		
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	Hemşire-Ebe	77	77.34	6.565	0.087
	Sağlık Teknikeri	53	78.92		
	Doktor	16	91.97		
	Memur	18	106.72		
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	Hemşire-Ebe	77	83.62	2.020	0.568
	Sağlık Teknikeri	53	75.93		
	Doktor	16	92.31		
	Memur	18	88.33		
Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi	Hemşire-Ebe	77	77.36	4.391	0.222
	Sağlık Teknikeri	53	82.33		
	Doktor	16	84.59		
	Memur	18	103.14		
Standardizasyon	Hemşire-Ebe	77	87.73	2.310	0.511
	Sağlık Teknikeri	53	80.63		
	Doktor	16	72.19		
	Memur	18	74.78		
Paydaş ve Paydaş Bilinci	Hemşire-Ebe	77	81.46	1.768	0.622
	Sağlık Teknikeri	53	79.41		
	Doktor	16	82.50		
	Memur	18	96.06		

Tablo 14 incelendiğinde; katılımcıların unvanı ile TKY algı puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($X^2=2.921$; $p>0.05$). Unvanı ile süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=6.565$; $p>0.05$). Unvanı ile sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=2.020$; $p>0.05$). Unvanı ile yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=4.391$; $p>0.05$). Unvanı ile standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=2.310$; $p>0.05$). Unvanı ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=1.768$; $p>0.05$).

Bu sonuçlara göre H7 hipotezi TKY ve alt boyutları için reddedilmiştir.

4.4. Korelasyon Analizi

Katılımcıların TKY'ne yönelik algı düzeyi, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutu, sürdürülebilirlik ve katılımçılık alt boyutu, yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyutu, standardizasyon alt boyutu ve paydaş ve paydaş bilinci alt boyutu aralarında anlamlı ilişkinin olup olmadığını belirlemek için Spearman Korelasyon katsayısı tekniği uygulanmıştır. Analiz sonucu Tablo 15'de sunulmuştur.

Tablo 15'de;

1. TKY
 2. Süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim
 3. Sürdürülebilirlik ve katılımçılık
 4. Yönetici eğitimi-kalite felsefesi
 5. Standardizasyon
 6. Paydaş ve paydaş bilinci
- İfade etmektedir.

Tablo 15. TKY Algı Düzeyi ve Alt Boyutları Düzey Arasındaki Korelasyon Analizi

		1	2	3	4	5
1	r	1.000				
	p					
2	r	0.815**	1.000			
	p	0.000				
3	r	0.835**	0.600**	1.000		
	p	0.000	0.000			
4	r	0.589**	0.361**	0.286**	1.000	
	p	0.000	0.000	0.000		
5	r	0.590**	0.311**	0.429**	0.422**	1.000
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	
6	r	0.553**	0.346**	0.331**	0.237**	0.321**
	p	0.000	0.000	0.000	0.002	0.000

*p<0.05;

Tablo 15 incelendiğinde; TKY'nin algı düzeyi ile süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim düzeyi arasında pozitif yönlü, yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.815$; $p<0.05$). Yani Süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim düzeyi arttıkça TKY algı düzeyi de artmaktadır.

TKY'nin algı düzeyi ile sürdürülebilirlik ve katılımçılık düzeyi arasında pozitif yönlü, yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.835$; $p<0.05$). Yani sürdürülebilirlik ve katılımçılık düzeyi arttıkça TKY algı düzeyi de artmaktadır.

TKY'nin algı düzeyi ile yönetici eğitimi-kalite felsefesi düzeyi arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.589$; $p<0.05$). Yani yönetici eğitimi-kalite felsefesidüzeyi arttıkça TKY algı düzeyi de artmaktadır.

TKY'nin algı düzeyi ile standardizasyon düzeyi arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.590$; $p<0.05$). Yani standardizasyon düzeyi arttıkça TKY algı düzeyi de artmaktadır.

TKY'nin algı düzeyi ile paydaş ve paydaş bilinci düzeyi arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.553$; $p<0.05$). Yani paydaş ve paydaş bilinci düzeyi arttıkça TKY algı düzeyi de artmaktadır.

Süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim düzeyi ile sürdürülebilirlik ve katılımçılık düzeyi arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.600$; $p<0.05$). Yani süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim düzeyi arttıkça sürdürülebilirlik ve katılımçılık düzeyi de artmaktadır.

Süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim düzeyi ile yönetici eğitimi-kalite felsefesi düzeyi arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.361$; $p<0.05$). Yani süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim düzeyi arttıkça yönetici eğitimi-kalite felsefesi düzeyi de artmaktadır.

Süreç yönetimi etkinlik ve yönetim düzeyi ile standardizasyon düzeyi arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.311$; $p<0.05$). Yani süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim düzeyi arttıkça standardizasyon düzeyi de artmaktadır.

Süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim düzeyi ile paydaş ve paydaş bilinci düzeyi arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.346$; $p<0.05$). Yani süreç

yönetimi, etkinlik ve yönetim düzeyi artıkça paydaş ve paydaş bilinci düzeyi de artmaktadır.

Sürdürülebilirlik ve katılımçılık düzeyi ile yönetici eğitimi-kalite felsefesi düzeyi arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.286$; $p<0,05$). Yani Sürdürülebilirlik ve katılımçılık düzeyi artıkça yönetici eğitimi-kalite felsefesi düzeyi de artmaktadır.

Sürdürülebilirlik ve katılımçılık düzeyi ile standardizasyon düzeyi arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.429$; $p<0.05$). Yani sürdürülebilirlik ve katılımçılık düzeyi artıkça standardizasyon düzeyi de artmaktadır.

Sürdürülebilirlik ve katılımçılık düzeyi ile paydaş ve paydaş bilinci düzeyi arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.331$; $p<0.05$). Yani sürdürülebilirlik ve katılımçılık düzeyi artıkça paydaş ve paydaş bilinci düzeyi de artmaktadır.

Yönetici eğitimi-kalite felsefesi düzeyi ile standardizasyon düzeyi arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.422$; $p<0.05$). Yani Yönetici eğitimi-kalite felsefesi düzeyi artıkça standardizasyon düzeyi de artmaktadır.

Yönetici eğitimi-kalite felsefesi düzeyi ile paydaş ve paydaş bilinci düzeyi arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.237$; $p<0.05$). Yani Yönetici eğitimi-kalite felsefesi düzeyi artıkça paydaş ve paydaş bilinci düzeyi de artmaktadır.

Standardizasyon düzeyi ile paydaş ve paydaş bilinci düzeyi arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.321$; $p<0.05$). Yani standardizasyon düzeyi artıkça paydaş ve paydaş bilinci düzeyi de artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Araştırmanın amacı Bitlis ili Sağlık Müdürlüğünde çalışmakta olan sağlık personelinin sağlıkta kalite anlayışlarının tespit edilmesidir. Bu amaç doğrultusunda oluşturulan araştırma sorularının cevaplarını bulmak üzere, anket formundan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yapılarak değerlendirilmiş ve elde edilen bulgular ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

Çalışma sonucunda ulaşılan bulgulara ilişkin değerlendirme ve tartışma aşağıdaki gibidir:

Cinsiyet değişkenindeki kadın ve erkeklerin TKY algı puanlarının sıra ortalaması, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması, sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması, yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuçlara göre H1 hipotezi TKY ve alt boyutları için reddedilmiştir. Literatürde cinsiyet değişkeni ile kalite anlayışı arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalardan, Akar (2014) sağlık sektöründeki yöneticilerin kalite anlayışını Ankara ili örneğinde incelediği çalışmasında araştırmamıza benzer şekilde katılımcıların cinsiyetleri ile kalite anlayışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmemiştir [37].Ablak (2019), sağlık kuruluşlarında toplam kalite yönetimi algısını tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmada bizim bulgularımıza benzer şekilde sağlık çalışanlarının cinsiyet değişkeni ile kalite anlayışları arasında anlamlı farklılık tespit etmemiştir [38].Tunç (2018) hemşirelerin kalite anlayışlarını tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmada, araştırmamıza benzer şekilde cinsiyet ile kalite algıları arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit etmemiştir [39].Kızıl (2018), hemşirelerin kalite anlayışlarını tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmada, benzer şekilde hemşirelerin cinsiyeti ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmemiştir [40].

