



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTANE ÇALIŞANLARININ TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ
(TKY) UYGULAMALARINA İLİŞKİN ALGI DÜZEYLERİ:
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ**

Seda ÖZFİDANCI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

SIVAS 2019

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTANE ÇALIŞANLARININ TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ
(TKY) UYGULAMALARINA İLİŞKİN ALGI DÜZEYLERİ:
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ**

Seda ÖZFİDANCI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Enis Baha BİÇER**

SİVAS 2019

“Hastane Çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi (TKY) Uygulamalarına İlişkin Algı Düzeyleri: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Doç.Dr. Hatice ULUSOY

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Ahmet İLHAN

Üye (Danışman)

Dr.Öğr.Üyesi Enis Baha BİÇER



ONAY

Bu tez çalışması, tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. ZÜBEYDA AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET

HASTANE ÇALIŞANLARININ TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ (TKY) UYGULAMALARINA İLİŞKİN ALGI DÜZEYLERİ: SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ Seda ÖZFİDANCI

Yüksek Lisans Tezi
Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Enis Baha BİÇER
2019, 81 sayfa

Esas itibariyle kökenleri tarih öncesi dönemlere dayanan ancak 21.yy'da popülerlik kazanan Toplam Kalite Yönetimi (TKY) uygulamaları, önceleri üretim işletmeleri daha sonra hizmet işletmelerinde bugün ise tüm sektörlerde maliyeti azaltmak, rekabet üstünlüğü sağlamak ve karlılığı artırmak amacıyla hızla yayılmıştır. Toplam kalite yönetimi bu katkılarının yanında işletmelerin tüm iş süreçlerini de derinden etkilediği gerçeğinden hareketle bu çalışmada bir hizmet işletmesi olan hastanelerde, hastane çalışanlarının TKY uygulamalarına ilişkin algı düzeylerini ölçmek amaçlanmıştır.

Araştırmanın örneklemini, 2018 yılı ilk yarısında SCÜH'da çalışanlar arasından basit rastgele örnekleme metoduyla seçilen 150 personel oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak 9 sorudan oluşan kişisel bilgi formu ve Ustasüleyman (2011) tarafından geliştirilen, araştırmacı tarafından sağlığa uyarlanan 51 sorudan oluşan, hastane çalışanlarının TKY uygulamalarına ilişkin algı düzeylerini ölçmeye yönelik anket soruları kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı aracılığıyla betimsel istatistikler, güvenilirlik analizi, normallik testi, bağımsız gruplar t testi, tek yönlü ANOVA analizi, korelasyon analizi yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Çalışmada, hastane çalışanlarının TKY uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri ile kalite üzerine eğitim alma durumları ve hastanedeki pozisyon değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Çalışanları

ABSTRACT
LEVEL LEVELS OF HOSPITAL EMPLOYEES REGARDING TOTAL
QUALITY MANAGEMENT (TQM) APPLICATIONS: SIVAS
CUMHURİYET UNIVERSITY CASE STUDY
Seda ÖZFİDANCI
Master's Thesis
Supervisor: Assistant Prof. Dr. Enis Baha BİÇER
2019, 81page

Total Quality Management (TQM) practices, whose origins are predominantly based on prehistoric times but gained popularity in the 21st century, have spread rapidly in order to reduce costs, to provide competitive advantage and to increase profitability in the manufacturing enterprises and then in service enterprises. The aim of this study is to measure the perception levels of hospital workers in TQM practices in hospitals which have a service enterprise in this study, based on the fact that total quality management deeply affects all business processes of these enterprises.

The sample of the study consisted of 150 personnel selected by the simple random sampling method among the employees of Sivas Cumhuriyet University Health Services Application and Research Hospital in the first half of 2018. A personal information form consisting of 9 questions and a questionnaire which was developed by Ustasüleyman (2011) and consisting of 51 questions adapted to health by the researcher, was used to measure the perception levels of TQM practices of health workers. The data were analyzed by using SPSS 22.0 package program, descriptive statistics, reliability analysis, normality test, independent groups t test, one way ANOVA analysis and correlation analysis methods. In the study, a statistically significant relationship was found between the perception levels of TQM practices on hospital workers and their training on quality and position variables in the hospital.

KeyWords:Total Quality Management, HospitalWorkers

TEŞEKKÜR

Bu alıőmanın hazırlanması aşamasında, benimle bilgilerini ve tecrübelerini paylaőan, çalışmanın tamamlana bilmesi için bana vakit ayıran tez danıőmanım sayın hocam, Dr. Öğr. Üyesi Enis Baha Biçer baőta olmak üzere, eğitim hayatım boyunca, bedeli hiç ödenemeyecek kadar çok emek sahibi olan diğer hocalarıma teőekkürlerimi sunarım.

Ayrıca anketlerin uygulanması için gerekli imkanı sağlayan ve vakit ayırıp anketleri dolduran SCÜH personeline, hayatımın her evresinde hep yanımda olup benden maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

Seda ÖZFİDANCI

2019-Sivas

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
GİRİŞ	1
Problem durumu	2
BÖLÜM I	4
KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ (TKY)	4
1.1. Kalite Nedir?	4
1.1.1. Kalite Kavramının Tarihsel Süreci	6
1.1.2. Kalitenin Temel Unsurları	7
1.2. Kalite Yönetimi	8
1.3. Toplam Kalite Yönetimi.....	9
1.3.1. Toplam Kalite Yönetiminin Özellikleri.....	11
1.3.2. Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri	12
1.3.2.1. Müşteri Odaklılık	12
1.3.2.2. Üst Yönetim Liderliği	13
1.3.3.3. Personel Katılımı ve Önerileri	15
1.3.2.4. Sürekli Gelişme (Kaizen).....	15
1.3.2.5. Eğitim	18
1.3.2.6. Tedarikçi ilişkileri.....	18
1.4. TKY Sürecinde Yaşanması Muhtemel Olumsuzluklar	19

BÖLÜM II	21
TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANIMI.....	21
2.1. Hizmet	21
2.1.1. Hizmetin Özellikleri	24
2.1.2. Hizmetin sınıflandırılması	25
2.2. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri.....	25
2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	26
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	27
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite	27
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi.....	29
2.3.1. TKY'nin Hastane Çalışanları Üzerine Etkileri.....	30
2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon	31
2.4. Hasta Güvenliği Kültürü	34
BÖLÜM III.....	39
GEREÇ VE YÖNTEM.....	39
3.1. Araştırmanın Amaç ve Önemi.....	39
3.2. Araştırmanın Kapsamı.....	40
3.3. Araştırmanın Tipi	40
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40
3.5. Veri Toplama Aracı.....	41
3.6. Araştırmanın Uygulanması ve Etik Boyut	42
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	42

BÖLÜM IV	43
BULGULAR	43
5. SONUÇ	66
6. TARTIŞMA	68
7. ÖNERİLER	70
KAYNAKÇA	71
EK 1. Hastane Çalışanlarında TKY Algısı Anket Formu	78
EK 2. Etik Kurul İzin Belgesi	80
ÖZGEÇMİŞ	80

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.1. Kalitenin Objektif ve Subjektif Özellikleri.....	5
Tablo 1.2. Toplam Kalite Yönetimi ve Klasik Yönetim Arasındaki Farklar.....	11
Tablo 1.3. Lider ve Yönetici Arasındaki Farklar	14
Tablo 4.1. Güvenilirlik Analizleri.....	43
Tablo 4.3. Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları.....	46
Tablo 4.4. TKY Ölçeğine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	47
Tablo 4.5. TKY Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları	52
Tablo 4.7. TKY Ölçeği ve Alt Boyutlarının Kalite Eğitimi Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları...	54
Tablo 4.9. TKY Ölçeği ve Alt Boyutlarının Pozisyon Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	57
Tablo 4.10. TKY Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çalışma Süresine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	60
Tablo 4.11. TKY Ölçeği ve Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	62
Tablo 4.12. TKY Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Pearson Korelasyon Analiz Sonuçları.....	63
Tablo 5.1. Hipotez Sonuçları	67

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AR-GE	: Araştırma ve Geliştirme
ISO	: Uluslararası Standartlar Teşkilatı
İİB	: İktisadi ve İdari Bilimler
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SCÜH	: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

Yaşadığımız çağda teknoloji alanında yaşanan büyük değişimler ve üretimin hızlanması firmaların yönetim faaliyetlerine önem vermesini zorunlu kılmıştır. Yönetim alanında firmaların belirlemiş olduğu hedefe ulaşabilmesi için verimli, ekonomik ve kaliteli mal veya hizmet tasarlaması kaçınılmazdır. Firmalar yönetim ve organizasyon bileşenlerini uyguladıkları zaman kalite ortaya çıkmaktadır. Nitekim kalite kontrolü, kalite yönetimi ve sürekli geliştirme kavramları ile TKY uygulaması hızla değer kazanmıştır. 19.yy'da temeli atılan kalite uygulamalarından TKY, günümüz koşullarında sadece üretim alanında değil hizmet sektöründe de büyük önem taşımaktadır.

Farklı sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmeti sunan kurumlarda özellikle de hastanelerde işletme başarısını etkileyen en önemli unsur insan gücüdür. Sağlık kurumlarında işletmenin başarısı ve müşteri memnuniyetini etkileyen en temel unsur ise sağlık personelidir. Sağlık sektöründe konu insan sağlığı ve hatasız işlemler döngüsü olmasından dolayı hizmet verenlerin iş tatmini bir kat daha fazla önem taşımaktadır.

TKY uygulamalarının sağlık kurumlarında özellikle de hastanelerde uygulamaya başlanmasıyla birlikte çalışanların motivasyonu olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir. TKY uygulamaları personel üzerine olan etkisinin yanı sıra kurumda bir takım artılar ve avantajlar sağlamaktadır. Bunların en önemlileri ise hata oranındaki düşüş ve maliyetlerde oluşan düşüştür.

TKY uygulamasını hayata geçiren sağlık kuruluşlarında olumlu olarak gelişen bir başka konu ise müşteri memnuniyetidir. İşinde doyuma ulaşan ve işini severek yapan personeller, hizmeti talep eden hastalara daha olumlu yaklaşarak problemlerini daha kısa sürede çözmektedir. Bu durumun sonucu kuruma olumlu yönde etki ederek kuruma rekabet şansı ve karlılık sağlamaktadır. Buradan da görüleceği gibi TKY uygulamalarını bir bütün olarak benimsemek başarıya ulaşmak için son derece önemlidir.

Alanyazın incelendiğinde, TKY'nin sayılan bu önemlerine karşın sağlık kurumlarında çalışan personele yönelik araştırma sınırlıdır. Yapılan araştırmalar incelendiğinde ise beklenti ile algı arasındaki farkı ölçen SERVQUAL analizinin kullanıldığı görülmektedir (Kayhan, 2015; Alp, 2014; Yazgan, 2009; Şarbak, 2009; Sezer, 2009).

Bu bilgiler ışığında SCÜH'da toplam kalite yönetimi uygulamalarının incelenmesini ve hastane çalışanlarında toplam kalite yönetimi algısını ölçmeyi amaçlayan bu çalışma dört bölüm halinde kurgulanmıştır. İlk bölümde kalitenin tanımı, kalite yönetimi, toplam kalite yönetiminin ilkeleri ve özellikleri, bu süreçte yaşanabilecek muhtemel güçlüklerle değinilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde toplam kalite yönetimi uygulamalarının sağlık alanında kullanımı ana başlığı altında, sağlık hizmetlerinin tanımı, özellikleri, sağlık hizmetlerinde kalite ve TKY uygulamalarının hastane çalışanlarına etkisi üzerinde durulmuştur. Çalışmanın üçüncü bölümünü gereç ve yöntem oluşturmakta olup, araştırmanın amacı ve önemi, kapsamı, modeli, evren ve örneklem seçimi, verilerin toplanması, etik boyutu ve verilerin değerlendirilmesine dair bilgiler sunulmuştur. Son bölüm olan dördüncü bölümde ise uygulanan anketlerin sonuçları sunulmuş ve yorumları yapılmıştır.

Problem durumu

Her geçen gün önemi giderek artan sağlık sektöründe, toplam kalite yönetiminin nasıl uygulandığını ve hastane çalışanlarının TKY algılarını tespit etmek amacıyla hazırlanan çalışmanın problem cümlesini, "SCÜH'da Toplam Kalite Yönetimi (TKY) uygulamalarını algılama düzeyleri nasıldır?" sorusu oluşturmaktadır.

Çalışmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki hipotezler test edilecektir.

Hipotezler

H₁= Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂ = Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃ =Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile kalite eğitimi alma durumu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₄ = Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile yaş arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₅ =Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile pozisyonları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₆ =Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile görevde çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₇ =Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık vardır.

BÖLÜM I

KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ (TKY)

1.1. Kalite Nedir?

Belirli bir ürün veya hizmetin bireylerin beklenti ve ihtiyaçlarını, devamlı ve en makul şekilde giderme yeteneğine “kalite” denilmektedir. Günümüzde yaşanan gelişmeler ve yaşam koşullarındaki değişimler kalite kavramının sürekli değişmesine yol açmıştır. Yine kalitenin başka bir tanımı ise; “bir ürün ya da hizmetler bütününe müşteri ihtiyaçları ve beklentilerine cevap verebilme yeteneğidir” şeklinde ifade edilebilir (İncesu ve Yorulmaz, 2011: 3).

Bununla birlikte kalite kavramını tamamlayan farklı tanımlar da yapılabilir (Zengin ve Erdal, 2000: 42):

- ✓ Kalite, bir yönetim biçimidir.
- ✓ Kalite objektif ve sübjektif bir kavramdır.
- ✓ Kalite, bir hayat ideolojisidir.
- ✓ Kalite, rekabet gücünün artırılmasıdır.
- ✓ Kalite, kişilerin ihtiyaçlarının ve beklentilerinin karşılanarak mutlu olmalarının sağlanmasıdır.
- ✓ Kalite, verimliliği artıran, maliyeti azaltan ve en az yatırım gerektiren bir yoldur.
- ✓ Kalite, israfın önlenmesine yardımcı olur.
- ✓ Kalite, sürekli bir iyileştirme sürecidir.

Şeklinde özetlemek mümkündür.

Kalite kavramının bazı özellikleri bulunmaktadır. Bu özellikleri objektif ve sübjektif olarak 2 grupta toplamak mümkündür. Bu özelliklerin şematik gösterimi Tablo 1.1.’de sunulmuştur.

Tablo 1.1. Kalitenin Objektif ve Subjektif Özellikleri

Objektif Özellikleri	Subjektif Özellikleri
Grafikler	Korkular
Veri toplama	Ümitler
Hatalar	Tercihler
Beklentinin yerine saymak	Tatmin
Maliyet	Davranışlar
Örnekler	Beklentiler
Veriler	Motivasyon
Üretim	Hisler
Formüller	Duygular
Yöntemler	Arzular
Ölçümler	İdealler
Süreçler	Dayanışma
Sorunlar	Nezaket
Kusurlar	Algılamalar
Ürün	Değerler

Kaynak: Zengin ve Erdal, 2000: 43

Tablodan anlaşılacağı gibi kalitenin objektif özellikleri insan unsurunun dışında olan özelliklerdir. Subjektif özellikler ise objektif özellikleri görmek, hissetmek ve düşünmekten kaynaklı özelliklerdir.

İnsanların kalite kavramını değişik şekillerde algıladıkları görülmektedir. Bireylerin yaşadıkları toplum kültürüne, alışkanlıklarına vb. özelliklerine göre değişiklik göstermektedir. Hizmet sunanların en temel amacı, hizmet alanların beğeni

ve ihtiyaçlarını doğru tespit ederek, rakiplerinden daha iyi mal ve hizmet üretmek olmalıdır (Zengin ve Erdal, 2000: 43).

Literatürde kalitenin tanımının değişik şekillerde yapılmış olduğu görölse bile bütün tanımlar birbirini doğrular niteliktedir ve birbirine çok yakındır. Bu kavramların hepsinden yola çıkarak en genel tanımını şu şekilde yapmak mümkündür. “Üretilen ürün veya hizmetin, talep edilen ihtiyaçları ne seviyede karşıladığı ve tüketiciyi ne derece memnun ettiğidir.” Nitekim, hizmet talep eden kişi yada kurumun memnuniyet seviyesi arttıkça buna doğru orantılı olarak isteklerde de artış olacaktır. Kalite kavramının dinamik bir yapıya sahip olmasının en önemli etkenlerinin arasında bu durumu göstermek doğru olacaktır (Yetginoğlu, 2009: 59).

1.1.1. Kalite Kavramının Tarihsel Süreci

Kalite kavramının kökenleri, MÖ 2000’li yıllara kadar uzanmaktadır. MÖ 2150 yılında, bu kavramla alakalı bilgilere yer verildiği görölmüştür. MÖ 3000’li yıllarda “Hammurabi Kanun”larında “*Eğer bir adam ev yaparsa ve bu ev çökerse ve ölen olursa, yapan da öldürülmelidir.*” ifadesi geçmektedir. Bu ifade kalite kavramının en eski yazılı kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Kalite kavramının gündeme geldiği ilk dönemlerde tarım işiyle uğraşan kişiler kaliteyi istekleri doğrultusunda değerlendirmişler, bu ise belirli kısıtlamaları beraberinde getirmiştir (Zerekli, 2009:5).

Endüstri devrimine kadar olan sürede kalite uygulamaları tüketici refahını ve memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak amacıyla gelişmeye devam etmiştir. Osmanlı döneminde, 13.yy’da kurulan esnaf loncaları kaliteyle ilgili işleri yürütmüştür (Yıldız, 2010: 5).

Kalite kavramı tarih içerisinde birçok şekilde tanımlanıp kullanılmıştır. Kalite kavramının işletmeler açısından önemi ise, II. Dünya Savaşı’nın ardından daha çok anlaşılmaya başlanmıştır. Yine bu dönemde ABD’de “Kalite Kontrol Derneği” kurulmuş ve Amerikan ürünlerine talep artarak piyasaya hızla

yayılmıştır. Amerika’da yaşanan olumlu etkilerinin gözlenmesinin ardından 1950’li yıllarda Japonya’ya “Japon Mühendisleri Derneği” kurulmuştur ve ABD’nin kalite kontrol derneği kurucularından Deming ve Juran ülkeye eğitim vermek üzere gelmiştir. Japonlar bu eğitimlerin ardından kendi ülkelerine ve ortamlarına uyacak yeni kalite kontrol işlemlerini geliştirerek büyük başarı elde etmişlerdir. Kalite bu yüzyılda evrimleşerek, üretilen malın ve sunulan hizmetlerin muayene sürecinde bütün analizleri belirlenmeye başlamıştır. Fakat bu uygulamaların kalitedeki eksikliği tespit etmede yeterli olmadığı ve bununla birlikte üretildikten sonra hatayı tespit etmenin de daha masraflı olduğu görülmüştür. Bunun üzerine üretilen ürünlere uygulanan muayene süreci artık yerini istatistiksel kontrol sürecine bırakmış, istatistiksel kontrolde önceden belirlenen standartlara göre üretilen ürünlerden numune alınıp test edilmesi işleminden sonra amaca ulaşılmıştır. Böylelikle zaman ve maliyetlerde ciddi ölçüde tasarruf sağlanacağı gözlemlenmiştir (Bektaş, 2013: 5).

Bu gelişmelerin ardından 1970’li yıllarda Amerikalılar pazar payını kaybetmeye başlayınca, 1980’li yılların başında “Toplam Kalite Yönetimi” üzerinde tekrar çalışmaya başlamışlardır. İmalatta yeniden yapılanma arayışına giren Amerikalılar kısa süre sonra sigorta, ulaşım, bankacılık ve sağlık olmak üzere farklı diğer sektörlerde de kaliteyi uygulamaya başlamışlardır (Turan, 2015:5).

1.1.2. Kalitenin Temel Unsurları

Kalitenin oluşmasında bir takım unsurlar vardır. Bunları; tasarım, uygunluk ve kullanım kalitesi olarak üç grupta incelemek mümkündür. Tasarım kalitesi; ürünün tasarımı sırasında kullanıcıların isteklerine cevap verebilmek amacıyla öncelikle üründe bulunması gereken özelliklerin tespit edilmesidir. Kullanıcıların istediği özellikleri taşıyan bir tasarım yapılırsa, tasarım kalitesi amacına ulaşmış demektir. Üretim öncesinde gerekli pazar araştırması, ürün geliştirme stratejileri tasarım kalitesine direkt olarak yansımaktadır. Meydana gelecek ürünün boyutları,

rengi vb. özellikleri tasarım kalitesinin bileşenleridir.Uygunluk kalitesi; üretilen ürünün, tasarım evresinde tespit edilmiş kriterlere ne derece uygunluk sağladığıyla ilgilidir. Tasarlanan bir malzemenin uygunluk kalitesini belirleyen, nominal (hedef) değer ve tolerans olmak üzere iki ana etken vardır. Nominal değer, ürünün üretiminde en az sapma ile yapılmasıdır. Tolerans ise belirlenen standart hedeflerden, makul görülecek ufak çaplı, sapmalardır (Şimşek, 2008: 377).

