



T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI

SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA KURUMSAL KARNE VE İŞ
MÜKEMMELİYETİ ÖLÇEKLERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK
DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Doktora Tezi

Hilmi ATALIÇ

Danışman

Doç. Dr. Hüseyin ÇİÇEK

Burdur, 2019

T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA KURUMSAL KARNE VE
İŞ MÜKEMMELİYETİ ÖLÇEKLERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK
DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ**

Doktora Tezi

Hilmi ATALIÇ

Danışman: Doç.Dr. Hüseyin ÇİÇEK

Üye: Doç. Dr. Beyhan AKSOY

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖZER

Üye: Prof. Dr. Kürşat ÖZDAŞLI

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul BAYER

Burdur, 2019





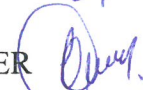

JÜRİ ONAY FORMU

MAKÜ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

M.A.K.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 27.05.2019 tarih ve 14 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından 30.05.2019 tarihinde tez savunma sınavı yapılan Hilmi ATALIÇ 'ın SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA KURUMSAL KARNE VE İŞ MÜKEMMELİYETİ ÖLÇEKLERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ konulu tez çalışması İŞLETME Anabilim Dalında DOKTORA tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

ÜYE

- 1- Doç. Dr. Hüseyin ÇİÇEK 
- 2- Prof. Dr. Kürşat ÖZDAŞLI 
- 3- Dr. Öğretim Üyesi Özlem ÖZER
- 4- Dr. Öğretim Üyesi Ertuğrul BAYER 
- 5- Doç. Dr. Beyhan AKSOY 

ONAY

M.A.K.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararı.

İMZA/MÜHÜR

T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğine göre hazırlamış olduğum **“Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kurumsal Karne ve İş Mükemmeliyeti Ölçeklerinin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi”** adlı tezin hazırlanması sürecinde akademik etik ilkeleri ihlal etmediğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım. Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi yerleşkelerinde erişime açılabilir.
- Tezimin 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

Hilmi ATALIÇ

10.06.2019

TEŞEKKÜR

Bu çalışmayı, çok kısa bir süre önce kaybettiğim sevgili(m) Anneme adıyorum.



(ATALIÇ, Hilmi, *Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kurumsal Karne ve İş Mükemmeliyeti Ölçeklerinin Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi*, Doktora Tezi, Burdur, 2019)

ÖZET

Sağlık bakım hizmetlerinde sağlık örgütlerinin performanslarının ölçülmesi ve değerlendirilmesi ekonomik ve sosyal açılardan önemli bir konu haline almıştır. Sağlık hizmetlerinde geçerli ve güvenilir performans ölçümlerin ve değerlendirmelerin yapılabilmesi, sağlık hizmetleri sunumunda kalite göstergelerinin standardize edilebilmesine bağlıdır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, uzun araştırmalar ve deneyimler neticesinde sağlık bakım hizmeti sunan örgütlerde, sağlık bakım hizmetlerinin uluslararası kalite standartlarına uyum sağlayabilmesi amacıyla, Sağlıkta Kalite Standartları'nı (SKS) geliştirmiştir.

SKS'nin nihai hedefi Türkiye genelinde, uluslararası kalite standartları ve göstergeleri uygulayarak, sağlık örgütlerinin kalite seviyelerini iyileştirmektir. Anekdot niteliğindeki kanıtlar ve sayısız referanslar, sağlık örgütlerinde kalite standartlarının iyileştirilmesi gereğini savunmaktadır.

Bu araştırma, bir kamu hastanesi kalite standartlarının, sağlık hizmetlerinden faydalanan hasta, hasta yakınları ve sağlık hizmeti sunan personelin sosyo-demografik göstergelerinin üzerinden değerlendirilmesini amaç edinmektedir. Araştırmada Kanji'nin İş Mükemmeliyet Modeli ve Kanji'nin Kurumsal Karne Modeli kullanılmıştır. Her iki modele ait iki adet ölçüm aracından faydalanılmıştır. Sağlık hizmeti sunanların kalite performansına dair algılarını ölçmek için İş Mükemmeliyet Ölçüm aracından yararlanılmıştır. Kurumsal Karne Ölçeği ise hasta ve hasta yakınlarının algılarının ölçülmesinde kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerde 10'lu Likert tipi ölçeklendirmeye yer verilmiştir.

İş Mükemmeliyeti Ölçeğinde, mesleki statülerine göre hastanenin kalite standartlarına dair sağlık hizmeti sunanların tutum ortalamaları anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Kurumsal Karne Ölçeğinin cinsiyet değişkenine dair hasta ve hasta yakınlarının tutum ortalamalarında anlamlı bir ilişki söz edilememektedir. Bununla

birlikte gelir düzeyleri, eğitim düzeyleri ve yaş değişkenlerine dair katılımcıların tutum ortalamalarında anlamlı bir ilişki söz konusudur.

Bu araştırma, uluslararası standartlar gözetilerek sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmeye yönelik potansiyel bir çözüm olarak hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları'nın güvenilirliği yönünde, ampirik kanıtlar sunmaktadır. Araştırma ile gelişmekte olan ülkelerde, kalite iyileştirme girişimlerinin doğrulanmasının gereksinim duyulduğu sağlık hizmeti standartlarını yükseltmeye yönelik çalışmalara olumlu katkıda bulunulacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Toplam Kalite Yönetimi, Örgütsel Performans Ölçümü, Sağlıkta Kalite Standartları, Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Ölçüm Sistemleri

(ATALIÇ, Hilmi, Analysing of Business Scorecard and Business Excellence Measuring Instruments in Terms of Socio-Demographic Variables in the Delivery of Healthcare Services, PhD Thesis, Burdur, 2019)

ABSTRACT

Measuring and evaluating the performance of health organizations in health care services has become an important issue both economically and socially. Appropriate and reliable performance measurements and evaluations in health services depend on the standardization of quality indicators in the utilising of health services. Republic of Turkey Ministry of Health has developed the Quality Standards in Healthcare (QSH) in order to adapt to international quality standards of health care as a result of long research and experience.

The ultimate goal of QSH, applying international quality standards and indicators to improve the quality level of health care organizations in Turkey. Anecdotal evidence and numerous references advocate the need to improve quality standards in health organizations.

This research is to evaluate the quality standards of a public hospital by using socio-demographic indicators of the patients, their families and health care providers. Two measurement tools which belong to Kanji's Business Excellence Modelling and Business Scorecard have been used. Business Excellence Measurement Tool has been used to measure the attitudes of healthcare providers about quality performance. The Business Scorecard Measurement Tool has been used to measure the attitudes of patients and their families. 10-point Likert-type scaling has been used.

The attitude average of the healthcare service providers towards the quality standards of the hospital is significantly differentiated in terms of the occupational status. The attitudes average of patients and their families towards the quality standards of the hospital are significantly differentiated in terms of the age, educational level and income level factors. However, there isn't a significant relationship between participants' gender towards the quality standards of the hospital.

This research provides empirical evidence for the reliability of the Quality Standards in Healthcare, which has been prepared as a potential solution to improve the quality of health care services in line with international standards.

It has been believed that the research would contribute positively to the efforts to improve the health care standards in which developing quality improvement initiatives are needed in developing countries.

Key Words: Total Quality Management, Organizational Performance Measurement, Quality Standards in Health, Kanji's Business Excellence Measurement Systems



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
ETİK BEYANI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiv
TABLolar DİZİNİ.....	xv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xviii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ, SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE VE SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI

1.1. Kalite ve Toplam Kalite.....	2
1.2. Toplam Kalitenin Tarihi Gelişimi.....	4
1.3. Toplam Kalite Öncüleri.....	6
1.3.1. Edwards Deming.....	6
1.3.2. Joseph M. Juran.....	7
1.3.3. Philip B. Crosby.....	8
1.4. Toplam Kalite Yönetiminin Anahtar Başarı Faktörleri.....	9
1.4.1. Üst Yönetimin Adanmışlığı.....	9
1.4.2. Müşteri Odaklılık.....	10
1.4.3. Kalite Kültürü.....	10
1.4.4. Sürekli Gelişme.....	11
1.4.5. Eğitim ve Gelişme.....	11
1.4.6. Çalışanların Güçlendirilmesi.....	11
1.4.7. Süreç Yönetimi.....	11
1.4.8. İletişim.....	12

1.5. Hizmet Alanında Kalite	12
1.6. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Öğeleri (Bileşenleri).....	14
1.6.1. Teknik Bakım Kalitesi.....	15
1.6.2. Kişiler Arası İlişkinin İyiliği	15
1.6.3. İmkânların İyiliği.....	15
1.7. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Çerçevesi	16
1.7.1. Yapı	17
1.7.2. Süreç	17
1.7.3. Sonuç	18
1.8. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri.....	20
1.8.1. Etkenlik	20
1.8.2. Etkililik.....	20
1.8.3. Verimlilik	20
1.8.4. Optimallik.....	21
1.8.5. Kabul Edilebilirlik.....	21
1.8.6. Yasallık.....	22
1.8.7. Hakkaniyet.....	22
1.9. Sağlık Hizmetlerinde Verimliliği Artırmanın Yolları.....	23
1.10. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Geliştirme Girişimlerini Etkileyen Faktörler	25
1.11. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Geliştirme Girişimleri Etkililiği	29
1.12. Sağlık Hizmetlerinde Standartların Önemi	31
1.13. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS Hastane Versiyon-5)	33
1.13.1. SKS'nin Boyutları	36
1.13.1.1. Kurumsal Hizmetler Boyutu	36
1.13.1.2. Sağlık Hizmetleri Boyutu	36
1.13.1.3. Destek Hizmetleri Boyutu	36
1.13.1.4. Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu.....	37
1.13.1.4.1. Hasta Deneyimi	38
1.13.1.4.2. Sağlıklı Çalışma Yaşamı	39
1.13.1.5. Gösterge Yönetimi Boyutu	40

İKİNCİ BÖLÜM

ÖRGÜTSEL PERFORMANS VE ÖRGÜTSEL PERFORMANS ÖLÇÜMÜNDE KULLANILAN MODELLER

2.1. Performans Ölçümü	42
2.2. Performans Ölçümünde Kullanılan Yöntemler.....	43
2.2.1. Performans Ölçümünde Finansal Yöntemler	45
2.2.2. Performans Ölçümünde Finansal Olmayan Yöntemler.....	46
2.3. Sağlık Örgütlerinde Performansı Ölçme İhtiyacı.....	48
2.4. Performans Değerlendirmede Paydaş Yaklaşımları.....	51
2.5. Performans Ölçümünde Hasta Bakış Açısının Önemi	51
2.6. Hasta ve Hasta Yakınları ile İlgili Göstergeler	56
2.7. Sağlık Hizmeti Sunanlar -Hasta Etkileşimi	57
2.8. Sağlık Hizmeti Sunanların Perspektifinden Performans Değerlendirme.....	60
2.9. Sağlık Hizmeti Sunanlar İle İlgili Göstergeler.....	63
2.10. Yapı ve Süreç İle İlgili Göstergeler	65
2.11. Süreç-Sonuç Ölçümleri Karşılaştırması	67
2.12. Performans Ölçümünde İş Mükemmeliyeti Modelleri	71
2.12.1. İş Mükemmellik Modellerinde Temel Değerler ve Kavramlar	74
2.12.1.1. Vizyoner Liderlik.....	75
2.12.1.2. Müşteri Odaklı Mükemmellik	76
2.12.1.3. Örgütsel ve Kişisel Öğrenme	76
2.12.1.4. Çalışanlar ve İş Ortaklarına Değer Verme.....	76
2.12.1.5. Çeviklik.....	76
2.12.1.6. Geleceğe Odaklanma	76
2.12.1.7. İnovasyonu Yönetmek	76
2.12.1.8. Rasyonel Yönetim	76
2.12.1.9. Toplumsal Sorumluluk	77
2.12.1.10. Sonuçlara Odaklanma ve Değer Yaratma.....	77
2.12.1.11. Sistem Yaklaşımı	77
2.12.2. Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Ölçüm Sistemi ve Modeli	77
2.12.2.1. Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Modeli (KİMM)	79
2.12.2.2. Kanji'nin Kurumsal Karnesi	81

2.12.2.3. Modelin Güçlü Yanları	82
2.12.2.4. Kanji'nin İş Mükemmeliyet Modelinin, Kaplan ve Norton'un Kurumsal Karnesi İle Karşılaştırılması	83

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA

3.1. Araştırmanın Amacı ve Araştırmanın Kapsamı	85
3.2. Araştırmanın Önemi	86
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	87
3.4. Araştırma Yöntemi	88
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	89
3.6. Araştırmada Test Edilen Modeller	90
3.7. Araştırmada Kullanılan Ölçekler	95
3.8. Veri Toplama Süreci ve Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	97
3.9. Araştırmada Kullanılan Modelin Test Edilmesi	100
3.10. Verilerin Analizi	102
3.11. BULGULAR	105
3.11.1. İş Mükemmeliyeti Ölçeğine Dair Demografik Göstergeler	105
3.11.2. Kurumsal Karne Ölçeğine Dair Demografik Göstergeler	106
3.11.3. Ölçeklere Ait Bulgular	106
3.11.3. 1. İş Mükemmeliyeti Ölçeği ve Kurumsal Karne Ölçeğine Dair Geçerlilik Güvenirlilik Analizlerine Dair Bulgular	107
3.11.4. Demografik Bazda Katılımcı Tutumlarına Yönelik Bulgular	114
5.11.4.1. İş Mükemmeliyeti Ölçeğine Dair Demografik Bulgular	114
3.11.4.2. Kurumsal Karne Ölçeğine Dair Demografik Bulgular	123
3.11.5. İş Mükemmeliyeti Ölçeği Boyutlarının Maddelerine Ait Bulguların Değerlendirilmesi	143
3.11.6. Kurumsal Karne Ölçeği Boyutlarının Maddelerine Ait Bulguların Değerlendirilmesi	153
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	159
KAYNAKÇA	178
EKLER.....	205

ÖZGEÇMİŞ..... 214



KISALTMALAR DİZİNİ

AB:	Avrupa Birliği
AHRQ:	Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı
ASQ:	Amerikan Kalite Topluluğu
BEI :	İş Mükemmellik İndeksi
BEM:	İş Mükemmeliyeti Modelleri
BSC:	Kurumsal Karne
CSF:	Kritik Standart Frekansı
EBEM:	Ericsson İş Mükemmeliyeti Modeli
EFQM:	Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı
JCI:	Uluslararası Ortak Komisyon
KBEM:	Kanji'nin İş Mükemmeliyet Modeli
KBS:	Kanji'nin Kurumsal Karnesi
MBNQA:	Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü
NHS:	Ulusal Sağlık Hizmetleri
OECD:	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
OPI:	Örgütsel Performans İndeksi
SKS:	Sağlıkta Kalite Standartları, Hastane Versiyon-5
TKY:	Toplam Kalite Yönetimi
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Örgütsel Performans Ölçüm Yöntemleri	47
Tablo 3.1. Veri Toplama Zaman Çizelgesi	90
Tablo 3.2. Sağlık Hizmeti Sunan Personele Ait Demografik Bilgiler	113
Tablo 3.3. Kurumsal Karne Ölçeğine Dair Demografik Bilgiler.....	106
Tablo 3.4. İş Mükemmeliyeti Ölçeğine Dair Kaiser-Meyer-Olkin Ve Barlett Testi Tablosu.....	107
Tablo 3.5. Kurumsal Karne Ölçeğine Dair Kaiser-Meyer-Olkin Ve Barlett Testi Tablosu	107
Tablo 3.6. İş Mükemmellik Ölçeğine Ait Veri Normallik Dağılım Tablosu.....	109
Tablo 3.7. Kurumsal Karneye Ait Veri Normallik Dağılım Tablosu	110
Tablo 3.8. İş Mükemmeliyeti Ölçeğine Dair Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu	111
Tablo 3.9. Kurumsal Karne Ölçeğine Dair Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu	112
Tablo 3.10. İş Mükemmellik Modeli Uyum Ölçüleri Ve Standart Uyum Kriterleri Tablosu.....	113
Tablo 3.11. Kurumsal Karne Uyum Ölçüleri Ve Standart Uyum Kriterleri Tablosu ...	114
Tablo 3.12. İş Mükemmeliyeti Ölçeğine Dair Betimsel Bulgular	115
Tablo 3.13. İş Mükemmeliyeti Ölçeği Boyutlarına Dair Meslek Gruplarına Göre Tutumların Farklılaşp Farklılaşmadığını Gösteren Tablo	116
Tablo 3.14. Meslek Gruplarına Göre İş Mükemmeliyeti Ölçeği Boyutlarına İlişkin Tutum Ortalamalarının Karşılaştırılması	117
Tablo 3.15. Kurumsal Karne Ölçeğine Ait Yaş Faktörüne Göre Demografik Dağılım	124
Tablo 3.16. Kurumsal Karne Ölçeği Boyutlarına Dair Katılımcıların Yaş Faktörüne Göre Tutumların Farklılaşp Farklılaşmadığını Gösteren Tablo	125
Tablo 3.17. Kurumsal Karne Ölçeği Boyutlarına Dair Yaş Faktörüne Bağlı Tutum Ortalamaları Karşılaştırılması.....	126
Tablo 3.18. Kurumsal Karne Ölçeğine Ait Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Demografik Dağılım	129
Tablo 3.19. Kurumsal Karne Ölçeği Boyutlarına Dair Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Tutumların Farklılaşp Farklılaşmadığını Gösteren Tablo	130

Tablo 3.20. Kurumsal Karne Ölçeği Boyutlarına Dair Eğitim Durumuna Bağlı Tutum Ortalamaları Karşılaştırılması.....	131
Tablo 3.21. Kurumsal Karne Ölçeğine Ait Gelir Durumlarına Göre Demografik Dağılım	135
Tablo.3.22. Kurumsal Karne Ölçeği Gelir Durumuna Göre Boyutlara İlişkin Ortalamalar	136
Tablo 3.23. Hasta Ve Hasta Yakınlarının Kurumsal Karne Boyutlarına Dair Tutum Ortalamalarının Gelir Durumlarına Göre Farklılaşması.....	137
Tablo 3.24. Kurumsal Karne Boyutlarının Ortalamalarının Cinsiyet Faktörüne Göre Anlamlılıkları.....	142
Tablo 3.25. Sağlık Hizmeti Sunanların Liderlik Performansına Dair Tutumları.....	143
Tablo 3.26. Sağlık Hizmeti Sunanların Müşteri Memnuniyetine Dair Tutumları	144
Tablo 3.27. Sağlık Hizmeti Sunanların Dış Müşteri (Hasta) Tatmini Performansına Dair Tutumları	145
Tablo 3.28. Sağlık Hizmeti Sunanların İç Müşteri (Çalışan) Tatmini Performansına Dair Tutumları	145
Tablo 3.29. Sağlık Hizmeti Sunanların Rasyonel Yönetim Performansına Dair Tutumları	146
Tablo 3.30. Sağlık Hizmeti Sunanların İş Süreci (Alt Boyut) Performansına Dair Tutumları	147
Tablo 3.31. Sağlık Hizmeti Sunanların Ölçme (Alt Boyut) Performansına Dair Tutumları	148
Tablo 3.32. Sağlık Hizmeti Sunanların İnsan Odaklı Yönetim Performansına Dair Tutumları	148
Tablo 3.33. Sağlık Hizmeti Sunanların Takım Çalışması (Alt Boyut) Performansına Dair Tutumları	149
Tablo 3.34. Sağlık Hizmeti Sunanların İnsan Kaliteyi Yaratır Performansına Dair Tutumları	150
Tablo 3.35. Sağlık Hizmeti Sunanların Sürekli Gelişim Performansına Dair Tutumları	150
Tablo 3.36. Sağlık Hizmeti Sunanların Sürekli Gelişim Çemberi (Alt Boyut) Performansına Dair Tutumları	151

Tablo 3. 37. Sağlık Hizmeti Sunanların Önleme (Alt Boyut) Performansına Dair Tutumları	152
Tablo 3.38. Sağlık Hizmeti Sunanların Örgütsel Mükemmellik Performansına Dair Tutumları	153
Tablo 3.39. Hasta Ve Hasta Yakınlarının Örgütsel Değerlere Dair Tutumları.....	154
Tablo 3.40. Hasta Ve Hasta Yakınlarının Süreç Mükemmelliğine Dair Tutumları.....	154
Tablo 3.41. Hasta Ve Hasta Yakınlarının Örgütsel Öğrenmeye Dair Tutumları.....	155
Tablo 3.42. Hasta Ve Hasta Yakınlarının Hasta Memnuniyetine Dair Tutumları.....	156
Tablo 3.43. Hasta Ve Hasta Yakınlarının Kurumsal Karne Mükemmeliyetine Dair Tutumları	157



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Donabedian'ın Kalite Çerçevesi	19
Şekil 3.1. Kanji'nin İş Mükemmellik Modeli	92
Şekil 3.2. Sıkıştırılmış İş Mükemmellik Modeli	93
Şekil 3.3. Kanji'nin Kurumsal Karne Modeli	94



GİRİŞ

Günümüzde sağlık sistemlerinin temel konusu ülkenin sağlık seviyesinin yükseltilmesi, sağlığa ayrılan payın ülkenin vatandaşları arasında adil bir şekilde paylaşılması ve kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılmasıdır. Bu belirtilen temel konuların yerine getirilebilmesi için sağlık örgütlerinin sürdürülebilir gelişmeyi yakalayabilme, iyileştirme ve verimlilik artışı, performans ölçümü, yenilikçilik, yaratıcılık, yoğun rekabet gibi örgütsel mükemmellekle karakterize edilebilecek birçok faaliyet içerisinde bulunmasını zorunlu kılmaktadır. Yönetimler bu faaliyetleri yerine getirirken çoğu zaman ilkeler ve yaklaşımların getirdiği sınırlamalar ve zorluklar karşısında kendilerini bulmaktadırlar. Aynı zamanda hükümetler, vatandaşlarına daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla, sağlık bakım hizmetlerine büyük miktarlarda yatırımlar yapmaktadır (Cowan vd., 2004).

Sağlığa yapılan yatırımların yerli yerinde kullanılabilmesi ve daha optimal seviyelerde sonuçlar elde edilebilmesi maksadıyla pek çok ülke, hasta ve örgütsel yapı merkezli kalite yönetim sistemleri geliştirmektedir. Uzun vadeli hedefler belirlemiş sağlık örgütleri, kalite ve hasta güvenliği alanlarında, performanslarını sürekli olarak geliştirme yoluna gitmekte (Pomey, 2004) ve daha güvenli bir hasta bakımı ve hasta güvenliğinin oluşturulmasına özen göstermektedir. Aynı zamanda pek çok toplam kalite yönetim sistemleri, işlevsel olarak sağlığı daha iyi bir seviyeye getirebilecek, hastalıklara karşı koruyucu önlemler alabilecek, yeni ortaya çıkmış hastalıkların üstesinden gelebilecek ve hastaları, gerektiğinde yataklı tedavi merkezlerine yönlendirebilecek birinci seviyede sağlık bakım ve tedavi hizmetleri geliştirmektedirler (OECD, 2017: 132).

Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi; iş akışlarını mümkün olan en iyi şekilde, en iyi sonuç, en iyi sağlık hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyeti ve genel performans sonuçları elde etmek için yeniden düzenleme yapmanın bir yoludur. Toplam kalite yönetimi örgütlere müşteri memnuniyeti yoluyla başarı için bir şablon sunarak; örgütün bir bütün halinde etkinlik, verimlilik, esneklik ve rekabetçilik yönlerini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Toplam kalite yönetiminin sağlık örgütlerinde bütünleşik bir yönetim felsefesi ile hareket ediyor olması; hasta tedavi ve

bakım sürecinde sürekli bir iyileştirme ve müşteri beklentilerini aşan yüksek kalite ve standartlara ulaşma hedeflerine yönelik çabalarındandır. Sağlık örgütlerinde bütünleşik bir sistem halinde örgütsel mükemmelliğin sağlanabilmesi; iç ve dış müşterilerin memnuniyetiyle doğrudan ilişkilidir. Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin ve sağlık hizmeti sunanların iş tatmininin optimum seviyelerde sağlanabilmesi ve örgütsel mükemmelliğin yakalanabilmesi, sağlık hizmetlerinde kalitenin sürekli olarak ölçülebilmesi ve değerlendirilmesi ile mümkün olabilmektedir.

Sağlık örgütlerinde, performansa yönelik sürekli iyileştirme ve geliştirme eğilimleri, örgütleri kanıta dayalı, kalite standartlarına ulaşmaya teşvik etmektedir. Örgütler, zaman içerisinde standartlarını gözden geçirerek, en çağdaş gelişmeleri yakalama ve en iyi uygulamaları, örgütlerine adapte etme süreçlerine girmektedirler. Sağlık örgütleri, aynı zamanda kalite geliştirme, riski en aza indirme, hasta güvenliği, geliştirilmiş verimlilik ve hesap verebilirlik konularında güvenceyi ortaya koyma çabasıdadırlar (Braithwaite vd., 2011; Ovretveit, 2002).

Hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliğinin, en üst seviyede sürekli hale getirilmesi amacıyla, sağlıkta kalite standartları geliştirilmekte, bu standartlar uygulanmakta ve uygulanan kalite standartlarına dair sağlık örgütlerinin performansları, bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı sağlık örgütlerinde ivedilikle ele alınması gereken ihtiyaçları ve öncelikleri göz önünde bulundurarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı dâhilinde, Dünya Sağlık Örgütü'nün ortaya koymuş olduğu hedefler öncelikli esas alınarak, uluslararası sağlık hizmetlerindeki gelişmeler de irdelenerek, özel ve kamuya ait tüm sağlık örgütlerinde (hastanelerde) kalite standartlarının son versiyonu olan Sağlıkta Kalite Standartlarını (SKS) - Hastane (Versiyon-5)'i uygulamaya koymuştur.

Tıbbi bakım ve tedavi hizmetleri sunulmasının yanı sıra, sağlık bakım hizmetlerinde hedefleri yakalamak için çok çaba gösterilmektedir. Bu hedeflerin önem sıralamasında, öncelikli olarak; hastaların beklentilerini karşılama, optimal sağlık bakım standartlarının sağlanması ve sağlık hizmeti sunucularını (çalışanlar) tatmin etmeye yönelik çabalar yer almaktadır.

Sağlık örgütlerinin takip etmiş oldukları kalite geliştirme programları; örgütlerin örgütsel ve klinik uygulamalarını, periyodik veya dönemsel değerlendirmeler yöntemi ile performanslarını önceden belirlenmiş kanıtlara dayalı standartlar dâhilinde ölçümünü ve değerlendirmesini yapmaktadır. Bu ölçümler, genellikle kendi kendini değerlendirmeler, akran ziyaretleri şeklinde yapılan görüşmeler, idari, klinik verilerin ve dokümanların incelenmesi şeklinde olmaktadır (Nicklin vd., 2017:3).

Performans ölçümü, bir örgütün önceden belirlenmiş hedeflere doğru ilerlemede kat edilen yolu değerlendirmek, örgütün güçlü ve zayıf yönlerini belirlemeye yardımcı olmak ve örgütsel performansı iyileştirmek amacıyla gelecekteki girişimlere kaynak oluşturmaktadır. Örgütlerin performans ölçümü başlı başına bir amaç olmayıp; daha etkin bir yönetim için bir araç halini almıştır (Purbey vd., 2007).

Performans ölçümü, geçmişte geleneksel olarak satış cirosu, kar, borç ve yatırım getirisi gibi finansal ölçümlere odaklanmakta iken, geleneksel mali değerlendirmeler, bugünün iş ortamı ile yüzleşmek için gerekli olan yetkinlik ve becerilere uygun olmamaktadır. Bugün, bir örgütü yönetmenin karmaşıklığı, yöneticilerin birçok alanda performansı görüntüleyebilmeleri anlamına gelen “entegre yönetimi” kullanmalarını gerektirmektedir. Örgütün performansını, tarihsel bir perspektiften analiz etmek yerine, örgütü potansiyel olarak başarıya götürebilecek kalite girişimlerini, “örgütsel mükemmellik” üzerinden anlamayı gerektirmektedir (Zink, 2008: 21-36).

Sağlık örgütlerinde uygulanan kalite standartlarının ölçümü birçok şekillerde ve kişilerce yapılabilmektedir. Günümüzün son derece rekabetçi ortamında, sağlık örgütlerinin hizmet konumlarına odaklanmaları, rekabet gücünü arttırmanın bir yolu olarak görülmektedir. Müşteri temelli belirleyiciler ve hizmet kalite algıları, hastane seçerken önemli rol oynamaktadır. Hasta deneyiminden yararlanmak, yalnızca hizmet iyileştirmeye yönelik değil, aynı zamanda insanların bakım deneyimlerinin klinik sonuçlar ve maliyetlerle bağlantılı olabilmesiyle de ilgilidir. Genel olarak, çalışan deneyimlerinin ve çalışan katılımının, hasta memnuniyeti ve hasta sağlık sonuçlarında belirgin olumlu gelişmeler şeklinde hastalara yansması, hastalara verilen özenle ilgili olduğuna dair önemli miktarda yeni kanıtlar mevcuttur. Hasta ve hasta yakınları ile sağlık hizmeti sunanların deneyimlerine dayanan verilerin örgütsel mükemmelliği yakalamada önemli derecede etkilerinin olduğuna dair sağlam kanıtlar bulunmaktadır.

Sağlık örgütlerinde, örgütsel performansın değerlendirilmesinde paydaş olarak hasta, hasta yakınları ve hizmeti sunanların perspektiflerine başvurmak oldukça büyük bir önem taşımaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetinden faydalanan ve sağlık hizmeti sunanların sosyo-demografik özellikleri sağlık örgütünün kalite standartlarının değerlendirilmesinde farklılıklar yaratabilmektedir (Seth ve Yaw, 2015).

Bu araştırma, SKS Hastane Versiyon-5 'in, uygulamaya koyulmasından sonra, bir kamu hastanesinde, farklı paydaş algılarını ortaya koyan ve harici bir bakışla gözlemleyen çalışma olma niteliği taşıması nedeni ile de oldukça önemlidir.

Araştırmanın birinci bölümünde kalite ve toplam kalite yönetimi yaklaşımına dair literatürden bilgiler verilmiştir. Toplam Kalite Yönetimini genel anlamda kalite anlayışından ayırt eden özellikler ve yaygın olarak kullanılan Toplam Kalite Yönetimine dair tanımlamalar bu bölümde verilmeye çalışılmıştır. Toplam Kalite Yönetiminin gelişiminde katkıları olan bilim insanlarının alana olan katkılarından bahsedilmiştir. Ayrıca Toplam Kalite Yönetimi ayırt edici faktörlerine yer verilmiştir. Sağlık hizmetlerinde toplam kaliteye dair ayırt edici özellikler, sağlık hizmetlerinde kalitenin çerçevesi ve özellikleri, sağlık hizmetlerinde verimliliği artırma yolları, sağlık hizmetlerinde kalite girişimini etkileyen faktörler ve kalite girişimi etkililiği gibi konular ayrıntılı bir şekilde sunulmuştur. Sağlıkta Kalite Standartlarına (SKS) dair temel bilgiler yanında kalite standartlarının boyutları hakkında ayrıntılı bilgiler verilmiştir.

İkinci bölümde; örgütsel performans ölçümünün genel bir tanımı yapılmış, performans ölçümünde kullanılan yöntemlerden ana hatlarıyla bahsedilmiştir. Sağlık örgütlerinde performans göstergeleri ve iş mükemmeliyet modelleri üzerinde durulmuştur.

Üçüncü bölümde ise araştırmanın amacı, önemi, kapsamı, evren ve örnekleme gibi başlıklar yanında, araştırmada kullanılan araştırma yöntemleri, araştırma yöntemlerine dair temel bilgiler, araştırmadan elde edilen verilere ait bulgular, sonuç ve öneriler yer almaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ, SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE VE SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI

1.1.Kalite ve Toplam Kalite

Kalite terimi, uygulayıcılar ve akademisyenler tarafından oldukça yaygın olarak kullanılsa da, farklı koşullar altında farklı kalite tanımlamaları yapıldığından, evrensel olarak kabul görmüş bir kalite tanımı mevcut değildir. Geniş tanımların (örneğin beklentileri karşılamak, mükemmellik) somutlaştırılması oldukça zor olduğu gibi, dar tanımlamalar (örneğin, şartnamelere uygunluk, zarardan kaçınma), kalite kavramının zenginliğini ve karmaşıklığını tanımlamak için yeterince kapsamlı bulunmamaktadır (Elshaer, 2012).

Garvin (1984), kaliteyi "görselleştirilmesi kolay, tanımlanması zor olan, olağandışı kaygan bir kavramdır" olarak tanımlamakta ve kaliteyi tanımlamak için beş tamamlayıcı yaklaşımı ortaya koymaktadır. Bunlar: idealist yaklaşım, ürün temelli yaklaşım, kullanıcı temelli yaklaşım, üretim temelli yaklaşım ve değer temelli yaklaşımlardır. Garvin'e göre, bu beş yaklaşım bağımsız olarak felsefe, ekonomi, pazarlama, işletme yönetimi ve finans alanlarında ortaya çıkmaktadır. Her bir yaklaşım, kalitenin bir yönünü tarif etmekle birlikte; tek başına sınırlı bir görüşü ifade etmektedir. Kapsamlı bir kalite görüşü elde etmek, bu beş yaklaşımın birlikte değerlendirilmesi ile mümkün olabilmektedir (Fields vd., 2014).

Kalite, "performans" ve "beklentilerin" oranı olarak ifade edilebilmektedir. Ürün veya hizmetin performansı beklentilerden daha iyiye, müşterinin bu konuda kaliteye dair iyi bir fikri vardır, denebilir. Kalite yalnızca temel gereksinimleri karşılayan ürün ve hizmet özelliklerini değil, aynı zamanda bunları satın alanların isteklerini de içeren özellikleri de kapsamaktadır (Talwar, 2011).