Yaş değişkenine göre TKY algı puanlarının sıra ortalaması, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması, sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması, yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının

sıra ortalaması standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuçlara göre H2 hipotezi TKY ve alt boyutları için reddedilmiştir. Yaş değişkeni ile kalite anlayışı arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan çalışmalardan, Akar (2014) çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde yöneticilerin yaşları ile TKY arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmemiştir [39]. Doğan (2013), özel ve kamu hastanelerindeki toplam kalite yönetimi uygulamalarının çalışan sağlık personeli tarafından algılanmasını tespit etmek amacıyla Malatya ilinde yapmış olduğu çalışmada benzer şekilde katılımcıların yaşları ile kalite anlayışları arasında istatistiksel bir fark tespit etmemiştir [38]. Ablak (2019) çalışmasında, çalışmamızdan farklı olarak yaş değişkeni ile TKY algısı arasında anlamlı bir ilişki tespit etmiştir[40]. Yılmaz (2017) sağlık çalışanlarında TKY düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde sağlık çalışanlarının yaşları ile TKY algıları arasında istatistiksel bir fark tespit etmemiştir [41].

Eğitim durumu değişkeni ile TKY algı puanlarının sıra ortalaması, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması, sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması, yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuçlara göre H3 hipotezi TKY ve alt boyutları için reddedilmiştir. Eğitim durumu değişkeni ile TKY arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan çalışmalardan, Akar (2014) çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde eğitim durumu ile TKY arasında istatistiksel bir ilişki tespit etmemiştir [39]. Doğan (2013) çalışmasında benzer şekilde katılımcıların eğitim durumu ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmamıştır[38]. Ablak (2019) çalışmasında, çalışmamızdan farklı şekilde eğitim durumu ile TKY algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmişlerdir [40]. Tunç (2018) çalışmasında, çalışmamızdan farklı olarak hemşirelerin eğitim durumu ile TKY algıları arasında anlamlı bir fark tespit etmiştir [42]. Kızıl (2018) çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerin eğitim durumları ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmemiştir [43]. Yılmaz

(2018) araştırmasında çalışmamızdan farklı olarak eğitim durumu değişkeni ile TKY algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmiştir[41].

Medeni duruma göre TKY algı puanlarının sıra ortalaması, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetişim alt boyut puanlarının sıra ortalaması, sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması, yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuçlara göre H4 hipotezi TKY ve alt boyutları için reddedilmiştir. Medeni durum değişkeni ile TKY arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Tunç (2018) alışmasında, araştırmamıza benzer şekilde hemşirelerin medeni durumları ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmemişlerdir [42].

Kamuda alışma yılı ile TKY algı puanlarının sıra ortalaması, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetişim alt boyut puanlarının sıra ortalaması, sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuçlara göre H5 hipotezi TKY ve alt boyutları için reddedilmiştir. Çalışma yılı değişkeni ile TKY arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Akar (2014) alışmasında çalışmamızda elde edilen sonuca benzer şekilde çalışma süresi ile TKY arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmemiştir [39].

Meslekteki alışma yılı ile TKY algı puanlarının sıra ortalaması, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetişim alt boyut puanlarının sıra ortalaması, sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması, yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuçlara göre H6 hipotezi TKY ve alt boyutları için reddedilmiştir. Literatürde alışma yılı ile TKY arasındaki ilişkiyi tespit etmeyi amaçlayan çalışmalar mevcuttur. Doğan (2013) alışmasında, araştırmamıza benzer şekilde sağlık personelinin meslekteki çalışma süreleri ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmemiştir [38]. Ablak (2019) alışmasında benzer şekilde sağlık personelinin çalışma süreleri ile TKY algıları arasında istatistiksel bir ilişki tespit

etmemiştir [40]. Yılmaz (2018) çalışmasında hemşirelerin çalışma süresi TKY algıları arasında anlamlı bir fark tespit etmemiştir [41].