Kullanım kalitesi; üretim aşamasından sonraki aşamadır. Kullanım kalitesinde ürünün kullanımı sırasında özelliklerini muhafaza etmesi beklenir. Ürün kullanıldıkça oluşacak sorunlar neticesinde verilen servis, gerekli yedek parçaların temini gibi durumlar kaliteyi doğrudan etkilemektedir.Bu açıklamalardan da görüldüğü gibi kaliteyi oluşturan unsurlardan herhangi birinin eksik olması ürünü kalitesiz kılmaktadır. Kalitesi iyi düzeyde olmayan ürün veya hizmetlerin ortaya çıkması pazar payındaki düşüşe neden olmaktadır. Bu sebeple kalite unsurlarının hepsini bir bütün olarak ele alıp, birinin eksikliğinde mükemmel sonuçların çıkmayacağını bilmek gerekir. Tüketicilerin ürünü kullanması sırasında meydana gelecek bazı durumlar ürünün kalitesini belirlemektedir. Kullanım kalitesi ilkesi, son kullanıcının isteklerine ve beklentilerine uyum sağlamasıyla ilgilidir. Bu süreçlerin hepsi kullanım kalitesinin içinde değerlendirilmektedir (Çağlar ve Kılıç, 2006: 15).

1.2. Kalite Yönetimi

Kalite kavramı, tarihsel süreçte giderek daha önemli hale gelmiş, üretim sektörünün dışında, hizmet sektörü vb. sektörlerde de ayrıca önemli bir noktaya gelmiştir. Firmaların rekabet şartlarının giderek zorlaşması, tüketimin küresel bir yapıya dönüşmesi gibi sebepler kalitenin görülmek istendiği alanlarda bütüncül bir yaklaşım gerekliliğini gündeme getirmiştir. Bu istek “Toplam Kalite Yönetimi”nin doğuşuna neden olmuştur. TKY müşteri beklentilerinin cevaplanması, var olan sistem ve imkanların doğru kullanılması bunların neticesinde de kaliteli üretimi elde etmeyi amaçlamıştır (Yetginoglu, 2009: 71).

1.3. Toplam Kalite Yönetimi

Toplam kalite yönetiminin tek bir tanımı bulunmamaktadır. Farklı birçok tanımı yapılsa da, tanımlar birbirine göre büyük farklılıklar göstermezken sadece bakış açılarına göre ufak çaplı değişiklik göstermektedir.

Toplam kalite yönetimi (TKY); sürekli değişen ve gelişim gösteren rekabet ve farklı müşteri beklentileri sonucunda ortaya çıkmıştır. TKY'yi müşterilerin talep ettikleri hizmet veya ürünleri, istenilen şekilde temin edebilmek için bütün çalışanların uyum içinde çalışmasıyla gerçekleşen bir süreç olarak görmek doğru olacaktır. NitekimTKY, “Bütün çalışanların birlikte çalışmasıyla müşterinin isteklerini karşılayabilecek ürün ve hizmetleri sağlamak için gereken şartların yerine getirilmesidir” (Karabulut, 2009: 16).

Toplam Kalite Yönetimi; bir firmada sonuçlardan ziyade süreçlere odaklanarak, bütün personelin geliştirilmesiyle alakalı yönetsel kararları bir bütün halinde alan, bilimsel verilerin çözümlenmesine dayanan bir yaklaşımdır (İnce, 2007: 46).

Bu tanımlara ve “toplama”, “kalite” “yönetimi” kelimelerinin anlamlarına bakıldığında anlaşılacağı üzere toplam kalite yönetimindeki “toplama”, kelimesi, bu yönetim tarzının işletmedeki bütün etkinlikleri ve personeli kapsadığını ifade etmektedir. Bir başka ifadesi ise kalitenin işletmede bütün olarak meydana getirilmesidir. “Kalite” kavramı ise önceki tanımlarda da vurgulandığı gibi, kelime anlamı olarak bir ürün veya hizmetin iyi yada kötü olma durumu olarak nitelendirilebilir. Bu tanım günümüzde “müşterilerin istediklerine uygunluk” şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Toplam kalite yönetiminin olmazsa olmaz değişkenlerinden isteklere cevap verme durumu ise kaliteyle ilişkilendirilmektedir. “Yönetim” kavramı ise, kalitenin müşteriye sunulabilmesi için gerekli olan eğitimleri ve personeli idare etmeyi ifade eden bir kavram olarak toplam kalite yönetiminin içerisinde yer almaktadır. Toplam kalite yönetiminin ana prensiplerini şu şekilde sıralamak mümkündür (Gedikli, 2001: 23):

- Olgu bazlı yönetim
 - Müşteri memnuniyeti
 - İnsan odaklı yönetim
 - Sürekli gelişme
- Temel kavramları ise;
- Müşteri tatmini
 - İş süreçleri
 - İç ve dış müşteri
 - Performans ölçümü
 - Kaliteyi çalışanlar üretir
 - Takım çalışması
 - Hatayı önleme
 - Süreçleri sürekli geliştirme, şeklinde ifade edebiliriz.

Klasik yönetim anlayışına göre birçok farklılık gösteren toplam kalite yönetiminin, klasik yönetimle arasındaki farklılıklar Tablo 1.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 1.2. Toplam Kalite Yönetimi ve Klasik Yönetim Arasındaki Farklar

KLASİK YÖNETİM ANLAYIŞI	TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ANLAYIŞI
Muayeneye dayalı kalite	Önemeye dayalı muayene
Kalitenin artmasıyla artan maliyet	Kalitenin artmasıyla azalan maliyet
Optimum stok	Sıfır stok
Sorunlar çıktıktan sonra çözüm geliştiren yönetim	Çıkabilecek sorunları tahmin ederek, bunları önleyen yönetim
Uzmanlaşma ile sistem geliştirme yaklaşımı	İşbirliği ile sistem geliştirme yaklaşımı
Kabul edilebilir hata düzeyini hedefleyen üretim	Sıfır hatayı hedefleyen üretim
Hiyerarşiye dayanan öncelikler	Müşteri tatminine dayalı öncelikler
Ulusal/uluslararası standartlara göre ürün kalitesi	Müşteri ihtiyaçlarına cevap veren ürün kalitesi
Kalite kontrol fonksiyonunun sorumluluğunda kalite güvencesi	İş yapanların sorumluluğunda kalite güvencesi
AR-GE ve pazarlamanın sorumluluğunda ürün tasarımları	Üretenlerin ve satış yapanların da katkısı olan ürün geliştirme
Optimum fire	Sıfır fire
İşi en iyi bilen o işi yöneten olduğuna inanan anlayış	İşi yapanın o işi en iyi bildiğine inanan anlayış
Tecrübe ve inisiyatife dayalı yönetim kararları	İstatistik ve <u>kantitatif analizlere</u> dayalı yönetim kararları

Kaynak: Aydoğmuş, 2015: 7

1.3.1. Toplam Kalite Yönetiminin Özellikleri

TKY tamamen kalite merkezli hareket eden faaliyetler bütünü olarak bir anlam ifade ediyor olsa bile içeriğinde birçok bileşenleri barındırmaktadır. Yalnızca kaliteyi değil personel ve diğer unsurları da bünyesinde barındırmaktadır. Böylelikle toplam kalite yönetimi, özünde kalite temelini yanı sıra farklı uygulama ve değerleri bünyesinde barındıran bir yapıya sahiptir. Toplam kalite yönetiminin özellikleri şu şekilde gruplandırılabilir (Erkılıç, 2007: 50):

- Müşteri odaklı yaklaşımları barındırması
- Geçici işlevsel sonuçlar değil kalıcı sonuçlara ulaşması

- Fonksiyonel liderlik yapısına sahip olması
- Süreçlerin aşamalar halinde yönetimi
- Personele mesleki eğitimlerin verilmesi
- Personel verimliliğini artırmak için, insan kaynakları yönetiminin etkili bir biçimde kullanılması
- İşletme bünyesindekilerle birlikte hareket etme arzusu
- Sosyal sorumluluk bilincinin olması

Toplam kalite yönetimi, teknik değerlerin dışında birey olgusunu öne alan bir sistem dizisidir. TKY tüm çalışan ve müşterilerin rol aldığı bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.3.2. Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri

Toplam kalite yönetiminin amaçlarına başarıyla ulaşabilmesinin en temel etkeni hiç şüphesiz personelin motivasyonu ve görevini benimsemesidir. Belirlenen amaç ve ilkelere harfiyen uyulması başarıyı getirirken, bazı ilkelerin göz ardı edilmesi başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Bu sebeple toplam kalite yönetimini bir bütün halinde ele almak ve benimsemek son derece önem taşımaktadır. Toplam kalite yönetimi ilkelerini yedi başlıkta incelemek mümkün olacaktır (Turan, 2011: 13).

1.3.2.1. Müşteri Odaklılık

Günümüz dünyasında artan rekabet koşulları firmaları müşteri odaklı çalışmaya mecbur kılmıştır. Firmalar müşterinin tercihini etkilemek amacıyla bir dizi faaliyetlerde bulunarak farklı çalışmalar yapmaktadır. Toplam kalite yönetiminin en temel ilkelerinin başında hiç şüphesiz müşteri odaklılık gelmektedir. Bu ilkede müşterilerin memnuniyetini üst seviyeye taşımak ve taleplerini eksiksiz karşılayabilmek son derece önemlidir. Müşterinin talebi kendisine sunulmadan önce bütün kriterler gözden geçirilmeli ve doğacak

aksaklıklara yer verilmemelidir. Bu sebeple, müşteriye kazanma bilinci oluşmakta ve hizmet veya ürünün en iyi şekilde sunulması amaçlanmaktadır (Yurtman, 2010: 20).

Müşterinin tatmin olması, firmadan olan beklentisiyle alakalı bir kavramdır. Müşterinin beklentisi, üretilen mal veya hizmetten daha üst düzeyde ise beklentiye yeterince cevap verilememiş olur bu durum ise tatminsizliği beraberinde getirir. Müşteri tatmini ve beklentilerinin gösterildiği şematik çizim aşağıda sunulmuştur (Özgür, 2008: 32).

$$\begin{array}{l} \text{Müşteri Tatmini} = \text{Beklenti} - \text{Algılama} \\ \text{MT} \qquad \qquad \qquad \text{B} \qquad \qquad \qquad \text{A} \\ \text{B} > \text{A} \text{ tatmin olmamış} \\ \text{B} < \text{A} \text{ tatmin olmuş} \\ \text{B} = \text{A} \text{ tepkisiz} \end{array}$$

TKY anlayışında, müşterinin tatmini ve memnuniyeti en üst seviyede görülmektedir. Müşteri memnuniyetini sağlayabilmek için, ihtiyaç duyulan hizmet veya ürünün zamanında ve en düşük fiyattan sunulması, müşterinin beklentilerini karşılaması gereklidir (Zeyrekli, 2009: 28).

1.3.2.2.Üst Yönetim Liderliği

TKY ile yönetilen kurumlarda başarının sağlanabilmesi ancak üst yönetimin liderliğini başarıyla yerine getirmesine bağlıdır. Üst yönetimin kararlılığı ve önderliği personeli motive edeceği gibi aksi durumda çalışanlara olumsuz yönde etki edebilecektir. Liderde bulunması gereken en önemli özellik çalışanları motive ederek hedefe götüreceği yolu çizmesidir. Bu özelliği taşıyan lider doğru liderdir ve başarıyı yakalaması çok zor değildir. Lider ve yönetici arasındaki ince çizgi burada devreye girmektedir. Yönetici, liderin belirlediği

hedeflere varabilmek için çalışan ve işleri planlayıp bu plana uyulmasını kontrol eden kişidir (Eroglu, 2003: 127).

Lider ve yönetici arasında bazı farklar bulunmaktadır. Bu farklar Tablo 1.3.'te verilmiştir.

Tablo 1.3. Lider ve Yönetici Arasındaki Farklar

Liderler	Yöneticiler
Kişileri ve aktif tutumları benimserler	Kişisel olmayan yönetsel amaçları benimserler
İnsanların olabirlik, isteklilik ve gereklilik konusundaki fikirlerini geliştirirler.	İşlerini, insan ve madde kaynağını birleştirmek için, karar alma ve strateji geliştirme süreci olarak görürler
Anlaşma, pazarlık yapma, ödüllendirme cezalandırma vb. esnek taktikler kullanırlar.	Yeni değerler yaratıp verdikleri buyruklarla özel istek ve amaçlar oluştururlar.
İşlerini bir yük ve zorunluluk olarak görmezler	Konumlarında kalmalarını sağlayan, rutin işlere hoşgörüyü bakarlar.
İşte coşku yaratmayı, riske girmeyi, fırsat ve ödülleri yüksek tutmayı tercih edeler.	Var olanı koruma güdülerini riske girme arzularına ket vurur
Yöneticilerin seçenekleri sınırladığı, eski örnekleri izledikleri durumlarda yeni yaklaşımlar geliştirirler.	Birlikte çalıştıkları insanlarla karar süreçleri ile olayları geliştirmede oynadıkları rollere göre ilişki kurar ve ilgilenirler.
Empatik yollarla, sezgileriyle insanların önce düşünce ve duyguları, sonra eylemleriyle ilgilenirler.	Astlarıyla dolaylı olarak iletişim kurarlar, onları emirlerle itaate zorlarlar.
Olayların durumların insanlara ne ifade ettiğini anlamaya çalışırlar	Olayların, durumların nasıl geliştiğini anlamaya çalışırlar.

Kaynak:Eroglu, 2003: 127

Bütün iyi yöneticilerin lider olma özelliğine sahip olmasını beklemek doğru olmaz, fakat liderin aynı zamanda iyi bir yönetici olması kaçınılmazdır. Bu sebeple lider planlama konusunda doğru kararlar almalı, bu kararların uygulanıp uygulanmadığını denetlemelidir (Özgür, 2008: 33).Nitekim,liderinen temel amacı, personel verimliliğini üst seviyelere çıkartmaktır (Genç, 2000: 45).

1.3.3.3. Personel Katılımı ve Önerileri

Kalitenin elde edilebilmesi için, “iş en iyi bilen o işi yapandır” felsefesinden hareket edilmelidir. Personelin bilgi ve görüşleri karar vermede dikkate alınmalı ve yeni fikirlerin ortaya çıkmasına imkan sağlanmalıdır. Nitekim personel kendisini önemli hissettiği ve değerli gördüğü durumda işletmeye daha fazla katkıda bulunabilir (Padkil, 2004: 173).

Başarıya ulaşmak için toplam kalite yönetiminde yöneticinin çabaları, atacağı adımlar, alacağı kararlar son derece önemlidir. Ancak başarıyı kaçınılmaz kılan bir başka unsur ise personelin bu anlayışı benimsemesidir. Alınacak kararların şeffaflığı ve adil oluşu çalışan motivasyonunu yükselterek başarıya katkı sağlayacaktır. Ayrıca çalışanların düşüncelerinin alınmaması durumunda firmalara avantaj sağlayan durum ortadan kalkacaktır (İnce, 2007: 8).

1.3.2.4. Sürekli Gelişme (Kaizen)

Sürekli gelişme Japoncada “Kai”ve “Zen” sözcüklerinden türetilmiştir. Kelime anlamlarına bakıldığında, Kai'nin anlamı “değişim”, Zen'in anlamı ise “iyi” olarak Türkçeye çevrilmiştir. Sözcük olarak Kaizen ise sürekli iyileşme ve gelişme anlamında kullanılmaktadır. Bu kavram Japonya’da yönetimin ana kuramıdır ve firmaların içinde bulunan yönetim organizasyonda sürekli iyiyi hedefleyen bir felsefe tarzıdır. Farklı bir açıdan bakıldığında bu kavram TKY'nin en temel dayanağı olarak gösterilebilir. Sürekli gelişmenin firmalar üzerinde birçok yararı vardır. En temel olanlarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Günbatan, 2006: 36):

- Yönetimin gelişmesine katkıda bulunmak
- Çalışanların ortak hedefe odaklanması
- Bütün personelin yetkisinde olan bölümlerde yöntem gelişim duygusunun yönetim tarafından aşılması

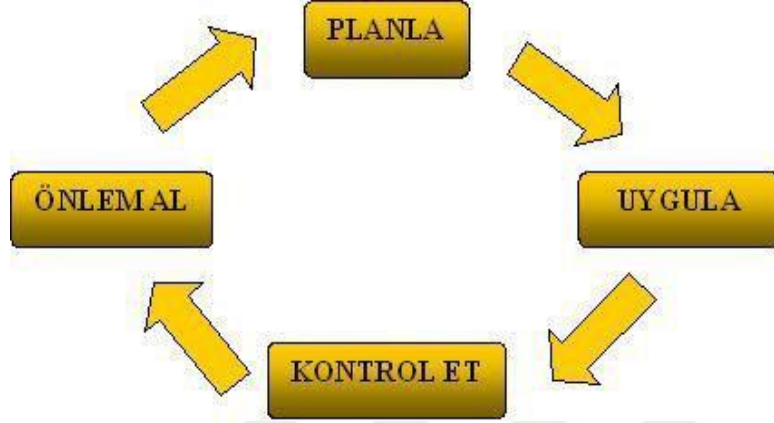
- İstenmeyen durumlarla karşılaşıldığında problem çözme tekniklerinden faydalanılması
- Personelin aldığı eğitimlerle kendini sürekli geliştirmesinin sağlanması

TKY sürekli gelişimi hedefleyen bir yönetim biçimidir. Firmanın gelişimine yönelik alınmış kararlar çerçevesinde hedefe ulaşmayı amaçlamaktadır. Müşterinin beklentisi olan kaliteyi üretirken maliyeti düşürmek, verilen hizmeti sürekli geliştirmeyi zorunlu kılmıştır. Bu yönüyle TKY yaklaşımına bir nevi problem çözme yöntemi denmesi de doğru olacaktır.

Deming, kurumların krize yakalanmamaları veya krizden çıkabilmeleri için 14 kuraldan oluşan bir yöntem belirlemiştir. Değişikliklerin azaltılması, müşteri istek ve ihtiyaçlarını karşılayabilmek için ürün ve hizmetlerin sürekli olarak geliştirilmesi, kalitenin veya kalitesizliğin maliyeti, yenilikçi projeler, sıfır hata, fonksiyonlar arası yönetim, kaliteyi sağlamak için sistematik yaklaşım, kaliteye stratejik odaklanma, müşteri tatmini, rekabet, karlılık, kalite planlaması gibi kavramlar Garvin, Juran, Crosby, Deming, Ishikawa, Feigenbaum gibi kalitenin duayenleri tarafından ortaya konulmuştur. Bu kavramların oluşumu sırasında kalite kavramı birçok gelişim göstermiştir. Denetlemeden istatistiksel süreç kontrolüne, kalite güvence kavramına, toplam kalite kontrolü, toplam kalite yönetimi veya stratejik kalite yönetimi kavramına gelinmiştir (Bektaş, 2013: 47).

Günümüzde TKY uygulamasında, Shewhart tarafından ortaya atılan fakat sonraları Deming tarafından geliştirilen “PUKO” döngüsü kullanılmaktadır. Bu döngüye göre iyileşme için uygulanan “planla-uygula-kontrol et-önlem al” evreleri gereklidir (İnce, 2007: 66).

Bu döngünün şematik gösterimi Şekil 1.1’de verilmiştir.



Şekil 1.1. Deming Döngüsü (İnce, 2007: 66)

Şekilde görüldüğü gibi planlama bu döngünün temel yapı taşıdır. “önlem al” evresinde görevlerin azalabilmesi için planlamanın doğru hazırlanmış olması gerekmektedir. Eğer planlama doğru yapılmazsa bir sonraki evre olan “kontrol et” evresinde süreç uzayacak ve boş zaman kaybına sebep olacaktır. Bu sebeple planlama evresi çok doğru bir şekilde yapılmalıdır. İsminden de anlaşılacağı gibi planın kesinleşmesinin ardından uygulandığı aşamaya uygulama evresi denmektedir.

Kontrol evresinde ise, planlama ve uygulamada yapılanları kontrol etmek temel esastır. Kontrol et evresinde hedeflere varabilmek için ne ölçüde ilerlendiği kontrol edilir. Bu evrede oluşacak hatalar olabilir, döngünün son yapı taşı olan önlem al ise eksikliklerin belirlenmesi ve bu eksikliklere neden olan etkenlerin ortadan kaldırılması için çalışmaların yapıldığı aşamadır.

Sürekli gelişimin işletmelere birçok faydası bulunmaktadır. Bunları şu şekilde sıralamak mümkündür (Aydoğmuş, 2015: 8):

- Firmada bütün faaliyetlerde hareket yaratır.
- Çalışanların ortak amaç ve hedefi benimsemesi ve bu doğrultuda çalışmasını sağlar.
- Birimlerin görev ve yetkilerini daha verimli kullanmasını sağlar.

- Kendi içlerinde etkileşimde olunan birimlerin, problemlerini daha kısa ve doğru şekilde çözmesini sağlar.