Kalitenin ortaya çıkışı insanların ve sistemlerin hata yapmaması yönünde ve mükemmel olanı elde etme isteğinin bir sonucudur. Kalite, Latince "Qualis" kelimesinden türetilmiş ve "bir şeyin nasıl oluştuğu" anlamını taşımaktadır. Teknolojik ve ekonomik gelişmelere bağlı olarak kalite tanımları şu şekilde sıralanabilmektedir: Juran'a göre kalite kullanıma uygunluktur. Amerikan Standartları Enstitüsünün tanımı;

mükemmeli arayışın sistematik yaklaşımıdır. Crosby'e göre; şartlara uygunluk olmakla birlikte, Feigenbaum, bir ürün veya hizmetin değeri olarak tarif etmektedir. ISO-8402 deki tanımı ise; herhangi bir ürün sınıfının özelliklerinin insanların isteklerini karşılayabilme seviyesidir (Yılmaz, 2003).

Diğer tanımlarda da kalite farklı şekillerde tarif edilmektedir. Örneğin, kalite bir malın veya hizmetin doğuştan gelen ve üstün niteliklerinden ortaya çıkan mükemmelliktir. Kalite, hem maliyetin, hem fiyatın, hem de malın veya hizmetin performansına bağlı olan bir değerdir. Kalite, daha önceden belirlenen kriterlere uygunluk, tolerans sınırlarına ve malın veya hizmetin güvenilirliğine bağlı bir işlemdir. Kalite malın veya hizmetin müşterilerin beklentilerini karşılaması veya aşmasıdır. Kalite süreç iyileştirme hedefi olarak da ifade edilmektedir. Bunun yanında, kalite rekabet edebilirlik üzerinde pozitif bir etki yaratma potansiyeline sahip olan, daha iyi mal, hizmet kalitesi ve artan maliyet etkinliği kapsamı veya kamu sektöründe faaliyet gösteren örgütler için, bütçeden daha uygun maliyette harcama değeri olarak tanımlanmaktadır (Milner, 2007:72-76).

Kalite, farklı örgüt ve kişiler tarafından da farklı şekillerde tanımlanabilmektedir: Federal Express'in CEO'su Fred Smith, kaliteyi "müşterinin beklediği standardın performansı" olarak tanımlamaktadır. Amerikan Genel Hizmetler İdaresi, kaliteyi "müşterinin ihtiyaçlarını ilk seferde ve her zaman karşılamak" olarak tanımlamaktadır. Boeing, kaliteyi "müşterilerinin ihtiyaç ve beklentilerini sürekli karşılama" olarak ifade etmektedir. ABD Savunma Bakanlığı kaliteyi "doğru şeyi, ilk seferinde doğru yapma, her zaman iyileştirmeye çalışma ve müşteriye daima tatmin etme" olarak tanımlamaktadırlar (Goetsch ve Davis, 2014).

Toplam kalite yönetimi ise; müşterilerin tatminin sağlanması ve yapılan bütün faaliyetlerin sürekli olarak iyileştirilmesi yönünde tüm çalışanların aktif olarak katılımını ifade etmektedir. Aynı zamanda kalite yönetimi, işletmenin ürettiği ürün kalitesini etkileyen tüm faaliyetlerin yönetilmesi olarak da tanımlanmaktadır. Yönetim sürecinin tüm gereksinimlerinin yöneticiler tarafından karşılanması da toplam kalite yönetiminin ana unsurlarındandır. Bununla birlikte kalite yönetimi, işletmenin müşteri beklenti ve ihtiyaçlarına göre bir sistem yapılandırılması imajının oluşturulması, kendine has kuralların oluşmasıdır. Diğer bir ifadeyle; belirlenmiş kaliteye ulaşmak için tüm faaliyetlerin yönetilmesini içine almaktadır. Toplam kalite yönetimi, uzun vadede

müşterilerin tatmin edilmesi, kendi çalışanları ve toplum için avantajlar elde etme ve tüm çalışanların katılımına dayanan bir işletme yönetim modeli olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2003; Karakuş, 2003).

Toplam Kalite Yönetimi, 1994 normunda, PN-EN ISO 8402 , “kalitenin olmazsa olmazı; tüm çalışanların katılımına ve işbirliğine dayanarak örgütü yönetme metodu, müşteri tatmini, örgütün uzun vadeli başarı sağlaması, ayrıca örgütün çalışanlarına ve topluma fayda sağlaması” olarak ifade edilmektedir (Dudek-Burlikowska, 2015).

Toplam Kalite Yönetimine dair uygulamalarda ülkeler arasında farklılıklar görülebilmekte ve örgüt kültürü; toplam kalite uygulamalarına olan yaklaşımı etkileyebilmektedir. Zaman içerisinde ekonomilerin ve toplumların birbirleriyle giderek daha fazla ilişkili halinde olmalarıyla birlikte, bu farklılıkların azalma eğilimine girmesi beklenmektedir (Angel vd., 1998).

1.2.Toplam Kalitenin Tarihi Gelişimi

Her ne kadar kalite kavramının tarihini üretim faaliyetlerinin ilk ortaya çıktığı dönemlere ve Hammurabi yasalarına kadar dayandırılrsa da (Çiçek, 1997) modern anlamda kalite ve kalite yönetiminin tarihini Frederick Taylor ile başlatmakta yarar vardır. Kalite kavramı, 1900 yılı başlarında, Frederick Taylor’un zaman ve hareket araştırmalarına dayandırılmaktadır. Taylor’a göre bilimsel yönetimin en temel yönünü, planlama ve yürütmenin birbirlerinden ayrılması oluşturmaktadır. İş bölümü yoluyla, verimlilik alanında büyük ilerlemeler kaydedilmiş, kaliteli bir ürün üretmek için gerekli olan tüm görevleri yerine getirebilen birçok yetenekli kişinin bulunduğu eski uygulamalar hemen hemen ortadan kalkmıştır. Kalitenin istenen seviyede yol alabilmesi için, ayrı bir kalite birimi oluşturma zorunlu hale gelmiştir (Goetsch ve Davis, 2014).

İşletmelerde üretimin hacmi ve karmaşıklığı arttıkça, kalite giderek zor bir konu haline gelmiştir. Hacmin büyüklüğü ve karmaşıklığı 1920’li yıllarda kalite mühendisliğini ve 1950’lerde güvenilirlik mühendisliğini doğurmuştur. Kalite mühendisliği; kalite kontrolünde istatistiksel yöntemlerin kullanılmasını ve sonunda toplam kalite yaklaşımının temel bileşenleri olan kontrol çizelgeleri ve istatistiksel süreç kontrolü kavramlarını ortaya çıkarmıştır. İşletmelerdeki bölümler arası uyum eksikliğinin ortadan kaldırılması ve ürünlerdeki hataları düzeltmek amacıyla ABD’de kalite kontrol muayene mühendisliği bölümü kurulmuştur. 1950’lerde güvenilirlik mühendisliğinin ortaya çıkmasıyla birlikte, kalite kontrolünü geleneksel yaklaşımdan

uzaklaştırmaya ve onun yerine tasarım ve üretim süreçlerine yerleştirmeye doğru bir eğilime geçilmiştir. Bununla birlikte, 1950'ler ve 1960'lardaki kalite kontrolü; kötü parçaları ayırmaktan öte gitmeyen denetimden başka bir şeyi ifade etmemiştir (Çiçek, 1997).

İkinci Dünya Savaşı'nın kalite üzerindeki etkisi ABD için olumsuz, Japonya için olumlu olmuştur. ABD'li şirketler, savaş sırasında üretim programlarını kaliteden daha çok zamanında teslimata odaklanmışlardır. Bu yaklaşım savaştan sonra bile devam eden gelen bir alışkanlık haline dönüşmüştür. Öte yandan Japon şirketleri, askeri olmayan malların üretiminde dünyanın diğer ülkeleriyle rekabet etmeyi öğrenmek zorunda kalmışlardır. İlk başlarda Japonya'nın girişimleri başarısız olmuş ve sonuç olarak "Made in Japan", İkinci Dünya Savaşı'ndan önce olduğu gibi kalitesizlik ile eş anlamlı bir ifadeyi temsil etmiştir. 1950'lerde Japonya, kalite konusunu ciddiye almaya ve kaliteli ürünler üretmenin yollarını aramaya odaklanmıştır. Japon üreticileri, ucuz, "eski püskü" ürünler üretmekle ün kazanmaların ardından kaliteli ürünlerin üretiminde dünya liderleri arasında bir şöhrete sahip olmuşlardır. "Japon mucizesi", gerçek anlamda meyve vermeye yirmi yıl süren ve dünyanın geri kalanının kaliteye odaklanmasına neden olan uyumlu bir çabanın sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Batılı şirketler, nihayetinde kalitenin küresel rekabette çok önemli bir faktör olduğunu fark ettiklerinde, geç kalmışlardır. Erken dönem olumsuzluklara rağmen, Batılı işletmeler küresel pazarda rekabet etmenin anahtarının, kaliteyi artırmak olduğunu farkına varmışlardır. Bu gelişmeler ile birlikte toplam kalite hareketi sonunda belirli bir ivme kazanmıştır (Goetsch ve Davis, 2014).

Genel anlamda kalite ile ilgili yapılan çalışmaların özünde 1950'li yıllardan 1980'lere gelindiğinde ürün kalitesinden bahsedilirken, günümüzde ise ürün kalitesi ile birlikte hizmet kalitesinden yoğun bir şekilde bahsediliyor olmasıdır (Oksay, 2016).

Dünyada modern anlamda kalitenin tarihi çok eskilere gitmez iken, Anadolu topraklarında kalitenin tarihini 13. Yüzyılda çıraklık ve esnaf loncalarında aramak gereklidir. Osmanlı Sultanı II. Bayezid tarafından çıkarılan kanunname ile satılan malların belirli kalite özelliklerini taşıması zorunluluğu getirilmiştir. Kanunnamenin esnafın kalite ve müşteriye memnun etme anlayışının şekillendirilmesinde önemli bir rolünün olduğu açıktır (Çiftçi, 2004: 23).

1.3.Toplam Kalite Öncüleri

Kalite yönetimi stratejisi benimseyen örgütler, yönetim uygulamalarını girdi, kalite performansını çıktı olarak kullanarak, yüksek kaliteli sonuçlar elde etmeye odaklanmışlardır. Toplam kalite yönetimi alanında yapmış oldukları çalışmalarda, Deming, Juran, Crosby ve Feigenbaum gibi öncüler, kalite felsefesini bir örgütün dönüşümü için temel rekabetçi bir araç olarak kullanılmasının gereğini vurgulamışlardır.

1.3.1. Edwards Deming

Deming (1986), 14 yönetim noktası ve bugün hala kullanılan planla, uygula, kontrol et ve önlem al, PUKÖ döngüsü ile ünlüdür. Deming yönetimin, kalite sorunlarının % 94 'ünden sorumlu olduğunu ve üründe yüksek mükemmellik seviyesine ulaşmak için kalitenin uygulanması gerektiğini savunmuştur. Deming felsefesi, kalite yönetimini üst yönetim ile başlatmış ve örgütün bu on dört noktasının her seviyede benimsemesi gerektiğini ifade etmiştir (Jaafreh, 2013).

Deming yaklaşımında, kalite yönetiminin teorik özünde; süreç yönetimi uygulamalarını kolaylaştırmak amacıyla işbirliği ve öğrenmeyi teşvik eden örgütsel bir sistemin oluşturulması vardır. Burada sistemin, süreçlerin, ürünlerin ve hizmetlerin sürekli iyileştirilmesine yol açması beklenir. Deming'in "On Dört Nokta" ilkesi, dünya standartlarında bir kaliteye olumlu bir geçiş yapmak için, bir işletmenin ne yapması gerektiğine ilişkin görüşlerini yansıttığı temel kalite ilkeleridir. Deming'in bu ilkeleri; işletmede çalışan herkesin elinden gelenin en iyisini yapmasının yeterli olmadığını savunmaktadır. En başta, üst yönetim olmak üzere, köklü bir zihniyet değişimini, örgütün tamamını içine alacak kültürel bir değişimin gereğini ifade etmektedir. Deming'e göre, liderlik, kalite yönetiminin başarısını yakalamada önemli bir rol oynamaktadır Örgüt içerisinde sürekli iyileştirmeye yönelik vizyon oluşturmak ve yönetmek en üst yönetimin sorumluluğundadır. Kalite ile ilgili çıkabilecek problemlerden üst yönetim sorumludur. Kalite yönetiminde lider çalışanlara kabul edilebilir net standartlar sağlamalı ve bunu başarmak için yöntemler ortaya koymalıdır. Bu yöntemler, hata bulma, suçlama ya da korku içermeyen uygun bir çalışma ortamı ve iklimi içermelidir (Zhang vd., 1997).

Deming, Toplam Kalite Yönetimi (TKY) terimini hiç kullanmamış olmasına rağmen, hareketin kurucularından biri olarak kabul edilmektedir. TKY'nin kökenleri, diğer yönetim biçimlerinden farklı olarak, sosyal bilimlerde değil, istatistiksel teoridedir. Deming'in bilgi kavramları; yönetim sistemlerinin dönüştürülebilmesi için kılavuzlar sağlamayı amaçlamaktadır. Deming'in bilgi sisteminin dört unsuru, sürdürülebilirlik için pragmatik ve etik temellerini vurgulayan gereksinimleri içermektedir. Deming yönetiminin rolü, örgütü bir "sistem" olarak algılamasıdır. Sistem içerisinde özel ve yaygın "değişikliklerin" sebepleri arasındaki farkı, istikrarı ve gelişimi anlamak önemlidir. İnsanlar sistemin daha iyi hareket edebilmesi için bir "bilgi teorisi" edinmeli ve sistemin hedeflerine ulaşabilmede motivasyona yönelik "psikoloji bilgisine" sahip olmalıdırlar. Sistem, varyasyon, bilgi ve motivasyon kavramları birbiriyle ilişkilidir. Bilgi sisteminin ilk üç bileşeni, pragmatik yöntemin çalışmasını göstermekte ve bilimsel yaklaşımını yansıtmaktadır. Dördüncü bileşende ise, hümanist yaklaşım vurgulanmaktadır (Canard, 2011).

Deming Döngüsü, bir ürünün üretimini tüketici ihtiyaçları ile ilişkilendirmek ve tüm ihtiyaçların karşılanması için tüm bölümlerin kaynaklarını (araştırma, tasarım, üretim, pazarlama) koordine etmek için geliştirilmiştir. Deming, kaliteyi istikrar, düşük maliyet, güvenilebilirlik ve pazara uygunluk olarak tanımlamaktadır. Deming, 1950'lerde iş süreçlerinin, ürünlerin müşteri gereksinimlerinden sapmasına neden olan varyasyon kaynaklarının tanımlanabilmesi için analiz edilmesi ve ölçülmesi gerektiğini savunmuştur. İş süreçlerinin sürekli bir geri bildirim döngüsüne yerleştirilmesi gerektiğini, böylece yöneticilerin, sürecin iyileştirilmesi gereken kısımlarını belirleyebileceğini ve değiştirebileceklerini iddia etmiştir (Goetsch ve Davis, 2014).

Deming ayrıca müşteri gereksinimlerinin tanımlanması ve ölçülmesinin, tedarikçi ortaklığının oluşturulması, kalite problemlerini tanımlamak ve çözmek için fonksiyonel ekiplerin kullanılması, çalışan becerilerinin geliştirilmesi, çalışanların katılımı ve sürekli iyileştirme arayışının önemini vurgulamıştır (Zhang vd., 1997).

1.3.2. Joseph M. Juran

Kalite ile ilgili yapılan çalışmaların pek çoğunda, en eski ve en uzun süreli katkı sağlayanlardan birisi Juran'dır. Juran kaliteye yaptığı katkılar ve savunduğu felsefesi ile Deming'in yanında yer almaktadır. Juran'ın, kalite felsefesine katkıları, İlerleme için Juran'ın Üç Temel Adımı, Juran'ın Kalite İyileştirmeye Yönelik On Adımı, Pareto İlkesi

ve Juran Trilogy'dir. Juran'ın Kalite Kontrol El Kitabı adlı çalışması, toplam kalite yönetimi alanında, klasik ve en önemli eserlerden birisi olarak kabul edilmektedir. Juran, sorunların yüzde 80'ninin, olası sebeplerin yüzde 20'si tarafından oluşturulduğu ilkesini savunmaktadır (Popesco ve Pantelescu, 2009).

Juran'a göre kalitede planlama; müşteri beklentilerinin ölçülmesi, var olan yapının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi gerekli alanların tespit edilmesi, uygun maliyetle geliştirilmesi gereken seçeneklerin oluşturulması, örgütün mevcut kabiliyetlerinin yeni hedeflere uygun olup olmadığının sorgulanması ile ilk adım atılmaktadır. Juran, kalite kontrolüne son derece önem vermiştir. Juran için kalite kontrol; sadece bir teknik değil, aynı zamanda bir yönetim tarzıdır (Parlak, 2017: 16-18).

Kaya'ya (2005: 28) göre, Juran'ın kalite planlaması, müşterilerin ihtiyaçlarının tespiti ve bu ihtiyaçlara karşın, örgütün yanıtının belirlenmesidir. Buna göre, kalite kontrolü, sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetlerin performansının ölçülmesini ve ölçümler neticesinde performansın, örgütün ortaya koymuş olduğu amaçlarla karşılaştırılmasına yönelik bir geri bildirim mekanizmasıdır. Juran'a göre toplam kalite yönetimi; problemin saptanması, sahiplik, sebeplerin ortaya çıkarılması, çözümlerin geliştirilmesi gibi operasyonel seviyede bir dizi olaylardan meydana gelmektedir. Bugün için Juran'ın geliştirmiş olduğu prensipler; sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi yönünde hala geçerliliğini korumaktadır. Juran'ın analitik, geçerli ve güvenilir süreç değerlendirme metodları, sağlık hizmetlerinde de kullanılmaktadır.

1.3.3. Philip B. Crosby

Crosby kariyerine Deming ve Juran'dan sonra başlamıştır. Kaliteyi sadece uyum olarak tanımlayan Crosby, kalitede istatistiksel olarak kabul edilebilir seviyelere kıyasla, sıfır hatalı yönetim ve önleme savunuculuğu ile bilinmektedir. Crosby'e göre kalite; ihtiyaçlara uygunluğu ifade etmektedir. Hataların önlenmesi kabul edilebilir tek yaklaşımdır. Daha önceki kalite öncülerinden farklı olarak, istatistiğe dayalı süreç kontrolü tekniklerine odaklanmamıştır. Crosby'e göre, kalite maliyeti oldukça önemlidir. Bütün gereksiz maliyetlerin hesaplanmasını gerektirir. Bunlar; hataları belirleme, çözüme kavuşturma ve müşteri memnuniyetsizliğinin telafisi için yapılan maliyetleri kapsamaktadır. Endüstrideki kalite maliyeti tahminleri; toplam maliyetlerin % 20'si ile % 40'ı arasında bir yere sahiptir. Bu endüstrideki tahminler, sağlık yöneticileri tarafından da sağlık örgütlerindeki tahminlerle de, hemen hemen uygun olarak kabul

edilmektedir. Crosby, toplam kalite yönetimi programları ile elde edilen tasarruflar sayesinde, kalitenin doğal olarak “bedava” ya gelebileceğini savunmaktadır. Crosby’ye göre “uygunsuzluğun maliyeti” veya “kalitenin maliyeti”ni tahmin etmek; oldukça önemlidir (Parlak, 2017; Kaya, 2005:28-29).

Crosby 14 maddelik bir toplam kalite kontrol programı önermiş ve kalite sistemini 14 basamaklı program halinde açıklamıştır. Goetsch ve Davis (2014) çalışmalarında, gelişim sürecinin Crosby’ye göre Kararlılık, Eğitim ve Uygulamayı, Crosby Aşısı olarak adlandırmışlardır.

1.4. Toplam Kalite Yönetiminin Anahtar Başarı Faktörleri

Toplam kalite yönetiminin anahtar konumundaki başarı faktörlerinin belirlenmesi, toplam kalite yönetiminin dinamik ve aktif doğası hakkında örgütlerin daha fazla bilgi edinebilmelerine yardımcı olacaktır. Herhangi bir örgütte başarılı toplam kalite yönetimi uygulamalarının elde edilebilmesi için, bu faktörlerde öne çıkan özellikler, herhangi bir örgütte toplam kalite yönetimi uygulamalarını etkileyen temel unsurlar olarak kabul edilmektedir. Toplam kalite yönetimi ile ilgili bilim adamlarının üzerinde net bir şekilde fikir birliğine vardıkları nokta; kalitenin kritik faktörleri üzerinde bir anlaşmanın olmamasıdır. Bu nedenle, bilim insanları çoğunlukla ortak faktörlerden bahsetmişlerdir. Örneğin, liderlik her zaman kritik başarı faktörlerine dâhil edilmiştir. İletişim, takım çalışması, müşteri memnuniyeti, insan odaklı yönetim, eğitim ve öğretim pek çok sosyal bilimcinin aşağı yukarı üzerinde birleştikleri temel faktörlerdendir (Aletaiby vd., 2017: 670).

1.4.1. Üst Yönetimin Adanmışlığı

TKY faaliyetlerinin başlangıç noktası olarak kabul edilen üst yönetimin adanmışlığı, kalite uygulamalarında hayati role sahiptir. Şayet TKY uygulamaları örgütte üst yönetim tarafından yerine getirilmediyse, örgüt kendisini kalite yönetimine dönüştüremez. Üst yönetimin temel görevi bu dönüşümü garanti etmek ve TKY faaliyetlerine yönelik adanmışlığını ortaya koymaktır (Aletaiby vd., 2017: 673). Kritik faktör olan 'üst yönetim desteği' çoğu araştırmacı tarafından dile getirilmiştir. Üst yönetimden gelen güçlü bağlılık, kalite yönetiminde hayati öneme sahiptir ve bu bağlılık örgütte yüksek kaliteli performansa dönüşecektir. Üst yönetim, TKY

uygulamalarının itici gücünü oluşturmasıyla birlikte, müşterilerin ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılamak ve örgütsel performansı artırmak için değerler, hedefler ve sistemler yaratır (Jaafreh ve Al-abadallat, 2013).

1.4.2. Müşteri Odaklılık

TKY’de kalite; müşterilerin beklenti ve ihtiyaçları doğrultusunda tanımlanır. Müşteri tatmini kalite yönetiminde her zaman için, başarının anahtarı olarak kabul edilir. Toplam kalite yönetimi, müşteri odaklılığı ve müşteri memnuniyetini herhangi bir örgütün en önemli amacı olarak değerlendirir. TKY'nin ana faktörü müşteri odaklılıktır. Örgütün başarısı, müşterilerinin ihtiyaçlarının sürekli ve etkin bir şekilde karşılanmasına bağlıdır. Müşteri odaklılık, herhangi bir örgütün müşteri ihtiyaçlarını ve beklentilerini sürekli olarak ne ölçüde karşıladığıdır. Dolayısıyla, müşteri odaklılık örgütün performansının iyileştirilmesi ve artırılması için TKY'nin en önemli araçlarından biridir (Aletaiby vd., 2017: 673).

Çeşitli araştırmalar, kaliteli mal, hizmet sunumu ve müşteri memnuniyeti ile karlılık arasında güçlü bir bağlantı olduğunu ortaya koymaktadır. Müşterilerin ihtiyaçlarının aynı örgüt tarafından sürekli olarak karşılanıyor olması, müşterilerin o örgütün mal veya hizmetlerinden memnuniyet duyduklarının göstergesidir. Örgütler müşteri ihtiyaçlarını ve beklentilerini ölçebilmek için müşteri ilişkisini tanımlamalıdır. Müşterileri kalite iyileştirmeye dâhil etmek; müşteri memnuniyetini artıracaktır (Jaafreh ve Al-abadallat, 2013).

1.4.3. Kalite Kültürü

Kalite, yalnızca ölçme ve değerlendirme yoluyla işletilebilecek bir süreç değildir. Aynı zamanda örgütün çevresi ve toplum tarafından paylaşılan bir dizi değer ve uygulamalardır. Kalite kültürü, örgütsel mükemmeliyetin yakalanabilmesi için örgütün her bir kademesinde oluşturulabilmesine bağlıdır. Toplam kalite kültürü; yönetim kademeleri veya pozisyonlarına bakılmaksızın, örgütün hedeflerine ulaşmak için tüm çalışanların kendilerini, bu uğurda sorumlu hissetmeleri gereken, açık ve iş birliğine dayalı bir kültürdür (Aletaiby vd., 2017: 673). “Gerçek bir kalite kültürü”, çalışanların kalite kurallarına uymasının yanında, sürekli olarak kaliteden bahsedildiği bir ortamı akla getirmektedir (Srinivasan ve Kurey, 2014).

1.4.4. Sürekli Gelişme

Sürekli gelişme veya sürekli kalite geliştirme, tüm kalite yönetim sistemlerinin temel bir gereğidir. ISO 9001’de dâhil olmak üzere tüm kalite yönetimi literatüründe ve uluslararası standartlarda tekrar eden bir temadır. Temel ilke; kalite iyileştirmenin bir defalık bir çaba olmadığı; örgütün ömrü boyunca devam eden bir süreci kapsamasıdır. Tecrübeler ürün kalitesine ve süreç iyileştirmeye sürekli bir odaklanma olmadan, yapılan faaliyetlerin, bazen örgüt ve müşteriler için sonuçları iyi olmayan gelişmelere yol açtığını göstermiştir (Williams, 2019).

1.4.5. Eğitim ve Gelişme

Eğitim ve öğretim, toplam kalitenin temelini oluşturur ve sürekli olarak insanları geliştirmenin en iyi yolunu temsil eder. Eğitim yolu ile nasıl çalışacağını bilen insanlar, bilinçli çalışmayı öğrenirler (Maguerez vd., 2001).

1.4.6. Çalışanların Güçlendirilmesi

Gerçek bir kalite kültürüne sahip bir örgütün tanımlayıcı özelliklerinden birincisi, çalışanların, alışılmışın dışında kaldıkları durumlarda, karar vermekte kendilerini özgür hissetmeleridir. Bu aşamada, doğru seviyede rehberlik sağlamak çok önemlidir. Böyle durumlarda, çok az şey yaratıcılık ve isteğe bağlı eylemi baskılamakta, çok az çalışan, karar verme ve bunları yerine getirme yetkisi konusunda belirsiz kalmaktadır (Srinivasan ve Kurey, 2014). Toplam kalite yönetimi uygulamalarının başarısı, çalışanların güçlendirilmesi ve işleyişe dâhil edilmesi ile kolaylaştırılır. Çalışanları daha iyi bir iş kalitesi sunmaya ve yeni iş sürecine daha fazla katkıda bulunmaya teşvik eder. Bu nedenle, yöneticiler çalışanları sorumluluk, yetki almaları ve kaliteyi iyileştirmek için, işin her aşamasında etkili biçimde iletişim kurmaları için çalışanları motive etmeli ve teşvik etmelidir. Bu, çalışanların örgütlerine ait olma hissini artıracaktır (Aletaiby vd., 2017: 674).

1.4.7. Süreç Yönetimi

Güçlü bir örgüt sağlam standartlar ve süreçler üzerine kuruludur. TKY, daha fazla verimlilik ve daha iyi bir sonuç için, iş süreçlerini iyileştirme ve sıkılaştırmanın yollarını aramak anlamına gelmektedir. Bu, yeni çalışma yöntemleri geliştirme, işi yönetmek için yeni standartlar geliştirme veya hatta işlemlerin yeniden

yapılandırılmasını tamamlamayı ifade etmektedir Bununla birlikte, amaç; müşteri memnuniyetini ve kalitesini hedef alan iş süreçlerinin iyileştirilmesidir (Pearson, 2019).

1.4.8. İletişim

TKY kavramı açısından iletişim; TKY felsefesinin uygulandığı tüm örgütlerde ortak bir yapıya sembol ve anlam getirmenin, örgüt içerisinde yer alan kişilerin bakış açısına göre kalite hedeflerine sahip kodlanmış bilgi, duygu ve düşüncelerin etkileşimi ve paylaşılması ile birlikte uygulanmasıdır. Örgütün ve hedef kitlenin bu süreç sonucunda TKY felsefesinde örgütlenen bireylerin bilgi, düşünce, duygu, tutum ve davranış kalıplarının iletişim ve etkileşim yoluyla bu kişiler arasında paylaşılacağı rahatlıkla görülecektir (Pirtini, 2003).

Örgütün değerleri, politikaları çalışanlarına içtenlikle iletildiğinde etkin bir iletişim sağlanmış olacaktır. Bu sebeple örgüt, çalışanlarına örgütün hedeflerini ve politikalarını hiçbir şüpheye düşmeden açıklamalıdır. Bürokratik engeller mümkün olduğunca ortadan kaldırılmalı, çalışanların yetki ve sorumlulukları açıklanmalı ve tüm çalışanlara kendi görevlerinin ne olduğu açık bir şekilde ifade edilmelidir. Şüphesiz iletişimin azalması durumunda tüm örgütün zarar görmesi kaçınılmaz olacaktır. İletişim eksiksiz, doğru bir zamanlamayla meydana getirildiğinde, örgüt canlı ve etkili olma eğilimini koruyacaktır (Aletaiby vd., 2017: 674).

1.5. Hizmet Alanında Kalite

Son yıllarda, hizmet sunumunda faaliyet gösteren örgütler TKY hizmet kalitesini artırmak için etkili bir yönetim aracı olarak benimsemişlerdir. TKY'nin iş performansı, müşteri memnuniyeti ve karlılık üzerindeki güçlü etkisinden dolayı uygulayıcılar, yöneticiler ve araştırmacıların büyük bir ilgi alanı olmuştur (Talib vd., 2012).

Amerikan Pazarlama Derneği, hizmeti; satışa sunulan veya malların satışı ile bağlantılı olarak sunulan faaliyetler, faydalar veya tatminler olarak tanımlamaktadır. Hizmetler, somut olmayan, memnuniyet arzusu sağlayan ve mutlaka bir ürünün veya başka bir hizmetin satışına bağlı olmayan faaliyetlerdir. Hizmetler, bir tarafın diğerine sunabileceği herhangi bir performans olabildiği gibi soyut olup; hiçbir kimsenin mülkiyeti altında değildir (Pradhan, 2014).

Hizmet alanı, temel olarak “mal” dan farklıdır ve dolayısıyla hizmet kalitesini yönetmek, temel olarak kendi doğasından kaynaklanan sebeplerden dolayı, birtakım zorluklar ortaya koymaktadır. Milner’in (2007:82-83), Parasuraman ’dan (1985) yapmış olduğu alıntıda, hizmetin temel olarak maddi olmayan, farklı yapıda, eş zamanlı üretim ve tüketim, çabuk bozulabilen karakteristik unsurlarından bahsetmekte ve aşağıda sıralanan özelliklerini ortaya koymaktadır:

- ✓ Hizmetler envanter veremez.
- ✓ Hizmetlere kolaylıkla patent alınamaz.
- ✓ Hizmetler kolaylıkla görülemez veya iletilemez.
- ✓ Fiyatlandırmak zordur.
- ✓ Hizmet sunumu ve müşteri memnuniyeti, çalışan ve müşteri eylemlerine bağlıdır.
- ✓ Hizmet kalitesi, çok sayıda kontrol edilemez faktöre bağlıdır.
- ✓ Sunulan hizmetin, planlanan ile gerçekleşenin eşleştiği konusunda, kesin bir bilgi yoktur.
- ✓ Müşteriler birbirlerini etkiler.
- ✓ Çalışanlar hizmet sonuçlarını etkiler.
- ✓ Merkezi olmayan yönetim zorunlu olabilir.
- ✓ Kitlesele üretim zordur.
- ✓ Arz ve talepleri hizmetlerle senkronize etmek zordur.
- ✓ Hizmetler iade edilemez

Müşteri hizmetleri ve hizmet kalitesi arasında yakın bir ilişkiden söz edilmektedir. Müşteri memnuniyeti, kalite ile yakından bağlantılı olmakla birlikte kalite ve memnuniyet ise ayrı ayrı kavramlardır. Kalite genel bir yaklaşım olmasına rağmen, memnuniyet bireysellelikle daha fazla bağlantılıdır. Bu nedenle, bu etkileşimin, birbirleriyle olan ilişkisinin, tüm paydaşlara yararlı olabilmesi için sonuçlarının incelenmesini gerektirir. Etkili kalite yönetimi, bir örgütte ortak zekâ ve birçok insanın bağlılığını ifade etmektedir.

Hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti arasındaki ilişki son yıllarda önemli bir akademik ilgi görmüştür. Ancak, hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti arasındaki tam ilişkinin niteliği (özellikle iki yapının faaliyete geçirilme şekliyle) hakkında

belirsizlikler vardır. Hizmet kalitesi ile müşteri memnuniyeti arasındaki bağlantı incelendiğinde iki yapının birbirlerinden bağımsız olmalarıyla birlikte, birbirleri ile yakından ilişkilili olduğu gözlenmiştir. Birindeki artışın diğerinde de artışa sebep olduğu görülmüştür (Sureshchandar, 2013).