Katılımcıların unvanı ile TKY algı puanlarının sıra ortalaması, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması, sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması, yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuçlara göre H7 hipotezi TKY ve alt boyutları için reddedilmiştir. Unvan değişkeni ile TKY arasındaki ilişkiyi tespit etmeyi amaçlayan Akar (2014)'da yaptığı çalışmada, araştırmamızdan farklı olarak yöneticilerin unvanları ile TKY arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmiştir[39]. Ablak (2019) çalışmasında benzer şekilde sağlık personelinin unvanı ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmemiştir [40]. Kızıl (2018) çalışmasında, çalışmamızdan farklı şekilde hemşirelerin unvanı ile TKY algıları arasında anlamlı bir fark tespit etmiştir[43].

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda, bu araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyetleri, medeni durumları, yaşları, eğitim durumları, kamuda çalışma yılları, meslekte çalışma yılları ve unvanları ile kalite anlayışları arasında bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. Araştırmada ayrıca sağlık personelinin hastanelerdeki kalite sistemi uygulamalarına inandıkları, sağlık kurumu yöneticilerinin ise kalite sistemi uygulamalarına inanmakla birlikte, bu uygulamalarda yönetici olarak görev alma konusunda kararsız oldukları belirlenmiştir.

Bu sonuçlar ışığında aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir;

Hastanelerde kalite yönetimi sistemi uygulamaları konusunda bütün hastane personelinin görevleri nispetinde eğitimler alması gereklidir.

Hastanelerdeki kalite sistemi uygulamaları, bütün birimlere yaygınlaştırılmalı, bu uygulamalar yapılırken birimlerin işleyişi göz önüne alınarak uygun yöntemler seçilmelidir.

Kalite sistemi uygulaması yapılırken hastaneler için özel yöntemler belirlenmeli, diğer özel sektör kuruluşlarında uygulanan kalite sistemleri aynı koşullarda hastanelere uygulanmamalıdır.

Hastane çalışanlarının görev unvan düzeylerine göre yetkilerini tam olarak kullanmaları ve bu yolla kendi alt birimlerinde bulunanlara da kalite sistemi uygulamaları hakkında bilgiler vererek bu sistemin uygulamadaki durumunu kontrol etmeleri gerekmektedir.

Hastanelerde uygulanan kalite yönetim sistemi uygulama sorunlarının belirlenerek sistemin gelişimini sağlamak için geri dönüt alınacak yöntemler geliştirilmelidir.

7. KAYNAKÇA

1. Lüleci, M. (2018). Sağlık İşletmeleri ve Toplam Kalite Uygulamalarının Hastane Personeli Performansına Etkisi, Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesi Örneği, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Programı, Ankara.
2. Kıdak, L. B., Nişancı, Z. N., Burmaoğlu, S. (2015). Sağlık hizmetlerinde kalite ölçümü: Kamu hastanesi örneği. *Journal of Management & Economics*, 22(2), 483-500.
3. Akın, C.S. (2007), Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü Harcamaları, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
4. Işık, F. (2012). Sağlık hizmetleri Pazarlamasında Tutundurma Politikası; Sağlık Personeli ve Hastaların Reklama Yönelik Görüşlerine İlişkin Uurla Devlet Hastanesi Örneği, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve S.
5. Ergun, C. Dericioğlu Ergun, A. (2010). Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma, *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, 4 (8-9-10), s. 33-54.
6. WHO, World Health Organization. Constitution, 1981.
7. Yerebakan, M. (2000), Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 2000 – 26, İstanbul.
8. Kavuncubaşı, S. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
9. Odabaşı, Y. 1994, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi Yayın No:799, Açık öğretim Fakültesi Yayın No:409, Eskişehir.
10. Kocasoy, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansmanı, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Afyonkarahisar.
11. Top, M. (2006). Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesi: Türkiye’de Öncelik Belirleme Sürecinde Rol Alan Tarafların Görüşleri ve Sağlık Politikalarına İlişkin Değerlendirmeleri, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 93-123.
12. Gökçe, O. Bulduklı, (2015). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda “Müşteri Hasta” ve Etik Sorunlar, Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 15(29), 38-61.
13. Demir, B. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Özel Sektör Tarafından Yürütülmesi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku (İdare Hukuku) Anabilim Dalı, Ankara.
14. Akdur, R. (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması, http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf (16.04.2019).
15. Kızılnal, P. (2017). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Aile Hekimlerinin İletişim Beceri Düzeylerinin Hekimlerin Tercih Edilebilirliği Üzerindeki Etkisi: Kağıthane İlçesinde Bir Uygulama, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