1.3.2.5. Eğitim

Personelin işe girdiği tarihten itibaren, işten ayrılma sürecine kadar olan sürede bilgilerini geliştirmeye yönelik yapılan faaliyetleri eğitim olarak ifade etmek mümkündür. Japonların ünlü kalite uzmanı Ishikawa “kalite eğitimle başlar, eğitimle biter” demiştir. TKY’da eğitim işletmelerdeki bütün çalışanları kapsayıcı şekilde olmalıdır. En alt düzeyden en üst düzey personele kadar herkese, TKY felsefesi, takım oluşturma, takım liderliği, kaliteyi geliştirme yöntemi gibi konular hakkında eğitimler verilmelidir. TKY anlayışının bir gerekliliği olarak öncelikle personelin kendini yeniliklere uygun hale getirebilmesi, başka bir ifadeyle eğitime açık hale getirmesi gerekmektedir. Verilecek olan eğitim, personelin ihtiyaçlarını doğru tespit etmek, eğitim araçlarını doğru seçmek, başarılı eğitimi verebilmek için son derece önem taşımaktadır. Personele verilen eğitim sayesinde, nitelikli işgören sayısındaki artış TKY’ne geçiş aşamasında işletmeye büyük avantaj sağlamaktadır (Genç, 2006: 29).

1.3.2.6. Tedarikçi ilişkileri

Firmalar ürettikleri ürün veya hizmetin üretim aşamasından bitimine kadar bir takım malzemeler ve hizmet kullanmak zorundadırlar. Bu zorunluluk farklı işletmelerden ürün veya hizmet tedarik etme ihtiyacını da beraberinde getirmektedir. Kaliteyi yakalamak isteyen her firma, bünyesindeki tedarikçileri ile kaliteyi elde etmek için bir dizi faaliyetlerde bulunmalıdır. Tedarikçi firmaların ürünlerinde iyileştirme ve kaliteyi elde etmesi için gerekirse eğitimler ve seminerlerde vermelidir. Nitekim zorlaşan rekabet koşulları yalnızca firmaları yarıştırmamakta, aynı zamanda tedarikçilerini de bu yarışa mecbur kılmaktadır. Bu durumda tedarikçilerde işletmenin bir parçası olarak görülebilir. Hem tedarikçi

hem işletmenin memnun kalacağı ve karlılık elde edeceği beraberlikler oluşturulmalıdır. Bir örnekle açıklamak gerekirse, günümüzde birçok işletme personel için verilen yemekleri bünyesinde yapmayıp bu hizmeti dışardan almaktadır. Hizmet talep eden firma kalite anlayışını geliştirmek ve kurumu kara geçirmek için bunu talep etmektedir. Firmalar bu beklentilerini karşılayacak tedarikçi firmalar tercih ederek karşılıklı karlılık ve kaliteyi yükseltme beklentisi içine girebilmektedir (Günbatan, 2006: 24).

1.4.TKY Sürecinde Yaşanması Muhtemel Olumsuzluklar

TKY temelleri sağlam atılarak uygulandığı durumlarda çok etkin sonuçlar veren bir sistemdir. TKY'yi uygulamaya geçip, tam manasıyla uygulayamadıkları için başarısızlıkla sonuçlandıran firmalarında olduğu bir gerçektir (Mucuk, 2008: 37). TKY uygulamasının hüsrarla bittiği durumlarda, başarısızlığın iki ana sebebi olduğunu söylemek mümkündür. Kaliteli ürün konusunda doğru olmayan düşüncelerin var oluşu ve TKY sisteminin uygulanmasında oluşacak aksaklıklardır. Bu iki etken işletmeyi başarıya götürecek son derece büyük öneme sahiptir. Lakin TKY sistemini hayata geçirmek isteyen işletmelerin önünde bu iki etken büyük bir engel teşkil etmektedir (Peker, 1996: 59).

TKY uygulamasının amacına ulaşmamasında bir takım nedenler vardır. Bu nedenleri şöyle sıralamak mümkündür (Aydoğmuş, 2015: 9):

- Firmaların üst düzey yöneticilerinin aktif olarak görevini yerine getirmemesi nedeniyle TKY uygulamalarının yalnızca bir plan olarak kalması.
- Kaliteyi artırmak için sunulan hizmet veya ürünün kesintisiz ve hatasız şekilde yapılması anlayışından uzaklaşılması. Bu konuya gerekli önemin verilmemesi ve sıradan basit konular olarak algılanması.
- İdari personel ve işgörenler arasında iletişim kopukluğu ve kalite bilincinden uzak olmaları.

- TKY uygulamasına geçilmeden önce gerekli alt yapı ve bilgi birikimi olmadan direk uygulamaya geçilmeye çalışılması.

Bu maddeler incelendiğinde hepsinin ortak yönü, TKY uygulamasının başarıya ulaşması için işletme personelinin tek vücut halinde çalışması ve iş geliştirme konusunda eğitimler almasıdır, şeklinde genellenebilir.



BÖLÜM II

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNDEKULLANIMI

Günümüzde artan rekabet koşullarından dolayı firmaların birbirine farklılıkları birçok alanda olduğu gibi kalite açısından da ön plana çıkmaktadır. Rakiplerine karşı avantaj sağlamak isteyen işletmeler kaliteyi yükseltmek için bir takım arayışlar içine girmektedir. Gerek personel gerekse ürün kalitesi açısından başarıyı elde edebilmesi için uygulanan yönetim biçimi, alınan ve uygulanan kararlar işletmeleri TKY uygulamasına geçmeyi mecbur kılmaktadır.

TKY uygulamasını hizmet sektörü ve üretim sektörü olmak üzere iki farklı kulvarda incelemek mümkündür. Çalışmanın bu bölümünde üretim sektörüne göre uygulanması daha zor olan hizmet sektöründe ve sağlık kurumlarında TKY uygulaması konusu incelenecektir. Öncelikle hizmet kavramı ve sağlık sektörüne dair kısa bilgiler verilmesi daha uygundur.

2.1. Hizmet

Küreselleşen dünyada varlıklarını sürdürmeye çalışan işletmelerin büyük çoğunluğu varoluşlarının temel amacını müşteriye hizmet vermek olarak kabul etmektedir. Hizmetin tanımlanmasında bir takım zorluklar meydana gelmektedir. Hizmetin soyut bir kavram olma özelliği taşımasından dolayı, diğer birçok sektör kendini hizmet sektörünün bir parçası olarak görebilmektedir. Bu sebeple hizmetin tanımının kesin yargılar dahilinde yapılması doğru değildir. Yine son dönemlerde ülke ekonomilerinde hizmet olgusunun önemi artış eğilimindedir. Sürekli yenilenen hizmet sektörü, spor salonlarında verilen hizmetten, turizm şirketlerinin verdiği hizmete kadar alanını genişletmiştir. Bu duruma bir örnek vermek gerekirse, hizmet; düşünce, eğitim, eğlencenin yanı sıra, müşterinin fiziki görünüşünde değişiklik yapacak, toplumda yenilik hareketi başlatacak alanlarda

da sık anılan bir kavram olmaktadır. İşte bu sebepten hizmet olgusu tanımlanması zor ve karmaşık olan bir kavramdır (Mutlu, 2012: 68).

Tarihsel süreç içinde hizmet kavramı, 1970'lere kadar pazarlanan bir mal biçiminde karşımıza çıkarken, bu tarihlerden sonra mala bağlı olan ve olmayan şekilde farklılık göstererek, hayatın bir parçası olarak geniş alanlara dağılmaktadır (Tengilimoğlu 2009: 39). Hizmetin bu denli hızlı yayılması ve birçok alanı kapsamaması, sunulan hizmetin geliştirilerek iyileşmeye gidilmesi problemleri bir hal almıştır. Literatürde hizmetle ilgili ortak kabul görmüş bir tanım olmaması, hizmet kavramının farklı biçimlerde tanımlanması gerektiğini göstermiştir. Geçmişten günümüze hizmetin tanımı yaşanan dönemlere göre farklılık göstermiştir.

Hizmet, "kişi veya kuruluşların başka kişilere veya kuruluşlara sunumu yapılan, elle tutulamayan faaliyetler ya da faydalar" şeklinde ifade edilmektedir. Grönroos hizmet kavramını, "dokunulmaz yapılardan meydana gelen, müşteriler, çalışanlar, fiziki kaynaklar ve sistemler arasında oluşan karşılıklı etkileşim esnasında meydana gelerek, müşterilerin problemlerinin bir çözümü olarak sunulan fiiller dizisidir" olarak tanımlamıştır (Öztürk, 2003: 36).

TDK ise hizmetinin tanımını, "bir kişinin işini halletme veya birinin istediği, onun işine yarayacağı işi yapmak" şeklinde tanımlamıştır (www.tdk.gov.tr). Tanımın içeriğini biraz daha genişleten Kotler (1997) ise hizmet kavramını "bir tarafın diğer tarafa sağladığı, fiziksel bir ürünle bağlantılı olsun ya da olmasın, dokunulmayan, sahip olunmayan faydalar" olarak tanımlamıştır (Kotler, 1997). Bu tanıma benzer olarak hizmetin çeşitli tanımlarını aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür:

- Kişi ve makinelerin, insan gücü veya araç kullanılarak, talep edenlere doğrudan yarar sağlayan, fiziksel bir varlığa sahip olmayan faaliyetler bütünüdür.
- Hizmet talep eden bireylerin bu taleplerinin başka bir grup insan tarafından karşılanması için sunulan aktivitelerdir.

- Hizmet farklı bir kişinin işinin görülmesi için yapılan çalışmalar bütünüdür.

Yukarıdaki tanımlarda görüldüğü üzere, hizmet için yapılan tanımlamalarda evrensel bir görüş birlikteliği yoktur. Görülen bu farklılıklar büyük oranla hizmet olarak nitelendirilen faaliyetlerin heterojen olmasından kaynaklanmaktadır (Aydoğmuş, 2015: 81).

Hizmet sektörünün büyümesinin belli başlı sebepleri vardır, bu sebepleri şu şekilde sıralamak mümkündür(Tengilimoğlu, 2009: 35):

- İş dünyasında kadınların sayısının artışı
- Milli gelir oranının artması
- İş dışındaki zamanlardaki artış
- Teknolojik alanlardaki ilerlemelerin,sosyo-kültürel değerleri değiştirmesi
- Ortalama yaşam süresinin artışı
- Tarımdan sanayi ekonomisine geçiş süreci
- Bilgi çağına geçiş

Hizmet sektöründeki anlayış değişikliklerine etki eden bir takım farklı etmenler vardır. Bunlarda şu şekilde sıralanabilir(Bektaş, 2013: 60):

- Rekabetin artması
- Denetimlerin çoğalması
- Hassas bir yaşam biçimi geliştirilmesi
- Sofistike ve kompleks toplum yapısının oluşumu
- Tatmin, kişisel gelişimin artışı
- Boş zamanla ilgili değişen tutum
- Eğitim seviyesindeki artış
- Ekonomik durumun güçlenmesi
- Refah düzeyindeki artış

Modern hayatta hizmetin öneminin günden güne arttığı gözle görülmektedir. Bu artış sonucu, imalatçılık zihniyetinden kopularak, bilim ekonomisi ve hizmet sektörünün önemi gündeme gelmektedir. Bütün dünya ülkelerinde olduğu gibi gelişmiş ülke ekonomilerinde de hizmet sektörü büyük bir gelişim göstermektedir (Bektaş, 2013: 60).

2.1.1. Hizmetin Özellikleri

Hizmet kavramının farklı şekilde tanımlanması hizmetin özelliklerinin çeşitliliğinden dolayıdır. Hizmetin elle tutulamıyor olması, depolanamaması onu soyut bir kavram yapmaktadır. Hizmet bir mülkiyet sunmazken müşteri için direk üretilir ve üretildiği anda tüketilir bir yapıya sahiptir. Hizmet kavramının kendine has özellikleri nedeniyle müşteriye geliştirilerek sunulması gerekmektedir. Bu özelliklerin birçoğunu şu şekilde sıralamak mümkündür(Tengilimoğlu, 2009: 36):

- Hizmet depolanamaz, üretimden sonra tüketilir.
- Hizmet kavramı soyuttur.
- Hizmetin üretim hattına müşteriler katlanır.
- Hizmetin faydaları standart değildir.
- Ücretlendirmeleri daha detaylıdır.
- Hizmet kalitesinin değerlendirilmesi subjektiftir.
- Hizmet emek yoğun olarak üretilir.
- Hizmet kitlesel üretim için yapılamaz.
- Hizmet üretildiği anda tüketilir.
- Hizmet tanımlanamaz ve ölçülemez.
- Hizmetin bir ürün gibi kontrol edilmesi mümkün değildir.
- Hizmetin formatı zamana dayalıdır.

2.1.2. Hizmetin sınıflandırılması

Hizmeti üreten ve bu üretimi satan kurumlar piyasaya birçok girdi sağlamaktadır. Bunları tüketici ve endüstri piyasaları olarak ele almak mümkündür. Bazı hizmetler makinalar yardımıyla sunulurken (oto yıkama makinesi vb) bazı hallerde (avukatlık, muhasebecilik) özel alet veya ekipman kullanılmadan, işinde uzmanlıkla alakalı olarak sunulabilir. Yapılan bu sınıflamalardan farklı olarak hizmetin yapısına, müşteri çeşidine ve esnekliğine göre sınıflandırmak da mümkündür. Hizmet veren kurumların müşteri portföyü ve sunduğu hizmetlerin maddi veya manevi olma durumuna göre de sınıflandırılması yapılmaktadır (Tengilimoğlu, 2009: 37).

2.2. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)sağlığı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli olarak tanımlamaktadır(Özbaş ve Özkan, 2010).

Sağlık sektörü, insanların dolayısıyla toplumların sağlıklı, huzurlu bir hayata varabilmesi amacıyla varolmuştur. Sağlık hizmetleri, kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını korumayı ve iyi halin sürekliliğini, hastalık gibi olası istenmeyen durumlarla karşılaşıldığı zamanlarda tedavi sürecini kapsamaktadır. Sağlık sektörünü diğer sektörlerden ayıran özelliklerin en başında sağlık hizmetlerinde kar amacı güdülmemesi gelmektedir (Bektaş, 2013: 35).

Sağlık sektöründe, alanında eğitim almış uzman kişilerin yanı sıra uzmanlık istemeyen bireylerde aynı ekipte yer alabilirler. Yapısı gereği sağlık hizmetlerinin bileşenleri olan yönetim, sağlık hizmeti sunanlar (hasta bakıcı, hemşire, teknisyen, hekim), temizlikten sorumlu birimler, yemekhane hizmetleri, çamaşırhane, bilgi işlem birimlerinde uzmanlık eğitimi almış bireylerin yanı sıra vasıfsız elemanlara ihtiyaç olmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 42).

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetlerinin en genel tanımını şu şekilde yapmak mümkündür. Sağlık kurumları, bireyin sahip olduğu sağlığı korumak, oluşabilecek hastalık, sakatlık vb. istenmeyen durumlarda ise bireyleri tedavi ederek tekrar eski sağlığına kavuşmasını sağlamak esasını üzerine faaliyet vermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık hizmetlerinin tanımını; “belirli sağlık kurumlarında, farklı iş görenlerden faydalanılarak, toplumun isteklerine göre şekillenmiş, toplumun sağlık düzeyini ve diğer koruyucu tedavi edici süreçlerini takip ve koordine etmek üzere tüm ülkede örgütlenmiş bir sistemdir” şeklinde tanımlamaktadır (Devebakan, 2005: 64).

Sağlık sektöründe üretilen hizmetleri koruyucu, rehabilite edici ve tedavi edici hizmetler olarak gruplamak mümkündür. İnsan sağlığını dolayısıyla toplumun sağlığını üst seviyelere taşımak amacıyla yapılan çalışma ve eğitimleri kapsayan, sağlıklı kişilerin sağlığının bozulmaması için verilen hizmetler bütünüdür. İsminden de anlaşılacağı gibi sağlığı korumayı amaçlamaktadır (Sarıduman, 2016:3).

Kişilerin sağlıklarında oluşabilecek bozulmalar için erken teşhis ve tedavi yöntemlerinin alınması da koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına girmektedir. Sağlık hizmetlerinin tedavi edici özelliklerini ise, ayakta veya yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere ele almak doğru olacaktır. Poliklinik, acil servis, ayakta tedavi hizmetlerine girerken; yataklı tedavi hizmeti ise bireylerin tedavi veya teşhis süresince kurumda yatılı olarak kalmasıdır. Rehabilite edici sağlık hizmetleri ise, istenmeyen sağlık sorunlarının meydana gelmesinin ardından (kaza sonucunda fiziki sakatlık vb.) bireyin yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla sunulan hizmetlerin tamamı şeklinde sunulan hizmetler bütünüdür (Bektaş, 2013: 36).

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Geçmiş dönemlerde genellikle hayır kurumlarıyla bütünleşmiş olarak sunulan sağlık hizmetlerinin toplum sağlığıyla olan direkt ilişkisinin anlaşılmasıyla devlet bu görevi daha çok üstlenmiştir. Özel sektörden hizmet alan vatandaşın sağlığı düzeltilmiş olsa bile özel sağlık kurumlarından sağlık hizmeti alamayan insanların hastalık durumu diğerlerinin sağlığını tehdit eder hale gelmektedir. İnsanların doğuştan kazanılan hakkı olan “sağlık” herkese ulaştırılmalı ve bu hizmete erişim kolay olmalıdır. Sağlığına kavuşmayan birey, çevresi içinde bir tehlike arz etmektedir. Dolayısıyla sağlığın geliştirilmesi, hastalık durumlarının azalması için tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri bir bütün olarak ele alınmalıdır. Sağlık hizmetlerinin üretim ve tüketimi toplumun eksiklerini karşılayacak şekilde, hatasız işleyen mekanizma olmasından dolayı bir yandan teknolojik gelişmeleri kullanmak diğer yandan da uzmanlaşmış kişilerle çalışmayı mecbur kılmaktadır. Dünyada yaşanan teknolojik gelişmeler bu sektörde ileri düzey teknoloji kullanımını ön plana çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerinde devamlılığın sağlanması için bir takım özellikler vardır, bunları şu şekilde sıralamak mümkündür (Mutlu ve Işık, 2012: 42-43):

- Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur.
- Sağlık hizmetleri ertelenemez.
- Sağlık hizmetlerinin sunulması için verilen imkanların yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar.
- Sağlık hizmetlerinden faydalanan insanların gördüğü faydanın tam olarak maddi karşılığı yoktur.
- Sağlık hizmetini kullanan herkes aynı memnuniyeti elde edemeyebilir.

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Sağlık hizmetlerinde kalite düşüncesinin gündeme geldiği 1980’li yıllardan itibaren birçok ülkede sağlık sektörü için değişik kaynaklar ve bu sektörün gelişmesi için yeni arayışlara girilmiştir. Bu arayışlar sağlık sektöründe

de rekabet etmeyi gerektirmektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumların bu rekabette yerini alabilmeleri ve varolabilmelerinin temel dayanağı ise ürettikleri hizmetin kalite düzeyidir (Aslantekin vd., 2007: 59).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin göstergesi olarak dikkat edilmesi gereken belli başlı noktalar şu şekilde sıralanabilir. Yapılacak olan cerrahi işlemler için gerekli sürenin kısa olması, acil servisten hizmet almak isteyen hastaların işlerinin hızlı ilerlemesi, klinik tedavi süreçlerinde teknoloji kullanımı, hekim-hasta iletişimde saygı ve ikna kapasitesi vb. durumlar bunlara örnek verilebilir. Sağlık hizmetlerinde, hastanın mutlu olabilmesi son derece önem taşımaktadır. Doğru teşhisin güler yüzlü hizmet ve hijyen kuralları çerçevesinde sunulması, sağlık sektöründe kalitenin en önemli göstergelerini oluşturmaktadır (İncesu, 2011: 3).

Bireyin hayatını sürdürebilmesi için sağlığın önemine vurgu yapmaya hiç gerek yoktur. Nitekim insanoğlunun en değerli varlığı sağlığı ve buna bağlı olarak oluşan yaşam kalitesidir. İnsanlara bu hizmeti sunan sağlık sektörü de ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli gösterge olarak kabul edilebilmektedir (Asunakutlu, 2005: 159).

Sağlık hizmeti veren kuruluşların, rekabet koşullarının çok acımasız ve yoğun olduğu bir atmosferde başarıyı elde etmek ve rekabette avantaj sağlamak için önemli reformları gerçekleştirmesinin yanı sıra maliyetleri aşağı çekmesi de son derece önemlidir. Bu sebeple birçok kuruluş çalışan verimliliğini üst seviyede tutabilmek için performans ölçümü yaparak kalite geliştirme çalışmalarını uygulamaya geçirmektedir (Aslantekin, 2005: 58).

İnsanlara sağlık gibi önemli bir konuda hizmet veren sağlık sektörünün diğer sektörlerden ayrıştığı en önemli özellik hata kelimesinin bu alanda hiç yerinin olmayışıdır. Bu sektörde verilen hizmetin insan hayatı olduğu göz önüne alınarak en ufak bir yanlışlığın geri dönüşü olmayan, sonucunun pahalıya mal olacağı bir duruma götürüleceği asla unutulamaz. Bu durum sağlık hizmeti veren kuruluşlarda kaliteyi zaruri kılmaktadır. Bu kalite bilincini yönetime yansıtan, hizmet veren ve alan bireylere hissettirebilen, sürekli yenilenen bir sağlık kurumu

rekabet ortamında ön sıralarda yerini alırken kaliteyi üst seviyeye taşıyacaktı (İncesu, 2011: 10).