Sağlık hizmeti sunan örgütler, sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştirirken hizmetin kalite, verimlilik ve eşit bir şekilde dağıtılması gibi bir dizi güçlüklerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Kalite yönetimi stratejilerini uygulayan sağlık yöneticileri, sağlık sistemlerini yüksek kaliteli hizmetler, daha iyi bir performans, müşteri odaklı hizmetler, çalışan memnuniyeti, sürekli kalite iyileştirme ve örgütsel bazda optimum seviyede sonuçlara dönüştürebilme kabiliyetine sahiptirler (Mosadeghrad, 2016).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin belirlenmesinde birtakım faktörlerin göz önünde bulundurulmasında fayda vardır. Örneğin azami derecede etkili bir sağlık bakım hizmetlerinin mi ya da optimal derecede etkili bir sağlık bakım hizmetleri istendiğine göre, bireysel ya da sosyal tercihlerin ön plana çıkarılıp çıkarılmayacağına göre de kalitenin sınırlarının belirlenmesinde değişiklikler görülebilmektedir. Sağlık bakımının gerçekleştiği ortamların yapısal özellikleri, bakım süreçleri ve bakımın çıktıları arasındaki nedensel bağlantılar, kalitenin tanımlanmasında ön plana çıkabilmektedir. Tanımlama yapılırken örnekleme yapılacak sağlık bakım hizmetlerinin bileşenlerini veya sonuçlarını belirlemek, uygun kriterleri, göstergeleri ve standartları formülize etmek, örgütsel düzeyde gerekli bilgiyi elde etmek gibi prosedürler izlenebilecek yollar arasında sayılabilir (Donabedian, 1988:1743).

1.6. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Öğeleri (Bileşenleri)

Sağlık hizmetlerinde kalitenin şekillendirilmesinde rol oynayan en önemli şahsiyetlerden birisi, Amerikalı bilim adamı, Donabedian 'dır. Donabedian (1989), yüksek kaliteli bir sağlık hizmetini, hizmet sürecinin bütün aşamalarındaki beklenen kazanç ve kayıp dengesini hesaba kattıktan sonra, hastanın iyilik seviyesini en üst seviyeye çıkarması beklenen hizmet olarak ifade etmektedir. Danobedian'a göre, kaliteyle ilişkili uygulamalara girmeden önce örgüt açısından açıklığa kavuşturulması gereken, kalitenin örgüt için ne anlama geldiğini ortaya koymak olacaktır. Öncelikli olarak, hedefleri belirlemek, sonra da hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını gösteren somut verilerin ortaya kanulması gerekmektedir. Doabedian'a göre sağlık hizmetlerinde

kalitenin üç bileşebileşeni vardır ve bu bileşenler birbirleri ile yakın ilişki içerisindedirler.

1.6.1. Teknik Bakım Kalitesi

Donabedian, sağlık bakım hizmetlerinin ilk bileşeni olarak, teknik bakım kalitesini ortaya koymaktadır. Sağlık bakım hizmetlerinde kalite; teknik bakım kalitesinin etkinliği ile doğru orantılıdır. Sağlık bakım hizmetlerinde teknik bakım kalitesi; bilimin, teknolojinin ve becerinin sunduğu en büyük gelişmeyi sağlık hizmetlerinde hedeflemek anlamına gelmektedir.

Kaya (2013) teknik bakım kalitesini; uygun hizmet stratejilerini belirlemede kullanılan hizmetin sunum sürecinde bilgi ve birikimlerin belirli bir strateji ile uygulamadaki yeteneklere dayanması şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık bakım hizmetlerinde teknik performansın başarılı olup olmadığına, başka örgütler ile karşılaştırmalar yolu ile karar verilebilir. Uygulamalardaki en iyinin, sağlık hizmeti sunumunda en iyi iyileştirmeyi sağladığına inanılır. Bununla birlikte iyi uygulamalar, mevcut teknik hizmetlerdeki bilgi ve deneyime dayanır, eldeki imkânlarla onun ötesine geçmek olası değildir. Sağlık bakım hizmetlerinde asıl hedef; mevcut teknik donanımları kullanarak en iyiyi yakalamaya çalışmaktır.

1.6.2. Kişiler Arası İlişkinin İyiliği

Kalitenin ikinci bileşeni, hasta ve sağlık bakım hizmetlerini sunanlar ile sağlık bakım hizmetinden yararlanalar arasındaki ilişkinin iyiliğidir. Kişiler arası ilişkilerdeki süreç teknik hizmetin uygulanmasını en iyi bir şekilde sağlamaktır. Kişiler arası ilişkinin yönetilmesi, sağlık hizmetleri sunum sürecinde bireysel ve sosyal beklentilerin ve standartların yerine getirilmesinde son derece önemlidir ve bu işlevin üzerinde titizlikle durulmasını gerektirmektedir.

1.6.3. İmkânların İyiliği

Kalitenin üçüncü bileşeni imkanların iyiliği; sağlık bakım hizmetinin konforuyla alakalı yanları kast edilmektedir. Diğer bir ifade ile imkanların iyiliği; sağlık bakım hizmetlerinin uygulandığı ortamın estetik nitelikleridir. Donabedian (1989), bu üç bileşeni birbirleriyle yakından ilişkilendirmektedir. Özellikle kişiler arası ilişkinin problemlili olduğu durumlarda, hasta kendi sorunlarını anlatmada güçlük çekebilme veya hizmeti sunanlardan ne tür bir beklenti içerisinde olduğunu ifade etmede sıkıntılar

yaşayabilmektedir. Benzer şekilde, hastanın tedavisi aşamasında hastanın tedavisi hakkında gerektiği kadar bilgilendirilmemesi, hastanın tedavisini güçleştirebilmektedir.

Sağlık örgütlerinde kaliteyi geliştirme süreçlerinde örgütün kendi hedeflerini belirlemesiyle birlikte, istenilen başarıyı yakalayabilme; sistem tasarımı ve performans denetiminin birlikte yapılması ve tüm çalışanların kalite girişimlerine ortak edilmesini gerektirmektedir. Örgütsel performansı izlemeye yönelik ilk adım dışarıdan değil, içeriden gelmelidir. Örgütsel başarıyı yakalayabilmek için; örgütsel performansı izleme, örgütsel öğrenme arzusu ve kalite iyileştirme çabaları ile birlikte hareket edilmeli, yasaklama ve cezalandırma dürtüsü ile hareket edilmemelidir. Hizmet sunumunda isteksizce hizmet vermek yerine, neşeyle hareket edilmelidir (Donabedian, 1989).

1.7. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Çerçevesi

Kaya (2013:20) çalışmasında, 1960'lara gelindiğinde sağlık hizmetlerinde kalitenin değerlendirilmesinde yapı, süreç ve sonuç modelinin oluşturulmasında Donabedian'ın öncü rol oynadığından bahsetmiştir. Ortaya konan model, sağlık hizmetini sunanlar açısından; yapısal, politik, örgütsel değişiklikler yanında, süreç değişiklikleri ve hasta tercihini de ortaya koyan geniş bir perspektife sahiptir. Yapı sağlık hizmeti sunanların sayısı ve nitelikleri, tesis tasarımı, donanım, teknoloji ve sağlık hizmetlerinin düzenlenme ve finanse edilme şekli gibi üretim faktörlerini ve ortamı ifade etmektedir. Süreç; hizmet sunanlar ile hastalar arasında gerçekleşen uygulamaları ve sağlık hizmeti sunanlar ile hastalar arasındaki etkileşimleri kapsamaktadır. Sonuç ise; hastanın mevcut ve gelecekteki sağlık durumundaki kıyaslanabilecek değişiklikleri ifade etmektedir (Ruup, 2018).

Yapı, Süreç ve Sonuç modeli olarak bilinen sağlık hizmeti kalitesinin değerlendirilmesine yönelik üçlü yaklaşım, pek çok araştırmacı tarafından ilk kez ele alındığında, yanlış bir şekilde yorumlanabilmektedir (Rupp, 2018). Yapı, Süreç ve Sonuç değerlendirme çerçevesi, bir hizmet inovasyonunun güvenlik ve kalitesini değerlendirmek amacıyla onaylanmış bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır. (Gardner vd., 2014). Sağlık bakımının sonucunu yorumlayabilmek için; yapı ve süreci birlikte değerlendirmek gereklidir (Bowling, 2014:10; Kötter, vd., 2013).

1.7.1. Yapı

Sağlık bakım hizmetlerinde kaliteye ilişkin ilk çerçeve; yapının kalitesidir. Sağlık bakımının sağlanmasında ve bakımın nasıl sağlandığını belirleyen örgütsel nitelikleri temsil etmektedir. Yapı kavramı, tıbbi bakımı sağlamak için gereken insan kaynakları, fiziksel ve finansal kaynakları, profesyonel personel sayısını, dağıtımını ve niteliklerini içermektedir. Bunların yanında hastanelerin ve diğer tesislerin sayısını, boyutunu, araç-gereç ve coğrafi dağılımını kapsamaktadır (Çavuş ve Gemici, 2013). Yapı kaynakların ve örgütsel sistemlerin sağlandığı ve etkinleştirildiği araçlardır. Donabedian'a (2003: 47) göre, yapı ile ilişkili unsurlar arasında şunlar sayılabilir:

- ✓ Tesis ve teçhizat gibi malzeme kaynakları,
- ✓ Mesleki ve destek personelinin sayısı, çeşitliliği ve nitelikleri gibi; insan kaynakları,
- ✓ Tıp ve hemşirelik personelinin organizasyonu, öğretim ve araştırma işlevlerinin varlığı, gözetim ve performans inceleme türleri, tedavi ve bakım giderleri için ödeme şekilleri vb. organizasyonel özellikler sıralanabilir.

Kimi zaman sağlık hizmetlerinin kalitesinde yapıya ait göstergelerin tek başına değerlendirilmesi, sağlık örgütünün kalite başarısını yansıtamamaktadır. Leslie ve diğerlerinin 2017 yılında yapmış oldukları araştırmada, düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık işletmelerinin yapısal olarak nitelendirilen temel özelliklerinin, hastalara sağlanan tedavi ve bakım kalitesi ile doğrudan bir ilişki içerisinde olup olmadığı analiz edilmiştir. Değerlendirmede örgütlerinin yapısı ile sunulan hizmet arasında doğrudan bir korelasyon ortaya konamamıştır. İyi donanımlı tesislerdeki sağlık çalışanlarının yetersiz bakım sunabildikleri gibi yetersiz donanıma sahip sağlık örgütlerinde kaliteli bir sağlık hizmetinin verilebildiği gözlemlenmiştir.

1.7.2. Süreç

Sağlık bakım kalitesinin ikinci ayağı olarak tanımlanan süreç; sağlık hizmeti sunanlar ile hastalar arasında devam edegelen faaliyetler kümesi olarak tanımlanmıştır. Bu, teşhis, tedavi, rehabilitasyon, önleme ve hasta eğitimi gibi sağlık bakımını oluşturan faaliyetler olduğu gibi hastalar ve aileleri tarafından bakıma verilen diğer katkıları da içermektedir. Aynı zamanda süreç; etik ve davranışsal değerler olarak kabul edilen ve genel olarak insanlar arasındaki ilişkileri, özellikle sağlık hizmeti sunanlar ile hasta ve

hasta yakınları arasındaki ilişkileri yöneten bir içerik olarak da görülmektedir (Donabedian, 2003: 47).

Süreç ölçümleri, sağlık hizmetini sunanların hastalara bakım için önerilen yol gösterici talimatlarla, verilen hizmetlerin ne derece tutarlı verildiğini belirlemek için kullanılmaktadır. Bu ölçümler genellikle sağlık durumunu iyileştirdiği veya gelecekteki komplikasyonlar veya sağlık koşullarını önlediği bilinen prosedürler veya tedavilerle bağlantılı olabilmektedir. Süreç ölçümleri sağlık hizmeti sunanlara performanslarını artırmaları yönünde eyleme dönüştürülebilir geri bildirim vermeleri bakımından oldukça fayda sağlamaktadır (familiesusa.org).

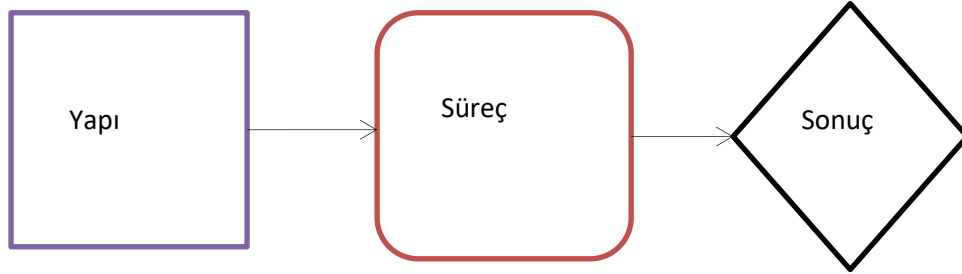
1.7.3. Sonuç

Sağlık bakım hizmetlerinde kalitenin çerçevesini belirleyen yaklaşımının üçüncü ve son unsuru sonuç şunları içermektedir:

- ✓ Hastanın sağlık durumundaki değişiklikler
- ✓ Hastalar ve aile üyeleri tarafından edinilen ve hastanın gelecekteki bakımını etkileyebilecek bilgideki değişiklikler
- ✓ Gelecekteki hastaların veya aile bireylerinin davranışlarındaki sağlığı etkileyebilecek değişiklikler
- ✓ Hasta ve yakınlarının, sağlık bakım hizmetlerine dair memnuniyetleri.

Sağlık bakım hizmetlerinin verildiği mekânların yapısal özelliklerinin, bakım sürecini etkileyebildiği, sağlık bakım kalitesinin azalması ya da güçlendirilmesi yönünde eğilimler gözlemlenmiştir. Yapı, süreç ve sonuç arasındaki ilişkilerin işlevselliği Şekil 2.1’de gösterildiği gibi ifade edilmiştir (Milner, 2007).

Şekil 1.1. Donabedian'ın Kalite Çerçevesi



Kaynak: Donabedian (2003)

Donabedian'ın (2003:47-49) yapı, süreç ve sonuç modellemesine dair genel değerlendirmesinde, modelin tam olarak anlaşılammama veya yanlış değerlendirilmesini şu gerekçelere bağlamaktadır:

- ✓ Yapı, süreç ve sonuç, kalitenin nitelikleri değildir. Bunlar, yalnızca elde edilebilecek bilgi türlerindedir. Bu bilgilerden herhangi birisi, kalitenin iyi olup olmadığına yönelik işaretler verebilmektedir.
- ✓ Kalite ile ilgili çıkarımlarda bulunurken, yapı, süreç ve sonuç yaklaşımları arasında önceden belirlenmiş bir ilişki olmadığı sürece mümkün değildir ve yapı; her koşulda süreci etkilemektedir.
- ✓ Yapı-süreç-sonuç modelinin kısıtlılığı veya yanlış değerlendirilmesinin nedeni; klinik uygulamaları değerlendirmek için geliştirilmiş olmasıdır. Fakat model, klinik uygulama dışındaki faaliyetleri değerlendirmek için kullanıldığında, istenilen sonucu her zaman veremeyebilmektedir.

Donabedian (2003), yapının nerede bittiği ve sürecin nerede başladığı, ya da sürecin nerede sona ereceği ve sonuçların nerede başlayacağını söylemenin zorluğundan bahsetmektedir. Yapı, süreç ve sonuç arasında kesin bir ayrımın yapılmasından daha önemli olan şey, neden ve sonuçların nasıl yapılandırıldığına belirlenme becerisidir. Bu yapıldığında, kalite hakkında bir karara varmak için, hangi bilgilere ihtiyaç duyulduğuna ve bu bilgilerin ne kadar kolaylıkla elde edilebileceğine karar verilebilmektedir. Yapı-süreç-sonuç modelinde, komşu çiftler arasında var olduğu varsayılan ilişkiler her zaman kesin değildir. Aksine bu ilişkiler olasılıklar üzerine

kuruludur. Bu olasılıklar, büyük ya da küçük seviyelerde olabilmekte ve bilimsel kanıtlarla ortaya konabilme şansına sahip olasılıklardan oluşmaktadır.

1.8. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Kaya (2013), sağlık hizmetlerinde kaliteyi “sağlık hizmetleri bilimi ve teknolojisi ile bu bilim ve teknolojinin uygulanmasının ürünü olarak düşünülebileceğini ifade etmektedir. Bu ürün; etkenlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık ve hakkaniyeti içeren çeşitli özelliklerle nitelendirilebilmektedir. Tek tek veya çeşitli kombinasyonlarıyla ele alındıklarında, bunlar kalitenin bir tanımını oluşturmakta ve herhangi bir şekilde ölçüldüklerinde, kalitenin derecesini göstermektedirler”. Danobedian (2003) sağlık hizmetlerinde kalitenin özelliklerini şu şekilde sıralamaktadır:

1.8.1. Etkenlik

“Etkenlik, en uygun koşullar altında kullanıldığında, sağlık hizmetleri bilim ve teknolojisinin sağlıkta iyileştirmeler meydana getirme yeteneğidir”. “En uygun koşulları” belirlemek mümkün olmadığında, bunun yerine “belirli koşullar altında” terimi kullanılabilir.

“Uygulamanın kalitesi değerlendirilirken, etkenlik kontrol edilmez. Etkenlik araştırma, deneyim ve profesyonel fikir birliğinin bir ürünü olarak önceden verilir. Alternatif hizmet stratejilerinin göreceli etkenliği, iyi kontrol edilmiş klinik araştırmalar ya da teknolojik değerlendirme yoluyla belirlenir. Klinik yönetimin bilinen en etken stratejisi başarılabilecek olanın üst sınırını belirler; bu teknolojik sınırdır”.

1.8.2. Etkililik

Donabedian (2003) etkililiği, “sağlıkta şu anda ulaşılabilir olan iyileştirmelere; gerçekte ulaşma derecesidir” olarak tanımlamaktadır. Bununla, gerçek performans ile idealde ya da belirli koşullar altında sağlık hizmetlerinde bilim ve teknolojisinin ulaşması beklenebilen performans arasında karşılaştırma yapmayı gerektirmektedir.

1.8.3. Verimlilik

Verimlilik, “sağlıkta ulaşılabilir iyileştirmeleri azaltmaksızın hizmet maliyetini azaltma yeteneğidir. Belirli bir maliyet ile sağlıkta daha fazla iyileştirme yapılır ya da aynı derecedeki iyileştirmeye daha düşük bir maliyetle ulaşırsa, verimlilik artmaktadır.

Sağlık faydaları aynı kalmadıkça ya da iyileştirilmedikçe, sadece maliyetin azaltılması, verimliliği göstermez”. Eğer iki hizmet stratejisi eşit derecede etken ve etkili ise, maliyeti daha az olan; daha verimlidir.

Burada, sadece en az maliyetle en iyi sonuçlara ulaşmaya çalışmaktan bahsedilmiştir. Sağlıkta bazı küçük ilave iyileştirmelerin orantısız şekilde büyük ilave maliyetlere değmeyeceği iddia edilebilir. Bu, kalitenin dördüncü özelliği olan optimalliğin tartışılmasına yol açmaktadır.

Ülkemizde, sağlık hizmetlerinde girdi ve çıktılara ait verilere ulaşmak çok kolay olmamaktadır. Verimlilikle ilgili sorunların ortadan kaldırılması ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen etkinlikleri artırıcı reformlara ait sonuçlara yeterince ulaşılamamaktadır. Sayısı az olmakla birlikte, Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasındaki çalışmalarda, etkinlik seviyelerinin yeterli oranlarda olmadığı görülebilmektedir (Çavmak ve Çavmak, 2017).

1.8.4. Optimallik

Optimallik, “sağlıktaki iyileştirmeleri, bu iyileştirmelerin maliyeti ile dengelemektir. Bu tanım, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ve faydaları arasında en iyi ya da optimum bir nokta bulunduğu anlamına gelmektedir. Bu noktanın altında, faydalara göre düşük maliyetle daha fazla fayda elde edilebilir, üzerinde ise faydalara göre çok fazla maliyetle ilave faydalar elde edilebilir”.

1.8.5. Kabul Edilebilirlik

Kabul edilebilirlik, “hastaların ve hasta yakınlarının isteklerine, arzularına ve beklentilerine uygunluk olarak tanımlanır. Kabul edilebilirliğin beş ögesi vardır: Erişilebilirlik, hasta-hizmet sunucu ilişkisi, hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleri, hastalara hizmetin etkileri, riskleri ve maliyeti ile ilgili tercihleri ve hastaların adil ve hakkaniyetli olarak düşündükleri şeylerdir”.

Erişilebilirlik, kişilerin hizmet almasının kolaylığı anlamına gelir. Hizmet kaynağından uzaklık, ulaşımın maliyeti, hizmet kaynağının açık olduğu gün ve saatler, gelir düzeyi, sağlık sigortasının bulunması, hizmet almak isteyenlerin etnik ya da dini tercihleri gibi faktörlere dayanmaktadır. “Hasta-hizmet sunucusu ilişkisindeki iyiliği temsil eden bütün özellikleri listelemek kolay değildir”. Hastaların ihtiyaç duydukları anda, sağlık hizmetinden yararlanabilme ilkesini kapsamaktadır. Hizmeti almak için sarf

edilen zaman, gecikmeden hizmete ulaşabilme, sağlık hizmetinin kalite seviyesini belirler (Çavuş ve Gemici, 2013: 241). Ancak, kişisel ilgi, “empati, saygılı olma, zaman ayırmaya isteklilik, açıklamaya çaba sarf etmek, hastanın tercihlerine dikkat etmek, dürüstlük, doğru sözlülük ve iyi davranışlar”, iyi hizmette gerekli öğelerdir.

Donabedian’a (2003) göre, hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleri, hizmetin verildiği çevre ve ortamın arzulanın yönlerini kapsamaktadır. Uygunluk, gizlilik, konfor, dinlendiricilik, temizlik, uygun park yerinin bulunması, içecek ve hafif yemeklerin bulunması gibi özellikleri içermektedir. Bu özellikler sağlık hizmeti alma deneyimini ya hoş ve ödüllendirici ya da tatsız ve küçük düşürücü hale getirmeye katkıda bulunabilmektedir.

1.8.6. Yasallık

Yasallık, “etik prensipler, değerler, normlar, yasalar ve düzenlemelerde ifade edilen sosyal tercihlere uygunluk” olarak tanımlanmaktadır. Kısaca sosyal kabul edilebilirlik olarak görülebilmektedir.

Donabedian (2003) hizmetin sağlık üzerindeki etkileri bireylerle sınırlı olduğunda bile toplumun onlara bireyler kadar fazla değer vermeyebileceğini savunmaktadır. Örneğin, toplum, yaşlıların bakımına daha az, çocukların bakımına daha fazla kaynak ayırmayı isteyebilmektedir. Pek çok durumda toplumun maliyetlere bakışı, kişilerin maliyetlere bakış açısından çok farklı olabilmektedir. Bunun temel sebebi olarak; hizmetin sosyal finansmanı gösterilmektedir. Hizmetin maliyetinin bir kısmı ya da tamamı üçüncü taraf (örneğin, sigorta veya devlet) tarafından karşılandığında, “bireyin almak isteyebileceği hizmet düzeyi, toplumun finanse edebileceğini düşündüğü düzeyi aşabilecektir”. Tüm bu ve diğer sebepler göz önünde tutulduğunda, toplumun optimal hizmet olarak düşündüğü şey, bireylerin optimal olarak düşündüğünden önemli derecede farklı olabilmektedir. Nelerin adil ya da hakkaniyetli olduğu konusunda da farklılık olabilmektedir. Demokratik bir toplumda, bu farklılık veya anlaşmazlıklar sadece politik ve sosyal anlaşma ile çözülebilmektedir.

1.8.7. Hakkaniyet

Hakkaniyet, bir toplumun üyeleri arasında, sağlık hizmetlerinin dağıtımında, doğru ya da adil olanı belirleyen prensibe uygunluk olarak tanımlanabilmektedir. Hakkaniyet, hizmeti bireyler için kabul edilebilir ve sosyal olarak, yasal hale getiren

şeyin bir kısmıdır. Hakkaniyet, kalitenin ayrı bir özelliği olacak kadar önemli hale gelebilmektedir.

Hakkaniyetin, hizmetin erişilebilirliğine, etkililiğine ve alınan hizmetin kabul edilebilirliğine dayandığı açıktır. Genel bir kural olarak hizmetin dağıtımında amaç; yaş, cinsiyet, gelir, sosyal sınıf, etnik köken, oturlan yer vb. ile nitelenen nüfus grupları arasındaki farklılıkları ortadan kaldırmaktır. Toplum, hakkaniyeti sağlamak için, zaten ayrıcalıklı olan kişilerin isteklerinden daha az hizmet almalarına hükmedebilir, böylece yoksunluk içindeki diğerlerinin, daha fazla hizmet almaları gerektiğine karar verebilir.

Etkili, verimli veya optimal olana dikkat etmek, sosyal hakkaniyeti bozabilir. Örneğin, maliyetle karşılaştırıldığında, sağlıkta iyileştirmenin sonuçları önemli ölçüde büyük olduğu zaman, belirli gruptaki kişilerin, daha fazla hizmet alması gerektiği sonucuna varılabilir. Hastalıkları önlemeye yönelik çalışmalara, tedaviden daha fazla önem verilmesi, bu tür bir düşüncenin başka bir örneği olabilmektedir.

Herkesin “ihtiyacına” göre hakkaniyetli hizmet almasının gerekip gerekmediği, ihtiyacın, bireylerin istekleriyle mi yoksa sağlık profesyonellerinin öngörülleri ile mi belirleneceği ve hizmetin, ihtiyaç yerine beklenen faydalara göre mi dağıtılması gerektiği konuları, demokratik bir toplumda sosyal anlaşma ile karara bağlanabilmelidir.

Kalitenin tanımına bu kadar farklı özellikler dâhil edildiğinden, bu özelliklerin her birine verilecek görece öncelik, tanıma neyin dâhil edilip, neyin edilmeyeceği ve nereden başlanacağı gibi bir soruyu akla getirmektedir. Donabedian’a (2003) göre, bu soruya verilecek genel bir yanıt yoktur. Yanıt; değerlendirmenin yapılacağı durumlara, neyin amaca en uygun olup olmadığına, kişinin nelerden sorumlu olduğuna veya neyi kontrol edebileceğine bağlıdır.

Prensip olarak, kalitenin temel yönleri, tıpkı diğer hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Sağlık hizmetleri, çeşitli ve karmaşık bir sistemdir ve sağlık hizmetlerinde kalite, hem ölçülebilir hem de ölçülemeyen çok sayıda ayrı özellik ya da özelliklerin birleşik ürünü olarak görülmektedir. Bu boyutlar yukarıda sıralandığı gibi çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir ve düzenlenebilir (Nylenna vd., 2015).

1.9. Sağlık Hizmetlerinde Verimliliği Artırmanın Yolları

Sağlık hizmetlerinde verimlilik; sağlık bakım hizmetlerinde ulaşılabilir iyileşmelerde, herhangi bir şekilde azaltma yoluna gitmeden, hizmetin sunum aşaması da dâhil, bütün bu süreçler kapsamında, hizmet maliyetinin azaltılması anlamına gelir.

Belirli bir maliyet ile sağlık bakım hizmetlerinde istenilen sonuca ulaşılabilirdiği takdirde, sağlık bakım hizmetlerinde verimlilik artırılmış olur. Maliyetlerde düşürme yoluna gidip, sağlıkta istenilen fayda aynı kalmadığında veya daha iyi bir iyileşme sağlanamadığında, sağlıkta verimlilik sağlanmış olmaz (Kaya, 2005:7).

Donabedian'a (2003:10) göre, sağlık hizmetlerinde verimliliği artırmanın bir takım yolları vardır. Bunlar:

- ✓ Sağlık uygulayıcılarının, zararlı, yararsız veya daha az etkili tedavi veya yöntem içermeyen bakım planlama ve uygulama yapmalarıdır. Bu tür etkinlik, klinik etkinlik olarak adlandırılmıştır. Klinik bilgi; yargı ve beceri üzerine kuruludur.
- ✓ Verimliliği artırmanın diğer bir yolu, tedavi ve bakımda kullanılan ürünleri, daha verimli hale getirmektir. Örneğin, hastanenin tam doluluk oranı ile çalışması, maliyetleri düşürür. Sekreterin yapabileceği işlerin, hemşireden istenmemesi, ilaçların hazırlanması ve uygulanması için prosedürdeki değişiklikler, hasta sağlığına zarar verebilecek hataların sıklığını azaltmak daha yüksek maliyetleri azaltan değişiklikler olarak ifade edilebilir. Bu tür verimlilik, üretim verimliliği olarak adlandırılmaktadır. Ayrıca yönetsel etkinlik olarak da bilinmektedir. Bu tür etkinlik, örgütsel anlamda klinisyenlerin belirleyici rol oynamadığı yönetsel kararlardır. Klinisyenlerin katılımı ve rızası olmaksızın, bu değişikliklerin bazılarının uygulamaya konulması, oldukça zordur.
- ✓ Sağlık bakım hizmetlerinin daha verimli hale getirilmesinin başka bir yolu, (yaş, cinsiyet, milliyet, ekonomik durum, ikamet yeri, hastalık türü vb. ile karakterize edilen) farklı hasta sınıfları arasında beklenen sağlık bakım hizmetlerinin orantılı olarak dağıtılmasıdır. Başka bir ifade ile kaynakların daha çok hasta olan veya bakımdan yararlanma olasılığı daha yüksek olan, daha uzun sürelerle ve orantılı olarak daha düşük maliyetle olan nüfus alt gruplarına tahsis edilmesidir. Bununla, "dağıtımsal etkinlik" amaçlanmaktadır. Bu şekli ile toplumsal düzeyde kalitenin bir başka yönü oluşturulmaya çalışılmaktadır.

Yukarıda belirtilen sağlık hizmetlerinde verimliliği artırmaya dair Donabedian'ın görüşlerinin yanında, tüm sağlık örgütlerinin karşı karşıya kaldığı en önemli zorluk,

sürekli olarak yüksek kaliteli, güvenli ve şefkatli bakımın gelişmesini sağlayan kültürleri beslemektir. Liderlik, örgüt kültürünü şekillendirmede en etkili faktördür, bu nedenle gerekli liderlik davranışlarının, stratejilerinin ve niteliklerinin geliştirilmesini sağlamak esastır. Sağlık hizmetlerinde liderlik ile bir dizi önemli sonuçlar arasındaki bağlantının, hasta memnuniyeti, hasta ölümü, örgütsel finansal performans, personelin memnuniyeti, katılım, ciro ve personelde devamsızlık ve genel bakım kalitesi arasındaki ilişkilere dair araştırma sonuçları mevcuttur (West vd., 2015).

Hastanelerde kalite geliştirme etkinliğinin stratejik önemini inceleyen çok sayıda ampirik çalışma yapılmış olmakla birlikte, hastane verimliliği göz ardı edilmektedir. Araştırma bulguları hem hastane içi, hem de dışsal örgütlerin kararlarının, hastanenin verimliliğini etkilediğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak; kalite ve verimlilik arasında, pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Bununla birlikte gelişmekte olan ülkelerde, bu alanda çok az çalışma yapılmıştır (Ancarani vd., 2009; Alaraki, 2014).

1.10. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Geliştirme Girişimlerini Etkileyen Faktörler

Sağlık örgütlerinde, kalite girişimlerinin başlatılmasını etkileyen faktörleri tanımlamak ve anlamak için büyük dikkat gösterilmelidir. Bu faktörlerin birçoğuna literatürde yer verilmiştir. Bu faktörler, uygulamaya yönelik engeller veya kolaylaştırıcılar olarak hizmet etmektedir. Bu engeller veya kolaylaştırıcılar, liderlerin başarılı bir geçişi kolaylaştırmak ve personelinin bakış açlarına yön vermek amacıyla gerekli yönetsel becerileri geliştirmelerine rehberlik etmektedir (Laschinger vd, 1999).

Kalite iyileştirme uygulamalarının başarısı için tanımlanmış kurallar ve düzenlemeler destek hizmetlerinin temel taşı niteliğindedirler. Almanya'daki hastanelerde yapılan bir araştırmada, değişime yönelik isteksizliğin, kalite girişimlerinde başarıyı etkilediği gözlemlenmiştir. Başka bir çalışmada ise, sağlık hizmetleri sunan örgütlerin ve personelin normalde değişimden rahatsızlık duyduğu ve bu nedenle değişime karşı direndikleri ifade edilmiştir (Magueres vd., 2001; Berwick vd., 2003; Moeller, 2001).

Örgütün yapısıyla ilgili faktörlerin, kalite girişimlerinin başarısı üzerinde etkili olduğuna dair araştırma yayınlanmıştır. Araştırmada, herhangi bir sosyal sistemin yapısının, kalite girişimlerinin yayılmasını kolaylaştırabileceği gibi, engelleyebileceği de ifade edilmiştir. Hollanda'da sağlık örgütleri üzerine yapılmış olan bir araştırmada, örgüt içerisinde kalite yönetimi gelişiminin zayıf olmasına rağmen, hiyerarşik olmayan

karar verme yapısına olumlu katkıda bulduklarına dair bir görüş ortaya çıkmıştır (Sluijs ve Wagner, 2003; Rogers, 1995).

Deming (1992), liderliğin kalite girişimlerinin başarısında birinci derecede bir rolü olduğuna inanmaktadır. Personel desteği sağlanması, korkunun yönetilmesi, bireylerin ve ekiplerin etkilerinin en iyi hale getirilmesi, engellerin kaldırılması ve eğitim ve kendini geliştirme yönünde teşvik, kalite geliştirmede etkili olmaktadır.

Kore’de (Lee vd., 2002) yapılan bir çalışma, kalite geliştirme girişimlerinin başarısına çoğunlukla katkıda bulunan faktörlerin, liderliğin bir bilgi sistemine dayalı karar alma, bilimsel kalite geliştirme araçlarını kullanarak bilimsel bir yaklaşım kullanma ile "sistemik problem çözme yaklaşımlarını benimsemek" olarak sonuçlar ortaya koymuştur. Fransa’da (Maguerez vd., 2001) yapılan bir diğer çalışmada ise; sağlık örgütlerinde kalite geliştirme projeleri değerlendirmelerinde, liderliğin kalite iyileştirme uygulamaları başarısını etkileyen önemli bir faktör olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, araştırma, hastane yönetiminin destek ve adanmışlığının, kaliteli bir projenin başarısı için temel olduğunu desteklemektedir (Lee vd., 2002:383; Maguerez vd., 2001).