16. Kavuncubaşı, S. Kısa, A. (2009). Sağlık Kurumları Yönetimi (3.Baskı), Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
17. MEB, (2016). Hasta ve Yaşlı Hizmetleri Rehabilitasyon Hizmetleri, Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları, Ankara.
18. Doğan Yalçın, N. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı, İzmir.
19. Şahin, Ü. (1999). Hastane İşletmeciliğinde Kalite, Eskişehir Kamu Hastaneleri Birliği, Eskişehir.
20. Mert, H. (2000). Hastane İşletmelerinde Maliyetleme ve Örnek Uygulama, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
21. Kürkçü, Ö. (2015). Hastane İşletmelerinde Maliyet Hesaplamaları, Muhasebesi, Karşılaşılan Sorunlar ve Uygulama, Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Muhasebe Denetimi Programı, İstanbul.
22. Yağmurcu, F. (2015). Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve Mardin Devlet Hastanesi Uygulaması, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yönetim Organizasyon Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
23. Filiztekin, M. (2014). Hastanelerde Maliyet Muhasebesi Analizi Diyarbakır Doğum Evi Hastanesi Örneği, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
24. Altıntaş, A. T. (2003). Hastane İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Uygulaması İ. Ü. Kardiyoloji Enstitüsü'nde Bir Örnek Uygulama, İ. Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
25. Danacı, B. (2010). Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerin Yataklı Birimlerinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Tatminlerinin Karşılaştırılması, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Kütahya.
26. Kanbur, A. Kanbur, E. (2008). Toplam Kalite Yönetiminin Mavi Yakalı İş Gören Motivasyonu Üzerindeki Etkisi Mobilya Sektöründe Amprik Bir Araştırma, Yönetim ve Ekonomi, 15(1), 27-40.
27. Tekin, M. (2004). Toplam Kalite Yönetimi, 3. Baskı, Konya.
28. Şimşek, M. (1998). Kalite Yönetimi, 2. Baskı, Alfa Yayınları, İstanbul.
29. Yurtman, G.G. (2017). Toplam Kalite Yönetiminin İç ve Dış Müşterilerin Performansına Değerlendirmesi Üzerine Etkisi. Yönetim ve Araştırma Ekonomisi Dergisi. 15(1):43-65.
30. Çapacıoğlu, E. Özçakar, N. Çetin, O. (2018). Kamu Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Deming Yönetim Metodu ile Analizi, İstanbul Management Journal, 29(85): 107–125.
31. Akdağ, M. (2005). Toplam Kalite Yönetimi Ve Örgüt İçindeki Yeri, Selçuk İletişim, 4(1), 159-170.