Sağlık hizmeti veren kuruluşlarda TKY uygulamalarıyla yüksek kalite gösteren bakım ve karlılığın birlikte geldiği dikkat çekmektedir. Bu sebeple günümüzde birçok sağlık kuruluşu bu yönetimin bileşenlerinden faydalanmaya dikkat etmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin gündem olmasındaki nedenlerden belli başlıları şu şekilde sıralanabilir(Kuruşçu, 2003: 87):

- Sağlık hizmetlerinin belirleyici özelliklerinin devlet tarafından ele alınması,
- Sağlık hizmetinde iş görenlerin sistem içinde yer alarak isteklerinin artması,
- TKY uygulamalarında görev alan yöneticilerin kaliteye olan ilgisinin ve güveninin artışı şeklinde özetlenebilir.

Sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının üst seviyelere çıkmasının sebebi ise kalitenin ölçülebilir ve denetlenebilir olmasıdır.

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

Hizmet kalitesinin değerlendirilmesini, temel figür olan müşteriler yapmaktadır. Her ne iş yapılırsa yapılsın; müşteriye anlamak, işte (hizmet sunumunda) büyük ölçüde başarılı olmak anlamına gelmektedir. Bunun için müşteri odaklılığına dayanan TKY anlayışını benimsemek gerekmektedir. Müşterinin ihtiyaç, beklenti ve memnuniyetine odaklı yönetim anlayışı (TKY), tüketici tatmin araştırmalarını bir pazar araştırması olmaktan çıkararak hizmet kalitesini değerlendirme aracı haline getirmiştir.Sağlık hizmetlerinde TKY, müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin tatminidir. TKY, müşteri tatmini oluştururken sağlık hizmetlerin kalitesini yükselterek verimliliğini de arttırmaktadır. Kalitenin belirleyicisi sağlık hizmetini talep eden müşteri tarafından ne düzeyde algılandığıdır. Kalitenin diğer bir unsuru olan verimlilik ise hizmetin sunumu için

gerekli işleri yapabilmek için, eğitim, tıbbi araç gereçlerin kullanımı ve kalite standartlarının uygulanması hastane çalışanlarından elde edilmektedir (Aydoğan, 2015: 21).

Hastane çalışanlarının, taleplerin karşılanması aşamasında değişim ve gelişim konularında istekli olmaları gerekmektedir. Hastane çalışanları değişen mesleki bilgileri almaya hazırken, gelecekteki bilgileri öğrenmeye hazır olmalı ve kendisini bu yönde geliştirmelidir. Günümüzde hizmet içi eğitimler, seminerler ve kurs olanakları yönetim kademesi tarafından desteklenirken, uygun koşulların oluşmasında katılım gösterilmelidir(Erdem, 2007: 83).

Sağlık, insanın yaşamını kaliteli geçirebilmesinde temel unsurdur. Yaşam kalitesinin oluşturulması ve bunun sürdürülebilir olarak korunması ayrı bir öneme sahip olmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmet sunumu bireylerin yaşam kalitesini artırmak, onu korumak ve bunu etkileyen unsurların ortadan kaldırılması olarak düşünülmelidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan değişim ve dönüşümün en önemli bileşenini oluşturan kalite ve akreditasyon konusunda yapılan çalışmalar hizmet kalitesinin sağlanması ve bununla birlikte çalışanlarında memnuniyetinin sağlanarak müşteri tatmininin gerçekleşmesi yönünde önemli çalışmalardır. Bu amaçla kamu sağlık işletmelerinde başlatılan çalışmalar devam etmektedir. TKY'nin başarılı olabilmesi için diğer unsurların yanında çalışanların katılımının tam olarak sağlanması ve yönetimin her süreçte liderliği önemlidir. TKY çalışmalarına yeterli inancı taşımayan yönetim ve çalışanlar bu süreci akamete uğratabilmektedir. TKY çalışmalarında yeterli memnuniyetin sağlanması amacıyla sağlık kuruluşlarının mekânsal özellikleri, yapılan işlemler ve elde edilen çıktılar hasta ve yakınlarının konforlu, yüksek kaliteli bir tedavi süreci geçirmesi ve toplumsal refahın geliştirilmesi için önem arz etmektedir (Erdem, 2007: 83).

2.3.1. TKY'nin Hastane Çalışanları Üzerine Etkileri

Sağlık kuruluşlarında, çalışan performansı, birçok bileşenden meydana gelen bir kavramdır. Borman ve Motowidlo (1993) çalışmasında, personelin

performanslarıyla ilgili olarak 2 boyuttan söz etmiştir. Bunlar verilen görevi başarıyla yerine getirme olan rol içi performansı ve işin temel fonksiyonlarıyla dolaylı olarak ilişkisi bulunan ast üst ve müşteriyle olan sosyal ilişkiler niteliğiyle alakalı olan (rol dışı) bağlamsal performanstır (Aydoğan, 2015: 22).

Hastane çalışanlarının öncelikle TKY anlayışına inanıp sahip çıkmaları gerekmektedir. Bir sağlık kuruluşundaki personelin en alt seviyeden en üst seviyesine kadar TKY'nin hem kendi gelişimine hem kurumun gelişimine olan inancının tam olması gerekmektedir. Bu bilinç üzerine inşa edilmeyen rastlantısal başarılar elde edilse bile uzun sürmesi beklenemez. İş görenlerin kendilerine güvenmesi gerekirken, yöneticilerinde personelin fikirlerine güvenmesi son derece önemlidir. Öğrenmeye meraklı olan personelin daha yaratıcı, girişimci bir kişiliğe sahip olduğu bilinen bir gerçektir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:29).

TKY yaklaşımına güvenen çalışanlar üzerlerine düşen sorumluluğun farkındadır ve en iyi şekilde görevlerini yerine getirmeye çalışmaktadır. Yönetici pozisyonundaki görevliler ise çalışanlara bilgi ve tecrübelerini aktararak başarıyı ve sorunları paylaşmayı vurgulamaktadırlar. Bu yönetimde kurumun başarısı için görev yapan bütün personel oluşacak sorunlara karşı duyarlı ve hassas olmalıdır. Hizmet talep eden bireylerin isteklerine, düşünce ve duygularına değer vererek, kendi varlık nedenleri olan hastalara saygı duymaları şarttır (Marşap, 2014: 279).

TKY yönetiminin sağlık alanında tam bir ekip çalışması halinde yürütüldüğünün bilincinde olan personele takım ruhu aşılırsa hata ihtimalinin ortadan kalkacağı unutulmamalıdır (Senemoğlu, 1998: 110).

2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon

İyi hazırlanmış bir sağlık hizmeti, hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamakta, beklentilerin ötesine geçerek uzun süreli memnuniyeti sağlamaktadır. Burada hasta beklentisinin ne olduğu önem kazanmaktadır. Örneğin, hastaların beklentileri çok düşükse, bu beklentilerin karşılanması, verilen

hizmetin kaliteli olduğu anlamına gelmemektedir. Sağlık hizmetleri, genel olarak sağlığın korunumu ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmaları içermektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:29).

Çağdaş hastane işletmeciliğinde, hasta beklentisine uygun doğru teşhis, kaliteli tıbbi bakım ve tedavi, bu hizmetlerin yanısıra otelcilik ve lokantacılık hizmetlerinin etkin biçimde yerine getirilmesi, hizmetten faydalananlara hasta psikolojisine uygun bir şekilde, bekletilmeksizin, güleryüzlü ve hoşgrl bir yaklaşım gösterilmesi ile mümkündür (Akalin ve Yılmaz, 2002:2).

TKY, bir kuruluştaki faaliyeti sürekli iyileştiren kurum çalışanların gönüllü katılımlarını sağlayan, hasta memnuniyetini esas alan, şikayetleri en aza indiren ağdaş bir yönetim stratejisidir. Bu stratejinin sağlık sektöründe gelecek odaklı başarısı, sürekli iyileştiren yöndeki yakın istikrarına bağlıdır(Marşap, 2014: 280).

TKY bir hastanede tüm iş görenlerin katılım ve inisiyatif kullanımı özelliği içinde ekip çalışmasını hangi düzeyde gerektirir? Bu bağlamda, hastaneler neden en karmaşık iş yapısına sahip işletmeler olarak tanımlanır? Bu karmaşık yapı hasta ve çalışan güvenliği açısından ne gibi etkiler doğurur? Giderek artan bir rekabet ortamında llebilir, değişebilir ve uyarlanabilir nitelikte kalite kültürüne nasıl ulaşılabilir? Sorularınasağlık kuruluşları yoğunlaşmalıdır. Kalite kültürüne geçiş için aşağdaki ölülerin gerekli olduğu düşünülmektedir (ztrk, 2013:148):

1. İşletme politikaları, prosedür ve süreçleri kaliteyi vurgulamalıdır.
2. İşletmeler, iş hedef başaranında kalitenin önemini anlamalıdır.
3. Tüm alışanlar, müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin farkında olmalıdır.
4. İşletme yapısı, sürekli gelişime izin vermelidir.
5. İş planı içsel/dışsal müşteri beklentilerinin bütünlüğünü sağlamalıdır.
6. Müşteriye bağlı performans ölümü kullanımının önemi anlaşılmalıdır.
7. Gcl iletişim hatlarının gelişiminin ihtiyaç olduğu anlaşılmalıdır.
8. Müşteri bağı gclendirilmelidir.
9. Müşteriye dayalı değerlerini önemseme st yönetimce desteklenmelidir.

Tıbbi hizmetler, sağlık bakım hizmetleri, idari-mali ve teknik hizmetler olarak dört grupta toplanan temel hastane hizmetleri, temizlik, çamaşırhane, yiyecek ve içecek hizmetinden, teknik idari ve mali her türlü faaliyete ve tıbbi hizmetlere kadar çok geniş bir hizmet alanını kapsamaktadır. Çok amaçlı ve karmaşık organizasyonun, etkin ve verimli bir biçimde yönetimi, birimler arası ilişkilerin düzen ve uyumlu çalışması diğer organizasyonlara oranla daha güç görünmektedir(Akalın ve Yılmaz, 2002:2).

Sağlık kurumları gelişim odaklı, nitelikli ve uyumlu bir sistem gerektirir. Bu durum bir sistem akışını niteliğini gösteren bir yaklaşım gibidir. Hastanelerde ve sağlık kuramlarında sürekli gelişen bir yapı vardır. Herkes bir mucizeye ihtiyaç olduğunu öne sürebilir. Sağlık sektöründe mucize yerine geçen en etkili araç, kalite ve akreditasyondur. Akreditasyon sadece bir olay değil, bir süreçtir. Yani bir defada bitmez. Sadece akreditasyon ziyareti veya araştırmanın ötesinde, her günkü stabil yaşamsal faaliyetin özgün bir parçasıdır (Marşap, 2014: 280).

Akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun, önceden belirlenen yayınlanmış standartlara uygunluğunun, herkesçe kabul gören bir tüzel kişilik tarafından değerlendirilerek onaylanan resmi bir sürecidir. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ile ilgili ilk çalışmaların 19. yy da başladığı varsayılabılır. FloransNightingale, 19. yy da İngiltere’de hastane hizmetlerinin iyileştirilmesi ile ilgili çalışmaların yanı sıra, ABD de sağlık alanında iyileştirme çalışmaları 1900’ lü yıllarda başlamıştır. Bu çalışmaların devamında, ABD de kalite konusunda, kar amacı gütmeyen, JointComissionforAccreditation of Healthcare (JCAHO) kurulmuştur. JCI (JomtComission International) ise ABD’de yaklaşık 18.000 sağlık kurumunu akredite eden dünyanın en büyük akreditörüJCAHO’nun uluslararası alanda faaliyet gösteren bölümüdür. Akreditasyon standartları optimal ve ulaşılabilir kabul edilmektedir. Akreditasyon uygulayıcıların tek tek kabiliyet ve performansından ziyade, kurumsal kabiliyet ve performansları da ön plana çıkarmaktadır. Ruhsatlandırma sürecinden farklı olarak akreditasyon, kamu güvenliğinin teminini amaçlayan asgari standartlara uyumdan ziyade, gelişim stratejileri ile en uygun kalite standartlarına odaklanmaktadır (Marşap, 2014: 281).

2.4. Hasta Güvenliği Kùltürü

Hasta güvenliği kavramını, sağlık sektöründe hizmet sunan kurumların, hizmeti talep eden bireylere gelebilecek zararların önlenmesi amacıyla kurumlar tarafından alınan tedbirler olarak tanımlamak mümkündür. Bu tedbirlerin en temel amacı, hastaların yanı sıra diğer görevlilerinde psikolojik, fiziksel ve sosyal güvenliğin korunmasıdır. Hizmet almak için gelen hastanın, tedavisi sırasında yapılacak olan hataların engellenmesi ve hataya sebep olacak aksaklıkların ortadan kaldırılması, hastaya zarar gelmesini engellemek bu kùltürün bir gereğidir (Güven, 2007: 411).

Hasta güvenliği: “Sağlık hizmetinin sunumunda hata oluşumuna engel olacak tasarımlar yaparak, olası hataların çalışan ve hastalara gelmeden önce belirlenerek, önlenmesidir” (Aydın, 2010: 89).

Hasta güvenliği bir başka tanımda ise benzer şekilde, “sağlık hizmeti sunumunda oluşacak hataların önüne geçilmesi ya da meydana gelen hataların hastaya etkisinin en asgari seviyeye indirilmesidir” şeklinde tanımlamıştır (Akalin, 2010: 10).

Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı’na göre hasta güvenliği; “hastanelerde risk değerlendirme, hasta ile ilişkili risklerin yönetimi ve tanımlanması, yinelenen risklerin azaltılması için raporlanması ve analizi, geliştirilen çözümlerin uygulanması sonucu hastaya daha güvenli bakım verme sürecidir”(Gözlü ve Kaya, 2012: 175).

Hasta güvenliği kùltürünün en temel amacı, hasta ve yakınlarının psikolojisini bozacak olumsuz davranışlardan uzak tutmak ve güvenli bir ortam sağlamaktır. Hizmetin sunumu sırasında olumsuzlukların meydana gelmesine engel olmak, böylelikle hastanın zarar görmesinin önüne geçmek temel hedeftir. Sağlık sektöründe iş görenlerin insan olması sebebiyle hata ihtimali her zaman vardır; fakat bu hataları en alt seviyeye indirmek olumsuz sonuçların önüne geçmek son derece önemlidir. Son yıllarda hasta güvenliğine verilen önem

sayesinde, hataların eskisi kadar sık tekrar edilmediği görülmektedir (Yıldız, 2018: 26).

Dolayısıyla hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmetlerinin güvenilir biçimde sunulmasına yardım eden tutum ve davranışların bileşeni olarak ifade edilebilir (Dursun vd, 2010: 8).

Değişen teknolojik şartlar ve hizmetlerle beraber hizmet talep eden hastalar ve hizmet sunan hastane çalışanları kendi haklarını öğrenmeye başlamış dolayısıyla sağlık hizmetleri sektöründe kalite ön plana çıkmıştır. Kalitenin kaçınılmaz olduğu bir durumda hasta güvenliğidir, özetle sağlık hizmetinin sunumunda hastaya zarar gelmesini engelleyecek tedbirlerin çalışanlar tarafından alınmasıdır (Alcan vd, 2012: 63).

Yani hasta güvenliği kültürü, sağlık hizmetlerinin güvenli biçimde ifa edilmesine yardımcı olan davranışların bütünüdür. Sağlık kurumlarında görevli personelin hastaya gelebilecek zararı en aza indirmek ve görev/sorumluluklarını yetire getirmesini, oluşacak aksaklıklardan ders almayı ve çalışanların birbiriyle olan iletişiminin sağlıklı olmasını içerir. Sağlık kurumlarında hasta güvenliği kültürünün oluşmasında yalnızca çalışanlar ve yöneticiler değil hizmet talep eden hastalarda bu konuda bilinçlendirilmelidir (Akalin, 2004: 13).

Sağlık hizmeti sunan kurumlarda klasik yönetim anlayışı çerçevesinde çalışanın yaptığı hatanın neticesinde cezalandırıldığı düşünülmekteydi. Bu nedenle personel yaptığı hataları gizleme, örtme gibi değişik durumlara başvuruyordu, bu davranış hatalardan ders alınmasının önüne geçmekte ve tekrar hata yapma ihtimaline yol açmaktaydı. Modern yönetim sisteminde ise hataları gizlemek değil oluşan bu aksaklıkların üzerine giderek ders çıkarmak amaçlanmaktadır. Bunun gerçekleşebilmesi için yönetici pozisyonundaki görevlilerin hasta güvenliği kültürünü benimsemesi ve aşağıdaki hususlara dikkat etmesi gerekir (Bodur, 2012: 37):

- Hasta güvenliği konusunda personel ve hasta arasındaki iletişimin etkili ve açık olması sağlanmalı
- Sağlık kurumlarındaki çalışanlar, hasta güvenliğini tehdit edecek olayların önlenmesi için yetkilendirmeli
- Hasta güvenliğinin tam anlamıyla sağlanması için çalışan personele konuyla ilgili eğitim ve seminerler verilmelive bütün personele hasta güvenliği kültürünü aşılayıp benimsemesi sağlanmalıdır.

Bir sağlık kurumunda hasta güvenliğinin kendine yer bulabilmesi ve çalışanlara bu kültürün yerleşmesinin başarıya ulaşması için Johns Hopkins'in hastanelerin kalite departmanınca 2001 yılında belirttiği başlıklar aşağıda sunulmuştur (Bodur, 2012: 38):

- Çalışanlara hasta güvenliği konusunda eğitim verilmesi
- Personelin hasta güvenliği kültürünün anket yoluyla ölçülmesi
- Elde edilen anket sonuçlarının değerlendirilmesi
- İyileştirme yöntemlerinin kullanılması
- Sonuçların yönetime bildirilmesi
- Başarı hikayelerinin geliştirilmesi

2.5. alışan Güvenliği ve Sağlığı Kültürü

Sağlık hizmetleri teknolojik ve bilimsel açıdan sürekli gelişen, değişen ve yenilenen bir alandır. Bu değişim gerek hizmet alanları gerekse hizmet verenleri etkilemektedir. Bu değişim bilimsel olduğu kadar yeni teknolojik araç, ekipman ve işlemler şeklinde kendini göstermektedir. Günümüzde alışan sağlığı ve güvenliği iki önemli kavramdır. Zira gelişerek yenilenen üretim ve hizmet sektörü yeni hastalık ve kazaları beraberinde getirmektedir. Böylelikle iş ve meslek

yaşantısında çalışanlar ve işverenler açısından “Çalışan Sağlığı ve Güvenliği” kavramı önemli bir unsur haline gelmiştir. Hastane çalışanlarının sağlığı ve güvenliği uygulamaları ve bu konuda bilinç kazanımı gündemdedir. Sağlık kuruluşları hizmet özelliği bakımından çok farklı unsurları bir arada içermektedir. Bunlar; ağır malzeme taşınması, elektrikli-elektronik cihazlar, kimyasal, radyoaktif, biyolojik maddeler, çeşitli bürolar, depolar, sterilizasyon ünitesi, iş geriliminin yoğun olarak yaşanması, kesici-delici aletlerle yapılan işlerin fazlalığı, yoğun iş temposu, çamaşırhane -mutfak gibi destek işlemleri, alışveriş merkezini hatırlatan kalabalıklardır. Bu unsurlardan dolayı sağlık kuruluşları kompleks yapıda birçok tehlikeyi bünyesinde barındırmaktadır (Marşap, 2014: 290).

Bu riskler/tehlikeler fiziksel, kimyasal unsurlar, insan faktörüne bağlı unsurlar ve tedavi sürecine bağlı riskler olarak sıralanabilir. Tüm çalışanlar bulunduğu birimlerde bu risklerle/tehlikelerle karşı karşıyadır. Bu alanda hizmet alan ve hizmet verenlerin güvenliği ve sağlığının sürekli gözden geçirerek yapılan iyileştirmeler, sağlık kurumunun yegâne görevlerinden olmalıdır. Ayrıca sağlık kuruluşlarında çok sayıda personel görevlidir ve kuruluşlar personel sağlığını takipten sorumludur. Bu anlamda kuruluşlarda çalışan sağlığı ve güvenliği kültürü ile kalite bilinci bu doğrultuda olmalıdır.Çalışan sağlığı; özünde iş kazalarını ve meslek hastalıklarını konu edinen, genelde ise çalışanların sağlığını, güvenli ortamlarda ve güvenli koşullarda çalışmalarını amaçlayan, bu yolla çalışanların gerek fiziksel, gerekse ruhsal ve sosyal açıdan iyi duruma erişmesi için yapılan çalışmaları nitelemek için kullanılmaktadır(Bodur, 2012: 38).

İş güvenliği, çalışılan ortamın durumu ve alınabilecek güvenlik önlemleri, çalışanların karşılaştığı tehlike ve risklerle bu risklere ait risk değerlemelerini içermektedir. İş yerinde, işin akışı sırasında çeşitli nedenlerden kaynaklanan sağlığa zarar verebilecek koşullardan korunurken yapılan sistemli ve bilimsel çalışmalar iş güvenliği alanı içindedir (Marşap, 2014: 290).

Sağlıkta kalite uygulamaları gerek hasta güvenliği gerekse çalışan güvenliği bakımından sağlık kurumuna önemli katkılar sunmaktadır. Çok önemli hukuksal sonuçlar doğuran “Malpraktis” vakalarından kalite anlayışının getirdiği küçük bir önlem ya da ufak bir tedbir ile korumak mümkün hale gelmektedir.