Sağlık bakım hizmeti veren örgütlerde katı hiyerarşik ve otoriter yapının, TKY’ye dönüştürülmesinde, büyük bir engel oluşturduğu savunulmuştur. Çok disiplinli ekiplerin, kalite girişimlerinin başarısı üzerinde olumsuz bir etki yarattığı gözlenmiştir. Kalite geliştirme girişimlerinin, başarıyla uygulandığını gösteren sonuçların, sağlık örgütleri tarafından benimsenen yönetim tarzından etkilendiği ifade edilmiştir (Appleby ve Jackson, 2000; Zabada vd.,1998, Maguerez vd., 2001).

Örgüt bazında farklı düzeylerde uyum kalite girişimlerini etkilemektedir. Leggitt ve Anderson’un 2001 yılında yapmış oldukları bir çalışmada, performans iyileştirme faaliyetlerini değerlendirmek için Malcolm Baldrige sağlık göstergeleri kullanılmış ve ortaya çıkan sonuçlar, performans göstergelerinin çokluğunun, performans iyileştirme için gerekli faktörlerden olmadığı görülmüştür. Farklı birimler arasındaki uyum eksikliği, kalite iyileştirme çabalarına engel olarak değerlendirilmektedir. Kaynak, liderlik ve planlama gibi başlıca sistemler arasında koordinasyon eksikliği, sistemlerin birbirinden bağımsız çalışmasına sebep oluşturmaktadır.

Kalite geliştirme uygulamalarında örgütlerin en sık karşılaştıkları engel, elverişli ve destekleyici bir kültür eksikliği olarak ortaya çıkabilmektedir. Sağlık hizmetleri örgütlerinde, kalite geliştirme uygulamalarında en zor engeller kültürel sebepler olarak

gözlenmektedir. Katılımcı, esnek ve risk alma kapasitesine sahip örgütler, TKY ile anlamlı derecede ilerlemeler kaydedebilmektedir (Huq ve Martin, 2000; Zabada vd., 1998).

Kalite geliştirme faaliyetlerinde iyi bir iletişim, oldukça önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. İyi bir iletişim, kalite geliştirme çabalarının başarısının bir parçası olarak kabul edilmektedir. Personelin iyi bilgilendirilmesi, başarıyı kolaylaştırabilmektedir. Araştırmalarda başarı faktörlerinin, yeni tanıtılan kalite programının amaçlarıyla ilgili bilginin yaygınlaştırılmasına ve ekip arkadaşlarına "bir şeylerin yapılacağına dair güvence verilmesi" konusunda geribildirim verme ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Appleby ve Jackson , 2000; Moeller, 2001; Maguerez vd., 2001).

Kalite geliştirmeye yönelik bir çalışmada, kalite gelişmeyi engelleyen çok sayıda organizasyonel zorluklardan bahsedilmektedir. Bunlar arasında; örgüt kültürü, insan kaynakları yönetimi, süreçler, sistemler ve yapı ile ilgili sorunlar sıralanmaktadır. Bu alanlara ait zorlukların, kalite geliştirmede güçlü etkiye sahip olduğu sonucuna varılmaktadır. Araştırma sonucunda, hastanelerde kalite geliştirmede başarılı bir şekilde uygulanmaya katkıda bulunan en önemli faktörlerin, insan kaynakları kullanımı ve etkin kalite yönetimi olduğu görülmektedir. Dikkatli planlama, değişim yönetimi, insan kaynaklarının doğru kullanımı, destekleyici kalite bilgi sistemleri, süreçlere ve sistemlere odaklanma, yapısal destek ve kalite geliştirme felsefesi ile uyumlu bir örgüt kültürü sayesinde, bu hastaneler sürekli ölçülebilir iyileşmeler elde etmede daha yetenekli olabileceklerdir (Alaraki, 2018).

Almanya'da yapılmış bir çalışmada, iyi bir bilgi sisteminin kalite geliştirme başarısını olumlu anlamda etkilediği, bilgi uzmanlarının eksikliğinin kalite iyileştirmede başarıyı olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Başka bir araştırma, süreç odaklı, daha bilimsel araçlar ve sistematik sorun çözme becerileri kullanan, daha iyi bir bilgi sistemine sahip hastanelerin, sürekli olarak kalite geliştirmeyi daha aktif bir şekilde benimsediğini ortaya koymaktadır (Moeller, 2001; Lee vd., 2002).

Araştırmada, Fransız hastanelerindeki uygulamanın başarısının çoğunun, hastane yönetiminin kalite geliştirme birimlerini oluşturması, personeline eğitim vermesi ve kalite geliştirme projeleri için bir bütçe tahsis etmesi üzerine kurulu olduğu sonucuna

varılmıştır. Sayıca yetersiz personelin, kalite iyileştirme çalışmalarının başarısında engel oluşturduğu ileri sürülmüştür (Maguerez vd., 2001; Valenstein vd; 2004).

Kalite insiyatiflerinin, başarıyla uygulanabilmesi için çalışanların geliştirilmesi ve eğitimi son derece önemlidir. Kalite geliştirme girişimleri ile insan kaynakları gelişimi arasındaki olumlu korelasyon gözlenmiştir. Kalite girişiminde, çalışanlar yeni beceriler geliştirmeye yönelik eğitim almaları yönünde teşvik edildiğinde; başarılı sonuçlar doğurduğunu ortaya çıkarmıştır. Çalışanların eğitiminin, toplam kalite geliştirme projeleri değerlendirmelerinde, kalite iyileştirme uygulamasının başarısını etkileyen faktörler arasında olduğu tespit edilmiştir (Maguerez vd., 2001; Moeller, 2001).

Kalite geliştirme faaliyetlerinde başarı, personelin bağlılığına ve özveriye bağlıdır, bu da güçlendirilmiş, motive edilmiş ve tatmin olmuş sağlık hizmeti sağlayıcılarını gerektirmektedir. Çalışanların bağlılığı, gönüllü katılım ve etkili teşvikler ve ödüller ile kalite iyileştirme uygulamalarının başarısını artıracaktır. Bağlılığın eksikliği, kalite programının başarısını olumsuz yönde etkilemektedir. Motivasyon, kaliteye ulaşmada önemli bir unsur olarak görülmektedir. Motivasyon eksikliği, performans artırmada bir engel oluşturduğu savunulmaktadır. Başarılı kalite uygulamalarında çalışanların daha fazla sorumluluk alması gerekmektedir (Hibbard, 2003., Maguerez vd.,2001., Moeller, 2001., Juran ve Gryna, 1993., Valenstein vd., 2004., Appleby ve Jackson, 2000).

Kalite geliştirme uygulamalarında başarısızlık nedeni olarak klinisyenler ve yöneticiler arasındaki çatışmalar kanıt olarak gösterilmektedir. Araştırmalarda doktorların TKY faaliyetlerinde, kendi sorumluluklarının bir parçası olduğunu hissetmedikleri ifade edilmektedir (Moeller; 2001; Zabada vd. 1998).

Kalite geliştirme faaliyetlerinde doktor yetersizliği ve zaman eksikliği önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Zaman; kalite geliştirme çabalarının desteklenmesi için gereken bir faktör olarak görülmekte ve yeni fikirlerin geliştirilmesi için olmazsa olmazlardandır. Berwick ve diğerleri (2003), özellikle değişim yönetiminin başlangıcında, zamanın önemli bir konu olduğunu ifade etmişlerdir.

Son yıllardaki yapılan çalışmalarda hastanelerdeki kalite geliştirme programları uygulanmalarının, kalite iyileştirme üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla sistematik çalışmalar yapılmıştır. Artan personel katılımı ve iletişimi, multidisipliner

ekip oluşturma, örgüt kültüründeki olumlu değişimler ve sürekli kalite iyileştirme konusunda liderlik ve personelin farkındalığı; kalite geliştirmede güçlü yönler olarak ortaya konmuştur. Bununla birlikte, kalite geliştirmeye karşı zayıf yönler arasında; değişime karşı örgütsel direnç, personelin iş yükünün artması gösterilmiştir. Ayrıca, sürekli kalitenin iyileştirilmesi konusunda farkındalık eksikliği, personel eğitiminin yetersizliği ve sürekli iyileştirme için destek, yerel kullanım için geçerli kalite geliştirme standartlarının eksikliği ve performans sonuç ölçütlerinin eksikliği gibi sebepler ifade edilmiştir. Bunların yanında fırsatlar olarak; iyileştirme alanlarının tanımlanması, gelişmiş hasta güvenliği, ek finansman, kamusal tanınırlık ve pazar avantajı gibi alanlar yer almıştır. Kalite geliştirme çalışmaları, örgütlerin kalite kültürlerini desteklemekte ve sağlık örgütlerindeki birimlerin geliştirilmesi gereken alanları tespit etmeye destek olmaktadır (Cain ve Collins, 2018; Ng vd., 2013).

1.11. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Geliştirme Girişimleri Etkililiği

Sağlık hizmetlerinde kalite hareketi, birçok örgütte yaklaşım ve yönetim tarzını değiştirmiştir. Sağlık sistemlerinin iyi bir şekilde idare edilmesi; hizmet kullanıcılarına, topluma ve maddi kaynak sağlayıcılara etkinlik ve verimlilik şeklinde, kalite en iyi şekilde yansıtacaktır.

Kaliteyi sağlamak ve standartları geliştirmek için farklı yaklaşımlar mevcuttur. Özellikle devletin temel sağlık hizmeti sağlayıcı ve sağlık hizmeti sunucusu olduğu bazı ülkelerde, sağlık sektörü üzerinde katı kontroller uygulanmakta ve profesyonel özerklik ve tüketici katılımına çok az alan bırakılmaktadır. Diğer yandan da, sıklıkla minimum standartların kabulü ve göreceli olarak şeffaflık yaklaşımları gelmektedir (McPhail vd., 2015).

Kalite geliştirme, bir sağlık örgütünün veya bir uygulamanın, hekim ve hasta arasındaki güven ilişkisini yerine getirebilmesinde hayati öneme sahiptir. Kalite geliştirme; hasta bakım kalitesinin artırma, işlemleri basitleştirme ve düzene koyma, maliyetleri azaltma, hasta ve hizmeti sunanların memnuniyetini artırma, işyeri moralini yükseltme ve üretkenliği arttırmada önemli roller üstlenir. Ayrıca, kalite geliştirme hekim eğitimi, hekim lisans ve sertifikasyonu, karşılaştırma, akreditasyon ve sağlık politikası formülasyonu için oldukça önemlidir (Varkey, 2010).

Literatürde, gelişmiş ülkelerdeki sağlık örgütlerinde, kalite iyileştirme girişimlerinin etkililiğini destekleyen kapsamlı araştırmalar mevcuttur. Nabitz, Klazinga

ve Walburg (2000), Hollanda'daki birçok örgütte Avrupa Mükemmellik Modelinin, kalite yönetiminde kullanılmaya başlandığından söz etmiştir. Moeller (2001), hemen hemen tüm Avrupa ülkelerinde, Avrupa Mükemmellik Modeli yaklaşımının temel alınarak sağlık bakımında iyileştirilmelerin gerçekleştiğine dair kanıtların çokluğundan bahsetmiştir.

Kroch ve diğerlerinin (2015) yapmış oldukları çalışmada, kalite, verimlilik, güvenlik ve şeffaflık odaklı belirli bir kalite iyileştirme iş birliğinin, hastane performansını iyileştirebildiğine dair kanıtları ortaya koymuşlardır. Çalışmada 600 hastanede, 6 yıl süreli olarak (2006-2011) ölüm oranları sonuçlarının istatistiksel analizi yoluyla genel bir etkisinin varlığı ortaya konmuştur.

Fransız hükümetinin 60 kalite geliştirme projesini değerlendirmeye yönelik girişimine ilişkin yaptığı araştırmada, hastanelerin % 82'sinde hedeflerine ulaşmada, % 50'nin üzerinde başarı oranı olduğu tespit edilmiştir. Projeye katılan hastanelerin neredeyse yarısında, kalite geliştirme yöntemi, diğer projelerle birlikte desteklenmiş ve bölümler tarafından benimsenerek genişletilmiştir. Çalışmada, hastanelerin, kaliteli araçlar kullanmaları yoluyla ve kalite geliştirme faaliyetlerine personelin dâhil edilmesiyle başarıyla sonuçlanabilecek projeleri yürütme kabiliyetine sahip oldukları, ampirik kanıtlarıyla ortaya konulmuştur (Maguerez vd., 2001).

Jarlier ve Charvet-Protat (2000), 448 makale üzerinde sistematik tarama yaptığı çalışmasında, kalite geliştirmeyi farklı projelerde uygulamanın kalitenin korunmasına ve geliştirilmesine yardımcı olduğuna dair kanıtların bulunduğunu vurgulamışlardır. Bunun yanında, kalitedeki artışın her zaman beklendiği düzeyde olmadığı da gözlenmiştir.

Literatür taramalarında, kalite geliştirme girişimlerinin etkililiğinin yönetim süreçleriyle sınırlı olmadığı, aynı zamanda çalışanlar ve hastalar üzerinde olumlu etkileri olduğunu ortaya koymaktadır. Kalite geliştirme ilkelerine dayanan standartların uygulanmasının, daha iyi motive olmuş personel üzerinde olumlu katkılar sağladığı gözlenmiştir. Çalışmada, personelin sürekli olarak hizmet geliştirme, ekip çalışması, iş doyumunu, sürekli gözetimsiz işe devam etme güveni ve işe olan istek konusundaki olumlu tutumları tespit edilmiştir (Appleby ve Jackson, 2000).

Kalite geliştirme ekiplerinde, hastane personelinin ve üst düzey yöneticilerin daha fazla katılımının, çeşitli hastanelerin kalite göstergelerinde daha yüksek değerlerde

doğru orantılı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Örgütsel birimler içerisinde, personelin yoğun şekilde harekete geçirilmesinin, kalite geliştirmeye örgütsel olarak engel çıkarabilecek yapısal, kültürel ve teknik engellerin üstesinden gelmek için gerekli olan "kritik kitle" yi yaratmaya yardımcı olduğu fikri desteklenmiştir (Weiner vd., 2006:326-327).

Kalite geliştirme çalışmalarına doktor katılımı ile hastane düzeyinde kalite göstergeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı ifade edilmekle birlikte, pratik anlamda klinik kalite geliştirme çabalarında, doktorların rolünün önemli olduğu vurgulanmaktadır. Çalışmalarda doktor katılımının kalite geliştirme çalışmalarında az olması, klinik kalite geliştirme başarısında en önemli engel olarak görülmektedir. Doktorlar, yeterli zamanları olmadığı ve klinik süreçlerdeki farklılıkları en aza indirme konusunda, kendi tedavi süreçlerine dair bağımsızlıklarının tehlikeye girebileceği endişesi ile kalite geliştirme çalışmalarına uzak durmaktadırlar (Shortell vd., 1995).

Pek çok araştırma sonuçları, kalite geliştirme ekiplerinde yaygın olarak doktor katılımının istenebileceği, kimi çalışmalarda ise; doktor katılımının istenmeyebileceği sonucuna gidilmektedir. Bununla birlikte bazı durumlarda, hastane genelindeki kalite göstergelerinin belirlenmesinde, hastane personelinin ve üst düzey yöneticilerin yaygın şekilde katılımı daha da önem kazanmaktadır. Tıbbi personelin büyük bir bölümünü kalite geliştirme çalışmalarında harekete geçirmeye çalışmak yerine, hastane liderleri, gönüllü veya seçilmiş hekimleri ihtiyaç duydukları durumlarda, kalite geliştirme faaliyetlerine dâhil ederek, kalite geliştirme çalışmalarının başarısında yol kat edilmesine yardımcı olabilirler (Weiner vd., 2006:327-328).

1.12. Sağlık Hizmetlerinde Standartların Önemi

Herhangi bir örgütün performansı, örgütün performans göstergelerine göre değerlendirmeye tabi tutulmasıyla ölçülebilmektedir. Göstergeler örgütün değişimlerini doğrudan ve dolaylı olarak ölçebilme kabiliyetine sahiptir. Sağlık örgütlerinde performans ölçüm göstergelerinin doğru seçimi, sağlık örgütünün hizmet kalitesinin iyileştirilmesine doğrudan etki etmektedir. Göstergeler örgütün performansını göstermesiyle, bu göstergelere odaklanmak ve bunları düzenli olarak değerlendirmek ve karşılaştırmak son derece önemlidir. Sağlık örgütünün performans göstergelerinin

tespiti kaynakların uygunluğunu, verimliliğini ve personel performansının etkinliğini yansıtmaktadır (Rahimi vd., 2014).

Kriterler ve standartlar; kalitenin genel kavram ve niteliklerinin gerçek ölçümlere dönüştürüldüğü araçlardır. Bu açıdan kalite kriterleri, ölçmek istediği kalite kavramlarına olabildiğince sadakatle karşılık gelmeli ve kriterler ve standartlar ölçülmesi kolay ve doğru olacak şekilde belirtilmelidir (Donabedian, 2003).

Performans ölçümünde kullanılan standartlar işletmenin geleceğine yönelik hedefleri ile doğru orantıda olmalı, temel olarak örgütün temel anlamda hareket ve faaliyetlerini yansıtabilmelidir. Performans ölçüm standartlarının belirlenmesinde yönetici ve çalışanlar ile etkileşim içinde olunmalı ve çalışanlar tarafından kolaylıkla anlaşılabilirlik. Standartlar tarafsız ve güvenilir bir şekilde ölçülebilmeli ve düzenli kullanılabilirlik kapasitesine sahip olabilmelidir (Çanakçıoğlu ve Demirbaş, 2010:217).

Teknik bakım kriterleri ve standartları hakkında ölçüt ve standartlara ilişkin çalışmalar, kalitenin diğer boyutlarına da uygulanabilmelidir. Örgütlerin performans ölçümünde kullanılacak standartların nitelikleri ayırt edilebilen özelliklere sahip olmalıdır. Donabedian sağlık örgütlerinde kullanılacak performans ölçüm standartlarının niteliklerini yedi başlık altında toplamıştır (Donabedian, 2003: 61):

- ✓ Türetme,
- ✓ İfade ve açıklama derecesi,
- ✓ Geçerlilik,
- ✓ Durum varyasyonuna uyum,
- ✓ Kaydedilebilirlik,
- ✓ Sıklık,
- ✓ Tarama etkinliği,

Sağlık hizmetlerinde etkili ve verimli bir sağlık bakım ve tedavi hizmetlerinin verilebilmesi, uluslararası alanda kabul görmüş kalite standartlarının, o ülkenin ihtiyaç duyduğu ve geliştirilmesi gereken alanlara dair kalite standartlarını da hesaba katarak, sistematik halde bir araya getirilmesine ve tatbik edilmesine bağlıdır. Uzun bir süreç sonucunda, belirli aşamalardan geçerek, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS-hastane Versiyon 5), Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış ve tüm sağlık örgütlerinde zorunlu bir uygulama olarak hizmete girmiştir. Üçüncü bölümde SKS'ye genel hatlarıyla yer verilmiştir.

1.13.Sağlıkta Kalite Standartları (SKS Hastane Versiyon-5)

Sağlıkta kalite standartları, genel anlamda belirli bir alandaki yüksek kaliteli sağlık hizmetinin önemli unsurları hakkında rehberlik sağlayan, kanıta dayalı, ölçülebilir ifadeler kümesidir. Bu standartlar sağlık hizmeti sunanların ve toplumun, geliştirilmesi veya iyileştirilmesi ihtiyacı duyulan alanlara odaklanmaktadır. Sağlıkta kalite standartları, klinik olarak tanımlanmış kitle, hizmet alanları ve sağlık sistemi sorunlarında tedavi ve bakımı ele almaktadır. Standartlar, öz ve ölçülebilir nitelikte geliştirilerek, sağlık hizmeti sunan personelin ve genel anlamda sağlık örgütünün uygulamalarını kolaylaştırmaktadır. Standartlar belirlenirken mesleki tedavi ve bakım standartları veya bireysel anlamda sağlık profesyonellerine yönelik uygulamalar konulması amaçlanmamıştır; bunun yerine, sağlık hizmetlerinde, kaliteli bakımın neye benzediğini tarif etme yoluna gidilmektedir. Kapsam belirleme süreci, mevcut klinik uygulama rehberlerinin ve diğer kanıt kaynaklarının taranmasını içermektedir. Veriler, mümkün olduğunca epidemiyoloji ve hastalık yükü, sağlık hizmeti kullanımı ve bakım kalitesi ile ilgili standartların anahtar boyutlarını ölçmek için kullanılmaktadır (<http://www.hqontario.ca>).

Pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de sağlık bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık bakım hizmetlerinde standartlaşmalara gidilmesi amacıyla uzun soluklu çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalar neticesinde sağlıkta kalite standartları rehberleri veya setleri oluşturulmuştur. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) sistematik bir yaklaşımla, Dünya Sağlık Örgütü’nün ortaya koymuş olduğu uzun vadeli hedefler gözetilerek; uluslararası gelişmeler, ülke sağlık sistemi ihtiyaç ve öncelikleri esas alınarak oluşturulmuştur. Standartların hazırlanma aşamasında, farklı paydaşların görüşlerine başvurulmuştur. Bu setlerden, SKS Hastane Seti üzerinde, 2005, 2007, 2008 ve en son, 2011 yılında geniş çaplı iyileştirmeler gerçekleştirilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında kamu, özel ve üniversite hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amacıyla “Hizmet Kalite Standartları” hazırlanmıştır (Öter ve Südaş, 2017). SKS Hastane Seti (Versiyon-4) tekrar gözden geçirilmiş, son versiyonu olan SKS Hastane Versiyon-5, Revizyon 01 (SKS, 2016), sağlık örgütlerinde uygulanmak üzere hizmete girmiştir.

Sistemin yasal dayanağı, Sağlıkta Dönüşüm Programının 8 ana bileşeninden 6ncısı olan “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” bileşenidir ve Sağlık Bakanlığının öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır.

2 Kasım 2011 tarihli, 663 Sayılı KHK'nin 8. Maddesi 1. Fıkrası (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevleri) “ı” bendinde yer alan “Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kurallarını belirlemek ve uygulamasını sağlamak” görevi gereğince, sistemin önemli bir kısmı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığınca yürütölmektedir.

Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemine ilişkin çalışmalar 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” kapsamında gerçekleştirilmektedir.

Türkiye’de kamu, özel ve üniversite statüsünde sağlık hizmeti veren tüm kurum ve kuruluşları kapsayacak şekilde Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) setleri (SKS, 2015) oluşturulmuştur. “Kurumsal Yapı, Sağlıkta Kalite Göstergeleri ve Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri ve Sağlıkta Kalite Standartları” olmak üzere, Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi'nin dört temel yapı taşı bulunmaktadır.

Kaliteli bir sağlık hizmetinin verilebilmesi, hedeflenen sağlık kriterlerinin yerine getirilebilmesi ile mümkün olabilecektir. Sağlıkta beklenen yüksek kaliteli hedefler genel olarak iki farklı sınıflamada ele alınmıştır. Birinci sınıflamada yer alan hedefler; örgütün hizmet sunum şeklini, bir diğer deyişle örgütün hizmetlerini nasıl ortaya koyacağına dair, Etkililik, Etkinlik, Verimlilik ve Sağlıklı alışma Yaşamı olarak sınıflandırılmaktadır. İkinci kategoride yerini bulan hedefler ise örgütten hizmet alanları doğrudan doğruya ilgilendiren, Hasta Güvenliği, Hakkaniyet, Hasta Odaklılık, Uygunluk, Zamanlılık, Süreklilik olarak nitelendirilmektedir (SKS,2016).

SKS (2016) setleri, puanlandırma sistematığı, standartlar ve değerlendirme ölçütlerine yönelik rehberlik ifadeleri ve eklerde yer alan yardımcı dokümanlar ile birlikte aynı zamanda sağlık hizmeti sunumu esnasında, karşılaşılabilecek riskleri en aza indirmeyi amaçlayan ve risklerin yönetimini sağlayan, bir araç niteliğindedir.

Sağlıkta kalite çalışmalarının etkin ve istikrarlı bir şekilde sürdürölebilmesi için, SKS ile birlikte, Sağlık Bakanlığı'nca yayımlanan çeşitli yardımcı rehberlerin bütöncöl bir bakış açısıyla ele alınması ve uygulanması gerekli olduğu ifade edilmiştir.

Sağlıkta kalitenin geliştirilmesi ve değerlendirilmesine dair 27 Haziran 2015 tarihli Sağlık Bakanlığı tarafından yönetmelik hazırlanmıştır. Bu yönetmelikte, “sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlıkta kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir” ifadesi yer almaktadır.

SKS olarak, “Bakanlıkça, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği başta olmak üzere verimlilik, etkililik, etkinlik, süreklilik ve zamanlılık gibi hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik geliştirilen standartların tamamını”, Değerlendirme olarak “Sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlıkta kalite standartlarının uygulanıp uygulanmadığını ve uygulanma düzeylerini belirlemek için yerinde yapılan incelemeyi “ifade etmektedir. Değerlendirici olarak “Bakanlıkça yetkilendirilen ve değerlendirme faaliyetlerini gerçekleştiren kişiyi”, kalite puanı olarak “Sağlık kurum ve kuruluşlarında yerinde yapılan değerlendirme neticesinde sağlıkta kalite standartlarının uygulanma düzeyini gösteren, sıfır ile yüz arasında tespit edilen değeri”, göstermektedir. İl kalite koordinatörlüğü olarak il sağlık müdürlüğünde sağlıkta kalite standartları çerçevesinde Bakanlık adına “iş ve işlemleri yürütmek ve koordine etmek üzere oluşturulan birimi” işaret etmektedir. Sağlık “kurum ve kuruluşu”: olarak, “Kamu ve özel sektöre ait hastaneleri, tıp/dal merkezlerini, ağız ve diş sağlığı merkezleri/hastanelerini, birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşları, poliklinikleri, tıbbi laboratuvarları, görüntüleme, kan ve diyaliz gibi merkezleri ile il ambulans servislerini” ifade etmektedir.

Bu yönetmelik (2015) uyarınca, sağlık kurum ve kuruluşları; “uygulamalarında sağlıkta kalite standartlarına uygun çerçevede düzenlemeler yapılmasını, SKS esas alınarak yapılan öz değerlendirmeler ve sağlıkta kalite değerlendirmeleri kapsamında gerekli görülen iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesini” zorunlu tutmaktadır. Bu yönetmeliğin ilanından sonraki altı ay içerisinde, bu sistemi, tüm sağlık örgütlerinin uygulamaya koymasını içermektedir.

Resmi Gazete'nin (2015) 293999 ilgili sayısında, değerlendirme süreci “Sağlıkta Kalite Standartları uygulamalarının değerlendirilmesi her yıl Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği tarihlerde bakanlığın görevlendirmiş olduğu uzmanlar tarafından yapılmaktadır. O yıla ait kalite puanı 95 ve üstü olan sağlık işletmesi, öz değerlendirme

sonuçlarını takip eden yılın Ocak-Haziran ayları arasında değerlendirme raporlarını Bakanlığa göndermeleri durumunda, o yıl değerlendirme yapılmaz ve mevcut kalite puanının geçerliliği devam eder. Ancak kurum ve kuruluşun talebi üzerine yeniden değerlendirme de yapılabilir” şeklinde ifade edilmektedir.

SKS-Hastane (2016) 5 Boyut, 39 Bölüm, 557 Standart, 1100 değerlendirme göstergesinden oluşmaktadır. SKS-Hastane, yapı, süreç ve sonuç odaklı olarak, hastanenin tüm bölümlerini kapsayacak tasarımda hazırlanmıştır.

1.13.1. SKS'nin Boyutları

SKS-Hastane; kurumsal hizmetler, hasta ve çalışan odaklı hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri ve gösterge yönetimi” olmak üzere 5 boyutta ele alınmaktadır.

Bu boyutlar; hastanelerde sunulan hizmetler, yönetsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler temel alınarak, hastanenin tüm bölümlerini kapsayacak şekilde belirlenmiştir.

1.13.1.1. Kurumsal Hizmetler Boyutu

SKS (2016), “Kurumsal Hizmetler Boyutu; hastanede, tüm çalışanların yer aldığı etkin bir kalite yönetim yapılanması meydana getirerek, kaliteli hizmet sunumuna ilişkin faaliyetlerin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere, hazırlanmış standartlar” içeren bölümlerden oluşan boyuttur (SKS, 2016: 64-111).

1.13.1.2. Sağlık Hizmetleri Boyutu

Sağlık Hizmetleri Boyutu; “hastanede verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SKS-Hastane hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar” içeren bölümlerden oluşan boyuttur. Bu boyutta yer alan bölümler, “hasta bakımı, ilaç yönetimi, enfeksiyonların önlenmesi, sterilizasyon hizmetleri, transfüzyon hizmetleri, radyasyon güvenliği, acil servis, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi, yenidoğan yoğun bakım ünitesi doğum hizmetleri, diyaliz ünitesi, psikiyatri hizmetleri, biyokimya laboratuvarı, mikrobiyoloji laboratuvarı, patoloji laboratuvarı, doku tipleme laboratuvarı” bölümlerini kapsamaktadır (SKS, 2106:146).

1.13.1.3. Destek Hizmetleri Boyutu

Destek Hizmetleri Boyutu; “tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli alt yapıyı oluşturmak amacıyla hazırlanmış standartlar”

içeren bölümlerden oluşan boyuttur. Destek Hizmetleri Boyutu; “Tesis Yönetimi, Otelcilik Hizmetleri, Bilgi Yönetim Sistemi, Malzeme ve Cihaz Yönetimi, Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri ve Atık Yönetimi” bölümlerinden oluşmaktadır (SKS, 2016:330).

1.13.1.4. Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu

Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu; “hastaların temel haklarını, güvenliğini ve memnuniyetini, çalışanların ise, sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmalarını sağlamak, sunulan hizmetlere hasta ve çalışan perspektifinden bakmak” amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur. “Hasta deneyimi, hizmete erişim, yaşam sonu hizmetler, sağlıklı çalışma yaşamı” bölümleri, “hasta ve çalışan odaklı hizmetler” boyutu içerisinde yer almaktadır (SKS, 2016:116).

Sağlıkta Kalite Standartlarının hazırlanması kadar, bu standartların sağlık örgütlerinde etkili ve doğru bir şekilde tatbik edilmesi ve sonuçlarının değerlendirmesi son derece önemlidir. Sağlıkta kalite standartları oluşturulurken, hasta ve sağlık hizmeti sunan personel ve profesyonel sağlık personelinin beklenti ve ihtiyaçlarının da karşılanması ve beklentilerin karşılanıp karşılanmadığı ve memnuniyet seviyelerinin ölçülmesi gerekmektedir. Sağlıkta kalite standartları, ölçme ve değerlendirme kültürünü hastanelere kazandırmada önemli bir ilerleme aracı olarak görülmektedir (Ertaş ve Çelik, 2018).

Sağlıkta Kalite Standartları uygulamaları sonrasında, sağlık hizmeti sunanlar arasındaki ilişkilerde olumlu yönlerde ilerleme kaydedilmiş, hasta ve sağlık hizmeti sunanların güvenliği ile ilgili konularda gelişmeler sağlanmıştır. Ayrıca SKS'nin hasta ve çalışan memnuniyetine önemli seviyelerde katkı sağladığı, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve hataların rapor edilmesinde artış, dokümantasyonda standartlaşmaya gidildiği, kalite kapsamına tüm birimlerin alındığı ve hasta güvenliği konusunda ilerlemeler kaydedildiği gözlemlenmiştir. Sağlıkta Kalite Standartlarının kendi içerisinde büyük bir gelişme gösterdiği ve bu gelişmelere paralel olarak önceki dönemlere kıyasla, kalite alanında, büyük iyileştirmelere yol açtığı ifade edilebilmektedir (Ertaş ve Çelik, 2018).

1.13.1.4.1. Hasta Deneyimi

Hasta deneyimi; hastanede uygulanan kalite standartlarının değerlendirilmesinde, hasta ve yakınlarının algılarının tespit edilmesidir. Elde edilen veriler doğrultusunda hasta memnuniyetinin artırılması amaçlanmaktadır.

Sağlık örgütlerinde hasta ve hizmet sunanların memnuniyeti, hizmet kalitesinin göstergelerinden kabul edilmektedir. Çok az sayıda yeni çalışma, sağlık hizmeti sunan ile hasta memnuniyeti arasındaki doğrudan ilişkiyi incelemiştir. İngiltere'deki sekiz hastaneyi kapsayan bir araştırmada, sağlık hizmeti sunanların deneyimleri aynı sağlık örgütündeki hasta değerlendirmeleriyle ilişkilendirilmiştir. Çalışmada sağlık hizmet sunanların iş deneyimlerinin doğrudan hasta bakımı deneyimine etki ettiği sonucuna varılmıştır (Dawson, 2014). Uygulanan kalite standartları bir bakıma, bu standartları uygulamadaki başarının farklı bakış açıları ile değerlendirilmesine yardımcı olacaktır.

Sağlıkta Kalite Standartları seti içerisinde hasta deneyimine dair 13 adet standart bulunmaktadır (SKS, 2016 :120-127). Bunlar:

- ✓ “Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir,
- ✓ Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikâyetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir,
- ✓ Hasta memnuniyeti anketleri uygulanmalıdır,
- ✓ Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir,
- ✓ Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızası alınmalıdır,
- ✓ Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır,
- ✓ Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir,
- ✓ Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımını durumunda hasta rızası alınmalı, hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir,
- ✓ Hastanın, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanlara erişebilmesi sağlanmalıdır,
- ✓ Hastaların; kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır,

- ✓ Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır,
- ✓ Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır,
- ✓ Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenleme yapılmalıdır”.