32. Işık, O. (2013). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
33. Yıldız, G. Mesci, M. Toplam Kalite Yönetiminin Başarısında Rol Oynayan Kilit Faktörler. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, (27), 1-7.
34. Karabulut, K. Yapraklı, Ş (2001). Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi (Erzurum’da Bir Uygulama)”, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 15, 117-130.
35. Çakır, A. (2007). Hasta Güvenliği Kültürü İle Yönetim Sistemi Arasındaki İlişkinin.
36. Polat, A. (2016). Sağlık Kurumlarında Kalite, Memnuniyet ve Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Tavas Devlet Hastanesi Örneği, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
37. TÜR-CENT, ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi Nedir? [online]. <https://www.turcert.com/belgelendirme/sistem-belgelendirme/iso-9001-kalite-yonetim-sistemi/iso-9001-kalite-yonetim-sistemi-nedir> [Erişim: 23 Kasım 2019]
38. Doğan, S. (2013). Özel ve Kamu Hastanelerindeki Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Çalışan Sağlık Personeli Tarafından Algılanması (Malatya İli Örneği), İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.
39. Akar, Y. (2014). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı (Ankara İli Örneği), Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, İstanbul.
40. Ablak, K. (2019). Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımının İnsan Kaynakları Yönetiminde İş Tatminine Etkisi: Akredite Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Bir Araştırma, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
41. Yılmaz, S. N. (2017). Sağlık Çalışanlarında Toplam Kalite Yönetimi ve İş Performansı Algısı: Bir Kamu Hastanesi Örneği, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Yönetimi Ana Bilim Dalı, İstanbul.
42. Tunç, M. (2018). Toplam Kalite Yönetiminin Hemşirelerin Performans Algısına Etkisi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.
43. Kızıl, S. (2018). Kamu Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algılarının Değerlendirilmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Emrah Tefvik Şölen

Doğum Tarihi : 1987

Unvanı : Radyoloji Teknikeri

Öğrenim Durumu : Yüksek Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Ön Lisans	Tıbbi Görüntüleme Teknikleri	Başkent Üniversitesi SHMYO	2010
Lisans	Sağlık Yönetimi	Atatürk Üniversitesi SBE	2017
Yüksek Lisans (Tezli)	Sağlık Bilimleri-Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yöneticiliği	Avrasya Üniversitesi	2019

EKLER

Ek 1. Anket Formu

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı

Bu anket formu “Sağlık Sektöründe Kalite Anlayışı (Bitlis Sağlık Müdürlüğü Örneği)” konulu tez çalışması için kullanılacaktır. Ankete verilecek cevaplar bütünüyle gizli tutulacak olup, elde edilen veriler akademik çalışma dışında kullanılmayacaktır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

BİRİNCİ BÖLÜM

KİŞİSEL BİLGİLER

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz Kadın () Erkek ()
3. Eğitim Düzeyiniz
Lise () Ön Lisans () Lisans () Lisansüstü (Yüksek Lisans
Doktora) ()
4. Medeni Durumunuz Evli () Bekar () Dul (Boşanmış/Ayrı Yaşıyor) ()
5. Kamuda Çalışma Yılıınızyıl
6. Meslekte Çalışma Yılıınızyıl
7. Unvanınız

İKİNCİ BÖLÜM

Aşağıdaki ifadeler kalite sistemlerine yönelik algı ve tutumlarla ilgilidir. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyunuz ve görüşünüzü en iyi temsil eden sayıyı üzerine (X) işareti koyarak işaretleyiniz.

		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Hastanemde işleyen bir kalite sistemleri programı uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.					
2	Kalite yönetimi süreci gelecek 10 yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam edecektir.					
3	Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde kalite sistemlerinin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışmanlar kullanmaya çok ihtiyaç vardır.					
4	Hastanemde kalite sistemlerinin uygulanmasında bir lider rolü üstlenmek için kalite yönetimi anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli eğitim aldım.					
5	Kalite yönetim süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır.					
6	Halen üretim endüstrisinde işleyen kalite sistemleri felsefeleri, hastanenin klinik olmayan alanlarına aktarılacak ve işleyecektir.					
7	Halen üretim endüstrisinde işleyen kalite sistemleri felsefeleri, hastanenin klinik alanlarına aktarılacak ve işleyecektir.					
8	Yönetimin bir üyesi olarak, kalite yönetimi sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim.					
9	Kalite sistemleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır.					
10	Kalite sistemleri, sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.					
11	Yönetici olarak, hastanemde kalite sistemlerinin uygulamasına katılmak isterim.					
12	Kalite sistemleri, günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır.					