Örneğin ülkemizde de bir süre önce yaşanmış olan, yanlış taraf vakasında hastanın sağlam ayağı kesilmiş ve kesilmesi gereken ayak ise bırakılmıştır. Sonucunda hasta iki ayağını da kaybetmiştir. Oysa ufak bir işaretleme ile tıptaki yanlış taraf cerrahisinin önüne rahatlıkla geçilebilmektedir.



BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmada hastane alışanlarının TKY uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri incelenmiştir. Bu bağlamda hizmet sektörü olan sağlık kurumlarında çalışmanın uygulaması yapılmıştır. Uygulama alanı olarak Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi (SCH) seçilmiştir. Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi, kapsamı, modeli, evren ve örnekleme, verilerin toplanması, verilerin uygulanması ve değerlendirilmesi gibi konular hakkında bilgi verilecektir.

3.1.Araştırmanın Amaç ve nemi

TKY uygulamasında çalışan performansı hizmet sektöründe görev yapan işletmeler için çok büyük önem arz etmektedir. Hizmet sektöründe başarının ve kalitenin değerlendirilmesinde büyük bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Hizmet, iş gören personel ve hizmet talep eden kişilerin işini halletmek için verilen emek olarak grlse bile, müşterilerin taleplerine cevap vererek sunulan hizmetin kalite düzeyini yükseltmek asıl hedefdir. Bu noktada sağlık sektöründe görev yapan personelin, performans yksekligi ve işindeki uzmanligı kurumun kalite seviyesini artırmaktadır.

TKY'nin önemi göz önüne alınarak, çalışmada SCH'da hizmet vermekte olan hastane alışanlarının TKY uygulamalarına ilişkin algı düzeylerini ölçmek amaçlanmıştır.

Hastane alışanlarının TKY uygulamalarına ilişkin algı düzeylerinin incelenmesiyle ilgili literatür incelendiğinde birkaç çalışmaya (Yazgan, 2009; Yetkinoğlu, 2009; Ustasüleyman 2011; Turan, 2011; zgr 2008) rastlanmıştır. Bu yönüyle düşünüldüğünde alışmaliteratre katkı sağlamaktadır. Çalışmayı önemli kılan bir diğer unsur ise, bundan sonra yapılacak olan çalışmalara yol gösteri niteliği olmasıdır.

3.2. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, Türkiye’de en çok gelişen sektörlerden biri olan sağlık sektörü çalışanlarına yönelik yapılmıştır. Hizmet sektörü içinde yer alan sağlık hizmetlerinde görevlilere uygulanan anketler ile TKY kriterleri arasındaki tüm boyutlar incelenmeye alınmıştır. Çalışma SCÜH’da görev yapmakta olan personeli kapsamaktadır.

3.3. Araştırmanın Tipi

SCÜH’da hizmet vermekte olan hastane çalışanlarının TKY uygulamalarına ilişkin algı düzeylerini konu alan bu çalışma, tanımlayıcı tiptedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni 01.06.2018 - 01.07.2018 tarihleri arasında, SCÜH’da görev yapan personellerden oluşmaktadır.

Araştırmanın örnekleminin ise; SCÜH’da çalışmanın yapıldığı dönemde aktif olarak görevi başında bulunan personelin 240 olduğu görülmüştür. Bu sayıya yapılan örneklem hesaplamasında, toplam 160 kişiye anket yapılması kararlaştırılmıştır. Verilen anketlerden 150 tanesi geçerli doldurulmuş ve çalışmaya dahil edilmiştir.

Evren örneklem hesaplamasında;

$$n = \frac{N * p * q * Z^2}{(N - 1) * d^2 + Z^2 * p * q}$$

formülü kullanılır. Burada;

n=240;

d= 0.05;

$$p = 0.50; q (1-p) = 0.50;$$

$$Z_{\alpha}: \alpha = 0.05, 0.01, 0.001 \text{ için sırasıyla } 1.96, 2.58, 3.28;$$

Yukarıdaki değerler formülde yerine konulduğu zaman, örneklem hacmi 148 kişi olarak belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formu, “Kişisel Bilgi Formu” ve “Hastane alışanlarında TKY Algısı” anketi olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Kişisel Bilgi Formu; katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik olup 9 sorudan oluşmaktadır. Bu değişkenlerin soruları araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Hastane alışanlarında TKY algısı: Anket, Ustasüleyman (2011) tarafından geliştirilmiş TKY uygulamalarına yönelik anket formundan esinlenerek, araştırmacı tarafından sağlık sektöründe çalışanlara uyarlanmış 51 sorudan oluşmaktadır. Beşli likert tipinde hazırlanan ölçek, Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5) puan olmak üzere, ölçeğe verilen cevaplardan en düşük 51 puan en yüksek 255 puan elde edilmektedir. Uygulanan anket; müşteri odaklılık, liderlik, iyileştirme, takım çalışması, tedarikçi kalitesinin yönetimi, eğitim, ürün tasarımı, süreçlerin yönetimi, performans olarak 9 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ustasüleyman (2011) alışmasında kullandığı anketin alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayılarını, liderlik (0,877), müşteri odaklılık (0,858), iyileştirme (0,894), takım çalışması (0,879), eğitim (0,92), ürün tasarımı (0,81), süreçlerin yönetimi (0,871), performans (0,878), tedarikçi kalitesi (0,91), ölçek geneli için 0,941 olarak bulmuş ve yapılan pilot çalışma ile uyarlanan ölçeğin güvenilirliğini doğrulamıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulanması ve Etik Boyut

Araştırmaya başlamadan önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındıktan sonra, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü'nden yazılı izin alınmış ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden hastane çalışanlarıyla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak anket formu yolu ile veriler toplanmıştır. Personele, araştırmaya katılıp katılmama konusunda ki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isim yazılmayacağı, (gönüllü bilgilendirilmiş onam formu) bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı, gizliliğin kesinlikle sağlanacağı belirtilerek toplama 01.06.2018-01.07.2018 tarihleri arasında gerçekteşmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılımdan gelip gelmediğine Kolmogorov-Smirnov testi ile bakılmıştır. Veriler parametrik şartları sağladığı için bağımsız iki grup için IndependentSamplet Testi, ikiden fazla grup için F Testi (ANOVA) ile analiz edilmiştir. İkiden fazla gruplu karşılaştırmalar için ANOVA kullanılırken, hangi grubun diğerlerinden farklı olduğunu belirlemek için homojenlik varsayımını sağlayanlarda Scheffe, homojenlik varsayımını sağlamayanlarda Tamhane's T² testleri kullanılmıştır. İlişkinin belirlenmesinde Pearsonkorelasyon katsayısı kullanılmıştır. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

SCÜH'da hizmet vermekte olan hastane çalışanlarının TKY uygulamalarına ilişkin algı düzeylerinin incelendiği araştırmanın bu bölümünde gönüllü olarak anket formu dolduran 150 sağlık çalışanına yapılan anketlerin sonuçlarına yer verilmiştir.

Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevapların yüzdelik dağılımlarının verilmesinin ardından, bağımsız iki değişken arasındaki farkın anlamsal bir düzeyi olup olmadığını inceleyen t – testi, ve ikiden fazla değişkenin olduğu durumda uygulanan tek yönlü ANOVA testi tabloları sırasıyla aşağıda sunulmuştur.

Çalışmada kullanılan ölçeğe verilen cevapların güvenilirlik düzeylerine bakılması sonuçların doğruluğunu yansıtması açısından son derece önemlidir. Ölçeğin tamamının Cronbach's Alpha değerleri Tablo 4.1' de sunulmuştur.

Tablo 4.1Güvenilirlik Analizleri

	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Müşteri Odaklılık	0,877	7
Liderlik	0,913	8
İyileştirme	0,839	4
Takım Çalışması	0,908	5
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	0,893	7
Eğitim	0,944	6
Ürün tasarımı	0,957	5
Süreçlerin Yönetimi	0,937	4
Performans	0,889	5
TKY genel	0,970	51

51 maddeden oluşan TKY ölçeğine ait güvenilirlik katsayıları incelendiğinde; genel ölçek algılarına ait Cronbach's Alpha değerinin 0,970

olarak hesaplandığı görülmektedir. Bu değer $0,80 < \text{Cronbach's Alpha} < 1$ arasında olduğundan ölçek güvenilirliğinin çok yüksek düzeyde olduğunu gösterir.

Müşteri odaklılık alt boyutuna ait güvenilirliğin çok yüksek (Cronbach's Alpha=0,877) olarak hesaplandığı görülmektedir. Liderlik alt boyutuna ait güvenilirliğin çok yüksek (Cronbach's Alpha=0,913) olarak hesaplandığı görülmektedir. İyileştirme alt boyutuna ait güvenilirliğin çok yüksek (Cronbach's Alpha=0,839) olarak hesaplandığı görülmektedir. Takım çalışması alt boyutuna ait güvenilirliğin çok yüksek (Cronbach's Alpha=0,908) olarak hesaplandığı görülmektedir. Tedarikçi kalitesinin yönetimi alt boyutuna ait güvenilirliğin çok yüksek (Cronbach's Alpha=0,893) olarak hesaplandığı görülmektedir. Eğitim alt boyutuna ait güvenilirliğin çok yüksek (Cronbach's Alpha=0,944) olarak hesaplandığı görülmektedir. Ürün tasarımı alt boyutuna ait güvenilirliğin çok yüksek (Cronbach's Alpha=0,957) olarak hesaplandığı görülmektedir. Süreçlerin yönetimi alt boyutuna ait güvenilirliğin çok yüksek (Cronbach's Alpha=0,937) olarak hesaplandığı görülmektedir. Performans alt boyutuna ait güvenilirliğin çok yüksek (Cronbach's Alpha=0,889) olarak hesaplandığı görülmektedir.

Tablo 4.2 Katılımcıların Sosyo Demografik Özellikleri

Cinsiyet	Sayı	Yüzde(%)
Kadın	64	42,7
Erkek	86	57,3
Toplam	150	100,0
Yaş gurubu	Sayı	Yüzde(%)
20-24 yaş	23	15,3
25-29 yaş	30	20,0
30-34 yaş	24	16,0
35-39 yaş	35	23,3
40-44 yaş	16	10,7
45 ve üzeri yaş	22	14,7
Toplam	150	100,0
Medeni Durum	Sayı	Yüzde(%)
Evli	103	68,7

Bekar	47	31,3
Toplam	150	100,0
Pozisyon	Sayı	Yüzde(%)
Hekim*	34	22,6
Hemşire	28	18,7
Sağlık teknisyeni	14	9,3
Memur	32	21,3
Güvenlik	13	8,7
Diğer	31	20,6
Toplam	150	100,0
Görevdeki Çalışma Süresi	Sayı	Yüzde(%)
1-10 yıl	98	65,3
11-20 yıl	39	26,0
21 ve üzeri yıl	13	8,6
Toplam	150	100,0
Kalite Eğitimi Alma Durumu		
Evet	70	46,7
Hayır	80	53,3
Toplam	150	100,0
Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde(%)
Lise**	15	11,0
Önlisans	44	29,3
Lisans	64	42,7
Lisansüstü	27	18,0
Toplam	150	100,0

*Pozisyonu 2 kişi yönetici olarak belirtmiştir. Sayının az olması ve yöneticilerin de hekim olması sebebiyle o iki kişi hekim grubuna dahil edilmiştir.

**2 kişi Ortaokul mezunu olduğunu belirtmiştir. Sayının az olması sebebiyle o iki kişi lise grubuna dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılan kişilerin demografik dağılımları incelendiğinde; katılımcıların %57,3'ü erkeklerden oluşurken %42,7'si kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %23,3'ü 35-39 yaş arasında, %20'si 25-29 yaş arasında, %16'sı 30-34 yaş arasında, %15,3'ü 20-24 yaş arasında, %10,7'si 40-44 yaş arasında, %14,7'si 45 ve üzeri yaş arasındadır. Katılımcıların %68,7'si evli, %31,3'ü bekar. Araştırma kapsamındaki kişilerin hastanedeki görevleri incelendiğinde, %21,3'ü hekim ve idari personelden oluşurken, %20,6'sı diğer meslek gruplarından, %18,7'si hemşirelerden, %9,3'ü sağlık teknisyeninden ve % 8,7'si güvenliklerden oluşmaktadır.

Katılımcıların görevdeki yılları incelendiğinde, %65,3'ünün 1-10 yıl arasında, %26'sının 11-20 yıl arasında, %8,6'sının 21 ve üzeri yıl arasında,

çalıştığı görülmektedir. Örneklem gurubunun %53,3' ünün kalite eğitimi almadığı, %46,7'sinin kalite eğitimi aldığı görülmüştür. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde ise %42,7'sinin lisans mezunu, %29,3'ünün önlisans, %18'inin lisansüstü, %11'sinin lise, %1,3'ünün ortaokul mezuniyetine sahip bireyler olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3. Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları

	İstatistik	Sd	P	Skewness	Kurtosis	Mean	Median
Müşteri Odaklılık	0,972	150	0,004	-0,219	-0,829	2,99	3,14
Liderlik	0,974	150	0,006	0,033	-0,881	2,80	2,87
İyileştirme	0,978	150	0,016	-0,039	-0,374	2,90	3,00
Takım Çalışması	0,962	150	0,000	0,118	-0,956	2,69	2,52
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	0,975	150	0,007	0,022	-0,298	2,73	2,85
Eğitim	0,944	150	0,000	-0,025	-1,095	2,76	3,00
Ürün Tasarımı	0,946	150	0,000	0,088	-1,207	2,78	2,80
Süreçlerin Yönetimi	0,955	150	0,000	0,321	-0,805	2,68	2,62
Performans	0,949	150	0,000	-0,120	-1,084	2,76	2,80
TKY	0,978	150	0,016	0,097	-0,841	2,79	2,78

Yapılan normal dağılım analizi sonucunda toplam kalite yönetimi ölçeği ve alt boyutlarının normal dağılımdan gelmediği belirlenmesine rağmen normal dağılımın diğer varsayımları olan basıklık ve çarpıklık değerlerinin $\pm 1,5$ arasında olması (TabachnickandFidell, 2013), ortalama ve medyanın birbirine yakın olması ve örneklem hacminin merkezi limit teoremi gereği 30 veya üzerinde

olması sebebiyle, ölçeğe ait verilerin normal dağılımdan çok fazla uzaklaşmadığı sonucuna varılmıştır. Bu sebeple analizlere parametrik testlerle devam edilmiştir.

Tablo 4.4. TKY Ölçeğine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum		Kararsızım		Kesinlikle Katılıyorum	
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
M1. Hasta şikayetlerini çözümlmek için etkin süreçlere sahibiz	15,3	28	12,7	37,3	6,7	
M2. Hastalar ara sıra bizi ziyaret eder.	11,3	22,7	18	40	8	
M3. Hastaların mevcut ve gelecekteki ihtiyaçlarını karşılız	16,7	17,3	16,7	33,3	16	
M4.Süreçlerimiz ve faaliyetlerimiz hastaların memnuniyetine odaklanmıştır	14	21,3	10,7	43,3	10,7	
M5.Yöneticiler hasta memnuniyetini artıran faaliyetleri teşvik etmektedir.	19,3	21,3	33,3	18	8	
M6. Hastaları memnun etme, onların beklentilerini karşılama en önemli şeydir.	10,7	26	17,3	30	16	
M7Üst yöneticiler hastaların önemini azaltacak şekilde davranmazlar	13,3	34	21,3	26	5,3	
Müşteri Odaklılık Genel Ortalama=2,99						
L1.Kalite performansından hastane üst yönetimi sorumludur	10,7	22,7	28	25,3	13,3	
L2. Hasta memnuniyetini sistematik ve düzenli olarak ölçeriz	17,3	24	23,3	28,7	6,7	
L3.Üst yönetim uzun dönemli kalite geliştirme süreçlerini destekler	14,7	25,3	24	32	4	
L4.Büyük bölümlerin yöneticileri kalite geliştirme süreçlerine katılır	12	26,7	29,3	25,3	6,7	
L5.Üst yönetim kârı artırmak için kalitenin nasıl geliştirilmesi gerektiğini dikkate alır	14,7	38	10,7	30	6,7	
L6.Kalite planları oldukça ayrıntılıdır	18,7	34	18	22,7	6,7	
L7.Çevre koruma konuları öngörülü şekilde yönetilir.	21,3	30	15,3	26,7	6,7	
L8.Üst yönetim “en iyi uygulama” için gereken katılım ve sorumluluk kültürünü destekler.	17,3	35,3	14,7	22	10,7	
Liderlik Genel Ortalama=2,80						
SI. 1.Hastanemiz bütün, hizmetlerin ve süreçlerin geliştirilmesine önem verir	10,7	36	27,3	20,7	5,3	
SI.2.Çalışanlar süreçlerin yenilenmesi ve değişimi için öneri sunabilmektedir.	14,7	32,7	10,7	32,7	9,3	
SI.3. Hizmetlerin çoğu yakın geçmişte geliştirilmiştir.	12,7	17,3	24,7	38,7	6,7	
SI.4.Hastanemiz geliştirdiğimiz hizmetler için övgü almaktadır.	10,7	28,7	30	24	6,7	
İyileştirme Genel Ortalama=2,90						
TÇ1. Kalite çemberleri ve çalışanların katılımını sağlayan programlar hastanede kullanılır	13,3	33,3	31,3	18	4	
TÇ2. Yöneticiler karar verirken tüm çalışanları dikkate alır	28,7	32	14	20	5,3	

TC3.Çalışanlar hastane faaliyetleri hakkında fikirlerini ve önerilerini söyleyebilir.	23,3	25,3	13,3	28,7	9,3
TC4.Hastanemiz faaliyet kararlarında personele yetki verir	18	24	22,7	26	9,3
TC5.Kalite çemberleri ve çalışanların katılımını sağlayan programların eğitimi verilir.	18	24	26,7	24,7	6,7

Takım Çalışması Genel Ortalama=2,69

TK1. Hastanemizin isteklerini karşılayan tedarikçilerle uzun vadeli ilişkileri tercih eder	8	24,7	40	20	6,7
TK2.Yöneticiler fiyattan daha ziyade kaliteye dayalı birkaç tedarikçi ile çalışmayı tercih eder	23,3	27,3	26	19,3	4
TK3.Tedarikçiler kalite teslimat ve fiyat açısından değerlendirilir	15,3	24	24,7	29,3	6,7
TK4.Tedarikçilere eğitim verilir.	18,7	26,7	30,7	20	4
TK5.Tedarikçilere teknik yardım verilir.	14,7	29,3	32	20	4
TK6.Tedarikçiler, hastanenin ürün geliştirme sürecine katılır	14,7	33,3	28,7	18	5,3
TK7.Yöneticiler hastaneyle tedarikçiler arasındaki işbirliğini artırmaya önem verir.	11,3	30,7	32,7	20	5,3

Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi Genel Ortalama=2,73

E1.Hastanemiz çalışanlara özel çalışma yetenekleri hakkında eğitim verir.	28,7	24	10,7	31,3	5,3
E2. Hastanemiz çalışanlara kalite ile ilişkili eğitim verir	18,7	25,3	10,7	37,3	8
E3 .Yönetici ve denetçilere kalite ile ilişkili eğitim verilir	21,3	18,7	17,3	37,3	5,3
E4.Tüm hastane çalışanlarına “Toplam Kalite felsefesi” hakkında eğitim verilir.	18	18	22	35,3	6,7
E5.Tüm hastane çalışanlarına temel istatistiksel teknikler hakkında eğitim verilir.	23,3	22	23,3	24,7	6,7
E6. Çalışanlara problem çözme konusunda eğitim verilir	27,3	26	13,3	26,7	6,7

Eğitim Genel Ortalama=2,76

U1. Hizmet sunulmadan önce gözden geçirilir	23,3	26	14,7	28	8
U2.Yeni hizmetler için sürekli araştırma yapılır	20,7	31,3	19,3	20,7	8
U3.Müşteri hizmetleri, pazarlama ve halkla ilişkiler personeli kaliteye önem verir.	10	31,3	22,7	25,3	10,7
U4.Hizmet geliştirme sürecinde etkili olan bölümler arasında koordinasyon vardır	16,7	30	18,7	28	6,7
U5.Yeni hizmetler maliyet veya program hedeflerine ilişkin olarak belirlenir	18	23,3	17,3	38,7	2,7

Ürün Tasarımı Genel Ortalama=2,78

S1.Tedarikçilerden gelen malzemelerin kalitesini ölçen etkili bir sistem vardır	18	30,7	24	19,3	8
S2. Hizmetin kalitesini ölçen etkili bir ekibe sahibiz	22	32	18,7	18	9,3
S3.Çalışma talimatları hastane çapında standartlaştırılır	19,3	24	33,3	16,7	6,7
S4.Hizmet süreçlerin kontrolü en iyi şekilde uygulanır	16	30	26	18,7	9,3

Süreçlerin Yönetimi Genel Ortalama=2,68

P1.Hasta sayılan sürekli kontrol edilir	21,3	18	4	46	10,7
P2.Hizmet kalitesi sürekli kontrol edilir	26,7	22,7	14,7	29,3	6,7
P3.Personel verimliliği sürekli kontrol edilir	25,3	24,7	21,3	22	6,7
P4.Pazar payında artış kontrol edilir	22,7	17,3	34	19,3	6,7

P5.Müşteri memnuniyet düzeyi kontrol edilir	24	18,7	22,7	24	10,7
Performans Genel Ortalama=2,76					
TKY GENEL ORTALAMA=2,79					

Tablo 4.4 incelendiğinde katılımcıların TKY algı düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir ($\bar{X} = 2,79$).Müşteri odaklılık alt boyutunda, hasta şikâyetlerini çözümlmek için etkin süreçlere sahibiz yargısına katılımcıların büyük çoğunluğu katılıyorum cevabını vermiştir. Hastalar ara sıra bizi ziyaret eder yargısına büyük çoğunluğun katıldığı görülmektedir. Hastaların mevcut ve gelecekteki ihtiyaçlarını karşılız yargısına ve süreçlerimiz ve faaliyetlerimiz hastaların memnuniyetine odaklanmıştır yargısına katılımcıların büyük çoğunluğunun katıldığı görülmektedir. Yöneticiler hasta memnuniyetini artıran faaliyetleri teşvik etmektedir yargısı incelendiğinde katılımcıların büyük çoğunluğunun kararsız olduğu görülmektedir. Hastaları memnun etme, onların beklentilerini karşılama en önemli şeydir yargısına katılımcıların büyük çoğunluğunun katıldığı görülmektedir. Üst yöneticiler hastaların önemini azaltacak şekilde davranmazlar yargısına ise katılımcıların büyük çoğunluğu katılmamaktadır. Liderlik alt boyutunda bulunan sorular ise şu şekildedir:

Kalite performansından hastane üst yönetimi sorumludur yargısına katılımcıların büyük çoğunluğu kararsız kalmıştır. Hasta memnuniyetini sistematik ve düzenli olarak ölçeriz ve üst yönetim uzun dönemli kalite geliştirme süreçlerini destekler yargı ifadelerine katılımcıların büyük çoğunluğu katıldığını beyan etmiştir. Katılımcılar, büyük bölümlerin yöneticileri kalite geliştirme süreçlerine katılır yargı ifadesi hakkında kararsız kalmışlardır. Üst yönetim kârı artırmak için kalitenin nasıl geliştirilmesi gerektiğini dikkate alır, üst yönetim en iyi uygulama için gereken katılım ve sorumluluk kültürünü destekler, çevre koruma konulan öngörülü şekilde yönetilir ve kalite planları oldukça ayrıntılıdır yargı ifadelerine katılımcıların büyük çoğunluğunun katılmadığı görülmektedir.