SKS kapsamında yatan hasta memnuniyetini ölçmek amacıyla 14 sorudan oluşan anket oluşturulmuştur. Bu anket ölçeğinde hasta ve hasta yakınlarının hastanenin uygulamış olduğu kalite standartlarına dair örgütsel performans “evet, biraz/kısmen ve hayır” seçenekleri ile tespit edilme yoluna gidilmektedir. Hasta memnuniyet anketleri on altı yaşından büyük hastalara ve hasta yakınlarına uygulanmaktadır. Anketler gönüllülük esasına dayanmakta, ay içerisinde yatan hastalara asgari 15 ile 25 sayı aralığında ve her ay uygulanmaktadır (SKS Memnuniyet Anketleri Rehberi, 2015).

1.13.1.4.2. Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Sağlık örgütünün performansını, sağlık hizmetini sunanlar perspektifinden değerlendirerek, çalışanlara ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanması amaçlanmaktadır. Kalite standartlarının yerine getirilmesi ile “Sağlıklı Çalışma Yaşamı, Etkililik, Etkinlik ve Verimlilik” hedeflenmektedir. Bu bölümde 12 adet standart bulunmaktadır (SKS, 2016: 138-145). Bu standartlar:

- ✓ “İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır,
- ✓ Hastanenin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır,
- ✓ Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır,
- ✓ Çalışanların görevlerine ilişkin performans kriterleri belirlenmelidir,
- ✓ Hastane, sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanması için yıllık hedeflerini belirlemelidir,
- ✓ Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik düzenleme bulunmalıdır,
- ✓ Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır,
- ✓ Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır,
- ✓ Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır,

- ✓ Hastanede engelli ve kronik hastalığı olan personele yönelik düzenlemeler yapılmalıdır,
- ✓ Çalışanların görüş, öneri ve şikâyetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.
- ✓ Çalışan memnuniyet anketleri uygulanmalıdır”.

Çalışan memnuniyetini ölçmek amacıyla Sağlık Bakanlığınca 9 soru ile bir anket formu oluşturulmuştur. Bu anket ölçeğinde sağlık hizmeti sunanların hastanenin uygulamış olduğu kalite standartlarına dair örgütsel performans “evet, biraz/kısmen ve hayır” seçenekleri ile tespit edilmektedir. Anketin sağlık hizmeti sunan örgütteki personelin en az %50’sini kapsayacak şekilde uygulanması gerekmektedir ve her yıl iki kez, mart ve eylül aylarında bu anketler uygulanmak zorundadır.

Sağlık hizmeti sunanlara yönelik memnuniyet anketleri ilk defa sağlık örgütlerinde 2008 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Anketler sağlık hizmetlerinde standartların geliştirilmesinde önemli bir unsur olarak görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde uygulanan kalite standartları sayesinde, sağlık örgütünde örgütsel düzeyde gelişmeler olup olmadığının belirlenmesi şüphesiz gerekli performans değerlendirilmeleri neticesinde ortaya çıkacaktır.

1.13.1.5. Gösterge Yönetimi Boyutu

Gösterge Yönetimi Boyutu; “belirlenen süreçlere yönelik performansı izleyip değerlendirmek sureti ile kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamak” amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur. Gösterge yönetimi boyutu; “göstergelerin izlenmesi, bölüm bazlı göstergeler ve klinik göstergeler” den oluşmaktadır (SKS, 2016:382).

SKS (2016), hastanede takip edilmesi gerekli göstergeler ile ilgili olarak ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetlerinin göstergeler aracılığıyla gerçekleştirilmesini öngörmektedir. Hastanenin yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, SKS bölüm bazlı göstergeler ve klinik göstergeler bölümlerinde yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenmesini zorunlu tutmakta ve bölüm bazlı göstergeler ve klinik göstergeler bölümlerine ilişkin Bakanlıkça yeni göstergeler yayınlanması durumunda, yeni listelerin esas alınmasını şart koşmaktadır. SKS rehber kitapçığında, göstergelerin belirlenmesinde, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımının sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır.

Göstergelerin izlenmesinde amaç; hastanede ölçüm sistematığı ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve iş birliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

Klinik göstergelerde amaç “ülke öncelikleri ve hastalık yükleri dikkate alınarak belirlenen sağlık olgularına yönelik kalite göstergeleri vasıtasıyla, bu olgulara ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetin sonucunda elde edilen klinik çıktılarının, somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesinin sağlanmasıdır”.

SKS bölümlerine yönelik kalite göstergeleri aracılığıyla “bu bölümlere ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetin sonucunda elde edilen çıktılarının, somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesinin sağlanması” amaçlanmaktadır.

SKS (2016), “göstergeler için kullanılacak veri kaynaklarının tanımlanmasını ve veri toplama aralıkları, hastanenin ihtiyaçları ve imkânları doğrultusunda belirlenmesini ifade etmektedir. Veri toplama yöntemi göstergenin özelliğine göre belirlenmeli, göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarla veriler analiz edilmelidir. Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanması yapılmalı ve uygulanmalıdır. Ayrıca göstergelere ilişkin sonuçların, Bakanlıkça oluşturulan elektronik veri tabanına gönderilmesi zorunluluğu bulunmaktadır.”

İKİNCİ BÖLÜM

ÖRGÜTSEL PERFORMANS VE ÖRGÜTSEL PERFORMANS ÖLÇÜMÜNDE KULLANILAN MODELLER

2.1. Performans Ölçümü

“Performans; amaç ve stratejilere göre farklılık gösterebilen, örgüt stratejisine göre belirlenen hedefler doğrultusunda kullanılan kaynakların ölçülmesi, belirlenen hedefe ulaşılabilirlik düzeyi, hedefli bir faaliyetin verimliliği, etkinliği, kalitesi, müşteri memnuniyeti, esnekliği, yeniliği, kârlılığı gibi unsurların arasındaki ilişkiler bütünü” olarak tanımlanmaktadır (Çanakçıoğlu ve Demirbaş, 2010).

Performans, çıktı sonuçlarını ve bunların hedeflere, standartlara, geçmiş sonuçlara ve diğer örgütlere göre değerlendirmeye ve karşılaştırmaya izin veren, süreçlerden, ürünlerden ve hizmetlerden elde edilen sonuçları ifade etmektedir. Kriterler, yüksek performans gösteren işletmelerde bulunan bir dizi ilişkili temel değer ve kavram üzerine inşa edilmiştir. Bu değerler ve kavramlar, başlıca iş gereksinimlerine eylem ve geri bildirim temel oluşturmak amacıyla sonuç odaklı bir çerçevede bütünleştirmeyi sağlamaktadır. Performans “sürdürülebilir bir pazar mevcudiyeti sağlayan verimlilik, üretkenlik, etkililik seviyesine ulaşan örgütün rekabet gücü” olarak tanımlanmaktadır. İyi bir performans gösteren örgüt verimli, rekabetçi ve üretkendir. Drucker, etkili olmayı “iyi planlanmış işleri yapma”; verimliliği “hedeflere ulaşma derecesi” olarak tanımlanmıştır (Grigore vd., 2010).

Örgütsel performans kavramı akademik literatürde oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. 1950'lerde örgütsel performans, bir sosyal sistem olarak görülen örgütlerin amaçlarını yerine getirebilme derecesi olarak ifade edilmiştir. 1960'lı ve 1970'li yıllara gelindiğinde, örgütler performanslarını değerlendirmenin yeni yollarını keşfetmeye başlamışlardır. Performans; bir örgütün sınırlı kaynaklara erişebilme ve bu kaynakları kullanabilme amacıyla çevresel faktörleri kullanma yeteneği olarak yerini almıştır. 1980'li ve 1990'lı yıllar, örgütsel hedeflerin belirlenmesinin başlangıçta düşünülen daha karmaşık olduğunun fark edilmeye başlandığı yıllar olmuştur. Yöneticiler, en az kaynak kullanarak örgütün hedeflerine ulaşabileceğinin farkına

varmışlardır. Böylece, sınırlı kaynakların dayattığı kısıtlamalara dayalı performans hedeflerine ulaşabilen örgüt fikri yaygınlaşmıştır. Bu bağlamda, kar; performans göstergelerinden biri halini almıştır. Bütün bu gelişmeler neticesinde örgütsel performansa dair tanımlamalar geliştirilmiştir (Gavrea, Ilieş ve Stegorean, 2011):

- ✓ Performans, hedeflerin ve sonuçların başarıma derecesi hakkında bilgi sunan bir dizi finansal ve finansal olmayan göstergelerdir
- ✓ Performans dinamiktir, yargı ve yorum gerektirir.
- ✓ Performans, mevcut eylemlerin gelecekteki sonuçları nasıl etkileyebileceğini açıklayan nedensel bir model kullanılarak gösterilebilir.
- ✓ Performans kişiden kişiye farklı anlaşılabilir.
- ✓ Performans kavramını tanımlamak, örgütün her sorumluluk alanına özgü unsurlarını bilmek ile mümkün olabilmektedir.
- ✓ Bir örgütün performans seviyesini belirlemek amacıyla performansı ölçebilmek gereklidir.

Bütün bu tanımlamalar ışığında, örgütlerin uygulamalarını ölçmede tek bir performans ölçüm yönteminin bulunmadığı vurgulanmaktadır. Yapılan tanımlamalar doğrultusunda performans ölçüm araçlarında da farklılıkların ortaya çıkması kaçınılmaz olmaktadır. Performans ölçüm yöntemlerinde de kendi aralarında günün şartlarına bağlı olarak çeşitlemelere gidilebilmektedir.

2.2. Performans Ölçümünde Kullanılan Yöntemler

Tarihsel anlamda performans yönetimi ve performans ölçüm tekniklerine bakıldığında farklı bir seyir izlediği görülecektir. Günümüzde performans değerlendirme teknikleri olarak, süreçlerin yalnız başına incelenmesinden, sistem yaklaşımına, finansal yöntemlerin kullanımından, finansal olmayan ikinci nesil yöntemlerin kullanılmasına şahit olunmaktadır. 1940'larda Deming ve Shewart operasyonel süreçlere odaklanmışlar ve sebep-sonuç tabloları ile ilgilenmişlerdir. 1960'larda İnsan Kaynakları Yönetim Muhasebesi kullanılmış ve 1970'lere gelindiğinde senaryo planları ve finansal kararlara girdiler sağlanmıştır. Günümüzde ise geleneksel olmayan performans yönetim sistemleri ve modelleri kullanılmaya başlanmıştır (Yüreğir ve Nakipoğlu, 2007:546).

Geleneksel anlamda performans ölçümü satış, kar oranları, borç ve yatırım oranları gibi, finansal ölçümlere odaklanmakta iken günümüzün iş çevresinde, finansal ölçümlerin, tek başına işletmenin bütününe değerlendirmede yeterli olamayacağı kanısı güç kazanmıştır. Aynı zamanda, herhangi bir örgüt yönetiminin karmaşık yapısı gereği, yöneticilerin pek çok alanda performansa farklı bakış açıları geliştirmelerine yol açmıştır (Kanji ve Sa, 2006).

Son yıllarda örgütlerin çevrelerinde ve kendilerindeki meydana gelen değişiklikler, mevcut kontrol mekanizmalarının eksikliklerini gidermek için yeni yaklaşımların benimsenmesini gerektiren birtakım zorlukları ortaya çıkarmıştır. Bu gibi durumlarda, örgütleri daha karmaşık bir şekilde gözlemlemek gerekli hale gelmiş, böylece ticari performansın belirlenmesi hem finansal hem de finansal olmayan göstergelerin kullanılmasını gerektirmiştir. Ürün kalitesi, müşteri memnuniyeti, iş esnekliği, teslim süresi, yeni ürünlerin piyasaya sürülme zamanı ve benzerleri bilançoda gösterilememektedir. Performans ölçüm sisteminin yeniden tasarlanması, kârlılıktaki düşüş, hisse fiyatlarındaki artış örgütsel stratejideki değişiklikler, iş sürecinin yeniden tasarlanması, yeni teknolojilerin ortaya çıkması, yeni yetkinlik, çalışanların ilgisini çekmek ve elde tutmak amacıyla performans ölçüm sistemlerinin yeniden tasarlanmasını gerektirmiştir (Janjić vd., 2015).

Finansal temelli ölçüm sistemlerinden uzaklaşılmasının 1990'lı yılların başlarında ivme kazanmasıyla birlikte kısa sürede örgütsel uygulamalarda önemli değişiklikler yaşanmıştır. Finansal olmayan performans ölçümünde, hangi ölçümlerin seçilmesi gerektiği ve gerekçeleri, onların nasıl kullanılacağı, elde edilen bulguların nasıl değerlendirileceği ve ne yapılması gerektiği, bulguları nasıl ve kime sunmak gerektiği gibi sorular etkili bir performans ölçüm sistemi tasarlanırken karşı karşıya kalınan sorulardan olmuştur (www.bpir.com).

Performans yönetimi örgütün ayrılmaz bir parçasıdır. Örgütsel performans yönetimi denetleyenlere, yöneticilere, çalışan performansını ölçerek çalışanların örgütten beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığını belirlemek ve en genel anlamda örgütün performansını ortaya koymak için en uygun platformu sağlamaktadır. Performans ölçüm yöntemleri, çalışma ortamına, iş türüne ve bir dereceye kadar çalışanların meslek gruplarına göre değişiklikler gösterebilmektedir (Mayhew, 2019).

Performans ölçümüne dair finansal sonuçlara ilişkin veriler finansal olmayan bilgilerle desteklenmelidir. Bu sayede sonuçlara sebebiyet veren faktörler hakkında daha ayrıntılı bilgi sağlanabilecektir. Finansal ve finansal olmayan performans ölçütlerinin çok boyutlu bir raporlama sisteminde sunumu ve aralarındaki korelasyonlar elde edilen sonuçların daha net ve daha eksiksiz bir resmini sağlayabilecektir. Bu, klasik kontrol rolünün ötesine geçen entegre performans ölçüm yöntemlerinin uygulanmasını gerektirmektedir. Entegre bir performans ölçüm sisteminin başarılı bir şekilde uygulanması, günlük, haftalık ve aylık raporlama ve örgütün tüm kritik başarı faktörlerinin dâhil edilmesi için gerçekçi bir ölçüm gerektirmektedir (Janjić vd., 2015).

2.2.1. Performans Ölçümünde Finansal Yöntemler

Örgütsel finansal performans, bir örgütün mali durumundaki değişimin veya yönetim kararlarından ve bu kararların örgüt çalışanları tarafından yerine getirilmesinden kaynaklanan finansal sonuçların bir ölçümüdür. Bu sonuçların algılanması göreceli olduğundan, performansı temsil eden ölçümler karşılaştırılan diğer örgüt veya örgütlerin performans göstere sonuçlarına göre değerlendirmeye tabi tutulabilmektedir.

Geleneksel anlamda bilinen performans ölçüm sistemlerinde finansal ölçümlerin kullanılması, sonuçları itibarıyla objektif ve kesin sonuçları ortaya koyabilmektedir. Finansal performans ölçümleri, örgütün ortaya koymuş olduğu uzun vadeli hedeflerin doğrudan doğruya belirlenmesi ile örgütsel performansa bütünsel bir bakış açısı sağlayabilmektedir. Beklentinin altında gerçekleşen kar oranları, o örgütün strateji belirlemede yeterince başarılı olmadığını rahatlıkla gösterebilmektedir (İraz, 2009: 48).

Performans ölçümünde finansal yöntem, bir örgütün stratejilerini ve planlarını gerçekleştirilmesine yardımcı olmak ve kurumsal hedeflere ulaşılmasını desteklemek için çeşitli araçların, tekniklerin ve sistemlerin kullanılmasını içermektedir. Başarılı bir şekilde örgüt stratejisini uygulama, planlama ve öngörme, finansman ve kaynak tahsisi, gelir ve maliyet yönetimi, hedeflere göre performansı yönetme ve operasyonel yönetim ve varlıkların kullanımını geliştirme dâhil olmak üzere çeşitli disiplinleri ve alanları içermektedir. Aynı zamanda bir örgütün nakit akışı ve işletme sermayesi yönetimi gibi mali durumlarının yönetimi, öngörü, bütçeleme içermektedir. Bunun yanında proje ve yatırım değerlendirmelerinde analitik yaklaşımları kullanarak, kaynakların önemli

projelere ve yatırımlara tahsis edilip edilmediğine dair değerlendirmeler yapılmasına katkıda bulunmaktadır (www.ifac.org).

Literatürde örgütsel performans ölçümünde finansal kaynaklı yaygın olarak yapılan sınıflandırma; Knight'a (1998) ait olan gelir tabanlı, nakit tabanlı, getiri tabanlı ve değer tabanlı ölçülerdir (akt., Ertuğrul, 2009).

2.2.2. Performans Ölçümünde Finansal Olmayan Yöntemler

Geleneksel manada örgütlerin performans ölçüm odağını finansal ölçümler oluşturmuştur. 1980'lerin sonlarında, örgütlerin karmaşık yapısı ve rekabet edilen pazarların durumundan kaynaklanan sebeplerle, “örgütsel performansı tahmin etmek” performans ölçümünü mali verilere dayandırmanın yeterli olmadığını göstermiştir. Müşteri sadakati, çalışan memnuniyeti, iç süreçler ve örgüt inovasyonu gibi finansal olmayan faktörler de örgütsel performansın ölçülmesinde yerini almıştır (Striteska ve Spickova, 2012).

Tipik olarak finansal ölçümler, işletmelerin fiziksel varlıklara yatırım yapma ve yönetme yeteneklerini yakalamaya odaklanmaktadır. Bununla birlikte, örgütlerin bilgi ve maddi olmayan varlıklara dayanarak daha fazla rekabet ettiği bir dünyada, geleneksel finansal ölçüm sistemleri, örgütsel performansın farklı boyutlarını yakalamada yeterince etkili olamamaktadır. Finansal olmayan ölçümlerin iç ve dış örgütsel raporlamaya eklenmesi, finansal ölçümlerle yakalanamayan örgütsel performans hakkında yöneticilere son derece değerli bilgiler sağlayabilmektedir (Malgharni vd., 2011:1134).

Başarılı örgütler, sürekli ve tutarlı bir düşünce ile kendilerini rekabetten farklılaştırma becerisine eleştirel olarak bağlıdırlar. Bu bağlamda, değişim adaptasyonu ve ilerleme, örgütlerin yüksek derecede rekabet edebilirliğinin yaratılmasında hayati bir role sahiptir. Rekabet edebilirlik şartlarının etkin bir şekilde, örgütlerin sürekli olarak kendilerini değerlendirebilmelerine bağlıdır. Bünyesinde toplam kalite yönetimi uygulayan örgütler, örgütün genelini kapsayan performanslarını ölçmek ve değerlendirebilmek amacıyla, bütüncül performans ölçme ve örgütsel mükemmeliği geliştirmeye yarayan, modern anlamda mükemmeliyet modellerine ihtiyaç duyarlar. Günümüzde, içerisinde farklı özellikler barındıran bu modern performans ölçüm araçları, örgütün temel yapısına göre farklı modellerin seçilmesinde etkili olabilmektedir. Örgüt yapısı, stratejik yönetim anlayışı, örgüt kültürü, çevresel faktörler gibi örgütün özelliklerine bağlı olarak, performans ölçüm yönetim modelleri tercih

sebebi olabilmektedir. Tablo 2.1’de örgütsel performansın ölçümünde kullanılan bazı yöntemler ve onlara ait açıklayıcı bilgiler yer almaktadır.

Tablo 2.1. Örgütsel Performans Ölçüm Yöntemleri

Kurumsal Karne	Örgütün stratejik hedefleri doğrultusunda gelişmeyi izlemek için müşteri perspektifi, örgüt içi süreçler, öğrenme ve büyüme ve finans dâhil olmak üzere dört perspektife odaklanır.
Kıyaslama	Örgütsel performansla bir bakış açısı kazandırmak için diğer örgütlerle karşılaştırma yapmak amacıyla hizmet veya endüstride standart ölçümler kullanır. Kendi başına, performansı iyileştirmek için garanti edilen kapsamlı bir süreç değildir, kıyaslama sonuçlarından elde edilen sonuçlar daha genel süreçlerde kullanılabilir. Kıyaslama çoğu zaman kaliteli bir girişim olarak algılanır.
İş Sürecinin Yeniden Yapılandırılması	Örgütün yapısını ve süreçlerini bütünüyle yeniden başlatmak da dâhil olmak üzere köklü bir şekilde yeniden tasarlayarak performansı artırmayı amaçlar.
ISO9000	Uluslararası kabul görmüş bir kalite standardıdır ve ISO 9000 standardını gerçekleştirmek için yönergeler içerir. Kuruluşlar isteğe bağlı olarak ISO9000 sertifikası almak için denetlenebilir.
Bilgi Yönetimi	Sonuçlara ulaşma kapasitesini artırmak için örgütte kritik bilgilerin toplanması ve yönetilmesine odaklanır. Bilgi yönetimi genellikle bilgisayar teknolojisinin kapsamlı kullanımını içerir. Kendi başına, bu performansı iyileştirmek için garanti edilen kapsamlı bir süreç değildir. Örgüt için genel sonuçlara ulaşma konusundaki etkinliği, örgütte geliştirilmiş, kritik bilgilerin ne kadar iyi uyarlandığına bağlıdır.
Hedeflere Göre Yönetim	Örgütün genelinde hedefleri ve alt hedefleri aynı çizgide tutmayı amaçlar. İdeal olarak, çalışanların hedeflerini belirlemek için güçlü girdiler almayı, hedeflere ulaşma sürecinde devam eden takip ve geri bildirimleri içerir. Hedeflere Göre Yönetim genellikle bir planlama şekli olarak algılanır.
Toplam Kalite Yönetimi	Müşteri ihtiyaçlarının sürekli olarak karşıladığından veya aşıldığından emin olmak için örgütün genelinde uygulanan yönetim uygulamaları kümesidir. Sürekli iyileştirme elde etmenin bir aracı olarak, süreç ölçümüne ve kontrollerine güçlü bir odaklanma vardır.

Kaynak: wcoomdpublishings.org’dan alınmıştır. (İngiltere Denetim Komisyonu, 2000, Performans Ölçümü İlkelerini Geliştirme)

Finansal performans ölçümlerinin bir takım avantaj ve dezavantajları olduğu gibi, performans ölçümünde finansal olmayan yaklaşımının da birçok avantajı ve dezavantajları bulunmaktadır. Finansal olmayan performans ölçümünün avantajlarından son kullanıcıya odaklanma, daha alt seviyedeki birimlere odaklanma, kaynakların dağıtımında iyileştirmelere gitme ve karar verme süreçlerini iyileştirme ile ilgili avantajlar olabilmektedir. Bunun yanında, çalışanların eğitim ve öğretim

maliyetlerinin artması, kalite göstergelerinin maliyetli bir şekilde uygulanması, ölçülebilir somut veri elde etmedeki gecikme, rekabet ve ekip çalışmasının bozulması gibi bir takım dezavantajlar da sayılabilmektedir. Avantaj ve dezavantajların karşılaştırılması, yani maliyet fayda analizlerinin uygulanması, nitel bir yaklaşımla performans ölçümünün ekonomik olarak mümkün olup olmadığı sonucuna götürecektir (Janjić vd., 2015).

2.3. Sağlık Örgütlerinde Performansı Ölçme İhtiyacı

Günümüzün sağlık örgütleri değişen doğası gereği maliyetleri düşürme, bakım kalitesini iyileştirme ve katı TKY standartları kurallarına uyma baskısı, sağlık politika yapıcılarını ve sağlık politikaları uygulayıcılarını, örgütsel performans değerlendirmede yeni yaklaşımları benimsemeye sevk etmiştir. Pek çok sağlık örgütü, performans değerlendirmesi yaparken finansal ölçümlerin ötesine bakma gereğini kabul etmiş olsa bile, hangi performans ölçütlerinin seçileceği ve bu ölçüt sonuçlarının ne şekilde kullanılabileceği ile ilgili sorulara yanıtlar aramaktadırlar.

Yeni performans ölçümleme modellerinin ortaya çıkmasıyla birlikte, örgütü bütüncül bir performans değerlendirme yaklaşımları ile değerlendirme imkânı sağlanmıştır. Bütüncül performans ölçüm tekniklerinin amacı, uygulanan performans standartlarının, tüm örgütü içine alacak şekilde ve seviyelerde, örgütün performansını çok boyutlu olarak değerlendirmesini yapmaktır (Park vd.,2011; Hassan, 2006).

Performans ölçüm faaliyetleri ile kalite iyileştirme arasındaki teorik ilişki, kalite geliştirme uygulamalarını iyileştirmeye yönelik doğal bir baskı unsuru olarak kabul görmektedir. Her ne kadar performansı izlemek amacıyla, örgütü doğal ortamından izole etmek mümkün olamadığından, performans sonuçlarının genellikle gerçek olup olmadığını değerlendirmenin zorluğu vurgulansa da performans ölçme faaliyetleri, kalite geliştirmeyi teşvik etmeye yönelik bir takımın parçaları olarak görülmelidir (Hibbert vd., 2013:88)

Modern anlamda kalite yaklaşımı; tamamiyle bilimsel ve istatistiki kriterler dâhilinde düşünmeyi gerektirmektedir. Diğer bilim dallarında olduğu gibi, sağlık bakım hizmetlerinde de meydana gelebilecek problemlerin teşhis edilmesi, çareler aranması, sonucunda iyileştirmelere gidilmesi ve çıkan sonuçların testlere, ölçümlere tabi tutulması ve değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumu

esnasında meydana gelebilecek varyasyonların en aza indirilmesi ve mümkün olduğunca standartlaşmaya gidilmesi örgütsel performansın ölçülebilmesi sayesinde gerçekleşebilmektedir (Kaya, 2005:78).

Performans ölçümü, bir örgütün mevcut sisteminin iyi çalışıp çalışmadığını belirlemeye yönelik güvenilir işlem sağlama kapasitesini ortaya koymaktadır. Performans uygulamalarını, gerçekte olması gerekenlerden ayırt etmek, iyileştirmelere gerek kalmadan, önlem almak, sağlam kanıtlara dayalı kararlar verebilme, değişikliklerin veya düzenlemelerin iyileştirmelere yol açıp açmadığını görmek, performans karşılaştırmalarına izin vermek, iyileştirmelerin zaman içerisinde devam etmesini sağlamak, süreç değişikliklerini izlemek gibi sebepler performans ölçümünün gerekçeleri arasında sayılabilmektedir. Bütün bunların yanında, devlet tarafından akredite olan örgütler ve finansmana kaynaklık eden örgütler, kaynakların etkin ve verimli kullanıldığına kanıt olarak performans ölçümüne güven duymaktadırlar. Tüm bunların ötesinde sağlık hizmeti sunan örgütlerde klinisyenler, kanıta dayalı bakımın etkinliğini ölçebilmek amacıyla, yaygın olarak performans ölçümüne bel bağlamaktadırlar (HRSA, 2011).

Sağlık hizmeti sunan örgütlerde, performansı değerlendirmek ve bu doğrultuda sunulan hizmetlerin kalitesini artırmak, verilerin açıklanması toplum bilincinin artırılmasında önemli bir role sahiptir. Önlenebilir tıbbi kazalara olan hassasiyetin toplum nazarında artması, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi sürecinde, sağlıkta bakım kalitesinin korunması ya da geliştirilmesi, hasta hakları ve hasta güvenliğinin korunması ve hedef nüfusun ihtiyaçlarını karşılanması, toplum ve devlet nazarında en öncelikli konular konumuna getirmiştir (Hirose vd., 2003).

Kalite ölçütleri sağlık örgütlerinde hizmetleri değerlendirmek ve kalite geliştirme programlarını tetiklemesi açısından oldukça önemlidir. Sağlık hizmetini satın alanlar ve hastalar için bilinçli kararlar verme yolunda, sağlık hizmeti sunan örgütün kalite geliştirme ve akreditasyon düzenlemesi konularındaki performanslarını izlemek oldukça faydalı olacaktır. Sağlık örgütlerinde performans ölçüm yoluna gidilmesi, örgütlerin kalitelerini daha iyi bir seviyeye yükseltmek amacıyla, örgütlerin kullandıkları teknolojileri gözden geçirmelerine fırsat tanımaktadır (Hassan, 2006). Bununla birlikte Honkong'da, kamu hastaneleri ile ilgili performans ölçümlerine dair vaka çalışması yöntemi ve boylamsal veriler kullanılarak yapılan bir çalışmada,

performans ölçümlerinde kalite vurgusunun yapılmasına rağmen, hala maliyet kontrolünün birincil odak noktası olarak kullanıldığı ifade edilmektedir (Yuen ve Ng, 2012).

Radnor ve Lovell (2003) performans yönetimine olan gereksinimin son derece önemli olduğunu vurgulamışlar ve "piyasa ekonomisine dayalı ekonomideki başarılı örgütlerin birçoğunun, performans ölçüm sistemlerini kullandıklarını ya paydaşların çıkarları tarafından elde edilen performans düzeylerini göstermek için bilgi üretmek zorunda kaldıkları ya da sürekli müşteri bazlı piyasa oluşturmak için belirli bir sistemi benimsemeleri gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Bu konuda, Moutzoglou ve diğerlerinin (2000), müşteri memnuniyetine ilişkin veri tabanı geribildiriminin hastane performansındaki iyileşme ile ilişkili olduğu argümanını desteklemektedir (akt. Hassan, 2006).

Performans ölçümü ve performans göstergeleri ile ilgili yapılan bir çalışmada, performans ölçümünün hesap verebilirlik, kalite iyileştirme ve performans yönetimi gibi çeşitli hedeflere hizmet edebileceği savunulmaktadır. Ortaya çıkan sonuçlar, çalışmalarda kullanılan göstergeler arasında büyük farklılıklar olmadığını göstermektedir (Baars vd., 2010).

Yapılan bir araştırmada, sağlık hizmetlerinde performans ölçmenin verimliliği artırıp artırmadığı sorgulanmıştır. Performans ölçümlerinin, genel anlamda örgütün maliyetlerini artırırken, örgütü ilgilendiren konularda karar vermede, paydaşların temel bir ölçü olarak kullanıp kullanmadıklarının tam bir netliğe kavuşturulamadığı vurgulanmıştır. Ölçümün gerekli olduğu konusunda net bir fikir ortaya çıkmakla birlikte, kalite geliştirmeye yeterli derecede katkısı olup olmadığı sorgulanmıştır. Performans ölçüm faaliyetlerinin kalite geliştirme projeleri ile bağlantılı olmadığı sürece performans ölçümünün kalite geliştirmeye katkısının olmayacağı ifade edilmektedir. Ölçüm ve raporlama sonucunda kalite gelişimine ilişkin yeterli kanıt olmadığına hükmedilmiştir. (Al-Ali, 2014; Hassan, 2006).

Süreç iyileştirme faaliyetlerinin, sağlık örgütünün önemli bir parçası haline gelmesiyle birlikte ortak objektif ölçümlere duyulan ihtiyaç daha da kritik hale gelmektedir. Örgütlerin kalitesini değerlendirmek amacıyla çok sayıda kalite ölçümü yoluna gidilmektedir. Mevcut kalite ölçümleri, çoğunlukla belli başlı hastalıklar veya klinik alanların kalitesini ölçmeye odaklanmaktadır. Bu ölçümler yapı, süreç veya sonuç

tipi ölçümler içermesine rağmen, tüm sağlık süreçlerini kapsayacak kapsamlı bir yaklaşım sunamamaktadırlar. Bütün bu değerlendirmelere rağmen, hizmette soyutlanma, performans farklılığı ve müşteri-hizmeti sunan ayrılmazlığı sağlık hizmetlerinde performans ölçme zorunluluğunu desteklemektedir (Yıldız ve Demirörs, 2013).

2.4. Performans Değerlendirmede Paydaş Yaklaşımları

Pek çok araştırmacı tarafından çalışan deneyimi ile çalıştıkları örgütün performansı arasında ilişki kurulmaya çalışılmıştır. Sağlık sektöründe, örgütsel performans genellikle hastaların tedavi ve bakımında örgütsel başarıyı ifade etmektedir. Bununla birlikte, örgütsel performans değerlendirilme şekli oldukça değişkendir ve bu nedenle çalışmalar arasında çok az tutarlılık vardır. Sağlık örgütlerinin rekabet öncelikleri (örneğin, sağlık sonuçları, hasta memnuniyeti, finansal performans), bazen bu araştırmaların sonuçları, sağlık yöneticilerini ve profesyonellerini karanlıkta bırakabilmektedir. Bununla birlikte araştırma sonuçları personelin çalışmış olduğu örgütün bakım kalitesine dair deneyimleri ile hasta memnuniyeti arasında, yakından ilişkili olduğunu göstermiştir (Dawson, 2014).

2.5. Performans Ölçümünde Hasta Bakış Açısının Önemi

Garih (2013), gelişen teknolojinin rekabeti kamçulamakta olduğunu, daha iyiyi yani başka bir deyişle, daha kaliteli ürünü daha ucuza elde etme anlayışının serbest pazar ortamında örgütün sürdürülebilirliğini sağlayacağını savunmaktadır. Bu amaçla müşterinin tatmin edilmesi amacıyla müşterinin nabzının devamlı olarak tutulması, yeni isteklerinin mümkün olduğunca derhal yerine getirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Hatta bunun bir adım ötesinde müşteriyi yönlendirecek, müşterinin neyi isteyebileceğinin rekabetin öne geçmesinden önce ortaya konulması, kalitede öncü olmayı sağlayabileceğini ifade etmiştir.

Hasta ve hasta yakınlarının görüşlerine başvurulması, hizmet kalitesini değerlendirmenin faydalı bir tamamlayıcısı olarak görülmektedir. Bu amaçla, birçok ölçüm araçları geliştirilmektedir. Bu ölçüm araçları sayesinde, hastalar hizmetin kalitesiyle ilgili düşüncelerini ortaya koymaktan öte, memnuniyetlerine yönelik düşüncelerini ifade etmektedirler. Bu sayede müşteri memnuniyeti uygulanabilir popüler bir kalite ölçütü haline almakta ve sağlık örgütlerinin başarısı; tüketicilerin

beklentilerine bağı hale gelebilmektedir. Performans ölçümlerinin, müşterilerin bakış açısıyla entegrasyonu, sağlık örgütlerine katma değer sağlayıcı bir unsur olarak geri bildirim sağlamaktadır (Kaya, 2005:68; Hassan, 2006).