13	Kalite sistemleri hastanelerin kalite problemlerine bir “hızlı çözüm” dür.					
14	Hastanemdeki yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.					
15	Kalite yönetimi, kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.					
16	Hastanemde kalite sistemlerinin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.					
17	Kalite sistemlerinin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.					
18	Hastanemizin yönetimi, kalite yönetimine uzun dönemli taahhüde hazırdır.					
19	Kalite sistemlerinin uygulanması toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.					
20	Kalite yönetimi, hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.					
21	Kalite yönetimi, çalışanların kalite sistemleri araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.					
22	Hemşireliğin “ekip” yaklaşımı nedeniyle, hemşirelikte kalite sistemlerinin kabul edileceği kanısındayım.					
23	Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.					
24	Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.					
25	ISO 9001-2008 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.					
26	Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.					
27	Kalite yönetimi ekipleri uzmanlık alanları yerine özel problemler çevresinde oluşturulmalıdır.					
28	ISO 9001-2008 kalite yönetim sistemleri ve TKY, bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken kalite programlarıdır.					

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KALİTE ANLAYIŞI (BİTLİS SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ÖRNEĞİ)

ORIGINALITY REPORT

19%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	readgur.com Internet	229 words — 2%
2	isfaw2019.isfaw.org Internet	217 words — 2%
3	www.icoaef.com Internet	191 words — 1%
4	www.avrasya.edu.tr Internet	165 words — 1%
5	dergipark.org.tr Internet	103 words — 1%
6	wcssr.org Internet	93 words — 1%
7	www.sbk2016.org Internet	80 words — 1%
8	www.futourismcongress.com Internet	74 words — 1%
9	acikarsiv.atilim.edu.tr Internet	58 words — < 1%
10	www.ejmanager.com Internet	58 words — < 1%

www.tugradekor.net

11	Internet	57 words — < 1%
12	www.saglikcalisanisagligi.org Internet	55 words — < 1%
13	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 Internet	53 words — < 1%
14	www.asosjournal.com Internet	52 words — < 1%
15	www.eab.org.tr Internet	47 words — < 1%
16	dspace.trakya.edu.tr Internet	47 words — < 1%
17	bologna.avrasya.edu.tr Internet	46 words — < 1%
18	isletmecilik.org Internet	45 words — < 1%
19	www.icqh.net Internet	45 words — < 1%
20	acikerisim.deu.edu.tr Internet	42 words — < 1%
21	www.sporbilim.com Internet	41 words — < 1%
22	multicongress.net Internet	36 words — < 1%
23	denetimakademisi.com Internet	34 words — < 1%
24	tez.sdu.edu.tr Internet	32 words — < 1%

25	sempozyumlar.amasya.edu.tr Internet	31 words — < 1%
26	issuu.com Internet	29 words — < 1%
27	sbe.giresun.edu.tr Internet	28 words — < 1%
28	toad.halileksi.net Internet	27 words — < 1%
29	(Eyler, Nurullah and Tengilimoğlu, Dilaver). "Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Bundan Etkilenme Durumu", Atılım Üniversitesi Açık Erişim Sistemi, 2011. Publications	27 words — < 1%
30	www.kalite.saglik.gov.tr Internet	27 words — < 1%
31	www.ijtase.net Internet	25 words — < 1%
32	muhendislik.istanbul.edu.tr Internet	25 words — < 1%
33	docplayer.biz.tr Internet	25 words — < 1%
34	toad.edam.com.tr Internet	25 words — < 1%
35	acikerisim.ikc.edu.tr:8080 Internet	25 words — < 1%
36	1pdf.net Internet	24 words — < 1%
37	www2.bayar.edu.tr Internet	22 words — < 1%