İyileştirme alt boyutundaki sorulara verilen cevapların dağılımı ise şu şekildedir:

Hastanemiz bütün, hizmetlerin ve süreçlerin geliştirilmesine önem verir ve çalışanlar süreçlerin yenilenmesi ve değişimi için öneri sunabilmektedir yargısına katılımcıların büyük çoğunluğunun katılmadığı görülmektedir. Hizmetlerin çoğu yakın geçmişte geliştirilmiştir yargısına ise büyük çoğunluk katıldığını beyan etmiştir. Hastanemiz geliştirdiğimiz hizmetler için övgü almaktadır yargısına büyük çoğunluk kararsız kalmıştır.

Takım çalışması alt boyutundaki sorulara verilen cevapların dağılımı ise şu şekildedir. Kalite çemberleri ve çalışanların katılımını sağlayan programlar hastanede kullanılır ve yöneticiler karar verirken tüm çalışanları dikkate alır yargı ifadelerine katılımcıların verdikleri cevapların büyük çoğunluğu katılmadıkları yönündedir. Çalışanlar hastane faaliyetleri hakkında fikirlerini ve önerilerini söyleyebilir ve hastanemiz faaliyet kararlarında personele yetki verir yargısına verilen cevaplar ise katıldıkları yönündedir.

Tedarikçi kalitesinin yönetimi alt boyutundaki sorulara verilen cevapların dağılımı ise şu şekildedir:

Hastanemizin isteklerini karşılayan tedarikçilerle uzun vadeli ilişkileri tercih eder yargısına katılımcıların büyük çoğunluğu kararsız kalmıştır. Yöneticiler fiyattan daha ziyade kaliteye dayalı birkaç tedarikçi ile çalışmayı tercih eder yargısına ise katılmadıkları görülmektedir. Tedarikçiler kalite teslimat ve fiyat açısından değerlendirilir yargısına katılımcıların büyük çoğunluğu katılmaktadır. Tedarikçilere eğitim verilir ve tedarikçilere teknik yardım verilir, yargısına ise kararsız kaldıkları görülmektedir. Tedarikçiler, hastanenin ürün geliştirme sürecine katılır yargısına ise büyük oranda katılmadıkları görülmektedir. Yöneticiler hastaneyle tedarikçiler arasındaki işbirliğini artırmaya önem verir yargısına ise büyük oranla kararsız kaldıkları görülmektedir.

Eğitim alt boyutunda yer alan sorulara ise verilen cevaplar şu şekildedir:

Bu alt boyutta oluşan, hastanemiz çalışanlara özel çalışma yetenekleri hakkında eğitim verir. Hastanemiz çalışanlara kalite ile ilişkili eğitim verir. Yönetici ve denetçilere kalite ile ilişkili eğitim verilir. Tüm hastane çalışanlarına

“Toplam Kalite felsefesi” hakkında eğitim verilir. Tüm hastane çalışanlarına temel istatistiksel teknikler hakkında eğitim verilir. Çalışanlara problem çözme konusunda eğitim verilir yargılarına katılımcıların büyük çoğunluğu katıldığını beyan eder şekilde cevaplar vermişlerdir.

Ürün tasarımı alt boyutundaki sorulara verilen cevaplar ise şu şekildedir: Hizmet sunulmadan önce gözden geçirilir yargısına verilen cevapların büyük çoğunluğunun katıldıklarını gösterir nitelikte olduğu görülmektedir. Yeni hizmetler için sürekli araştırma yapılır ve müşteri hizmetleri, pazarlama ve halkla ilişkiler personeli kaliteye önem verir yargısına katılmadıkları görülmektedir. Hizmet geliştirme sürecinde etkili olan bölümler arasında koordinasyon vardır ve yeni hizmetler maliyet veya program hedeflerine ilişkin olarak belirlenir yargısına ise katıldıklarını gösteren cevaplar vermişlerdir.

Süreçlerin yönetimi alt boyutundaki soruların yüzdeler dağılımları ise şu şekildedir. Tedarikçilerden gelen malzemelerin kalitesini ölçen etkili bir sistem vardır ve hizmetin kalitesini ölçen etkili bir ekibe sahibiz yargısına büyük oranda katıldıklarını gösteren cevaplar gelmiştir. Çalışma talimatları hastaneçapında standartlaştırılır yargısına ise kararsız oldukları görülmektedir. Hizmet süreçlerin kontrolü en iyi şekilde uygulanır yargısına ise katılımcıların katılmadıkları görülmektedir.

Katılımcılar performans alt boyutundaki sorulara ise şu cevapları vermişlerdir:

Hasta sayılan sürekli kontrol edilir ve hizmet kalitesi sürekli kontrol edilir yargısına katılımcıların büyük çoğunluğu katıldığını beyan etmişlerdir. Personel verimliliği sürekli kontrol edilir yargısına ise büyük çoğunluk kesinlikle katılmadığını beyan etmiştir. Pazar payında artış kontrol edilir yargısına ise büyük çoğunluk kararsızım cevabını verirken, müşteri memnuniyet düzeyi kontrol edilir yargısına kesinlikle katılmayanların ve katılanların sayısı eşittir.

Tablo 4.5. TKY Ölçeği ve Alt Boyutlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

	Cinsiyet	n	X	Ss	Levene test			
					F	p	T	P
Müşteri Odaklılık	Kadın	64	3,04	,864	,644	,424	,595	,553
	Erkek	86	2,95	,991				
Liderlik	Kadın	64	2,87	,945	,001	,979	,704	,482
	Erkek	86	2,76	,960				
İyileştirme	Kadın	64	2,96	,954	,217	,642	,767	,444
	Erkek	86	2,84	,940				
Takım Çalışması	Kadın	64	2,71	1,107	,406	,525	,220	,826
	Erkek	86	2,67	1,001				
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Kadın	64	2,81	,718	5,662	,019	1,061	,290
	Erkek	86	2,66	,953				
Eğitim	Kadın	64	2,85	1,053	4,019	,047	,792	,430
	Erkek	86	2,70	1,195				
Ürün Tasarımı	Kadın	64	2,96	,976	9,278	,003	1,643	,103
	Erkek	86	2,65	1,232				
Süreçlerin Yönetimi	Kadın	64	2,77	1,067	1,350	,247	,888	,376
	Erkek	86	2,61	1,142				
Performans	Kadın	64	2,76	1,084	,003	,960	,046	,963
	Erkek	86	2,76	1,093				

Yapılan araştırmaya göre TKY ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşma durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Bu sonuçlara göre hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık vardır hipotezi (H_1) reddedilmiştir.

Tablo 4.6. TKY Ölçeği ve Alt Boyutlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

	Medeni Durum	n	X	Ss	Levene test			
					F	p	t	P
Müşteri Odaklılık	Evli	103	2,97	,99	2,677	,104	-,408	,684
	Bekar	47	3,04	,80				
Liderlik	Evli	103	2,74	,96	,021	,884	-1,189	,237
	Bekar	47	2,94	,90				
İyileştirme	Evli	103	2,78	,91	,495	,483	-2,207	,029*
	Bekar	47	3,14	,97				
Takım Çalışması	Evli	103	2,61	1,00	,015	,904	-1,375	,171
	Bekar	47	2,86	1,11				
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Evli	103	2,63	,86	,447	,505	-2,116	,036*
	Bekar	47	2,94	,82				
Eğitim	Evli	103	2,70	1,18	3,166	,077	-,960	,339
	Bekar	47	2,90	1,02				
Ürün Tasarımı	Evli	103	2,71	1,16	,253	,615	-1,151	,252
	Bekar	47	2,94	1,06				
Süreçlerin Yönetimi	Evli	103	2,62	1,07	,169	,682	-,877	,382
	Bekar	47	2,79	1,18				
Performans	Evli	103	2,76	1,11	,379	,539	-,047	,962
	Bekar	47	2,77	1,02				

*P<0,05

TKY ölçeği alt boyutlarının medeni durumla olan ilişkisi incelendiğinde, iyileştirme alt boyut algılarının medeni duruma göre farklılığının, istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (t=-2,207; p<0,05).

Evlilerin (\bar{x} =2,78) iyileştirme algıları bekarlara (\bar{x} =3,14) göre daha düşüktür. Tedarikçi kalitesinin yönetimi alt boyut algılarının medeni duruma göre farklılığının, istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (t=-2,116; p<0,05). Evlilerin (\bar{x} =2,63) tedarikçi kalitesinin yönetimi algıları bekarlara (\bar{x} =2,94) göre daha düşüktür.

Bu sonuçlara göre hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır (H₂) hipotezi iyileştirme ve tedarikçi kalitesinin yönetimi alt boyutları için kabul edilmiş, diğer boyutlar için reddedilmiştir.

Tablo 4.7. TKY Ölçeği ve Alt Boyutlarının Kalite Eğitimi Alma Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

	Kalite Eğitimi Alma Durumu	n	X	Ss	Levene test																																																																																																						
					F	p	t	P																																																																																																			
Müşteri Odaklılık	Evet	70	2,85	,93	,162	,688	-1,786	,076																																																																																																			
	Hayır	80	3,12	,93					Liderlik	Evet	70	2,77	,87	5,242	,023	-,188	,851	Hayır	80	2,80	1,02	İyileştirme	Evet	70	2,69	,83	4,052	,046	-2,467	,015*	Hayır	80	3,07	1,01	Takım Çalışması	Evet	70	2,50	1,08	1,375	,243	-2,114	,036*	Hayır	80	2,86	,99	Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Evet	70	2,59	,84	,269	,605	-1,649	,101	Hayır	80	2,82	,85	Eğitim	Evet	70	2,69	1,12	,050	,823	-,696	,488	Hayır	80	2,82	1,16	Ürün Tasarımı	Evet	70	2,62	1,09	3,766	,054	-1,545	,125	Hayır	80	2,91	1,17	Süreçlerin Yönetimi	Evet	70	2,57	,96	11,451	,001	-1,013	,313	Hayır	80	2,76	1,23	Performans	Evet	70	2,75	1,02	4,100	,045	,042
Liderlik	Evet	70	2,77	,87	5,242	,023	-,188	,851																																																																																																			
	Hayır	80	2,80	1,02					İyileştirme	Evet	70	2,69	,83	4,052	,046	-2,467	,015*	Hayır	80	3,07	1,01	Takım Çalışması	Evet	70	2,50	1,08	1,375	,243	-2,114	,036*	Hayır	80	2,86	,99	Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Evet	70	2,59	,84	,269	,605	-1,649	,101	Hayır	80	2,82	,85	Eğitim	Evet	70	2,69	1,12	,050	,823	-,696	,488	Hayır	80	2,82	1,16	Ürün Tasarımı	Evet	70	2,62	1,09	3,766	,054	-1,545	,125	Hayır	80	2,91	1,17	Süreçlerin Yönetimi	Evet	70	2,57	,96	11,451	,001	-1,013	,313	Hayır	80	2,76	1,23	Performans	Evet	70	2,75	1,02	4,100	,045	,042	,967	Hayır	80	2,75	1,15								
İyileştirme	Evet	70	2,69	,83	4,052	,046	-2,467	,015*																																																																																																			
	Hayır	80	3,07	1,01					Takım Çalışması	Evet	70	2,50	1,08	1,375	,243	-2,114	,036*	Hayır	80	2,86	,99	Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Evet	70	2,59	,84	,269	,605	-1,649	,101	Hayır	80	2,82	,85	Eğitim	Evet	70	2,69	1,12	,050	,823	-,696	,488	Hayır	80	2,82	1,16	Ürün Tasarımı	Evet	70	2,62	1,09	3,766	,054	-1,545	,125	Hayır	80	2,91	1,17	Süreçlerin Yönetimi	Evet	70	2,57	,96	11,451	,001	-1,013	,313	Hayır	80	2,76	1,23	Performans	Evet	70	2,75	1,02	4,100	,045	,042	,967	Hayır	80	2,75	1,15																					
Takım Çalışması	Evet	70	2,50	1,08	1,375	,243	-2,114	,036*																																																																																																			
	Hayır	80	2,86	,99					Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Evet	70	2,59	,84	,269	,605	-1,649	,101	Hayır	80	2,82	,85	Eğitim	Evet	70	2,69	1,12	,050	,823	-,696	,488	Hayır	80	2,82	1,16	Ürün Tasarımı	Evet	70	2,62	1,09	3,766	,054	-1,545	,125	Hayır	80	2,91	1,17	Süreçlerin Yönetimi	Evet	70	2,57	,96	11,451	,001	-1,013	,313	Hayır	80	2,76	1,23	Performans	Evet	70	2,75	1,02	4,100	,045	,042	,967	Hayır	80	2,75	1,15																																		
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Evet	70	2,59	,84	,269	,605	-1,649	,101																																																																																																			
	Hayır	80	2,82	,85					Eğitim	Evet	70	2,69	1,12	,050	,823	-,696	,488	Hayır	80	2,82	1,16	Ürün Tasarımı	Evet	70	2,62	1,09	3,766	,054	-1,545	,125	Hayır	80	2,91	1,17	Süreçlerin Yönetimi	Evet	70	2,57	,96	11,451	,001	-1,013	,313	Hayır	80	2,76	1,23	Performans	Evet	70	2,75	1,02	4,100	,045	,042	,967	Hayır	80	2,75	1,15																																															
Eğitim	Evet	70	2,69	1,12	,050	,823	-,696	,488																																																																																																			
	Hayır	80	2,82	1,16					Ürün Tasarımı	Evet	70	2,62	1,09	3,766	,054	-1,545	,125	Hayır	80	2,91	1,17	Süreçlerin Yönetimi	Evet	70	2,57	,96	11,451	,001	-1,013	,313	Hayır	80	2,76	1,23	Performans	Evet	70	2,75	1,02	4,100	,045	,042	,967	Hayır	80	2,75	1,15																																																												
Ürün Tasarımı	Evet	70	2,62	1,09	3,766	,054	-1,545	,125																																																																																																			
	Hayır	80	2,91	1,17					Süreçlerin Yönetimi	Evet	70	2,57	,96	11,451	,001	-1,013	,313	Hayır	80	2,76	1,23	Performans	Evet	70	2,75	1,02	4,100	,045	,042	,967	Hayır	80	2,75	1,15																																																																									
Süreçlerin Yönetimi	Evet	70	2,57	,96	11,451	,001	-1,013	,313																																																																																																			
	Hayır	80	2,76	1,23					Performans	Evet	70	2,75	1,02	4,100	,045	,042	,967	Hayır	80	2,75	1,15																																																																																						
Performans	Evet	70	2,75	1,02	4,100	,045	,042	,967																																																																																																			
	Hayır	80	2,75	1,15																																																																																																							

*P<0,05

TKY ölçeği alt boyutlarının kalite eğitimi alma durumu ile olan ilişkisi incelendiğinde, iyileştirme alt boyut algılarında kalite eğitimi alma durumuna göre anlamsal bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($t=-2,467$; $p<0,05$). Kalite eğitimi almış olanların ($\bar{x}=2,69$) iyileştirme algıları bu eğitimi almamışlara ($\bar{x}=3,07$) göre daha düşüktür. Takım çalışması alt boyut algılarının da kalite eğitimi alma durumuna göre farklılığının %95 güven seviyesinde istatistiksel anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($t=-2,114$; $p<0,036$) Kalite eğitimi almış katılımcıların ($\bar{x}=2,50$) takım çalışması algılarının, bu eğitimi almamış bireylere göre ($\bar{x}= 2,86$) daha düşük olduğu görülmektedir.

Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile kalite eğitimi alma değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır hipotezi (H_3), iyileştirme ve takım çalışması alt

boyutları için kabul edilmiş, diğer boyutlar için reddedilmiştir. Buna göre eğitimin kalite bilincini artırdığı ve bu sebepten algının farklılaştığı söylenebilir.

Tablo 4.8. TKY Ölçeği ve Alt Boyutlarının Yaş Gruplarına Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Yaş	n	x	s.s	F	P	Fark
Müşteri Odaklılık	20-24	23	3,26	,73	1,268	,281	-
	25-29	30	2,93	,85			
	30-34	24	3,28	,82			
	35-39	35	2,81	,97			
	40-44	16	2,89	1,02			
	45-49	22	2,85	1,17			
Liderlik	20-24	23	3,10	,79	1,071	,379	-
	25-29	30	2,96	,95			
	30-34	24	2,62	1,20			
	35-39	35	2,70	,92			
	40-44	16	2,85	,85			
	45-49	22	2,61	,89			
İyileştirme	20-24	23	3,13	,79	1,254	,287	-
	25-29	30	3,15	1,00			
	30-34	24	2,87	1,30			
	35-39	35	2,74	,77			
	40-44	16	2,84	,90			
	45-49	22	2,63	,76			
Takım Çalışması	20-24	23	3,17	,88	1,768	,123	-
	25-29	30	2,68	1,12			
	30-34	24	2,85	1,20			
	35-39	35	2,40	,92			
	40-44	16	2,55	,85			
	45-49	22	2,58	1,10			
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	20-24 ⁽¹⁾	23	3,16	,68	3,190	,009*	(1-4)
	25-29 ⁽²⁾	30	2,97	,88			
	30-34 ⁽³⁾	24	2,47	,90			
	35-39 ⁽⁴⁾	35	2,44	,71			
	40-44 ⁽⁵⁾	16	2,57	,74			
	45-49 ⁽⁶⁾	22	2,79	1,03			
Eğitim	20-24	23	3,10	,74	0,970	,438	-
	25-29	30	2,68	1,15			
	30-34	24	2,45	1,35			
	35-39	35	2,77	1,20			
	40-44	16	2,62	,99			
	45-49	22	2,96	1,17			
Ürün Tasarımı	20-24	23	3,43	,72	2,282	,050	-
	25-29	30	2,76	,97			
	30-34	24	2,60	1,48			

	35-39	35	2,61	1,01			
	40-44	16	2,40	1,19			
	45-49	22	2,89	1,25			
Süreçlerin Yönetimi	20-24	23	3,03	,85			
	25-29	30	2,79	1,25			
	30-34	24	2,47	1,30	1,043	,395	-
	35-39	35	2,64	,87			
	40-44	16	2,31	1,05			
	45-49	22	2,70	1,26			
Performans	20-24	23	2,91	,98			
	25-29	30	2,57	1,01			
	30-34	24	3,05	1,03	,826	,533	
	35-39	35	2,76	,98			
	40-44	16	2,47	1,02			
	45-49	22	2,76	1,48			

*p<0,05

Araştırmaya katılanların TKY ölçeği ve alt boyutlarına ait algılarınıyaş göre farklılığının, istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, tedarikçi kalitesinin yönetimi alt boyut algılarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=3,190; p<0,05). Katılımcıların tedarikçi kalitesinin yönetimi algılarına ait varyansların homojenlik testi sonucunda varyanslar homojen bulunmadığından (p=0,018; p<0,05) farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla post hoc testlerinden Tamhane's testi kullanılmıştır. Tamhane's testi sonucunda yaş aralığı20-24 yaş grubunda olanların (\bar{x} =3,16) tedarikçi kalitesinin yönetimi algıları 35-39 (\bar{x} =2,44) olanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Bu sonuçlara göre, hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile yaş grubudeğişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır hipotezi(H₃), tedarikçi kalitesi yönetimi alt boyutu için kabul edilmiş, diğer alt boyutlar için reddedilmiştir.