Kalitenin başarılı bir şekilde geliştirilmesi, hizmet alıcıların ihtiyaç ve beklentilerini anlama ve bunları aşma yeteneğine bağlıdır. Tıbbi bakımın müşterinin ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılaması veya aşması durumunda, hastalar daha fazla tatmin olmaktadır. Hastalar, aldıkları bakımdan memnun olduklarında, ileriki dönemlerde, aynı sağlık örgütünde, tedavi görme olasılıkları daha da artmakta, bakım kalitelerini yüksek bulmakta, hizmet sunanların talimatlarını daha rahat takip edebilmekte ve bakım için yeterli erişime sahip olduklarını düşünmektedirler (Batchelor vd., 1994; Bell, Krivich ve Boyd, 1997; Goldfield, 1996).

Müşteri odaklı anlayış hedefinin, müşteriye hizmet ettiği, kalitenin müşterinin gözü ile değerlendirildiği ve müşterinin değer ve algılarının önemli olduğu düşünülen bir anlayış olarak tanımlanabilmektedir. Bu amaçla, sağlık hizmetini sunan sağlık örgütü hasta ve hasta yakınlarını, tedavi sürecinde ve sonrasında gerçek katılımcılar olarak görmeli ve hizmetleri hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak sürekli olarak düzenlemeli ve uyarlamalıdır (Kerfoot ve LeClair, 1991).

Hastaların gelecekteki davranışları ile ilgili kullanışlı bilgiler veren, problem alanlarını tanımlayan ve daha sonra uygun eylem planlarını geliştiren "hasta bakımında istenen sonuç", hastanın tutumlarının ölçülmesiyle mümkün hale gelmektedir. Hastaların katılımının, sağlık bakım hizmeti sunucularına "hastanın tercih ve değerlerine yanıt veren sunum sistemleri oluşturarak bakım sürecini nasıl geliştireceğini" öğrenmelerine yardımcı olabilmektedir. Dolayısıyla değerlendiricinin rolü, sağlık hizmetlerinde kalite geliştirmede doğrudan bir etki yaratmasıdır (Labarere vd., 2001; Valenstein vd., 2004).

Hasta memnuniyeti anketlerinden elde edilen bilgilerden kaynaklanan iyileştirmeler ve bu anketlerin kapasiteleri hakkındaki şüpheler hakkında çok az yayınlanmış araştırma olmakla birlikte, hizmet kalitesinin ölçülmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesinde hasta memnuniyet anketlerinin anahtar rol oynadığından çokça bahsedilmiştir. Çalışmalar, hasta memnuniyeti araştırmalarının,

sağlık örgütlerinin performanslarının etkinliğine dair değerlendirmelerde ve aksayan yanların belirlenmesinde önemli katkılar sunmaktadır (Cleary ve Edgman-Levitan, 1997; Draper vd., 2001; Lee vd., 2002).

380 hastaneyi kapsayan bir araştırmada, %89,7 oranında hasta tecrübesine dayanan verilerin, hastanenin itibarını etkilediğini ortaya koymuştur. Ayrıca, hastane kalite ölçümleri sonuçlarının kamuya ilan edilmesinin kalite gelişimini teşvik ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Lindenauer vd., 2014).

Çin'de, Wang ve diğerlerinin 2018 yılında, kamu hastanelerinin performansının farklı yönlerine dair ölçümüne ilişkin yapılan bir araştırmada, hastane performans ölçümünde Donabedian'ın bakım çerçevesi kullanılmıştır. Yapı kategorisinde çevre ve tesisler, mesleki yeterlilik, hastane itibarı ve sağlık personelinin etik tutumu, bakım tutumları ve duygusal destek, tıbbi masraflar, iletişim gibi hasta bakımı ile ilgili kaygıları hakkında dokuz anahtar başlık tanımlanmıştır. Sonuç kategorisinde tedavi sonuçları, bilgi ve verimlilik ve koordinasyon yer almıştır. Bu çalışma ile Çin'in Jiangsu Eyaletindeki kamu hastanelerinde hastaların, sağlık bakım kalitesinde en çok hangi performans ölçülerini dikkate aldıkları belirlenmiş ve çıkan sonuçlar dâhilinde bu göstergeler önceliklendirilmiştir. Bu çalışmaya dayanarak, kamu hastanelerinde, hasta tarafından ortaya konan deneyimlerin, bir ölçüm aracı oluşturulabileceği sonucuna varılmıştır. Sonuç itibarı ile Çin'de, kamu hastaneleri reformunu daha da iyileştirmek için, hasta perspektifini ön plana almanın gerekliliği bu çalışmada vurgulanmıştır.

Hasta ve hasta yakınlarının görüşlerinin alınmasının olumlu yanlarının ortaya konulması ile birlikte, sağlık hizmeti performansı hakkında tek başına hasta memnuniyetinin ölçülmesinden elde edilen bilgilerin faydalı olduğuna dair çekinceler de ortaya konulmuştur.

Bir araştırmada, hasta memnuniyet anketlerinin karmaşık konuları hesaba katmadığına dair kaygılar vurgulanmaktadır. Kimi zaman hasta memnuniyet anketlerinin pasif kalmakta olduğu ve sunulan sağlık hizmetlerinin tamamını kapsamadığı iddia edilmektedir. Ayrıca örgütün dışındaki kişileri de içine alması gereken birçok faktörden etkilenen tüketicilerin hizmet algılarını tam olarak yansıtamadığı savunulmaktadır. Bunun yanında, hasta memnuniyet anketleri genellikle

ulaşılması zor ve ağır hastaları içermeyebilmektedir. Hasta memnuniyetini ölçmeye yönelik değerlendirmelerin bütüncül anlamda hatalı olabileceği ifade edilmektedir (Draper vd., 2001).

Kimi araştırmalar ise hasta memnuniyeti değerlendirme çalışmalarının genellikle yüksek memnuniyet değerleri bildirmekte ve araştırmacıların buna göre sağlık hizmetlerinde performansın iyi olduğuna karar verdiklerini göstermektedir. Bu sebepten pek çok hasta memnuniyet anket sonuçları güvenilir bulunmamaktadır. Değerlendirmelerde hastaların özellikleri, eğitim durumu, beklentileri, yaşı, sosyo-psikolojik durumu, kişisel çıkar, Hawthorne etkisi ve minnettarlık duygusu gibi sebeplerle değerlendirmelerde hatalara sebep olabilmektedir (Sitzia, 1999). Kimi hasta ve hasta yakınlarının sadece yarısında, sağlanan donanım, teknik yeterlilik veya verilen ilaçlarla ilgili hizmet kalitesini yeterli derecede değerlendirebildikleri tespit edilmiştir. Bu hastalar genel olarak, hizmet kalitesini değerlendirirken, sağlık örgütünün itibarını ve hastanedeki kişisel tecrübelerini önceki kanaatlerine göre değerlendirmişlerdir. Ayrıca, hastaların sadece % 42'si kalite göstergelerini anlamış olduğunu bildirmiştir (Cheng, Ho ve Chung, 2002; Rubin, Pronovost ve Diette, 2001a).

Şüphesiz duyarlı bir sağlık bakımı ve tedavisi geliştirmek, hastaların bakım ve tedavilerini etkileyen kararlara hastaların katılımını gerektirmekle birlikte, bazı sağlık hizmeti sunan profesyonellerin, hastaların fiziksel veya zihinsel durumlarından dolayı nesnel yargılamalar yapamayabileceği düşüncesinde olduklarını göstermektedir. Bu tür düşüncedeki sağlık profesyonelleri, hasta ile tedavi aşaması öncesi, karar alma sürecinde hasta ve hasta yakını katılımını istemedikleri ve bu nedenle çoğu kez, hasta çıkarlarını kendilerinin daha iyi düşündüklerini savunmaktadırlar (Kerfoot ve LeClair, 1991; Vuori, 1987).

Farklı literatür kaynaklarında ortaya çıkan sonuçlarda, hasta memnuniyeti ile akreditasyon veya kalite geliştirme programları arasındaki ilişkilerde, büyük ölçüde bir ilişkidir söz edilmemektedir. Yapılan çalışmada, kâr amacı gütmeyen hastane akreditasyon kalite göstergeleri seviye puanları ile hasta memnuniyet puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi sonucunda, genel ya da biçimsel bir ilişki bulunmadığı vurgulanmıştır. Benzer şekilde, aynı araştırmalarda akredite olmuş ve akredite olmamış

örgütlerde hasta ifadelerine dayanan memnuniyet anketleri arasında fark gözlenmemiştir (Greenfield ve Braithwaite, 2008).

Kimi zaman, yapılan araştırma sonuçlarında farklı hasta gruplarında, örgütsel performans değerlendirmelerinde farklılıklar tespit edilmektedir. İlk defa tedavi gören hastalar ile daha önceden tedavi görmüş deneyimli hastalar arasında kaliteli hizmet beklentilerine göre farklılıklar ortaya çıkabildiği tespit edilmektedir. Bu da değerlendirmelerde yeterince net sonuçlar ortaya konulamayacağı yargısına yol açmaktadır (Grimmer vd., 1999).

Sağlık hizmetlerinin teknik özelliklerinden kaynaklanan, sağlık hizmetlerinin doğası gereği, hasta ve hasta yakınlarının, sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmede, diğer mal ve hizmetlerin kalitesini değerlendirmeye göre, yeterli görülmemektedir. Bununla birlikte, hasta ve hasta yakınlarının, son zamanlarda aldıkları hizmet hakkında daha fazla kabul gören görüş açısına sahip oldukları kabul edilmekte ve bu yönde teorik ve ampirik çalışmalar bulunmaktadır (Kaya,2005:66-67). Bu çalışmalar, hasta ve hasta algılarını değerlendirmek amacıyla güçlü bir alt yapı sağlamaktadır.

Kıyaslama, rapor haline getirme ve kimi ülkelerde kaliteye dair ödeme mekanizmaları gibi sebeplerden, hastanelerde anketlerin standartlaştırılmasını gerektirmektedir. Yorumlanması kolay ve işlem yapılabilir hasta deneyimi puanları ulusal ve uluslararası düzeyde uygulanabilmelidir. Bu da hastaneler arasında sürekli iletişim kurulmasına ve ortak çözüm arayışlarına fırsat sunacaktır. Bazı ülkelerde hâlihazırda böyle bir süreç geçirilmiş olmasına ve hasta memnuniyet anketlerinin yaygın şekilde kullanılmasına rağmen, ülke genelinde standartlaştırılmış anketlerin uygulanmaması hala bir eksiklik olarak görülebilmektedir (Bruyneel vd, 2017).

Hastane bakım kalitesini iyileştirmek ve sürdürmek bir çaba gerektirmektedir. Hasta deneyimi verileri hasta bakım kalitesini iyileştirmek amacıyla kullanılabilir. Doğru hasta deneyimi aracının seçilmesi, verilerin dengeli bir şekilde değerlendirilmesine bağlıdır. Performans ölçümünde başarılı sonuçların elde edilebilmesi toplanan verilerin yüksek derecede güvenilirlik ve geçerlilik gerektirmektedir (Beattie vd., 2015). Sonuç itibarıyla sağlık hizmeti veren örgütlerin

örgütsel performansını değerlendirirken sadece dış müşterinin algısına başvurup iç müşterinin örgütsel performans algısını hesaba katmamak, rasyonel anlamda o örgütün performansını eksik değerlendirmek olacaktır.

2.6. Hasta ve Hasta Yakınları ile İlgili Göstergeler

Hasta odaklı hizmet sunmak, kalite yönetiminin önemli bir ilkesidir. Literatürde bu ilkeye güçlü bir vurgunun yapıldığı gözlemlenmiştir. Bu ilkeyi yansıtan birçok gösterge kullanılmış ve sağlık örgütlerinin performans ölçümünde geçerliliklerini ve güvenilirliklerini kanıtlamışlardır (Wong vd., 2017; Schlesinger vd., 2015).

Hasta bakım ve tedavi deneyimine dair anketler, bakımın hasta odaklı olduğu seviyeyi değerlendirebilmektedir. Araştırmalar, iyi bir hasta bakım deneyiminin diğer bir şekilde hasta memnuniyet anketlerinin, hastanın tedavi süreçlerinde daha yüksek düzeyde bir uyumluluk ve klinik sonuçlarda daha iyi sonuçlar gözlenmesine yardımcı olduğunu göstermiştir. Psikometrik, güvenilir ölçüm araçları kullanarak toplanan veriler ve standart protokollere göre uyarlanan hasta deneyimi ölçümleri, iç tutarlılık ve uyum açılarından anlamlı bulunmaktadır (Price vd., 2014).

Tedavi sürecine hasta ve ailelerinin katılımı, önemli bir anahtar performans göstergesi olarak görülmektedir. Araştırmalar, hastaların kendileri ile ilgili tanı, tedavi süreci gibi tüm süreçlere dâhil olma istediklerine dair ampirik verilerin olduğunu göstermiştir (Grimmer vd., 1999).

Evans ve diğerleri (2001), hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet ölçümlerinde kullanılabilecek göstergeler arasında zamanlamanın, etkililiğin ve etkinliğin yanı sıra hastaların ihtiyaçlarına yanıt verme gibi göstergeleri araştırma sonuçlarından tespit etmişlerdir. Draper ve diğerleri de (2001), bu göstergeleri teyit eden çalışmalar ortaya koymuşlardır. Labarere ve diğerleri (2001), bir Fransız eğitim hastanesinde, hastalar üzerine yapmış oldukları bir araştırma ile bu sonuçları destekleyen bulgularını yayınlamışlardır. Karydis ve diğerleri (2001), güvenilirliği, hastaların sağlık hizmetleri ile ilgili beklentilerini ve algılarını hasta ve hasta memnuniyetini ölçmede önemli bir gösterge boyutu olarak kabul etmişlerdir. Ayrıca, Labarere ve diğerleri (2001), Draper ve diğerleri (2001), hastanelerde sunulan gıdaların müşteri memnuniyeti üzerinde etkisi olan önemli bir gösterge olarak kabul etmişlerdir. İlk olarak

Parasuraman, Berry ve Zeithaml (1988) tarafından tanımlanan, yaygın olarak kabul gören güvenilirlik, isteklilik, empati ve anlaşılabilirlik, hizmet kalitesi boyutlarından sayı ve boyutsal yapı bakımından farklılık göstermektedir. (akt. Hassan, 2006). Güvenilirlik, güvence, empati, erişim, sonuç, hasta kabul ve taburculuk ve anlaşılabilirlik hastane performansını ölçerken hasta ve hasta yakınlarının algılarının ölçümünde göstergeler olarak kullanılabilir (Clemes vd., 2001)

Uygun bir hasta taburcu planlaması ve takibinin, örgütsel performansın değerlendirilmesinde gösterge olarak kullanılabilmesi önerilmiştir. Uygun bir hasta taburcu planlamasının, hastayı hastaneden topluma hazırlamada geçiş hazırladığı ilkesine dayandırılmaktadır. Hasta tedavi ve bakımının sürekliliği, taburcu olmanın bir parçası olarak görülmektedir. Aktif, sürekli takipte olan hastaların, sağlık bakım sonuçlarında belirgin düzelmelerin sağlandığı sonucuna varılmıştır (Hibbard, 2003; Grimmer ve Moss, 1999; Draper; 2001; Rogers ve Smith, 1999).

Klinik etkinlik, hizmetlerden yararlanma ve paranın karşılığını alma ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönlü bir ilişkiden bahsedilmektedir. Ayrıca hastane atmosferi ile sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta memnuniyeti aralarındaki ilişkinin yönü açısından, hastanenin örgütsel performansını değerlendirmede gösterge olarak kullanılabilmesi kabul edilmektedir (Narang vd., 2015).

Dünya çapında, hasta tedavi ve bakımı, radyoloji, çocuk bakımı hizmetleri, yaşlı bakımı, psikiyatri gibi çeşitli hizmet türlerinde hastaların bakış açılarını ölçmek amacıyla ölçüm araçları geliştirilmiştir. Geliştirilen ölçüm araçları farklı coğrafi, demografik ve davranışsal özelliklere sahip hastaların, sağlık hizmeti sunumunda farklı ihtiyaç ve beklentileri olmakta ve dolayısıyla farklı hizmet kalitesi boyutlarını, farklı seviyelerde algılayabilmektedirler. Bütün bu bilgiler ışığında, örgütsel performans ölçümünde tek başına hasta deneyimine başvurulması yeterli olmayacaktır (Bruyneel vd., 2017).

2.7. Sağlık Hizmeti Sunanlar -Hasta Etkileşimi

Donabedian'a (2003) göre, hasta, sağlık bakım hizmeti sunan ilişkisinde "iyilik" için gereken tüm özellikleri listelemek kolay değildir. Kişisel ilgi, empati, saygısızca davranış ve yargılayıcılıktan kaçınma, zaman ayırmaya isteklilik, açıklama gayreti,

hastanın tercihlerine dikkat etme, dürüstlük, doğruluk ve görgü kuralları, iyi bir bakımda gerekli olan temel unsurlar olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmeti sunan profesyonel sağlık personeli, bu kurallara riayet eder ise hastalar sadece memnun olmakla kalmazlar, aynı zamanda kendilerini güvenli de hissederler. Şüphesiz bu değerler, her medeni toplumda olan veya olması gereken temel değerlerdir. Hastalar, sağlık örgütleri arasında bir tercihte bulunurken ve sağlık bakım hizmetleri sağlayıcıları arasında rekabet ortamı oluştuğunda, hasta-hizmet sunan ilişkisinin cazibesi, rakip örgütler arasında başarının anahtarı haline gelmektedir.

Sağlık hizmeti sunanlar ile olumlu hasta etkileşimlerinin kalitesi, genel anlamda hasta tedavi ve bakım kalitesini desteklemektedir. Barker ve diğerlerinin 2016 yılında hastane ortamındaki personel ve hastalar arasındaki etkileşimin kalitesine dair yapmış oldukları ampirik çalışmada, farklı sonuçlar gözlemlemişlerdir İki paydaş arasındaki etkileşimlerin büyük bir oranı pozitif olsa da, bulgularda etkileşimlerin kalitesini daha da geliştirmeye yönelik daha fazla çaba harcanması gerektiği savunulmuştur. Çalışmada kısa gözlem anlarında bile, çok sayıda olumsuz olarak nitelendirilebilecek bir veya daha fazla etkileşim tecrübe edilmiştir. Bu negatif etkileşimlerin, hasta bakım ve tedavilerini ne seviyede etkilediği veya herhangi bir olumsuz etkileşimin varlığının hasta sonuçlarına etkilerine dair bulguların çok önemli olup olmadığı açık değildir (Barker vd., 2016).

Literatür çalışmaları sağlık hizmeti sunanların, hastalara olumlu anlamda davranış şekliyle hastaların bakım kalitesine katkıda bulunduğu ve hastaların tekrar yatış oranlarında azalmalardan bahsetmektedir. Yataklı tedavi bakım hizmetleri sunan sağlık örgütleri personel sayısını artırma ve hemşire iş akışlarında değişikliklerin yapılması gibi yöntemlerle, hastane personelinin hasta ve hasta yakınlarına yanıt verebilirliği oranını yükseltme yoluna gitmektedirler. Bununla birlikte çalışanların yanıt verme konusundaki hipotezlerin aksine, daha iyi iletişim ile düşük geri kabul oranları arasındaki ilişki hakkındaki hipotezleri desteklemeyen çalışma sonuçlarına da rastlanmaktadır (Yang,2018).

Donabedian'a (2003:18-20) göre iyi bir sağlık hizmeti sunan ile hasta ilişkilerinde şu özelliklerin olmasında fayda vardır:

- ✓ Tedaviyi uygulayan ile müşteri beklentilerinde uyuşma,

- ✓ Uyum ve esneklik: sağlık hizmetini sunanın, yalnızca müşterinin beklentilerine değil, aynı zamanda klinik gerekleri kabul etme kabiliyeti,
- ✓ Karşılıklılık: hem hizmet sunan hem de müşteri kazançları,
- ✓ İstikrar: müşteri ile hizmet sunan arasında istikrarlı bir ilişki,
- ✓ Maksimum müşteri özerkliği, eylem hareket özgürlüğü,
- ✓ Aile ve toplum iletişimi ve bağların korunması,
- ✓ Maksimum eşitlikçilik,
- ✓ Sağlık durumunu ilgilendiren konularda karar almada paylaşım ve tedavinin yürütülmesine katılım ile ilgili paylaşılan bilgiler yoluyla aktif müşteri katılımı,
- ✓ Sağlık hizmeti sunanın empati geliştirmesi,
- ✓ Aşırı bağımlılık olmadan destekleyici bir ilişki
- ✓ Hizmeti sunan ile müşteri etkisini ve eylemlerini meşru toplumsal işlevlerinin sınırlarında tutma,
- ✓ Müşteri ve hizmet sunan arasında ekonomik, toplumsal ya da cinsel yoldan sömürüden kaçınmak,
- ✓ Müşteri ve tedavi uygulayanın haysiyeti ve bireyselliğinin korunması,
- ✓ Gizlilik,
- ✓ Mahremiyet.

Van de Ven (2014) yapmış olduğu çalışmada, hastanın doktoru ve klinikte çalışan personel ile etkileşimini korelasyon yönünden en güçlü tahmin olarak gözlemlenmiştir. Kliniğin fiziki yapısını ilgilendiren büyüklüğü ve çalışan memnuniyetine dair boyutlar ile hasta memnuniyeti arasında bir ilişki aynı araştırmada tespit edilememiştir.

Tedavi ve bakım kararlarına katılımı talep etmek, hasta ve hasta yakınlarının kaygıları ile yakından ilgili olmayı gerektirir. Bu da ancak bilgi kaynağı olarak hasta ve hasta yakını üzerinde yoğunlaşan bütüncül bir yaklaşımla başarılabilir. Profesyonel sağlık hizmetlerini sunanlar ile hastalar arasındaki etkileşim; etkili ve katılımlı bir anlayışın paylaşımı, anlaşılır ve erişilebilir bir dille ifadesi olarak görülmektedir. Sağlık bakım hizmetleri sunanlar ile hastaların karşılıklı olarak birbirlerinin tecrübelerinin paylaşılması, hasta sonuçlarının başarıya ulaşmasında büyük katkılar sağlamaktadır. Profesyonel sağlık personelinin, her bir hasta ve hasta yakınının bireyselliğine ilişkin bir

bilince sahip olması, hastaların tedavi bakım süreçlerine katkıda bulunma isteğini hoş görü ile karşılması, müşteri memnuniyetinde son derece olumlu bir iletişim çabası olarak değerlendirilmelidir (Ashworth vd., 1992).

2.8. Sağlık Hizmeti Sunanların Perspektifinden Performans Değerlendirme

Memnuniyet ölçümlenmeleri, sağlık hizmetlerinde daha iyi bir sağlık sonucu elde etmek ve sağlık hizmet kalitesini artırmak amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. İş tatmini, örgütsel davranışın temel bir konsepti olmakta ve örgüt performansını değerlendirmek amacıyla, çalışanların tutumları değerlendirmelere tabi tutulmaktadır. Bu değerlendirmeler sağlık personelinin (doktorlar, hemşireler, tıp teknisyenleri vb.) iş tatmini seviyesi, sağlık hizmetlerinin kalite ve sonuçları ile çok yararlı sonuçların alınmasına yardımcı olmaktadır (Meng vd., 2018).

Sağlık hizmetlerinde farklı performans ve kalite ölçütlerinin geliştirilmesi ve analiz edilmesine dair çalışmalar yoğun bir şekilde yapılmaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmeti sunanların, sağlık örgütlerinde rutin uygulamaları ve sonuç itibari ile sağlık bakım kalitesini nasıl algıladıkları ve değerlendirdikleri konusunda şu ana kadar az sayıda yayın yapılmıştır. Farr ve Cressey'in (2015) yapmış olduğu araştırma, sağlık hizmeti personelinin, günlük rutin olarak kendi performanslarını nasıl anladıkları ve değerlendirdikleri üzerinedir. Araştırmada, personelin iyi bir iş çıkardıklarını nasıl algıladıklarına dair, personelin sağlık performansı ile ilgili değerleri, motivasyonları ve davranışları araştırılmıştır. Elde edilen bulgular sağlık hizmeti sunan personelin kalite ve performans algılarının, mevcut performans ve kalite kavramlarına göre farklı mantıklara dayandırdıklarını göstermiştir. Çalışma, yönetim modellerinin, hastaların ihtiyaçlarının önceliklendirilmesini desteklemek için, bakım kalitesinin ilişkisel ve deneysel yönlerini de hesaba katmaları gerektiğini savunmaktadır (Farr ve Cressey, 2015).

Değerlendirmelerde, sağlık hizmeti sunucularının tutumlarının dikkate alınması, kalite insiyatifinin etkinliği, örgüt performansının değerlendirilmesinde birinci derecede önem taşımaktadır. Appleby ve Jackson (2000), Birleşik Krallık'taki profesyonel sağlık personeli ile görüşmeler yapmışlar, kalite yönetimi ile personel motivasyonu arasında bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuşlardır. Laschinger ve diğerleri (1999) liderlik tarzının çalışanlar üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla hemşireler üzerinde

yaptıkları çalışmada, çalışma ortamına yeni değişiklikler getirilmesi yoluyla, bu değişikliklerin sağlık hizmeti sunan personelin üzerindeki etkilerinin anlaşılmasına çalışılmıştır. Sonuç itibariyle olumlu liderlik davranışlarının hemşireler üzerinde örgütün kalite geliştirme çalışmalarında olumlu sonuçlara sebebiyet verdiği gözlemlenmiştir.

Sağlık bakım kalitesi, birçok faktörün bir fonksiyonudur. Bunlardan bir kısmı hastanenin atmosfer ortamı olduğu gibi hemşire-doktor ilişkilerini de içermektedir. Hastalar ve hemşirelerin kalite sağlık örgütündeki kalite girişimlerine dair algı seviyelerinin karşılaştırmalarını ortaya koyan çalışmalar nispeten sınırlıdır. Shen ve diğerlerinin yapmış oldukları çalışmada genel olarak, hastaların hastane ortamı algılamaları ile hemşirelerin hastane ortamı algılamaları, hemşire-hekim iletişim ve bakım kalitesine dair araştırmalar istatistiksel olarak araştırılmıştır. Araştırma sonucunda katılımcıların sağlık bakım hizmetlerini farklı boyutlarda algıladıkları sonucuna ulaşılmıştır (Shen vd., 2011).

Hasta ve iş güvenliğini tesis etmek, sağlık örgütleri için iki önemli zorunluluktur. Bu iki ana göstergelyi iyileştirmeyi hedeflerken, psikososyal çalışma koşulları, sağlık örgütü yönetimi, liderlik ve hasta ve iş güvenliği ortamına dair tutumlar göz önünde bulundurulmak zorundadır. Son araştırmalar, bu anahtar niteliğindeki göstergelerin birbirleriyle ilişkili olduğunu ve sağlık örgütlerinde hasta ve iş güvenliğini artırmada kritik bir temel oluşturduğunu göstermiştir. Şimdiye kadar bu konular temelde birbirlerinden bağımsız olarak incelenmiştir. Wagner ve diğerlerinin iki Alman üniversite hastanesinde yapmış oldukları araştırma, hemşireler ve doktorlar arasındaki bu konulara dair tutum farklılıklarını tespit etmeye çalışmıştır. Doktorlar psikososyal çalışma koşullarını ve hasta güvenliği ortamını hemşirelere göre daha olumlu seviyelerde algılamışlardır. İş güvenliği ile ilgili olarak, hemşireler doktorlardan daha yüksek mesleki riskler algılamışlardır. Çalışmada hemşireler liderlik kalitesini daha olumlu değerlendirmişlerdir. Doktorlar, yönetime odaklanan üç ölçümlemeyi ve işyerinde hasta güvenliği üzerindeki bireysel etkiyi ele alan ölçümleri hemşirelerden daha olumlu algılamışlardır (Wagner vd., 2019).

Kalite iyileştirme projeleri için kaynakların daha fazla kullanılmasının yanı sıra yöneticilerin, hemşirelerin ve doktorların kendilerini geliştirme doğrultusunda daha fazla destek veren hastanelerde, örgütsel bağın daha kuvvetli olduğunu ve uygulanan

spesifik kalite geliştirme müdahaleleri kadar, klinik performans açısından da önemli sonuçlar doğurabildiğini göstermektedir. Doktorların örgütsel kalite geliştirme çalışmalarındaki rolünün, hasta güvenliği ve bakım kalitesinin geliştirilmesinde büyük katkılarının olduğunu ortaya koymaktadır (Patel, 2006: 45-46).

Sağlık örgütünün yönetimi ile TKY arasında var olabilecek çeşitli potansiyel çatışma alanları gözden geçirildiğinde, TKY'nin Amerika ve Kanada'daki hastanelerde uygulanmasının önündeki en zor engel olarak, örgütün sahip olduğu geleneksel kültür ve liderlik stili, bürokratik, karmaşık ve "yüksek duvarlarla" örülmüş bir yapı ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, sorunlu alanlar olarak; hastane ile doktorlar arasındaki farklı ilişki, hastane yönetim felsefeleri ile TKY felsefeleri arasındaki çatışma, mevcut kalite güvence programları ve sendika yönetimi ilişkileri görülmektedir. Kalite girişimlerinin hastanelerde başarılı bir şekilde uygulanması ve entegrasyonu, çalışanların örgüt genelinde katılımını ve bağlılığını gerektirmektedir. Araştırma sonuçları doktorların kalite çalışmalarına doğrudan katılımının sağlanamaması hala, hastaneler için bir sorun olarak görülmektedir (Short ve Rahim, 1995; Shortell, 1995).

Örgütsel bütüncül bir perspektif benimseyen hastaneler, zamanla örgütün kaynaklarının tahsisinde, doktorların örgüt üzerindeki etkilerini desteklemektedirler. Sağlık örgütü üst yönetiminde yer alan doktorlar, tıbbi alt yapılarını, örgüt yönetimi ile diğer doktorlar arasındaki köprülerin sağlamlaştırmasında etkili bir mekanizma görevi oluşturmaktadırlar. Doktorların kaynak kullanımı ile ilgili kararlara dâhil edilmesi, doktor grubu ile hastane yönetiminin güvenilirliğini artırmakta ve doktorların daha uygun maliyetli tıbbi uygulamaları benimsemelerini kolaylaştırmaktadır. Böylelikle doktorların sağlık örgütünün kalite uygulamalarına katılımları sağlanmaktadır (Succi ve Alexander, 1999).

Valenstein ve diğerlerinin (2004) yaptıkları çalışmada, sağlık hizmeti sunucularının görüşlerinin bilinçli olarak değerlendirilmesi, başarılı bir kalite izleme programlarının sağlanması açısından önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu değerlendirmelerin, hastane yöneticileri ya da kalite yöneticileri gibi sağlık hizmeti sunucularının bir kesimiyle sınırlandırılmaması gerekmektedir.

Sağlık hizmeti sunucularının örgütün kalite geliştirme faaliyetleri performansı, bakım kalitesi, güvenlik standartları ve tüketici memnuniyetini artırma potansiyeli olduğu kabul edilmektedir. Buna rağmen sağlık hizmeti sunucularının perspektifinden tek başına değerlendirme yapmak da önyargı oluşturabilmektedir. Counte ve Meurer (2001), sağlık hizmetleri sunucularının değerlendirmelerinde potansiyel önyargılara karşı uyarıda bulunarak, kalite kavramlarının farklı şekillerde anlaşılacağı konusunda hem fikir olmuşlardır. "Kalitenin üst düzey yöneticinin sorumluluğu olduğu düşünülürse, yanıtların örgütlerin kaliteli bakımı vurgulayan paydaşların baskısından etkilenebileceği" ihtimali ortaya çıkmaktadır (akt. Hassan, 2006). Personel, doktor, teknisyen, hemşire, yönetici gibi, mesleki alanlar, çok çeşitli ilgi alt kültürlerden oluşabilmekte ve zaman zaman çelişkili olabilecek çok farklı kalite perspektiflerine sahip olabilmektedirler (Zabada vd., 1998; Greenfield vd., 2008; Pomey;2004; Braithwaite vd., 2011; Groene vd., 2013).

Sağlık personelinin eğitim ve mesleki gelişmeye teşvik edilmesi ve sağlık örgütlerinin performanslarının değerlendirilmesinde sağlık personelinin aktif olarak görüşlerine başvurulması, örgütün kalite geliştirme çabalarının desteklenmesinde oldukça yararlı olacaktır (Voort ve Kerpershoek, 2010).

2.9. Sağlık Hizmeti Sunanlar İle İlgili Göstergeler

Sağlık personelinin sağlık örgütlerinin örgütsel çevresiyle ilgili memnuniyetini araştırmak ve bu memnuniyeti etkileyen faktörleri tespit etmek son derece önemlidir. Hastane personelinin örgütsel çevreden memnuniyeti, hasta bakım kalitesi ve hasta memnuniyeti ile doğrudan ilişkili olabilmektedir (Cai vd., 2016).

Sağlık hizmetlerinde literatür gözden geçirildiğinde; sağlık hizmeti sunucuları ile ilgili birçok önemli performans göstergelerinin kullanıldığı tespit edilmiştir. Bunlardan ilk olarak kalite iyileştirme katılım eğitimi, kalite sistemlerini değerlendirmek amacıyla doğrulanmış göstergeler olarak ifade edilmektedir. Kaplan ve Norton (2005) araştırmalarında, personelin sürekli eğitimi ve yeni beceriler geliştirmeye yönelik faaliyetlerinden bahsetmişlerdir. Bu göstergeler doğrulanan kalite programı değerlendirmeleri için vazgeçilmez bir ölçüm göstergesi olarak kullanılabilir (Hassan, 2006:45-46).