- 38 ÖZGEN, Nurettin, ÜNALDI ESER, Ülkü and BİNDAK, Recep. "Öğretmen adaylarının doğal afetler konusuna yönelik etkili öğrenme biçimleri nin belirlenmesi", Ahi Evran Üniversitesi, 2011.
Publications 21 words — < 1%
- 39 usos2016.com
Internet 21 words — < 1%
- 40 yapkat.com
Internet 19 words — < 1%
- 41 www.isletmecilik.org
Internet 19 words — < 1%
- 42 www.uhgsfkongre2017.org
Internet 19 words — < 1%
- 43 www.sid.hacettepe.edu.tr
Internet 18 words — < 1%
- 44 eogrenme.anadolu.edu.tr
Internet 17 words — < 1%
- 45 www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080
Internet 17 words — < 1%
- 46 www.ices-uebk.org
Internet 16 words — < 1%
- 47 www.saglikaktuel.com
Internet 15 words — < 1%
- 48 library.cu.edu.tr
Internet 15 words — < 1%
- 49 icci-epok.org
Internet 15 words — < 1%
- 50 KARAKUŞ, Fatma. "ÖĞRETMEN ADAYLARININ BİRLEŞTİRİLMİŞ SINIF ", Erzincan Üniv. Fen 14 words — < 1%

51	www.manas.edu.kg Internet	14 words — < 1%
52	en.eurasiatourismcongress.com Internet	14 words — < 1%
53	www.usbik.com Internet	13 words — < 1%
54	www.researchgate.net Internet	13 words — < 1%
55	www.multicongress.net Internet	13 words — < 1%
56	unesak.com Internet	12 words — < 1%
57	abstractpicker.com Internet	12 words — < 1%
58	TAYFUN, Ahmet and ÇATIR, Ozan. "Hemşirelerin Örgütsel Sinizm Düzeylerinin İncelenmesi", Melih Topaloğlu, 2014. Publications	12 words — < 1%
59	mnergiz.blogspot.com Internet	11 words — < 1%
60	www.scribd.com Internet	11 words — < 1%
61	tez.yok.gov.tr Internet	11 words — < 1%
62	acikerisim.gelisim.edu.tr Internet	11 words — < 1%
63	www.diamed98.com	

Internet

10 words — < 1 %

64 dosyamerkez.saglik.gov.tr
Internet

10 words — < 1 %

65 ERSAN, Ceyhun. "Babalara Verilen Dil Eğitim Programının Çocukların Alıcı Dil Gelişimine Etkisi **", Kaligrafi Yayıncılık, 2015.
Publications

9 words — < 1 %

66 utk19.aku.edu.tr
Internet

9 words — < 1 %

67 www.icomep.com
Internet

9 words — < 1 %

68 documents.tips
Internet

9 words — < 1 %

69 bys.trakya.edu.tr
Internet

9 words — < 1 %

70 www.pdrkongre2019.org
Internet

9 words — < 1 %

71 mersin.mitosweb.com
Internet

8 words — < 1 %

72 www.journalagent.com
Internet

8 words — < 1 %

73 pt.scribd.com
Internet

8 words — < 1 %

74 acikerisim.bartın.edu.tr:8080
Internet

8 words — < 1 %

75 scfconferences.com
Internet

8 words — < 1 %

76	docs.neu.edu.tr Internet	8 words — < 1%
77	eminipek.com Internet	8 words — < 1%
78	dspace.balikesir.edu.tr Internet	8 words — < 1%
79	acikarsiv.ankara.edu.tr Internet	8 words — < 1%
80	Mohammad Ali Akbor Polan, Nahid Al Noman, Chowdhury Moin Jan, Md Riasat Hasan, Takashi Saito. "Practice and Knowledge of Health Personnel on Impact of Medical Wastes in Upazilla Health Complexes under Dhaka Division in Bangladesh", City Dental College Journal, 2018 Crossref	8 words — < 1%
81	www.alternatifokullar.com Internet	8 words — < 1%
82	DOĞAN, Songül and KAYA, Sıdıka. "Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı hastane yöneticilerinin toplam kalite yönetimi konusundaki algıları", TUBITAK, 2004. Publications	5 words — < 1%

EXCLUDE QUOTES ON
EXCLUDE BIBLIOGRAPHY ON

EXCLUDE MATCHES OFF