Tablo 4.9. TKY Ölçeği ve Alt Boyutlarının Pozisyon Değişkenine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Has.pozisyon	N	X	Ss	F	P	Fark
Müşteri Odaklılık	Hekim	34	2,86	,96	0,670	0,647	-
	Hemşire	28	3,00	,83			
	Sağlık tek.	14	2,97	1,02			
	Memur	32	3,13	,80			
	Güvenlik	13	3,30	1,31			
	Diğer	29	2,86	,91			
Liderlik	Hekim	34	2,93	,80	1,675	0,144	-
	Hemşire	28	2,56	1,07			
	Sağlık tek.	14	3,10	1,04			
	Memur	32	2,53	,72			
	Güvenlik	13	3,13	,85			
	Diğer	29	2,90	1,13			
İyileştirme	Hekim ⁽¹⁾	34	2,73	,85	2,300	0,048*	(1-3) (4-3)
	Hemşire ⁽²⁾	28	3,01	,99			
	Sağlık tek. ⁽³⁾	14	3,57	,71			
	Memur ⁽⁴⁾	32	2,64	,92			
	Güvenlik ⁽⁵⁾	13	2,88	,92			
	Diğer ⁽⁶⁾	29	2,94	1,01			
Takım Çalışması	Hekim	34	2,92	1,01	2,084	0,071	-
	Hemşire	28	2,51	1,24			
	Sağlık tek.	14	2,82	,89			
	Memur	32	2,41	,95			
	Güvenlik	13	2,26	,86			
	Diğer	29	3,01	1,00			
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Hekim	34	2,85	,92	1,057	0,387	-
	Hemşire	28	2,62	,86			
	Sağlık tek.	14	3,06	,96			
	Memur	32	2,56	,80			
	Güvenlik	13	2,53	,78			
	Diğer	29	2,79	,80			
Eğitim	Hekim ⁽¹⁾	34	2,78	1,00	2,674	0,024*	(4-6)
	Hemşire ⁽²⁾	28	2,90	1,25			
	Sağlık tek. ⁽³⁾	14	3,07	1,33			
	Memur ⁽⁴⁾	32	2,18	,99			
	Güvenlik ⁽⁵⁾	13	2,74	1,42			
	Diğer ⁽⁶⁾	29	3,12	,88			
Ürün Tasarımı	Hekim ⁽¹⁾	34	2,88	1,16	3,800	0,003*	(4-6)
	Hemşire ⁽²⁾	28	2,55	1,11			
	Sağlık tek. ⁽³⁾	14	3,25	,86			
	Memur ⁽⁴⁾	32	2,19	1,09			

	Güvenlik ⁽⁵⁾	13	2,98	1,08			
	Diğer ⁽⁶⁾	29	3,23	1,04			
Süreçlerin Yönetimi	Hekim ⁽¹⁾	34	2,72	1,05			
	Hemşire ⁽²⁾	28	2,53	1,22			
	Sağlık tek. ⁽³⁾	14	3,10	,92	3,046	0,012*	(4-6)
	Memur ⁽⁴⁾	32	2,13	1,02			
	Güvenlik ⁽⁵⁾	13	3,03	1,01			
		Diğer ⁽⁶⁾	29	3,00	1,08		
Performans	Hekim	34	2,63	1,20			
	Hemşire	28	2,71	1,24			
	Sağlık tek.	14	3,14	1,02	0,763	0,578	-
	Memur	32	2,58	,79			
	Güvenlik	13	2,92	1,08			
		Diğer	29	2,90	1,10		

*P<0,05

Araştırmaya katılanların TKY ölçeği ve alt boyutlarına ait algılarının hastanedeki pozisyonlarına göre farklılığının, istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, iyileştirme alt boyut algılarının hastanedeki pozisyon gruplarına göre istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=2,300; p<0,05). Katılımcıların iyileştirme algılarına ait varyansların homojenlik testi sonucunda varyanslar homojen bulunmadığından (p=0,006; p<0,05) farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla post hoc testlerinden Tamhane's testi kullanılmıştır. Tamhane's testi sonucunda sağlık teknikeri (\bar{x} =3,57) olanların iyileştirme algıları hekim (\bar{x} =2,73), memur (\bar{x} =2,64) olanlara göre daha yüksektir.

Eğitim alt boyut algılarının hastanedeki pozisyon gruplarına göre istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=2,674; p<0,05). Katılımcıların eğitim algılarına ait varyansların homojenlik testi sonucunda varyanslar homojen bulunmadığından (p=0,008; p<0,05) farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla post hoc testlerinden Tamhane's testi kullanılmıştır. Tamhane's testi sonucunda memur (\bar{x} =2,18) olanların eğitim algıları diğer personellere (\bar{x} =3,12) göre daha düşüktür.

Ürün tasarımı alt boyut algılarının hastanedeki pozisyon gruplarına göre istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir

($F=3,800$; $p<0,05$). Katılımcıların ürün tasarımı algılarına ait varyansların homojenlik testi sonucunda varyanslar homojen bulunduğundan ($p=0,810$; $p>0,05$) farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla post hoc testlerinden Scheffe testi kullanılmıştır. Scheffe testi sonucunda memur ($\bar{x}=2,19$) olanların ürün tasarımı algıları diğer personellere ($\bar{x}=3,23$) göre daha düşüktür.

Süreçlerin yönetimi alt boyut algılarının hastanedeki pozisyon gruplarına göre istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=3,046$; $p<0,05$). Katılımcıların süreç yönetimi algılarına ait varyansların homojenlik testi sonucunda varyanslar homojen bulunduğundan ($p=0,843$; $p>0,05$) farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla post hoc testlerinden Scheffe testi kullanılmıştır. Scheffe testi sonucunda memur ($\bar{x}=2,13$) olanların süreç yönetimi algıları diğer personellere ($\bar{x}=3,00$) göre daha düşüktür.

Bu sonuçlara göre, hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile pozisyonları arasında anlamlı bir farklılık vardır hipotezi (H_5) iyileştirme, eğitim, ürün tasarımı ve süreçlerin yönetimi alt boyutları için kabul edilmiş, diğer alt boyutlar için reddedilmiştir.

Tablo 4.10. TKY Ölçeği ve Alt Boyutlarının Çalışma Süresine Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Çalışma yılı	X	N	Ss	F	P	Fark
Müşteri Odaklılık	1-10 ⁽¹⁾	98	3,07	,89	3,332	0,039*	(1-2) (3-2)
	11-20 ⁽²⁾	39	2,68	,96			
	21-30 ⁽³⁾	13	3,31	1,02			
Liderlik	1-10	98	2,80	,96	0,001	0,999	-
	11-20	39	2,81	,84			
	21-30	13	2,79	1,18			
İyileştirme	1-10	98	2,90	1,04	0,009	0,991	-
	11-20	39	2,88	,74			
	21-30	13	2,92	,69			
Takım Çalışması	1-10	98	2,70	1,06	1,243	0,292	-
	11-20	39	2,80	1,00			
	21-30	13	2,27	,97			
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	1-10	98	2,71	,90	0,180	0,835	-
	11-20	39	2,72	,76			
	21-30	13	2,86	,82			
Eğitim	1-10 ⁽¹⁾	98	2,59	1,13	3,616	0,029*	(1-2) (1-3)
	11-20 ⁽²⁾	39	3,01	1,06			
	21-30 ⁽³⁾	13	3,30	1,10			
Ürün tasarımı	1-10	98	2,81	1,14	0,099	0,906	-
	11-20	39	2,73	1,17			
	21-30	13	2,70	1,00			
Süreçlerin Yönetimi	1-10	98	2,67	1,12	0,046	0,955	-
	11-20	39	2,66	1,10			
	21-30	13	2,76	1,09			
Performans	1-10	98	2,67	1,04	1,091	0,339	-
	11-20	39	2,90	1,10			
	21-30	13	3,03	1,32			

*p<0,05

Araştırmaya katılanların TKY ölçeği ve alt boyutlarına ait algılarının hastanedeki çalışma yılına göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, müşteri odaklılık alt boyut algılarının çalışma süresine göre istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=3,332; p<0,05). Katılımcıların müşteri odaklılık algılarına ait varyansların homojenlik testi sonucunda varyanslar homojen bulunduğundan (p=0,892; p>0,05) farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla post hoc testlerinden LSD testi kullanılmıştır. LSD testi sonucunda çalışma süresi 11-20 (\bar{x} =2,68) olanların müşteri odaklılık

algıları çalışma süresi 1-10 yıl ($\bar{x}=3,07$), 21-30 yıl ($\bar{x}=3,31$)olanlara göre daha düşüktür.

Eğitim alt boyut algılarının çalışma süresine göre istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($F=3,616$; $p<0,05$). Katılımcıların eğitim algılarına ait varyansların homojenlik testi sonucunda varyanslar homojen bulunduğundan ($p=0,659$; $p>0,05$) farklılaşmanın kaynağının belirlenmesi amacıyla post hoc testlerinden LSD testi kullanılmıştır. LSD testi sonucunda çalışma süresi 1-10 ($\bar{x}=2,59$)olanların eğitim algıları çalışma süresi 11-20 yıl ($\bar{x}=3,01$), 21-30 yıl ($\bar{x}=3,30$)olanlara göre daha düşüktür.

Bu sonuçlara göre, hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır hipotezi(H_6)eğitim ve müşteri odaklılık alt boyutları için kabul edilmiş, diğer alt boyutlar için reddedilmiştir.

Tablo 4.11. TKY Ölçeği ve Alt Boyutlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumuna Ait Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

	Eğitim durumu	n	X	Ss	F	P
Müşteri Odaklılık	Lise ve altı	15	2,73	1,00	1,907	0,131
	Ön lisans	44	3,22	,92		
	Lisans	64	3,00	,79		
	Lisansüstü	27	2,75	1,16		
Liderlik	Lise ve altı	15	2,82	1,09	0,926	0,430
	Ön lisans	44	2,88	,99		
	Lisans	64	2,66	,89		
	Lisansüstü	27	3,00	,94		
İyileştirme	Lise ve altı	15	2,73	1,14	0,266	0,850
	Ön lisans	44	2,95	1,09		
	Lisans	64	2,92	,85		
	Lisansüstü	27	2,83	,77		
Takım Çalışması	Lise ve altı	15	3,05	,95	2,502	0,062
	Ön lisans	44	2,38	1,08		
	Lisans	64	2,85	,98		
	Lisansüstü	27	2,61	1,07		
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Lise ve altı	15	2,76	,93	0,377	0,769
	Ön lisans	44	2,63	,77		
	Lisans	64	2,80	,86		
	Lisansüstü	27	2,68	,98		
Eğitim	Lise ve altı	15	2,80	1,00	0,151	0,929
	Ön lisans	44	2,67	1,24		
	Lisans	64	2,79	1,11		
	Lisansüstü	27	2,83	1,12		
Ürün tasarımı	Lise ve altı	15	3,13	1,23	1,120	0,343
	Ön lisans	44	2,60	1,17		
	Lisans	64	2,88	1,10		
	Lisansüstü	27	2,66	1,09		
Süreçlerin Yönetimi	Lise ve altı	15	2,78	1,04	0,465	0,707
	Ön lisans	44	2,53	1,23		
	Lisans	64	2,69	1,09		
	Lisansüstü	27	2,83	,99		
Performans	Lise ve altı	15	2,70	1,26	0,161	0,923
	Ön lisans	44	2,79	1,10		
	Lisans	64	2,71	1,04		
	Lisansüstü	27	2,87	1,10		

Araştırmaya katılanların TKY ölçeği ve alt boyutlarına ait algılarının eğitim durumuna göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını test etmek için yapılan tek yönlü ANOVA testi sonuçlarına göre, TKY ölçeği alt boyutlarının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak %95 güven seviyesinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Bu sonuçlara göre, hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık vardır hipotezi(H_7) reddedilmiştir.

Tablo 4.12.TKY Ölçeğinin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Pearson Korelasyon Analiz Sonuçları

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
A	1	,250**	,312**	,034	,259**	,236**	,112	,069	,262**
B		1	,600**	,482**	,575**	,494**	,506**	,587**	,587**
C			1	,490**	,594**	,689**	,631**	,650**	,665**
D				1	,644**	,630**	,672**	,660**	,582**
E					1	,634**	,650**	,676**	,555**
F						1	,794**	,760**	,787**
G							1	,858**	,655**
H								1	,714**
I									1

(A:Müşteri Odaklılık, B:Liderlik; C:İyileştirme, D: Takım Çalışması, E:Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi, F: Eğitim, G:Ürün Tasarımı, H: Süreçlerin Yönetimi, I: Performans)

Tablo 4.12’ de yer alan alt boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde;müşteri odaklılık ile liderlik arasında pozitif yönde düşük kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,002$, $r=0,250$).Müşteri odaklılık ile

iyileştirme arasında pozitif yönde düşük kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,312$). Müşteri odaklılık ile tedarikçi kalitesinin yönetimi arasında pozitif yönde düşük kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,001$, $r=0,259$). Müşteri odaklılık ile eğitim arasında pozitif yönde düşük kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,004$, $r=0,236$). Müşteri odaklılık ile performans arasında pozitif yönde düşük kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,001$, $r=0,262$).

Liderlik ile iyileştirme arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,600$). Liderlik ile takım çalışması arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,482$). Liderlik ile tedarikçi kalitesinin yönetimi arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,575$). Liderlik ile eğitim arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,494$). Liderlik ile ürün tasarımı arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,506$). Liderlik ile süreçlerin yönetimi arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,587$). Liderlik ile performans arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,587$).

İyileştirme ile takım çalışması arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,490$). İyileştirme ile tedarikçi kalitesinin yönetimi arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,594$). İyileştirme ile eğitim arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,689$). İyileştirme ile ürün tasarımı arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,631$). İyileştirme ile süreçlerin yönetimi arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,650$). İyileştirme ile performans arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,665$).

Takım çalışması ile tedarikçi kalitesinin yönetimi arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,644$). Takım çalışması ile eğitim arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,630$). Takım çalışması ile ürün tasarımı arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,672$). Takım çalışması ile süreçlerin yönetimi arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,660$). Takım çalışması ile performans arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,582$).

Tedarikçi kalitesinin yönetimi ile eğitim arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,634$). Tedarikçi kalitesinin yönetimi ile ürün tasarımı arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,650$). Tedarikçi kalitesinin yönetimi ile süreçlerin yönetimi arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,676$). Tedarikçi kalitesinin yönetimi ile performans arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,555$).

Eğitim ile ürün tasarımı arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,794$). Eğitim ile süreçlerin yönetimi arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,760$). Eğitim ile performans arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,787$).

Ürün tasarımı ile süreçlerin yönetimi arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,858$). Ürün tasarımı ile performans arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,655$).

Süreçlerin yönetimi ile performans arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, $p= 0,000$, $r=0,714$).

5. SONUÇ

TKY uygulamaları, literatürde gerek üretim gerekse hizmet sektöründe birçok çalışmanın konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Rekabet koşullarının hızlı artış gösterdiği günümüz şartlarında birçok işletme geleneksel anlayışını rafa kaldırarak, temel amacı müşteri odaklı olan TKY uygulamalarına geçiş yapmaktadırlar. TKY uygulamalarının müşteri odaklı olması, kurum içinde ve kurum dışında personeli sürekli eğitime yönlendiren yapısı nedeniyle 1990'lı yıllardan itibaren daha sık karşımıza çıkmaya başlamıştır.

Toplam kalite yönetimi uygulamalarında temel amaç, örgütlerin nihai olarak kalitesini yükseltmek, verimliliği üst seviyelere taşımak, maliyetleri azaltmak, müşteri memnuniyetini üst düzeylere taşımaktır. TKY uygulamalarının bu denli öneme sahip olmasına karşın Türkiye ve diğer gelişmekte olan ülkelerde etkin bir biçimde hayata geçirilememektedir. Bu sebeple SCÜH'da hizmet vermekte olan hastane çalışanlarının TKY uygulamalarına ilişkin algı düzeylerini ölçmeyi amaçlayan çalışmadan çıkarılan sonuçlara aşağıda yer verilmiştir

Katılımcıların büyük çoğunluğunu erkekler, evliler ve 35-39 yaş aralığı oluşturmaktadır. Çoğunluk idari personel ve hekimlerden oluşurken hemşire ve diğer pozisyonlardaki görevlilerin sayısı azımsanmayacak kadar çoktur. Katılımcıların büyük çoğunluğunun meslekteki çalışma süresi 1-10 yıl arasındadır. Kalite konusunda eğitim alan ve almayanların sayısı birbirine çok yakındır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun eğitim düzeyi lisans mezunudur.

Araştırma sonuçlarına göre, hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri orta seviyede çıkmış olup, alanyazın incelendiğinde de hastane çalışanlarının TKY algı düzeylerinin orta seviyede çıkmış olduğu görülmektedir (Kayhan, 2015; Alp, 2014; Yazgan, 2009; Şarbak, 2009; Sezer, 2009).

Araştırmanın amacı doğrultusunda geliştirilen hipotez sonuçları Tablo 5.1'de verilmiştir.

Tablo 5.1.Hipotez Sonuçları

HİPOTEZLER		KABUL	RED
H ₁	Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık vardır.		X
H ₂	Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık vardır.	C ve E faktörleri	
H ₃	Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile kalite eğitimi alma durumu arasında anlamlı bir farklılık vardır.	C ve D faktörleri	
H ₄	Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile yaş arasında anlamlı bir farklılık vardır.	E faktörü	
H ₅	Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile pozisyonları arasında anlamlı bir farklılık vardır.	C, F, G ve H faktörleri	
H ₆	Hastane çalışanlarının eğitim alt boyutuyla görevde çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.	A ve F faktörleri	
H ₇	Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık vardır.		X

(A:Müşteri Odaklılık, B:Liderlik; C:İyileştirme, D: Takım Çalışması, E:Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi, F: Eğitim, G:Ürün Tasarımı, H: Süreçlerin Yönetimi, I: Performans)

TKY ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; müşteri odaklılık alt boyutu ile diğer alt boyutlar arasında pozitif yönde düşük kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Liderlik alt boyutu ile diğer alt boyutlar arasında pozitif yönde orta kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. İyileştirme, takım çalışması ve tedarikçi ilişkisinin yönetimi alt boyutları ile diğer alt boyutlar arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Eğitim alt boyutu ile ürün tasarımı, süreçlerin yönetimi ve performans alt boyutları arasında pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ürün tasarımı alt boyutu ile süreçlerin yönetimi arasında pozitif yönde çok yüksek kuvvetli, performans arasında ise pozitif yönde yüksek kuvvetli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Süreçlerin yönetimi ile performans arasında ise pozitif yönde yüksek kuvvetli bir

ilişki olduğu belirlenmiştir. Kısacası alt boyutlar arasında pozitif yönde ve kuvvetli bir ilişki olduğu söylenebilir

6.TARTIŞMA

Araştırma sonuçlarına göre, hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık vardır hipotezi (H_1) reddedilmiştir. Kadınlarda TKY algı düzeyi erkeklere oranla daha yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sezer (2009) ve Şarbak (2009)'ın çalışmalarında da cinsiyet ile TKY algı düzeyi arasında anlamlı farklılık saptanmamış olması araştırma sonucunu desteklemektedir. Alp (2014)'in çalışmasında ise kadınlarda TKY algı düzeyinin erkeklere oranla daha düşük olduğu fakat bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı çıkmadığı görülmektedir.

Medeni durum değişkenine göre incelendiğinde, evlilerin iyileştirme ve tedarikçi kalitesinin yönetimi algılarının bekarlaragöre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre, hastane çalışanlarının TKY uygulamalarına ilişkin algı düzeyleri ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık vardır hipotezi(H_2) iyileştirme ve tedarikçi kalitesinin yönetimi alt faktörleri içinkabul edilmiştir. Kayhan (2015) ise çalışmasında evli olanların kalite algılarının bekar olanlardan daha yüksek olduğunu saptamıştır. Yardan ve Arslan'ın (2014) çalışmasında ise medeni durum ile algı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Araştırma sonuçlarına göre, hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile kalite eğitimi alma durumu arasında anlamlı bir farklılık vardır hipotezi(H_3) iyileştirme ve takım çalışması alt boyutları için kabul edilmiş olup, eğitimin kalite bilincini artırdığı ve bu sebepten algının farklılaştığı söylenebilir.

Araştırmaya katılanların TKY uygulamalarına ilişkin algılarının yaşa göre farklılığının incelenmesi sonucunda, tedarikçi kalitesinin yönetimi alt boyut algılarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış olup, yaş aralığı 20-24 yaş grubunda olanların tedarikçi kalitesinin yönetimi algıları 35-39 olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlara göre, hastaneçalışanlarının TKY algı düzeyleri ile yaş arasında anlamlı bir farklılık vardır hipotezi(H_4)

tedarikçi kalitesinin yönetimi alt boyutu için kabul edilmiştir. Alanyazında ise yaşa göre kalite algısının farklılaştığı görülmektedir. Alp (2014), Sezer (2009) ve Şarbak (2009) çalışmalarında kalite algısının yaşa göre farklılık göstermediğini saptamışken, Yazgan'ın (2009) çalışmasında kalite algısının en yüksek 41-50 yaş grubunda, en düşük 20 yaş ve altı gruba ait olduğu sonucuna varmıştır.