Yapılan çalışmalarda birçok sağlık personelinin, hastanenin kalite iyileştirme çabalarına aktif olarak katıldıkları, bu faaliyetlerin yöntem ve etkililik açısından zenginleştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Kalite yöneticileri tarafından yapılan değerlendirmelerde, örgütsel yüksek kalite düzeyine sahip hastanelerin, kalite geliştirmeyi stratejik bir öncelik olarak benimsediklerini ortaya koymaktadır. Bu hastanelerin, toplam kalite yönetimi amaçları ile tutarlı kalite uygulamaları ve süreçleri kullandıkları, personel eğitimi ve geliştirme yöntemlerine dâhil oldukları görülmüştür (Cohen vd., 2008).

Sağlık bakım hizmetleri ile ilgili olarak Yeni Zelanda'da, sağlık personeli ile bir çalışma yapılmış ve çalışma neticesinde, sağlık çalışanlarının hastanede % 70 oranında hasta ve hasta yakınları ile birlikte, takım çalışması yürüttükleri, katılımcıların % 69'nun hasta bakımında bir sorun algılandığında, iletişime geçmenin daha kolay olabildiğini vurgulamışlardır. Takım çalışmasının, hastane performansını ölçmede gösterge olabileceğini ortaya koyan bir yaklaşım sergilenmenin yanında, bu çalışmada daha güçlü bir liderlik algısı da öne çıkmıştır. Takım çalışması ve liderliğin gösterge yönetiminde etkili iki gösterge olarak kullanılmakta olduğu vurgulanmaktadır (Gauld ve Horsburg, 2014).

Xizhu ve Itoh (2016), Japonya'da hastane yönetiminin performans ölçümünde kullanılabileceği önemli olabilecek performans göstergelerinin belirlenmesine dair bir araştırma yapmışlardır. Araştırma sonucunda, yönetici ve personel yanıtlarından, bazı faktörler diğer faktörlere göre daha fazla öne çıkmıştır. Hastane yöneticileri ve profesyonel sağlık personeli birbirlerine oldukça yakın seviyelerde performans ölçüm göstergelerini belirlemişlerdir. Araştırma sonucunda ön plana çıkan göstergeler; güvenlik, operasyonel verimlilik ve hasta/çalışan memnuniyeti, çalışan gelişimi gibi göstergeler olmuştur. Yöneticilerde ön plana çıkan göstergelere dair tüm performans ölçümlerinde, personelden daha homojen ve önemli ölçüde yüksek bir seviyede sonuçlar ortaya konmuştur.

Hastane hemşireleri üzerine, hasta güvenliği yeterlikleri ile güvenlik ortamı arasındaki ilişkiyi incelemek üzere üç eğitim hastanesinde kesitsel bir anket çalışması yapılmıştır. Hasta güvenliği yeterlilik puanları (takım çalışması, iletişim, güvenlik risklerini yönetme, insan ve çevresel faktörler, olumsuz olay tanıma ve güvenlik kültürü

boyutları) ve algılanan güvenlik ortamı ölçülmüştür. Hasta güvenliği yeterlilik seviyesi, ortalamanın üzerinde bir sonuç vermiştir. Alt boyutlar arasında güvenlik risklerini yönetme puanları en yüksek ve takım çalışması puanları en düşük olmuştur. Hasta güvenliği yetkinliği, katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, klinik deneyim ve katılımcının konumu açısından önemli ölçüde farklılıklar göstermiştir. Hemşire yöneticilerinin tutum seviyeleri, hemşirelerin tutum seviyelerinden daha yüksek sonuçlar ortaya koymuştur. Hemşireler tarafından güvenlik ortamına dair tutumları orta seviyede algılanmıştır (Hwang, 2015).

Sağlık örgütlerinde, sağlık meslek grupları arasında hasta güvenliğini etkileyebilecek örgütsel uygulamalara yönelik tutumları öğrenmek amacıyla bir araştırma yapılmıştır. Tüm hastane çalışanlarına, örgütsel güvenlik kültürünün dokuz boyutunu ölçen bir anket dağıtılmıştır. Profesyonel gruplar arasında örgütsel güvenlik kültürü seviyelerinin derecelendirmelerinde farklılıklar bulunmuştur. Doktorlar ve profesyonel sağlık çalışanı olmayanlar; hemşireler, klinik çalışanları ve laboratuvar çalışanlarına göre, örgütsel güvenlik kültürünün boyutlarını daha olumlu bir şekilde değerlendirmişlerdir. Ayrıca, örgütsel performansa ait tutumlarda gruplar arasında farklılıklar çalışmaya yansımıştır. Bu çalışma, hasta ve örgüt güvenliğinin, performans ölçümünde bir değerlendirme unsuru (gösterge) olarak kullanılabileceğini göstermiştir (Listyowardojo vd., 2012).

Gözlemlenen kalite alanları arasındaki önemli karşılıklı ilişkiler, Donabedian'ın yapı-süreç-sonuç modelinin sağlık hizmetlerini değerlendirmek için geçerli bir model olduğunu göstermektedir. Yapı bakımından iyi performans gösteren sağlık örgütleri aynı zamanda klinik sonuçlar açısından da iyi performans gösterme eğilimindedir; bu da hastaların tedavi bakım sonuçları üzerinde olumlu etkilere yol açmaktadır (Moore vd., 2015).

2.10. Yapı ve Süreç İle İlgili Göstergeler

Örgütler, işlerin akışını düzenlemek amacıyla olağan bir yöntem geliştirebilmekte ve tercih edilen bir liderlik tarzı ya da motive edici bir yaklaşımla başarı elde edilebilmektedir. Ancak, her zaman standart "bir beden herkese uyar" yaklaşımına güvenildiğinde başarıları sınırlı seviyelerde kalmaktadır (Olden, 2016). Aynı şekilde, hasta bakımının tek bir yaklaşımla tanımlanamayacağı ve hasta bakımının

kalitesini ölçmek için tek bir kriterin kullanılmasının mümkün olmadığı sonucu kaçınılmazdır.

Hasta bakım ve tedavi kalitesinin, yalnızca yapısal kaynaklı ölçümler üzerinden değerlendirilmesi, örgütsel performans açısından bütüncül bir yaklaşımı ifade etmemektedir. Yapısal ölçümler, hastalara gerçekte ne türde işlemlerin yapıldığına dair süreçleri göstermemektedir (Brook vd.,2000). Yapı veya girdi, sağlık hizmetinin sunulduğu fiziki koşulları yani maddi kaynakları, sağlık hizmeti sunanların nitelik ve niceliklerini içermektedir. Süreç ise kaynakların hangi şekillerde kullanılarak, hizmetin nasıl sunulduğu ile ilgili kısmını ifade etmektedir. Süreç ile ilgili kısma hastalara tanı konulmasından önceki işlemlerden, tanı koyma, tedavi uygulama aşamaları da dâhil uygulamalar, hastayla ilgili alanlar olduğu gibi, personele ödeme sistemleri, finansmanın sağlanması gibi yönetim faktörlerini de içerisine alabilmektedir. Sonuç ise genel anlamda tedavi neticesinde ortaya çıkan olumlu veya olumsuz çıktıları ifade etmektedir. Çıktılar daha çok klinik sonuçlara odaklanmakta, hasta veya sağlık hizmetini sunanların beklenti ve algılarını tam olarak yansıtamamaktadır (Kayral, 2015).

Sağlık bakım hizmetlerinde kalite planları, politikaları, prosedürleri ve misyon beyanı gibi kalite yönetim belgeleriyle ilgili ölçümlerin yapılması da son derece gerekli olan uygulamalardır. Kalite standartlarına ve kalite standartları protokollerine dayanan süreç kontrollerinin, sağlık hizmetlerinde performans ölçümünde, geçerli ölçütler olarak kullanılması yoğun bir şekilde kabul edilmektedir (Wagner vd., 1999; Sluijs ve Wagner, 2003).

Pek çok çalışmada Donabedian'ın modelindeki yapı, süreç ve sonuç çerçevesi kullanılmakta ve gayet olumlu sonuçlar alınmaktadır. Örneğin, Santana ve diğerleri (2018), insan odaklı sağlık bakım çalışmasına temel oluşturabilecek yapı, süreç ve sonuç çerçevesini kullanmışlardır. Tanımlanan yapısal alanlar, tedavi ve bakım sürecinde insan odaklı bakım kültürünün oluşturulması, hastalarla birlikte sağlığı geliştirme ve koruyucu sağlık programlarının yanı sıra, eğitim programlarının birlikte tasarlanması, destekleyici ve uzlaşmacı bir ortam sağlama olarak belirlenmiştir. Bunların dışında, bilgi teknolojisini destekleme ve insan odaklı bakım performansını ölçmek ve izlemek için yapıları geliştirme ve entegre etme yer almaktadır. Süreç

alanları; iletişim, saygılı ve hoş görülü bir bakımın geliştirilmesi, hastaların bakımlarını idare etme ve tedavi ve bakımın entegrasyonu olarak tanımlanmaktadır. Belirlenen sonuç alanları ise; bakım erişimi ve hasta tarafından raporlanan sonuçlardır.

Diğer bir çalışmada, Hazilah (2009) ulusal düzeydeki hastanelerdeki çalışanlar arasında, kalite yönetimi uygulamaları konusunda ampirik bir analiz sunmaktadır. Bu çalışmayla, üç tür hastane arasında kalite yönetimi uygulamalarına dair karşılaştırmalı bir analiz yapılmıştır. Çalışma, Malezya'daki toplam 23 kamu hastanesinde örgütsel yapının, kalite yönetimi uygulamalarının etkisine dair çalışanların tutumları ölçülmüştür. Çalışma, örgüt yapısının kalite yönetimi uygulamalarında etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Güney Afrika'da yapılan araştırma; hastaların ve yöneticilerin, sağlık bakım hizmetlerinin boyutlarına ilişkin memnuniyetlerini değerlendirmektir. Bu değerlendirmeyi yaparken, yapı, süreç ve sonuç arasındaki ilişki teorisini, bakım kalitesi ölçütü olarak kullanmışlar ve geliştirilen model üzerinden test etmişlerdir. Uyarlanmış modelde öncelikli alanlar olarak tanımlanan ekipman, başvuru, ilaçların ön paketlenmesi, klinik randevular, bekleme süresi gibi kritik 17 boyuttan oluşmaktadır. Çalışma, yapı, süreç ve sonuç arasındaki ilişkilerin model üzerinde kalite sistemlerini yansıttığını göstermiştir. Veriler, yapı, süreç ve sonuç arasında, bir korelasyonun olduğunu ortaya koymuştur. Modelde, 17 bakım boyutundan, üç yapı (ekipman, kritik ilaçlar, erişilebilirlik), üç süreç (hastalara profesyonel yaklaşım, arkadaşlık ve katılım) ve üç sonuç (yeterlilik, güven ve tutarlılık) boyutları, amaçlanan göstergeleri yansıtmaktadır. Bu araştırmanın sonucu olarak, yapı,süreç ve sonuç teorik çerçevesi bu modelde, kalite sistemlerine kanıtl sağlamak amacıyla kullanılabileceğini göstermiştir (Ameh vd., 2017).

2.11. Süreç-Sonuç Ölçümleri Karşılaştırması

Değerlendirmeler, bireysel anlamda örgütsel performansların akranlarıyla karşılaştırılmasına izin vermektedir. Sağlık örgütünün performans aralığını (en iyiden en kötüye doğru) anlama; bireysel temelli yapılan hasta ölçümleri ve analizlerine göre daha tutarlı sonuçlar verebilmektedir. Hasta düzeyindeki hesaplamalarda ortalama sonuçlar, belirgin bir farklılığı net olarak ortaya koyamamaktadır. Örgütsel bazda yapılacak olan değerlendirmelerde daha kötü performans gösterenin, daha iyi

performans gösteren sağlık örgütünden sağlık bakımına dair öğrenebilecekleri farklılıkları rahatlıkla ortaya koyabilmektedir (Downing vd., 2017).

Donabedian'a (1988) göre, örgüt düzeyinde performans ölçümlerinin yapılmasının, hasta memnuniyetlerinin ölçümü yanında, bu memnuniyet ölçümlerinin genel anlamda örgütün performansına katkı sağladığından bahsetmektedir. Ayrıca bakımın yapıldığı ortamın yapısal özellikleri, bakım süreçleri ve bakım sonuçları arasındaki nedensel bağlantılar hakkında detaylı bilgiye de ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir. Sadece sonuçlara odaklanmak, bir süreci veya bir faaliyeti iyileştirmek için etkili bir yol olmamaktadır (Deming, 1992). Brook ve diğerleri (2000:284) yalnız başına sonuç ölçüm bulgularını "bakım kalitesinin zayıf değerlendirmesi" olarak kabul etmektedirler. Kalite standartlarının ölçümlerinde sonuçların uzun bir süreç sonunda ortaya çıkacağına ve bunun da örgütün değerlendirme sürecini karmaşık hale getirebileceğini belirtmişlerdir.

Örneklendirilecek bakım bileşenlerinin veya sonuçlarının belirlenmesi, uygun ölçütlerin ve standartların belirlenmesi ve bunlar arasında bir dengenin oluşması gerekmektedir. Bunu yaparken yapı, süreç ve sonuç bileşenleri arasındaki dengeyi sağlamaya ihtiyaç vardır (Wagner vd., 1999).

Süreç ve sonuç ölçümlerinin her birinin, avantaj ve dezavantajları bulunmakla birlikte genellikle sonuç ölçümleri, genel anlamda yanıltıcı sonuçlar ortaya koyabilmektedir. Bunun yanında süreç ölçüm değerlendirmeleri, genellikle bakım sürecinin çok özel öğelerine işaret eden göstergelerden oluşmaktadır. Bu bağlamda, süreç ölçümleri, örgütsel kalite geliştirme programlarına geri bildirim sağlamakta oldukça önemli bir işlev yüklenmektedir. Sonuç iyileştirme ölçümleri, sıklıkla sağlık hizmeti sunucularının kontrolünün ötesinde olabilmektedir. Sonuç çıktılarında birçok başka faktörün hasta sonuçlarını etkilemesinden söz edilmektedir. Sonuç değerlendirme ölçümleri hastanın tedavisini daha iyiye götürmek için gerekli olduğu alanları belirlemeye yardımcı olabilmektedir. Aynı zamanda çalışmalar, sağlık bakım hizmeti sunanlarının süreç göstergeleri ölçümlerine daha fazla itibar ettiğini göstermektedir (Rubin, Pronovost ve Diette, 2001b; Valenstein ve diğerleri; 2004).

Moore ve diğerkleri (2015) alışmalarında, Donabedian'ın sağlık bakım çevresine atıfta bulunmuşlar ve bu çerçeveye göre bakım yapısındaki gelişmelerin, hasta klinik sonuçlarında iyileştirmelere yol aması gerektiğini savunmuşlardır. Bu çalışmalarıyla araştırmacılar, hastalarda travma seviyesini belirleme sistematığını; yapı, süreç ve sonuç açısından değerlendirerek, kalite alanları arasındaki korelasyonu tespit etmeyi amaçlamışlardır. Bu çalışmadaki gözlemlenen kalite alanları arasındaki anlamlı korelasyonlar, yapı-süreç-sonuç modelinin, travma tedavisinin değerlendirmesinde, geçerli bir model olabileceğini göstermiştir.

Süreç yönetimi rekabetçi kalmanın temel bir aracı olarak nitelendirilmektedir. Aynı zamanda, klinik süreç yönetimi, hedefe yönelik tutarlı ve kapsamlı bir yaklaşım ortaya koymaktadır. Rohner'in yapmış olduğu bir çalışmada, orta ölçekli bir hastanede süreç yönetiminin sistematik olarak uygulanabileceğini göstermektedir. Bu araştırma ampirik olarak, klinik süreçleri yönetmeye yönelik teorileri ve kavramları uygulama yaklaşımlarını desteklemektedir. Ayrıca klinik süreç kullanımının, kaliteyi düşürmeksizin, hastanelerin gelirlerinin artırabilmesi yönünde bir adım olabileceğini savunmaktadır (Rohner, 2012).

Rubin ve diğerkleri (2001b:470) araştırmalarında, süreç ölçümlerinin kalite geliştirme çabalarında önemli bir faktör olduğunu savunmaktadırlar. Süreç lmlerinin, değerişime ihtiyaç duyulan alanları tespit edebildiğini ve daha gerçekçi sonuçlar çıkarabildiğini ifade etmektedirler. Ayrıca, çoğu süreç ölçümlerinin hastalıklar düşünüldüğünde, sonuç ölçümlerine göre daha az riskler taşıdığı gözlemlenmektedir. Bunun yanında süreç ölçümlerinin daha küçük örnekler gerektirdiği ve örneklerin bir araya getirilebilmesi için daha az zamana ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır. Çoğu sonuç ölçümleri, 10 yıl gibi uzun bir gözlem süresine ihtiyaç duyarken, süreç ölçümlerinin örgütlerde rutin olarak toplanan verileri kullanmanın veya mevcut verileri kullanmanın avantajlı olabileceğini ortaya koymaktadır.

Mant (2001:475), süreç ölçümlerini sonuçların ölçümlerinden daha kolay yorumlanabilen ve bakım kalitesi farklılığına daha duyarlı, doğrudan kalite ölçümleri olarak değerlendirmiştir. Mant'ın yapmış olduğu çalışma, sağlık hizmetlerinde performans göstergeleri olarak, sonuç ve süreç ölçümlerinin, göreceli güçlü ve zayıf yönlerini gözden geçirmek amacıyla yapılmıştır. Mant'a göre, çalışmadan çıkacak olan

sonuçlardaki farklılıklar, vaka karmaşı, verilerin nasıl toplandığı, şans faktörü veya bakım kalitesinden kaynaklanabileceğini vurgulamıştır. Sağlık hizmetleri faktörlerinin yanında, örneğin beslenme, çevre, yaşam tarzı ve yoksulluk gibi sağlık sonuçları üzerinde önemli etkiye sahiptir. Süreç ölçümlerinin avantajları, bakım kalitesindeki farklılıklara daha duyarlı olmaları ve doğrudan kalite ölçümlemesine uygun olmalarıdır. Bununla birlikte, sonuç ölçümleri daha büyük bir ilgi alanına sahiptir ve teknik uzmanlık becerisi gibi ölçülmesi zor olanlar da dâhil olmak üzere, bakımın tüm yönlerini yansıtabilmektedir. Çalışmada, veri toplamayı standartlaştırmak için uğraşlar verilir ve vaka karma sistemleri geliştirilir ve onaylanır ise, sonuç göstergelerinin geliştirilebileceği savunulmaktadır.

Secenal tarafından Avrupa Birliği düzeyinde, kalite yönetimi ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi değerlendirmeye yönelik bir araştırma yapılmıştır. Araştırmada, hastane performansı ve hasta sonuçlarını etkileyen boyutları tespit etmek amacıyla kapsamlı bir kavramsal çerçeve geliştirilmiştir. Çalışmada hastane spesifik yapıları (organizasyonel kültür ve profesyonel katılım), klinik süreç yapıları (akut miyokart enfarktüsü, felç, kalça kırığı ve doğumlar için bakım süreçlerinin organizasyonu), hastaya özgü süreçleri ve sonuçları (klinik etkinlik, hasta güvenliği) ve hastane kalitesini değiştirebilecek dış yapılar (dış değerlendirme ve algılanan dış baskı) değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda yapılan değerlendirmede, Avrupa Birliği genelinde hastane paydaşları, araştırmacılar ve politika yapıcılarını ilgilendiren yapı, süreç ve sonuç modellemesinin kalite yönetiminin bütüncül anlamda iyileştirilebilmesi yönünde rehberlik etmeye yönelik bir çerçeve oluşturabileceği vurgulanmıştır (Secanell, 2014).

Donabedian (2003:56), kalite değerlendirmesine (yapı, süreç ve sonuç) ilişkin üç yaklaşımdan her birinin avantaj ve dezavantajları olduğunu söylemekle birlikte, süreçlerin belirli sonuçları nasıl etkilediğini açıklayabilmek için süreç düzeyinde kritik bir nedensellik-sonuç ilişkisinin ölçülmesi gerektiğini savunmaktadır.

Pek çok iş kolunda olduğu gibi, sağlık hizmeti sunan örgütlerin performansları farklı şekillerde ölçülebilmektedir. Günümüzde bu ölçümler yapılırken en çok başvurulan yöntemler olarak, iş mükemmeliyeti modellerinin, örgütsel performans ölçümünde ve kalite geliştirmede kullanılmasıdır. Her bir modelin kendine has

özellikleri olmakla birlikte, yaygın olarak, temel özellikleri toplam kalite yönetimi ilkelerine bağlı kalmalarıdır.

2.12. Performans Ölçümünde İş Mükemmeliyeti Modelleri

Günümüzün sürekli değişen küresel iş ortamındaki örgütlerin, gelişebilmeleri için yeni yaklaşımlara odaklanmaları gerekmektedir. Bu tür yaklaşımlar örgütlerin uzun vadeli ve sürdürülebilir bir başarı elde etme becerisine güven duymalarına yol açmaktadır. Örgütsel mükemmellik veya iş mükemmeliyeti olarak adlandırılan yaklaşım, örgütün gelişimine yol açan en tanınmış kavramlardan biri olarak kabul edilmektedir.

İş mükemmeliyeti örgütün tüm boyutlarında daha iyi bir performans elde etmek amacıyla birçok örgütte yaygın olarak uygulanan bir yönetim felsefesidir. Yeni bir yönetim paradigması olarak, tüm paydaşları tatmin etmek, çıkar dengesini sağlamak ve sonuçta uzun vadeli sonuçları veya çıktıları elde etmek olarak nitelendirilmekte ve TKY ilkelerine dayanmaktadır (Janjić vd., 2015).

İş mükemmellik modelleri, örgütsel performansı ölçmek, değerlendirmek amacıyla, örgütleri yönlendirmenin yanısıra, örgütün gelişme çabalarını da doğru alanlara sevk etmektedir. Her ne kadar, iş mükemmellik modellerinin, toplam kalite yönetim ilke ve teorilerine dayandırılmasıyla birlikte, her bir iş mükemmellik modelinin kapsam ve yaklaşımları farklılıklar gösterebilmektedir. Bazı modeller, daha fazla sonuç odaklı iken, bazıları ise süreç odaklı olabilmektedir. Bazı mükemmellik modelleri, üçüncü taraf değerlendirmesi gerektirirken, bazıları örgütlerin kendi kendilerini değerlendirmelerine fırsat tanımaktadır (Kanji, 2002:16).

Pek çok örgüt, iş mükemmeliyetini rekabet avantajı elde etmenin temel aracı olarak görmektedir. İş mükemmeliyeti; kaliteli bir sisteme sahip olmanın ötesinde, bir örgütün yaptığı her faaliyette (liderlik, strateji, müşteri odaklılık, bilgi yönetimi, insanlar ve süreçler dâhil) mükemmeliyeti başarmak ve en önemlisi üstün iş sonuçlarına ulaşmaktır (Mann, vd., 2012).

Giderek daha çalkantılı ve kaotik bir ortamla karşı karşıya kalan pek çok iş kolundaki işletmeler, iş mükemmeliyeti stratejilerini uygulamaya başlamalarıyla birlikte, kaliteyi iş felsefesinin önemli bir unsuru haline getirmişlerdir. Kalite

yönetiminin odağını, sadece üretime yoğunlaşmaktan öte, geniş çapta işletme faaliyetlerinde ve daha özelde de iç ve dış müşterilerin gereksinimlerindeki dramatik değişimlerin odağını oluşturmaktadır. Nihayetinde TKY'nin günümüzde gelmiş olduğu son nokta iş mükemmeliyeti olmuştur (Ionică vd., 2010).Ulusal veya uluslararası kuruluşlar modern performans ölçüm çerçeveleri veya iş mükemmellik modelleri geliştirmişlerdir. Bu modeller, ölçümler ve değerlendirmeler için örgütlere kılavuz ve kriterler sunmaktadırlar (Toma ve Marinescu, 2018). Bu iş modelleri, yönetim alanında, örgütlerin sunulan hizmetlerin kalitesini ölçmelerine fırsatlar tanımakta ve böylece örgütlerin kendilerini mükemmellik ile ilgili konumlamalarına yardımcı olacak, pratik bir araç olarak kabul görmektedir (Talwar, 2011).

Doksanlı yılların başından itibaren, kalite ödülü veya iş mükemmeliyeti modelleri aracılığıyla, kalite sürekli olarak geliştirilmiştir. Bu modeller, toplam kalite yapıları üzerine inşa edilmiştir. Bu alana dair birçok çalışma, kriterlerin genellikle toplam kalite yapılarının bir karışımı olduğu bir dizi kritere karşılık gelebilecek kalite ödülü modellerini test etmeye odaklanmıştır. Kalite modellerinin örgütler açısından, toplam kalite yönetiminin geliştirilmesinde dinamik ve stratejik bir gelişim rolüne sahip olduğu görülmektedir (McAdam ve Lonard, 2005).

Rekabet etme koşulları altında değişime ayak uydurma zorunluluğu hisseden işletmeler, örgütsel mükemmelliği yakalamak amacıyla kalite yönetim sistemlerine ihtiyaç duymuştur. Bunların neticesinde, bilinen popüler iş mükemmeliyeti modelleri ortaya çıkmıştır. Bunlardan en çok bilinen ve diğer modellere öncülük eden Deming Ödülü, Japon Bilim ve Mühendislik Birliği Yönetim Kurulu tarafından geliştirilen (1951) ilk modellerdendir. Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM) modeli 1991 yılında batı dünyasında geliştirilmiştir. 1987'de tanıtılan ABD'nin Malcolm Baldrige Ödülü (MBNQA) diğer en fazla bilinen modellerdendir (Araslı ve Baradarani, 2014).

Şu ana kadar yapılan literatür çalışmalarında, 83 ülkede kullanılan 94 ulusal kalite/iş mükemmellik modeli olduğu tespit edilmiştir (Musli vd., 2011). İş mükemmellik modelleri, bir örgütün tüm alanlarına ve boyutlarına ve özellikle de performansı etkileyen faktörlere odaklanmaları konusunda bütünseldir. Bu modeller uluslararası alanda, hem iş mükemmeliyeti ilkelerinin benimsenmesine yardımcı bir çerçeve sağlamakta hem de bu benimsemenin ne kadar kapsamlı bir şekilde

uygulandığını ölçmenin etkili bir yolu olarak tanınmaktadır. Geliştirilen pek çok sayıda iş mükemmellik modellerinin hemen hemen tamamı birbirlerine benzer özellikler taşımaktadırlar. Dünyada en yaygın olarak: Baldrige (MBNQA), Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı Modeli (EFQM), Singapur Kalite Ödülü Modeli, Japonya Kalite Ödülü Modeli, Kanada İş Mükemmeliyeti Modeli, Avustralya İş Mükemmeliyeti Çerçevesi (ABEF), Deming Ödülü, Ericsson İş mükemmeliyeti Modeli (EBEM), Kurumsal Karne (BSC), Linch ve Cross'un Performans Piramidi, ISO 9000, Yetenek Olgunluk Modeli (CMM), Kanji'nin İş mükemmeliyeti Modeli (KBEM) gibi modeller kullanılmaktadır (Dahlgaard vd., 2013 ve <http://www.businessexcellencetools.com/>).

Williams ve diğerleri (2007), çalışmalarında, dünyada pek çok örgütün Malcolm Baldrige Modeli veya Avrupa Mükemmellik Modeli gibi iş mükemmeliyeti modellerini kullanarak, örgütlerin kendi kendilerini değerlendirme yöntemi ile performanslarını iyileştirmeye çalışmakta olduklarından bahsetmişlerdir. Bununla birlikte, son zamanlarda, bazı örgütlerin bu uygulamalardan yeterince memnun kalmadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma, modellerin ve kullanılma biçimlerinin revize edilmesi gerektiğini savunmaktadır. Sonuçlar, her ne kadar iş mükemmeliyet modellerinden memnuniyetsizliklerin olduğunu gösterse bile, bu modellerin akademik geçerliliğinin, hala arzu edilen seviyelerde olduğunu ortaya koymaktadır. Orijinal modellerin, hala örgütlerin kalite girişimlerinin iyileştirmesi yönünde, yararlı rehberler olabileceğini vurgulamaktadır. Bununla birlikte, bilinen bu iş mükemmellik modellerinin uyum kalitesinin, özellikle de daha zayıf olan örgütler için önerilebileceği savunulmaktadır. Daha gelişmiş örgütlerin, kendi iş modellerini ve stratejilerini geliştirmeleri gereği ifade edilmektedir. Örgütlerin süreçlere daha fazla dikkat etmeleri suretiyle, standart “tek beden”, herkese uyarlanmış bir model kullanmak yerine; kendi geliştirdikleri, iş mükemmellik modellerini kullanmalarının daha faydalı olabileceği fikri ileri sürülmektedir.

İş mükemmellik modelleri alanındaki kayda değer literatür kaynaklarını araştırırken, örgütlerin daha fazla hangi alanlara yoğunlaşılması gerektiği konularında çok çeşitli görüşlerle karşılaşılmaktadır. Genel anlamda kabul görmüş, örgütlerin iş mükemmeliyetini elde etmek için çaba göstermesi gereken sekiz alana odaklanmaları ve bu alanlarda çaba harcanması gerektiği tavsiye edilmektedir (Nenadál vd., 2018). Bu alanlar:

- ✓ Müşteri memnuniyetini gerçekleştirme,
- ✓ Vizyon ve stratejik planlamadan sonuç alma,
- ✓ Değerlerinizden bir kültür yaratma,
- ✓ Hem liderliği hem de yönetimi anlamaya çalışma ve bu ikisini birleştirme,
- ✓ Taahhütlerinize dikkatle sarılma,
- ✓ Performansı en üst düzeye çıkarma,
- ✓ İlerlemeleri ölçme,
- ✓ Değişiklikleri yönetme.

Referans kavramlar ve iş mükemmeliyeti modelleri ile TKY'nin temel ilkeleri arasındaki bağlantılar, bugün iş dünyasında mükemmelliğin ne anlama geldiği ve dünya çapındaki örgütlerin bunu nasıl gerçekleştirmeleri gerektiği konusunda pek çok yayın bulunmaktadır. İş mükemmellik modelleri, iş dünyasında mükemmelliği hedefleyen herhangi bir örgüt için *sine qua non* (olmazsa olmaz) bir şart olduğu savunulmaktadır (Ionica vd., 2010).

2.12.1. İş Mükemmellik Modellerinde Temel Değerler ve Kavramlar

İş mükemmellik modelleri, düşük maliyetli fırsatlar yaratarak, dünya çapında pazarları hızla genişletmek ve daha iyi, daha kişiselleştirilmiş müşteri hizmetleri sunarak gücünü göstermektedir. İş mükemmeliyetinin zorluğu; örgütün vizyonunu pratiğe dönüştürme güçlüğüdür. İş mükemmellik modellerinin işlevi; örgütün kritik başarı faktörlerini kullanarak, yüksek ve iyi bütünleşmiş TKY tabanını oluşturmaktır. Kritik başarı faktörleri, kalite mükemmeliyetinin başarılı bir şekilde uygulanmasını garanti eden faktörlerdir. Birçok çalışma, kullanıcıların TKY kavramlarını daha kolay bir şekilde kavramlaştırmasına yardımcı olmak amacıyla farklı kalite yönetimi uygulamalarını, anlamlı kritik başarı faktörleri kümesine sentezlemeye çalıştıklarını göstermiştir. Kritik başarı faktörleri başarılı bir TKY için gerekli yönetim uygulamaları, eylemler veya ön şartlardır (Jaafreh ve Al-abadallat, 2013).

Genel olarak, performans ölçüm sistemleri veya iş mükemmellik modelleri bir dizi temel performans göstergelerini tamamlayan stratejik hedeflerle ilişkilidir. Bu başarı faktörleri örgütün hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığına ilişkin bilgiler sunmaktadır. Kritik başarı faktörlerinin belirlenmesi ve izlenmesi yoluyla, örgütün uygulamış olduğu stratejiler ölçülebilmekte, stratejik hedeflere ulaşmak için gerekli değişikliklerin

yapılabilmesi ve performansın sürekli iyileştirilmesi sağlanabilmektedir. (Chen vd., 2014).

Kanji'ye (2002) göre, örgütler, örgütsel performanslarını ölçmeye yönelik olarak, modelin güçlü yanları ve gelişime açık alanlara odaklanmalarını gerektirmektedir. Başarı, açıkça birbiriyle ilişkili faktörlerin etkileşimine bağlı olduğundan, yaklaşım bütünsel olmalı, aynı zamanda, bileşenlerden herhangi birinde meydana gelebilecek bir değişikliğin, sistem üzerindeki etkisi hissedilebilmelidir. Örgütleri bütüncül bir çerçeveye oturtmak ve temel ilke ve kavramlarını tanımlamak temel amaç olmalıdır. Örgütsel mükemmeliyette, her bir örgüt için özel başlangıç noktası, kendi inanç ve değer sistemi ve örgütün varlıklarına bağlı yetkinlik ve anahtar süreçlerin tanımlanması gerekmektedir. Tanımlanan bu kavram ve ilkelerin, iş mükemmeliyet modelleri içerisinde hangi performansları ölçtüğünün açıkça belirlenmesini gerektirmektedir.

İş mükemmeliyeti modelleri hemen hemen birbirine benzer nitelikte özellikler sergilemektedirler. Tüm iş mükemmeliyeti modellerinin temel özelliklerini bir araya getirmek mümkün olmadığından, örnek olarak aşağıda, 2011-2012 Baldrige Kriterleri'nin temel değerleri ve kavramları verilmiştir. Bu kriterler, Mann ve diğerlerinin (2012) düzenlemelerine göre sıralanmıştır:

2.12.1.1. Vizyoner Liderlik

Örgütün üst düzey liderleri yön belirlemeli ve müşteri odaklılık yaratmalı, açık ve görünür organizasyon değerleri ve işgücü için yüksek beklentiler oluşturmalıdır. Yön, değer ve beklentiler tüm paydaşların ihtiyaçlarını dengelemelidir.