Araştırmaya katılanların TKY uygulamalarına ilişkin algılarının hastanedeki pozisyonlarına göre farklılığının incelenmesi sonucunda, farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile pozisyonları arasında anlamlı farklılık vardır hipotezi (H₅) iyileştirme, eğitim, ürün tasarımı ve süreçlerin yönetimi alt faktörleri için kabul edilmiştir. Buna göre sağlık teknikeri olanların iyileştirme algıları hekim ve memur olanlara göre daha yüksek çıkmıştır. Sezer'in (2009) çalışma sonuçları da araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Fakat Şarbak'ın (2009) çalışmasında doktorların, Kayhan'ın (2015) çalışmasında ise ebelerin kalite algıları yüksek çıkmıştır. Çalışanların eğitim alt boyut algılarının hastanedeki pozisyon gruplarına göre incelenmesi sonucunda, memur olanların eğitim algıları diğer personellere göre daha düşük çıkmıştır. Ürün tasarımı ve süreçlerin yönetimi alt boyut algılarının hastanedeki pozisyon gruplarına göre incelenmesi sonucunda memur olanların ürün tasarımı algıları diğer personellere göre daha düşük bulunmuştur.

Katılımcıların TKY uygulamalarına ilişkin algılarının hastanedeki çalışma yılına göre farklılığının incelenmesi sonucunda, farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile görevde çalışma süresi arasında anlamlı farklılık vardır hipotezi (H₆) müşteri odaklılık ve eğitim alt faktörleri için kabul edilmiştir. Buna göre çalışma süresi 11-20 olanların müşteri odaklılık algıları çalışma süresi 1-10 yıl, 21-30 yıl olanlara göre daha düşüktür. Çalışma süresi 1-10 yıl olanların eğitim algıları çalışma süresi 11-20 yıl ve 21-30 yıl olanlara göre daha düşüktür. Şarbak'ın (2009) çalışmasında ise 6-20 yıl çalışanların 21 yıl ve üzeri çalışanlara göre kalite algıları daha yüksek bulunmuştur.

TKY algısı ve eğitim düzeyleri karşılaştırılmasına bakıldığında; hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Bu sonuçlara göre, hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık vardır hipotezi (H₇) reddedilmiştir. Aynı şekilde Akar ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında da eğitim ve TKY algısı arasında ilişki görülmemiştir. Fakat Şarbak'ın (2009) çalışmasında eğitim düzeyi ile kalite algısı arasında ilişki tespit edilmiş olup, eğitim düzeyi yükseldikçe kalite algısının düştüğü görülmüştür. Yazgan (2009) ise çalışmasında eğitim düzeyi ile kalite algısı arasında pozitif yönlü ilişki saptamıştır. Bu sonuçlara göre kalite algısı ile eğitim değişkeni arasındaki ilişki alan yazında farklılık göstermektedir.

7. ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen sonuçlar ve bu süreçte kazanılan tecrübeler ışığında, gelecekte benzer konuları çalışacak olan araştırmacılara TKY algı düzeyleri orta seviyede bulunan hastane çalışanlarına yönelik eğitimlerin planlanarak uygulanması önerilmektedir. Bu bağlamda eğitim niteliğinde olan etkinlikler, bilgilendirici toplantılar ve faaliyetlerin düzenlenmesi önerilebilir.

İletişimin en büyük etkisini gösterdiği, hekim, hemşire ve hasta ilişkilerindeki doğru iletişimin kalite ve başarıya olan etkisi vurgulanabilir.

Farklı bölümlerden oluşan sağlık kuruluşlarındaki bölüm yöneticilerinin kalite gelişimi uğraşlarına katılması sağlanabilir. Bu bölümlerde görev yapan personelin düşüncelerini ve önerilerini rahatlıkla sunabileceği bir ortam hazırlanabilir.

Çalışanların başarı elde ettikleri durumlarda, övgü ve ödüllendirilmesi sağlanırken, bireysel hataların önüne geçmek için, oluşacak hataların görüşülerek iletişimin ve takım çalışmasının güçlendirilmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- AKALIN E., (2004), Hasta Güvenliği Kùltürü: Nasıl Geliştirebiliriz? *ANKEM Dergisi*; 12-13.
- AKALIN, D., AYDIN Y.,(2002), T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Gen. Müdürlüğü, Yayın No: 639, Ankara.
- AKAR Y, Beyazıt GY, Pınar A. (2015), “Sağlık sektöründe kalite yönetimi, sağlık yöneticilerinin kalite anlayışı,Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yayınları, Ankara,2(2), 77.
- ALCAN Z., Eren, T., Özbucak, S. (2012), Hasta Güvenliği – Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- ALP, Y. A. (2014), Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Kapsamında İç Müşteri Kalite Algısı, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.
- ASLANTEKİN F.,Göktaş Bayram, UluşenMesude, Erdem Ramazan, (2007), Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6), 55-71.
- ASUNAKUTLU T., (2005), Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Kamu Yönetiminde ve Kamu Hizmetlerinde Kalite, Ed.: Coşkun Can Aktan, Ulvi Saran, Hizmet İş Sendikası Yayını, 2005, Sayfa:. 159-182, Ankara.
- AYDIN E., (2010), Hasta ve Çalışan Güvenliği Eğitim Notları Hasta Güvenliği Derneği Yayınları, Ankara.
- AYDOĞAN M., (2015), Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda İletişimin Önemi, Beykent Üniversitesi, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi ABD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- AYDOĞMUŞ B., (2015), Hastanelerde Toplam Kalite Yönetiminin Çalışan Tatminine Etkileri, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- BEKTAŞ F. (2013), Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon Uygulamaları Yüksek Lisans Tezi, T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- BODUR S., Filiz, E., Çimen, A., Kapçı, C. (2012), Ebelik ve Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hasta Güvenliği Ve Tıbbi Hatalar Konusundaki Tutumu, Genel Tıp Dergisi; 37-42.
- BORMAN Walter C. ve Motowidlo, Stephan J. (1993), Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance. (Ed. Schmitt, N. ve Borman, W.C.). Personnel Selection in Organizations. San Francisco: Jossey-Bass, 71-98.
- ÇAĞLAR G. ve Kılıç, S. (2006). Kalite Güvence Standartları, Ankara: Nobel Yayınevi.
- DEVEBAKAN N., (2005). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ölçümü, İzmir.
- DOĞAN S, Kaya S. (2004), “Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(1).
- DOLOI H., IYER, K.C. and Sawhney A. (2010), “Structural equation model for assessing impacts of contractor's performance on Project success, International Journal of Project Management”, Corrected Proof, Available online, pp.1-9.

- DURSUN S., Bayram, N., Aytaç, S., (2010), Hasta Güvenliği Kùltürü Üzerine Bir Uygulama, Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi,8/1, s.1-3.
- ERDEM Ş., (2007), Sağlık Hizmetlerinin Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesinin Algılamaları Üzerine Bir Uygulama,Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,Edirne.
- EROĞLU E., (2003),Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Yapısal Eşitlik Modeli İle Analizi, İstanbul Üniversitesi,Doktora Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- GARİH Ü., (2001), İş Hayatımdan Kesitle ve Gençlere Tavsiyeler, Hayat Yayınları, İstanbul.
- GEDİKLİ B., (2001), Kamu Harcama Yönetiminde Kalite, Yolsuzlukla Mücadele İçin Bir Model Önerisi, Yaklaşım Yayıncılık, Ankara.
- GENÇ N.,Halis Muhlis, (2006), Kalite Liderliği, Mart, 1. Baskı, Ankara
- GÖZLÜ K., Kaya, S., (2012), Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Hasta Güvenliği Kùltürünün Değerlendirilmesi. 6.Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi; 175-182, Isparta.
- GÜNBATAN A.,(2006), Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları ve Çalışanların İş Tatmini Üzerine Bir Uygulama,Yüksek Lisans Tezi,İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.
- GÜVEN R., (2007), Güvenlik Kùltürü, IV. İş Sağlığı ve Güvenliği Kongre Kitabı.
- İNCE C.,(2007), Toplam Kalite Yönetiminin İş gören Tatminine Etkileri Üzerine Nevşehir Yöresindeki Otel İşletmelerinde Bir Araştırma, Doktora Tezi,İşletme Anabilim dalı, Nevşehir.

- İNCESU E., YORULMAZ M.,(2011), Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı ve Toplam Kalite Yönetimi, 5.Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresinde Poster Bildirisi, 13-16 Ekim, İstanbul.
- KARABULUT F., (2009). Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Akreditasyon ISO\IEC 15189:2003 Uygulaması Yüksek Lisans Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, İzmir.
- KARASAR N., (1999), Bilimsel Araştırma Yöntemi (9.Basım), Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- KAVUNCUBAŞI Ş.,YILDIRIM S., (2012), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi,3.B., Siyasal Kitabevi, Ankara.
- KAYHAN, C., (2015), Sağlık Hizmet Kalitesinin Değerlendirilmesi: Hizmeti Sunanlar Ve Alanlar, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetim Anabilim Dalı, Manisa.
- KAYNAK H., (2003), “Therelationshipbetween total qualitymanagementpracticesandtheireffects on firmperformance” *Journal of Operations Management*, Vol.21, No.4, pp. 405-435.
- KURUŞÇU M., (2003), “Toplam Kalite Yönetimi Ve Kalite Ödülleri”, Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul.
- MARŞAP A., (2014), Sağlık İşletmelerinde Kalite, Beta Yayınları, İstanbul.
- MUCUK İ.,(2008). Modern İşletmecilik (16. Baskı)Türkmen Kitabevi. İstanbul.
- MUTLU A. ve Işık A.K., (2002), Sağlık Ekonomisi ve Politikaları, M.Ü. Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yayın No: 14.

- MUTLU A. ve Işık A.K.,(2012), Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Basın Yayın Dağıtım, Ankara.
- ÖZBAŞ, S., Özkan S., (2010), TDAF PreventiveMedicineBulletin, Kadın sağlığını Geliştirmede Medyanın Kullanımı ve Etkisi, 9(5): 541-546
- ÖZGÖR B., (2008),Toplam Kalite Yönetimi Felsefesinin İş gören Performansı Üzerindeki Etkisi, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- ÖZTÜRK A.,(2013), Kalite Yönetimi ve Planlaması,2.Baskı, Ekin Yayınları, Bursa.
- PAKDİL F.,(2004), Kalite Kültürünü Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Derleme, *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt:6, Sayı:3, Sayfa 167-183.
- PEKER Ö.,(1996), TKY ve Kamu Hizmetinde Kalite, Çağdaş Yerel Yönetimler, 5 (6), 43-57.
- SAHNEY S. BANWET, D.K. andKaruness, (2004), “Conceptualizing total qualitymanagement in highereducation” The TQM Magazine, Vol.16, No.2, pp. 145-159.
- SENEMOĞLU N., (1998),Gelişim Öğrenme ve Öğretim, Özsen Matbaacılık, Ankara.
- SEZER, A., (2009), Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının (Outsourcing) Hizmet Kalitesine Etkisi Ve Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İzmir.
- ŞARBAK, M., (2009), Sağlık Müdürlüklerinde Hizmet Kalitesinin Ölçümü: İzmir İl Sağlık Müdürlüğü’nde Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İzmir.

- ŞİMŞEK M.Ş., (2008). Yönetim ve Organizasyon. 18. Baskı, Eğitim Kitabevi, Konya.
- TENGİLİMOĞLU D., Isık O., Akbolat M., (2009), Sağlık İşletmeleri Yönetimi. 1. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- TURAN M., (2011), Toplam Kalite Yönetiminin Çalışanların Bilgi Paylaşımı Üzerine Etkileri: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- TÜTÜNCÜ Ö., Küçükusta, D., (2006), Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 8(4), 286–302.
- ULUSOY H, Biçer EB, Naldöken Ü., (2011), “Hastane yöneticilerinin toplam kalite yönetimine ilişkin görüşleri”, *Cumhuriyet Medical Journal*, 33(1), 17-25.
- USTASÜLEYMAN T., (2011), Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Firma Performansı Üzerine Etkisi: Türkiye'nin 500 Büyük Firmasına Yönelik Bir Araştırma, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 13/2 67-96
- YARDAN, E.Y. Arslan B., (2014), Sağlık Çalışanlarının Sağlık Hizmet Kalitesi Değerlendirmeleri. V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Sözel Bildiriler, Ankara: 103-117.
- YAZGAN, M. (2009), Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan Ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İzmir.
- YETGİNOĞLU Ö., (2009), Sağlık Kurumlarında Hasta Güvenliğinin Sağlanmasında Kalite ve Akreditasyon Çalışmalarının Önemi: Ankara

İlindeki İki Hastanede Hasta Güvenliği Çalışmalarının Değerlendirilmesine Yönelik Mukayeseli Bir Uygulama Yüksek Lisans Tezi, Konya.

YILDIZ A., (2010), Akreditasyon Belgesine Sahip Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Akreditasyonun Hizmet Kalitesine Etkisi Hakkındaki Algıları Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

YILDIZ M., (2018), Sağlık Kurumlarında Risk Yönetiminin Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisi, Üsküdar Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

YURTMAN G.G., (2010), Toplam Kalite Yönetiminin Hasta Hekim Performans Değerlendirmesi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

ZENGİN E., ERDAL A., (2000) Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, *Journal of Qafqaz University* 3 (1).

ZEYREKLİ YAŞ Sedef, (2009), Toplam Kalite Yönetimi Anlayışının Sağlık Sektöründe Uygulanması: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesi'nin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

http://www.canaktan.org/yonetim/toplam_kalite/toplam-kalite-felsefesi/akdogan-toplam-kalite.htm (Erişim: 12.09.2018)

EK 1. Hastane Çalışanlarında TKY Algısı Anket Formu

HASTANE ÇALIŞANLARINDA TKY ALGISI ANKET FORMU

Bu çalışma TKY (Toplam kalite yönetimi) uygulamalarının hastane çalışanları üzerine etkisini belirlemeyi amaçlamıştır. Çalışma sonuçları bilimsel bir amaçla ve kimseyle paylaşılmadan değerlendirilecektir. Araştırmaya yapacağınız katkılardan ve ayırdığınız zamandan dolayı teşekkür ederim.

1. Cinsiyetiniz : Kadın Erkek 2. Yaşınız :
3. Medeni Durumunuz Evli Bekar
4. Hastanedeki Pozisyonunuz: Hekim Hemşire Sağlık Tek.
 Yönetici Memur Güvenlik Diğer
5. Çalıştığınız Kurum:
6. Meslekte toplam çalışma yılınız:
7. Kalite konusunda eğitim aldınız mı? : Evet Hayır
8. Eğitim durumunuz : İlkokul Ortaokul Lise
 Önlisans Lisans Lisans üstü

	Kesinlikle Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum (5)
A. MÜŞTERİ ODAKLILIK					
M1. Hasta şikayetlerini çözümlmek için etkin süreçlere sahibiz					
M2. Hastalar ara sıra bizi ziyaret eder.					
M3. Hastaların mevcut ve gelecekteki ihtiyaçlarını karşılız					
M4. Süreçlerimiz ve faaliyetlerimiz hastaların memnuniyetine odaklanmıştır					
M5. Yöneticiler hasta memnuniyetini artıran faaliyetleri teşvik etmektedir.					
M6. Hastaları memnun etme, onların beklentilerini karşılama en önemli şeydir.					
M7. Üst yöneticiler hastaların önemini azaltacak şekilde davranmazlar					
B. LİDERLİK					
L1. Kalite performansından hastane üst yönetimi sorumludur					
L2. Hasta memnuniyetini sistematik ve düzenli olarak ölçeriz					
L3. Üst yönetim uzun dönemli kalite geliştirme süreçlerini destekler					
L4. Büyük bölümlerin yöneticileri kalite geliştirme süreçlerine katılır					
L5. Üst yönetim kârı artırmak için kalitenin nasıl geliştirilmesi gerektiğini dikkate alır					
L6. Kalite planları oldukça ayrıntılıdır					
L7. Çevre koruma konuları öngörülü şekilde yönetilir.					
L8. Üst yönetim "en iyi uygulama" için gereken katılım ve sorumluluk kültürünü					

destekler					
C.SÜREKLİ İYİLEŞME					
SI.1.Hastanemiz bütün, hizmetlerin ve süreçlerin geliştirilmesine önem verir					
SI.2.Çalışanlar süreçlerin yenilenmesi ve değişimi için öneri sunabilmektedir.					
SI.3. Hizmetlerin çoğu yakın geçmişte geliştirilmiştir.					
SI.4.Hastanemiz geliştirdiğimiz hizmetler için övgü almaktadır.					
D.TAKIM ÇALIŞMASI					
TÇ1. Kalite çemberleri ve çalışanların katılımını sağlayan programlar hastanede kullanılır					
TÇ2. Yöneticiler karar verirken tüm çalışanları dikkate alır					
TÇ3.Çalışanlar hastane faaliyetleri hakkında fikirlerini ve önerilerini söyleyebilir.					
TÇ4. Hastanemiz faaliyet kararlarında personele yetki verir					
TÇ5.Kalite çemberleri ve çalışanların katılımını sağlayan programlar hastanede kullanılır					
E. TEDARİKÇİ KALİTESİNİN YÖNETİMİ					
TK1. Hastanemizin isteklerini karşılayan tedarikçilerle uzun vadeli ilişkileri tercih eder					
TK2.Yöneticiler fiyattan daha ziyade kaliteye dayalı birkaç tedarikçi ile çal. tercih eder					
TK3.Tedarikçiler kalite teslimat ve fiyat açısından değerlendirilir					
TK4.Tedarikçilere eğitim verilir.					
TK5.Tedarikçilere teknik yardım verilir.					
TK6.Tedarikçiler, hastanenin ürün geliştirme sürecine katılır					
TK7.Yöneticiler hastaneyle tedarikçiler arasındaki işbirliğini artırmaya önem verir.					
F. EĞİTİM					
E1.Hastanemiz çalışanlara özel çalışma yetenekleri hakkında eğitim verir.					
E2. Hastanemiz çalışanlara kalite ile ilişkili eğitim verir					
E3 .Yönetici ve denetçilere kalite ile ilişkili eğitim verilir					
E4.Tüm hastane çalışanlarına “Toplam Kalite felsefesi” hakkında eğitim verilir.					
E5.Tüm hastane çalışanlarına temel istatistiksel teknikler hakkında eğitim verilir.					
E6. Çalışanlara problem çözme konusunda eğitim verilir					
G.ÜRÜN TASARIMI					
U1. Hizmet sunulmadan önce gözden geçirilir					
U2.Yeni hizmetler için sürekli araştırma yapılır					
U3.Müşteri hizmetleri, pazarlama ve halkla ilişkiler personeli kaliteye önem verir.					
U4.Hizmet geliştirme sürecinde etkili olan bölümler arasında koordinasyon vardır					
U5.Yeni hizmetler maliyet veya program hedeflerine ilişkin olarak belirlenir					
H.SÜREÇLERİN YÖNETİMİ					
S1.Tedarikçilerden gelen malzemelerin kalitesini ölçen etkili bir sistem vardır					
S2. Hizmetin kalitesini ölçen etkili bir ekibe sahibiz					
S3.Çalışma talimatları hastaneçapında standartlaştırılır					
S4.Hizmet süreçlerin kontrolü en iyi şekilde uygulanır					
I.PERFORMANS					
P1.Hasta sayıları sürekli kontrol edilir					
P2.Hizmet kalitesi sürekli kontrol edilir					
P3.Personel verimliliği sürekli kontrol edilir					
P4.Pazar payında artış kontrol edilir					
P5.Müşteri memnuniyet düzeyi kontrol edilir					

Ek 2. Etik Kurul İzin Belgesi

	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
---	--

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Toplam Kalite Yönetimi (TKY) Uygulamalarının Sağlık Çalışanları Üzerine Etkisi: Cumhuriyet Üniversitesi Örneği
-----------------------	--

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başhekimlik Girişi Kampüsü, TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğret. Üyesi Enis Baha Biçer			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sağlık Yönetimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:



Necdet AKKAYAL
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FAKÜLTE SEKRETERİ



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI Toplam Kalite Yönetimi (TKY) Uygulamalarının Sağlık Çalışanları Üzerine Etkisi: Cumhuriyet Üniversitesi Örneği

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018-05/09	Tarih: 28.05.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyostatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gulay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğret. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğret. Üyesi Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğret. Üyesi Engin Altunkaya	İç hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğret. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

Necdet AKKIYAL
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
FAKÜLTE SEKRETESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Seda ÖZFİDANCI

Uyruğu : T.C.

Doğum Tarihi ve Yeri: 24.10.1992/SİVAS

e-posta :sedaozfidanci@icloud.com

Medeni hali : Evli, 1 çocuklu

Eğitim Durumu

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	2010-2014
Yüksek Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	2015-

İŞ TECRÜBESİ

Yoktur

YABANCI DİL BİLGİSİ

KPDS () ÜDS () YDS (*) IELTS ()