Kanji'nin iş mükemmellik modelinde liderlik, her ilkenin ve temel kavramın davranışını kontrol eden bir ana gösterge olarak belirlenmiştir. Liderlik, örgüt içindeki bireylerin ve grupların, görevleriyle ilgili uygun araç, bilgi ve becerilerini geliştirmelerinde en önemli bir araç olarak rol almaktadır. Bu nedenle modeldeki liderlik, TKY'nin felsefesini ve sistem boyutlarını misyon, vizyon, strateji, değerler ve kilit sorunları ele alarak sağlamaktadır (Tambi, 2000).

2.12.1.2. Müşteri Odaklı Mükemmellik

Performans ve kalite, örgütün müşterileri tarafından değerlendirilir. Bu nedenle, örgütün tüm ürün özelliklerini ve müşterilere değer katan tüm müşteri erişim ve destek yolları dikkate alınmalıdır.

2.12.1.3. Örgütsel ve Kişisel Öğrenme

Örgütsel performansın en üst seviyelerine ulaşmak, sistematik süreçlerle bilgi paylaşımını içeren örgütsel ve kişisel öğrenmeye iyi uyarlanmış bir yaklaşım gerektirir. Örgütsel öğrenme hem mevcut yaklaşımların sürekli iyileştirilmesini hem de yeni hedef ve yaklaşımlara yol açacak önemli değişiklik veya inovasyonu içermektedir.

2.12.1.4. Çalışanlar ve İş Ortaklarına Değer Verme

Bir örgütün başarısı, anlamlı bir şekilde çalışma, hesap verebilir, güven veren ve iş birliğine dayalı bir işgücü ve ortama bağlıdır.

2.12.1.5. Çeviklik

Günümüzün değişen, küresel rekabet ortamındaki başarı; çeviklik, hızlı değişim ve esneklik kapasitesini gerektirir.

2.12.1.6. Geleceğe Odaklanma

Bir örgütün sürdürülebilirliğini sağlamak, örgütü ve örgütün pazarını etkileyen kısa ve uzun vadeli faktörleri anlamayı gerektirir.

2.12.1.7. İnovasyonu Yönetmek

Örgütün paydaşları için yeni değer yaratmak amacıyla örgütün ürünlerini, hizmetlerini, programlarını, süreçlerini, işlemlerini ve iş modelini geliştirmek için anlamlı değişiklikler yapmayı gerektirir.

2.12.1.8. Rasyonel Yönetim

Örgütlerin sürdürülebilirliği, örgütün performansının ölçülmesine ve analizine bağlıdır. Bu tür ölçümler örgütün ihtiyaç ve stratejilerinden türetilmeli ve temel süreçler, çıktılar ve sonuçlar hakkında örgüt üst yönetimine kritik veriler ve sonuçlar sağlamalıdır.

2.12.1.9. Toplumsal Sorumluluk

Bir örgütün lideri, halkın ahlaki değerlerini dikkate almalı ve toplumsal refahı ve yararı göz önünde bulundurmalıdır.

2.12.1.10. Sonuçlara Odaklanma ve Değer Yaratma

Bir örgütün performans ölçümleri temel sonuçlara odaklanmasını gerektirir. Sonuçlar paydaşların değerlerini dengelemek amacıyla kullanılmalıdır.

2.12.1.11. Sistem Yaklaşımı

Sistem yaklaşımı tüm örgütü bütünsel olarak yönetmek ve bileşenlerin nasıl etkileşimde bulunduğunu ve başarıya ulaşmak için nasıl bir araya geldiğini anlamayı ifade etmektedir.

Günümüzün rekabetçi ve küreselleşmiş dünyasında örgütsel mükemmellik; sürdürülebilir başarının ön koşullarından biridir. Yönetim felsefesi olarak, orta ve uzun vadede en iyi toplam sonuçları üretecek, sürdürülebilir ilerlemeye destek sağlayacak bir dizi ilke, kriter ve yaklaşımların toplamı olarak ifade edilebilmektedir. Örgütsel mükemmelliği gerçekleştirme, örgütsel performans değerlendirme ve iyileştirmeye yönelik kılavuz ve kriterler oluşturmayı amaçlayan hem ulusal hem de uluslararası düzeyde farklı iş mükemmeliyeti modelleri kullanılmaktadır.

Literatür taramalarında, doğrudan veya dolaylı olarak performans ölçüm sistemleri veya modelleri ile ilgili makaleler ve vaka çalışmalarına rastlanılmaktadır. Farklı geçmişlere, özelliklere ve öncüllere dayanarak, örgütsel performans ölçümlenmeleri açısından her sistemin güçlü ve zayıf yönlerine dair kapsamlı bir görünüm sağlanmaktadır. Yapılan analizler, her kavramsal performans ölçüm sisteminin net bir teorik arka plana sahip olduğunu göstermektedir. Ancak bu ölçüm sistemleri nadiren bir örgütün spesifik bir iş mükemmellik modelini nasıl tasarlaması gerektiği konusunda ayrıntılı bir rehberlik sağlanmaktadır. Bu nedenle, her bir örgüte özgü, ölçüme dair özellikle operasyonel düzeyde daha fazla araştırma yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır (Striteska ve Spickova, 2012).

2.12.2. Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Ölçüm Sistemi ve Modeli

Modern iş dünyası finansal ve finansal olmayan göstergeler ile performans ölçümünü birden fazla bakış açısıyla değerlendirebilen çok sayıda farklı modeller

geliştirmiştir. Bu stratejik performans yönetimi modelleri, verimli ve etkili bir yönetim sağlayabilmek amacıyla iş çevresindeki sürekli değişikliklere gerekli yanıtı verebilme yeteneğine sahip olmak zorundadır. Bu alandaki teori ve uygulamalar, iş mükemmelliğini sağlamaya yönelik, örgütsel performans yönetiminde çeşitli entegre modellerin geliştirilmesi ve uygulanmasını gerektirmektedir. Kaplan ve Norton'a ait Kurumsal Karne (KK), Performans Piramidi, SAILS modeli, GRASP modeli ve diğerleri gibi iyi bilinen entegre modellere ek olarak, Kanji'nin İş mükemmeliyeti Modeli (KİMM) ve Kanji'nin Kurumsal Karnesi (KKK) geliştirilmiştir. Kanji'nin modeli, önceki modellerin, özellikle Kaplan'ın Kurumsal Karne'sinin zayıf ve eksik yanlarını gidermek amacıyla oluşturulmuştur (Janjić vd., 2015).

Kanji, mükemmellik modelinin ilk sürümünü 1998 yılında yayınlamıştır. Modelde, liderlik temel rol oynamaktadır. Bu model rasyonel maddi olmayan bir dizi öneriden oluşmakta, Avrupa ve Asya ülkelerinde pek çok işletme tarafından yaygın bir şekilde uygulanmaktadır (Nenadál vd., 2018).

Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Ölçüm Sistemi (KİMÖS) (Kanji, 1998), TKY kavram ve ilkelerine dayanmaktadır. Model, İş Mükemmellik Modeli (KİMM) ve Kanji'nin Kurumsal Karne'sinden (KKK) oluşmaktadır. Bu model dâhilinde, KİMM ilkelerini tamamlayan örgütsel performans ölçme sistemi geliştirilmiştir. KİMM'in temelini oluşturan temel fikir, her TKY ilkesi ile örgütteki gelişmiş kurumsal performans arasındaki ilişkiye vurgu yapılmasıdır (Janjić vd., 2015). Model, örgütün ihtiyaçlarına esnek bir şekilde adapte edilebilmekte ve son derece uygun maliyetli ve zaman açısından da oldukça verimli olabilmektedir. Kapsamlı istatistiksel analizler uygulamaya müsaittir ve örgütün kalite yönetim planını konumlandırmak yerine, örgüt bazında iyileştirmelere güçlü bir şekilde odaklanmaktadır (Kanji, 2002; Arasli ve Baradarani, 2014). KİMM örgütsel performansın iç paydaşların bakış açısına göre ölçülmesine aracılık ederken, KKK performansı, örgütü dış paydaş açısından değerlendirmektedir. (Kanji, 2002).

KİMÖS, iş mükemmeliyeti kriterlerini içeren ölçeklerin istatistiksel olarak işlenmiş sonuçlarına dayanmaktadır. Örgütün elde ettiği iş mükemmeliyeti seviyesini değerlendirmek için, müşteri memnuniyeti, paydaşların memnuniyeti, iş performansı gibi bir dizi göstergenin ölçülmesini gerektirmektedir. Bu önemli parametreleri ölçmek için standartlara ihtiyaç vardır. KİMM'nin özelliği, tüm kriterlerin aynı tabana sahip

olmasıdır, yani tüm kriterlerin eşit derecede önemli olduğu anlamını taşımaktadır. Bu modellerde, 0-100 arasında değişen iş mükemmeliyeti indeksi hesaplanabilmektedir. İş mükemmeliyeti indeksini kullanan örgütler, örgütün ilerlemesini analiz etmek ve karşılaştırmak için bu indeksi kullanmaktadırlar. Bu, örgütün iş mükemmeliyeti indeksini, belirli bir zaman dilimindeki ilerlemenin öz değerlendirmesinde bir araç olarak ve gelecekteki performansın iyileştirilmesinde bir temel olarak kullanabileceği anlamına gelmektedir (Janjić vd., 2015).

Kanji'nin İş Mükemmeliyet Modeli ve Kurumsal Karnesi örgütsel performansı iç ve dış iki önemli paydaş açısından (hasta-hasta yakınları ve sağlık hizmeti sunanlar) bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmeye fırsat tanımaktadır. Her iki model bütüncül olarak TKY ilke ve standartlarını büyük bir oranda kapsamaktadır. Literatürde pek çok farklı sektörde, bu iki modelin kullanıldığı kurumsal performansın değerlendirilmesine yönelik çalışmaların ortaya koyduğu sonuçların başarılı bulunması, araştırmacının bu iki modeli araştırmada kullanımına dair tercihinde etkili olmuştur. Aynı zamanda her iki modele ait ölçeklerin, modellerin sahibi tarafından geliştirilmiş olması da tercih sebepleri arasında sayılabilir.

2.12.2.1. Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Modeli (KİMM)

Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Modeli (KİMM) (Kanji, 1998), Toplam Kalite Yönetimi (TKY) kavram ve ilkelerine dayanmaktadır. KİMM, Kanji'nin piramit modeli (1998) üzerine kuruludur. Liderlik, dört ilke ve sekiz temel kavramı birbirine bağlamaktadır. Liderlik, iş mükemmelliğini gerçekleştirmek amacıyla ilkeler ve kavramlar aracılığıyla etkisini göstermektedir. Müşteri memnuniyeti, insan odaklı yönetim, sürekli gelişim ve gerçeklerle yönetim KİMM'in dört prensibini oluşturmaktadır. İç müşteri memnuniyeti, dış müşteri memnuniyeti, bütün işler bir süreçtir, ölçüm, takım çalışması, kaliteyi insan yapar, sürekli gelişim döngüsü ve önleme, KİMM'nin sekiz temel kavramını içermektedir (Tabataee vd., 2012).

Kanji'nin modelinin ardındaki kavramsal teori, şimdiye kadar oluşturulmuş olan farklı bilimsel alanların bileşiminden oluşmaktadır. Kanji'nin dışındaki diğer modeller, belli bir dereceye kadar sistem teorilerini kullanmakla birlikte, Kanji'nin modeli, kapsamlı bir sistem yaklaşımını kendine temel almaktadır. Bu modelde, kavramların karşılıklı etkileşimleri analiz edilmektedir. Karşılıklı etkileşim; bir sistemde ele alınması gereken en kritik alandır. Kanji'nin modeli sağlık sektörü, tedarik zinciri ve üretim,

eğitim gibi sektörlerde uygulanan bir konsepti ortaya koymaktadır. Bu sistem, kapsamlı bir kalite yönetimi ve örgütsel mükemmellik sistemlerinin ilkelerine dayandırılarak tasarlanmıştır. Model, örgüt içi performans ve örgüt dışı performansı ölçmek için kapsamlı ve çok boyutlu bir sistem sunmak üzere bir araya getirilmiştir. Model, Hong Kong'da 139 tedarik zinciri sektöründe uygulama fırsatı yakalamıştır. Wong (2000) daha sonraları bu modelin başka alanlarda da kullanılmak üzere geliştirilebileceğini ifade etmiştir (akt. Liu vd., 2001).

İş mükemmeliyeti tüm değişkenlerin toplam ortalaması değildir. İş mükemmeliyeti diğer tüm alanlardaki performansın ne kadar iyi uygulanıp uygulanmadığı prensibine dayanmakta ve değişkenlerin birbirine nasıl bağlandığına bağlıdır (Kanji, 2002:22). Model, bir dizi birbiriyle ilişkili, bağımlılık ilişkilerini aynı anda tahmin etmeye yönelik, çoklu regresyon ve faktör analizlerinin özelliklerini birleştiren, Yapısal Eşitlik Modelleme (YEM) tekniğine dayanmaktadır. Bu modelle birlikte liderlik, müşteri memnuniyeti ve çalışan memnuniyeti gibi kalite göstergeleri arasındaki etkileşimler analiz edilmeye çalışılmaktadır (Kanji, 2005:52).

Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Modelinde birincil (asıl), ilke, temel kavramlar ve örgütsel mükemmellik, ampirik içerikte olmazsa olmaz bir yapı olarak tanımlanmaktadır. Bu yapı doğrudan gözlenemez ancak ampirik içeriğe dair ölçüm maddelerinin puanlarından sonuca ulaşılır. İş Mükemmeliyeti Modeli sıkıştırılarak (sadeleştirme) eldeki veri miktarı tehlikeye atılmaz, tam model analiz ediliyormuş gibi işlem görür. Bunun nedeni kullanılan ölçüm setinin orijinal olarak tam bu model için geliştirilmiş olması ve her ölçüm öğesinin sıkıştırılmış modele uyum sağlayabilmesi amacıyla göstergelerin ortalamalarının alınmasından ibarettir (Tambi, 2000).

Kanji (2002:20-21), kullanılmakta olan modellerin çoğunun (Deming, EFQM, MBNQA gibi) gösterge modelleri oldukları, kendisine ait modelin bir kalite geliştirme modeli olduğunu ileri sürmektedir. Yukarıda bahsedilen en yaygın modelleri kullanarak, toplam kalite yönetimi uygulamalarını ne seviyeye kadar yükseltebilir ve diğer örgütlerle, ne derece kıyaslama yapılabilir sorularına, Kanji'nin İş Mükemmellik Modeli ile yanıt verilebilmektedir. Bu modelde, sebep ve sonuç ilişkileri ölçülerek, bir değişkenin, sonucu ne derece etkilediğini analiz edebilmek mümkün olabilmektedir. KİMM'e ait ölçüm aracında, her bir ilke ve temel kavram için iki ila altı soru arasında bir dizi mevcuttur. Ölçüm aracındaki bu sorular oldukça esnektir ve örgütün

performansına ilişkin kapsamlı bir değerlendirme yapabilmek, bu sorular ile mümkün olabilmektedir.

2.12.2.2. Kanji'nin Kurumsal Karnesi

Kanji'nin Kurumsal Karnesi (KKK), Kanji'nin İş Mükemmellik Modelini (KİMM) tamamlamayı amaçlamaktadır. KKK, örgütün performansını farklı dış paydaşların perspektifinden ölçmeye yarayan kurumsal karneden oluşmaktadır. KKK, esas olarak örgütlerin dış değerlendirmesine yöneliktir. KKK, örgütlerin performansını, stratejik hedeflerin belirlendiği kilit alanlarda, bunlar, örgütsel değerler, süreç mükemmelliği, örgütsel öğrenme ve paydaş memnuniyeti gibi alanlarda ölçmektedir. KKK'ye göre, tüm kritik başarı göstergelerinin eşzamanlı etkisiyle iş mükemmeliyeti sağlanmakta, bu da bir alandaki iyileştirme, bir sonraki süreçte ilerlemeyi teşvik etmekte ve böylece sürekli iyileştirmeyi sağlamaktadır. Tüm anahtar niteliğindeki başarı faktörlerini yönetmek, iyi finansal sonuçlar elde etmek, paydaşlar için değer yaratmak performans mükemmeliyetine yol açmaktadır (Janjić vd., 2015; Kanji ve Sa, 2001).

Örgütsel Değerlerde, Kanji ve Sá (2002) denge yaratma, büyüme, risk ve getiriyi uzun vadeli bir bakış açısıyla değerlendirmenin gerekliliğine vurgu yapmaktadırlar. Oluşturulmuş olan örgütsel değerler paydaşlar arasındaki iş birliğini destekleyebilmeli, örgütün misyonunu yansıtabilmelidir (Kanji ve Sá, 2007).

Süreç mükemmelliğinden anlaşılması gereken, örgütün ortaya çıkması muhtemel sorunların kökenlerini ve nedenlerini belirlemede rehberlik edecek önlemlerin, örgütte süreçleri iyileştirmek ve süreçleri verimli bir şekilde sürdürmek için kıyaslama politikalarının kullanılmasıdır (Kanji ve Sá, 2002; 2007).

Paydaşları memnun etmek, Kanji ve Sá' ya (2007) göre, bir örgütün hedeflerini takip etmede doğrudan rol sahibi olan paydaşları memnun etmek; örgüt performansını artırmada önemli bir etken olarak görülmelidir. Örgütün mevcut paydaş ve gelecekteki paydaşların ihtiyaç ve beklentileri için gereklidir (Kanji, 2001).

Örgütsel öğrenme; örgütün ürünlerine yatırım yapması ve iyileştirmeler ve yenilikler gerçekleştirmesini gerektirmektedir. Örgütsel öğrenme içerisinde, örgütün her kademesinde sürekli iyileştirmeye yol açabilecek eğitim ve öğretime sahip olmanın şart olduğu ortaya konmaktadır (Kanji ve Sá, 2002). Sürekli iyileştirme, ürün, hizmet ve süreçleri daha iyi geliştirmek için kalite iyileştirme yöntemlerinin kullanımına yönelmektir.

2.12.2.3. Modelin Güçlü Yanları

- ✓ Etkileşimlerin ölçüldüğü güçlü sistemler yaklaşımını destekler,
- ✓ İşletme ihtiyaçlarına uyarlanabilir- yüksek esneklik sağlar,
- ✓ Güçlü TKY ilkelerine odaklanır,
- ✓ TKY ve sadece sonuç odaklı değildir,
- ✓ Son derece maliyet ve zaman tasarrufu sağlar,
- ✓ Kullanım kolaylığı vardır,
- ✓ Kapsamlı istatistiksel analiz uygulamalara açıktır,
- ✓ İşletmelerin, kalite yönetimi şemasının statüsünden ziyade iyileştirmelere odaklıdır.

Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Modelinin en önemli faydalarından biri hem imalat hem de hizmet endüstrileri için geçerli olmasıdır. Örgütlere, kendilerini rekabet ettikleri farklı örgütlerle karşılaştırma imkânı sunabilmektedir. Bu sayede, örgütlerin başarısızlıkları durumunda, yöneticilerin örgüt için bir şeyler yapmaları gerektiğine dair motive edici bir rol sağlamaktadır. Başarı konusunda ortalama bir yol tuturan örgütler için, özel bir avantaj imkânı vermektedir. Aynı sektör içindeki örgütleri birleştirmenin yanı sıra, ortaya çıkan indeks, tek bir sayıdan oluştuğu için, işletmelere kendi aralarında karşılaştırma fırsatı sunmaktadır. Aynı zamanda, ulusal indeksle karşılaştırıldığında ne kadar iyi bir performans sergileyip sergileyemedikleri sonucuna varmaya yardımcı olmaktadır.

Örgütler, kendilerinin çeşitli kritik başarı faktörlerinin katkılarını değerlendirmek, piyasalara girişe yönelik potansiyel engelleri belirlemek, yatırımların geri dönüşünü öngörmek ve müşterilerin memnun kalmadığı alanları belirlemek amacıyla, indeks verilerini kullanabilme şansına sahiptirler (Kanji, 2001:272). Bütün bunlarla birlikte, Kanji'nin İş Mükemmellik Modeli; MBNQA, Deming, Avrupa Kalite Ödülü veya Kurumsal Karne modelleri kadar yeterince tanınmamaktadır (Kanji, 2002:23). Ayrıca öncelikle üst düzey yöneticilere genel bir performans görüşü sağlamak için tasarlanmış, bir performans yönetimi sisteminin nasıl geliştirileceği ve uygulanacağı konusunda açık bir rehberlik sunmamaktadır (Striteska ve Spickova, 2012).

2.12.2.4. Kanji'nin İş Mükemmeliyet Modelinin, Kaplan ve Norton'un Kurumsal Karnesi İle Karşılaştırılması

Literatürde yapılan araştırmalar, başlangıç araştırma hipotezlerini doğrulayacak, tüm örgütlere rahatlıkla uygulanabilecek mükemmel bir performans yönetim modelinin olmadığını göstermektedir. Örgütün performansını ölçmek ve yönetmek için ideal bir modelden söz etmek mümkün görünmemektedir. Bu modellerin her birinin avantaj ve dezavantajlara sahip olduğu gerçeği göz önüne alındığında, yeni ve daha gelişmiş modellerin gelişim eğilimi, geçmiş modellerin zayıf yönlerini geliştirme çabalarının ötesine geçememektedir. Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Modelinin (KİMM) ve Kanji'nin Kurumsal Karnesinin (KKK) genel görünümü, iş mükemmelliğini sağlamada Kaplan ve Norton'un Kurumsal Karnesinin (KK) algılanan zayıflıklarını çözüme girişi olarak nitelendirilebilir. Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Modeli, paydaşların değerini en üst düzeye çıkarmak, süreç mükemmelliğini sağlamak, kurumsal öğrenmeyi geliştirmek ve paydaşların menfaatlerini en üst seviyeye taşıma eğilimidir (Janjić vd., 2015).

Kanji'nin çalışmasında (2002), Kaplan ve Norton'un (1996) Kurumsal Karnesinden (KK) sonuç odaklı bir performans ölçüm sistemi olarak bahsedilmektedir. KK'nin özünü, bir örgütün stratejisini ve vizyonunu, belirli hedeflere ve anlaşılabilir finansal ve finansal olmayan performans göstergelerine göre hazırlanması ve uygulanması oluşturmaktadır. Örgütü, KK'ye adapte etmek hedeflerin, göstergelerin ve stratejik eylemlerin somut bir bakış açısına veya perspektife uyarlandığı anlamına gelmektedir (Striteska ve Spickova, 2012). Kanji'ye göre; KK farklı örgütlerde ve farklı uygulamalarda, esneklik sağlamakla birlikte, genel olarak performansın ölçülmesiyle ilgili bir yönergesi yoktur ve sadece rehberlik sağlamaktadır.

Norton ve Kaplan'a ait olan KK bir ölçüm çerçevesi olarak, geleneksel performans ölçüm sistemlerinin bazı kusurlarının üstesinden gelmek amacıyla ortaya konmuştur. KK ile önerilen yeni performans ölçümü yaklaşımı, birçok fabrikada gerçekleştirilen; görevler arası iş birliği, sürekli gelişim, müşteriler ve tedarikçi arasında iş birliği ve takım sorumluluğu ile bireysel sorumluluk dâhil alanlara karşılık gelmektedir. Bu model örgütsel perspektif ve stratejilerin oluşturulmasında kullanılabilir. KK kullanılarak personelin iş sonuçları gözlemlenebilmekte ve örgütsel gelişimdeki payları ortaya çıkarılabilmektedir. KK müşterilerin memnuniyet göstergeleriyle ilgilidir. Bunun yanında KKK, örgütün dışındaki paydaşlarının

memnuniyeti ile ilgilidir. KK hareket alanı geniş olmamakla birlikte, örgüt, yatırımcı ve hissedarlarını da kapsayabilmektedir. Bunun yanında yönetimde uzun vadeli adanmış bir liderliği göz ardı etmektedir. Çalışan farkındalığı ya da tüm çalışanlara yönelik bilgilendirme yetersiz kalmaktadır. Bir geliştirme aracı yerine kontrol aracı olarak yapılandırılmaktadır Kıyaslama yapabilme imkânı oldukça sınırlıdır (Striteska ve Spickova, 2012).

Her iki model de öğrenme göstergelerine atıfta bulunmaktadır. KK, finansal performans ve iç perspektif olarak iki indekse sahipken, KKK'deki örgütsel değerler ve mükemmellik indeksleri, bu modelin kalite indekslerine dayandığını göstermektedir (Naghavi vd., 2012).

Kanji'ye (2005) göre, modellerde kullanılan göstergelerde süreç ve sonuç kriterleri arasında, bir dengenin olması gereklidir. Süreç odaklılık, Deming Ödülü ve Kanji'nin modelleri için çok yüksek iken, MBNQA, EFQM ve EBEM'in süreç odaklılığı daha düşüktür. MBNQA ve EFQM, süreç odaklı kriterlere ilişkin yüzde 50'lik ve sonuç odaklı kriterler için yüzde 50'lik bir pay vermektedir. Kanji'nin modeli, MBNQA, EFQM ve EBEM, sonuç kapsamı açısından neredeyse eşittir. KK, tercihini genel anlamda sonuç odaklılıktan yana kullanmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA

3.1. Araştırmanın Amacı ve Araştırmanın Kapsamı

Kalite geliştirme çabalarına hizmet sektörünün dâhil olmasıyla birlikte, sağlık örgütlerinde kalite geliştirme çabaları hız kazanmıştır. 1987 yılında, Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Geliştirme Amerika Ulusal Tanıtım Projesi, endüstriyel süreçlerin iyileştirme araçlarının, sağlık bakım ve tedavi hizmetlerine adapte edilebilmesine yönelik bir çalışmayı uygulamaya koymuştur. Bu çalışma ile birlikte pek çok sağlık örgütü, Deming'in (1986) kalite ilkeleri doğrultusunda, kalite programlarını uygulamaya başlamışlardır.

Hasta bakım kalitesinin optimal düzeyde geliştirilmesi, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi, hastalara en iyi hizmetin sunulması, kalite iyileştirme ve kalite performansının belirli kriterler dâhilinde ölçülmesi ve değerlendirilmesi, önemli bir konu olarak ortaya çıkmaktadır (SKS, 2015). Belirlenen kalite standartları hedeflerine ulaşabilmek amacıyla, sağlık hizmeti sunan örgütler, performanslarını ölçme yolu ile kendilerini değerlendirme yoluna gitmekte ve sağlık örgütünden hizmet alanların en üst seviyede memnuniyetlerini sağlamalarına yönelik olarak elde edilen bu ölçümleri analiz etmektedirler (Gollhofer, 2016).

Pek çok ülke sağlık alanındaki hizmetleri daha uygun hale getirmek ve sağlıkta hizmet kalitesini iyileştirmek amacıyla, uluslararası kalite standartlarına uyumlu adımlar atmaya çaba sarfetmektedirler. Sağlıkta kalite sisteminin ana unsurları olan, söz konusu faaliyetler gerçekleştirilirken, ülkeler Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke sağlık sistemi yapısının ihtiyaç ve önceliklerini gözetmek zorundadırlar. Türkiye'de de sağlık hizmetlerinde temel kalite prensipleri gözetilerek gerçekleştirilen çalışmalar neticesinde, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı uzun bir süreç neticesinde, sağlıkta kalite standartlarının son versiyonu olan, Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (Versiyon-5) (SKS) programını geliştirmiştir. Sağlıkta kalite sürecine ait temel bilgileri içeren SKS, sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi doğrultusunda, hastaneler ve tüm paydaşlar için bir rehber niteliği taşımaktadır (SKS Hastane, 2015: 14-15).

SKS'nin uygulamaya koyulması ile, bu kalite uygulamalarının hastanelerde performans iyileştirmeye hangi seviyelerde katkıda bulunduğu, toplam kalite performansına (örgütsel performansa veya örgütsel mükemmelliğe) ne seviyede etki ettiğinin ölçülmesi gerekmektedir.

Sağlık örgütlerinde, sağlık hizmetlerinden faydalanan ve sağlık hizmetini sunanlar, uygulanan kalite standartlarının sonuçlarını değerlendirebilme kabiliyetine sahip birinci derecede önemli paydaşlardır. Bu paydaşların bakış açıları ile SKS'nin güçlü olduğu yanlarının belirlenmesi, geliştirilmeye açık yanlarının tespit edilebilmesi ve geliştirilebilmesi ve sonuç itibarıyla müşteri memnuniyetinin en üst seviyeye çıkarılması önem arz etmektedir.

Araştırmanın temel amacı, sağlıkta kalite standartlarının son sürümü olan Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon-5'in (SKS), uygulamış olduğu kalite standartlarını bütüncül bir yaklaşım ile iç ve dış müşterilerin (hastane personeli, hasta ve hasta yakınları) tutumlarını kritik başarı faktörleri yönünden değerlendirmektir. Bu değerlendirmeler, SKS'nin güçlü ve geliştirilmesi gereken temel yönlerinin tespit edilmesini sağlayacaktır.

Araştırma sağlık örgütünde, SKS'nin uygulamaya konulmasının üzerinden 18 aylık bir süre geçtikten sonraki, örgütün finansal olmayan performans ölçümlerini hasta ve hasta yakınları ile sağlık bakım hizmeti sunan personelin perspektifinden değerlendirilmesini kapsamaktadır.

3.2. Araştırmanın Önemi

Sağlıkta kalite standartlarının finansal olmayan ölçümler kapsamında değerlendirilebilecek olan birincil kaynaktan yani hizmet sunanlar ve hizmet alanlar, tarafından değerlendirilmesi, çıkacak sonuçların güvenilirliği açısından önem taşımaktadır.

Bu araştırmadan çıkacak sonuçlar, sağlık örgütlerinde kalite geliştirme, performans ölçümü gibi konularda, mikro düzeyde, bir hastanenin birbiriyle ilintili sistematik finansal olmayan performans ölçümlerini geliştirmek ve hastanelerin hizmet kalitelerini artırabilmeleri yönünde önemli katkılar sağlayabilecek bir nitelik taşımaktadır. Örgütsel performans ölçümü, sağlık örgütlerinde TKY uygulamaları ve

SKS gibi konularda çalışan akademisyen, araştırmacı ve uygulayıcılara, araştırmadan elde edilecek sonuçların katkı sunacağı düşünölmektedir.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Sağlık alanında kapsamlı bir performans değerlendirmesi yapmak, hem çok geniş bir alanı kapsamakta, hem de yıllar süren bir süreç ve fonlama gerektirmektedir. Hasta hakları göz önüne alındığında, hasta ve hasta yakınları ile bir çalışma yürötmek, her zaman mahremiyet konusunun nerede başlayıp nerede bittiği ile ilgili soruları beraberinde getirmektedir. Anket çalışması esnasında, bu mahremiyet sınırlarını gözetmek oldukça profesyonel davranmayı gerektirmektedir. Mahremiyet, hasta hassasiyetleri ve çalışmanın geçerlilik ve güvenilirliği gözetildiğinden o an hastanede yatan hastalara anket çalışması uygulanmamıştır. Araştırmada taburcu olmuş hasta ve hasta yakınlarına ulaşmak bir sınırlılık olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anket çalışması son bir yıl içerisinde hastanede yatarak tedavi görmüş veya hastaya refakat etmiş hasta yakınlarına uygulanmıştır. Araştırmada dış paydaşlar, sadece hasta ve hasta yakınları ile sınırlı kalmıştır. Araştırma verileri, 2017 yılı Haziran ve 2019 Ocak aylarını kapsayan bir dönemi kapsamaktadır.

Araştırmada profesyonel hastane çalışanları olan katılımcıların ölçme aracına vermiş oldukları yanıtlarla sınırlı kalmaktadır. Araştırmanın tek bir kamu hastanesinde yapılmış olması gerçeği; araştırma sonuçlarının yorumlanmasında genellemelere gidilmesini zorlaştırmaktadır.

Sosyal bilimleri ilgilendiren her araştırmada olduğu gibi bu araştırmada da anket çalışmasına katılan katılımcıların bir kısmının, birtakım sebeplerden dolayı soruların yanıtlanmasında yanlı davranmış olabilecekleri gerçeği göz önünde tutulmalıdır. Sağlık hizmeti sunan katılımcılar ile hasta yakınları olan katılımcıların birtakım sebeplerden dolayı gerçek tutumlarını saklayabilme ihtimallerini de göz ardı etmemek gereklidir.

Bu araştırma, daha öncesinde birkaç kez hastanede yatarak tedavi gören hastalar ile ilk defa hastanede yatarak tedavi gören hastalar arasında, hizmet kalitesi farklılıklarını ortaya koyan bir çalışma niteliği taşımamaktadır. Araştırma, hastanenin SKS uygulama öncesi ve uygulama sonrası performans seviyelerini karşılaştırma şansı tanımamaktadır.

Araştırmada ucu açık sorular yerine, yapılandırılmış sorulara yer verilmesi içerik açısından, sonuçlar üzerindeki geçerliliği etkileyebilme özelliği taşımaktadır.

Araştırmanın uzunlamasına bir çalışma olması, genel bir değerlendirme yapılabilmesi açısından zaman alıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Araştırmaya katılımın isteğe bağlı olması, hastane çalışma şartları, örneklem sayısını artırma şansı vermemektedir.

Ölçümler sadece finansal olmayan verilere dayanılarak yapılan bir araştırma niteliği taşımaktadır.

3.4. Araştırma Yöntemi

Araştırma, sistem teorisini kavramsal bir yaklaşım olarak benimseyen uzunlamasına, nicel, açıklayıcı, zaman serisi eğilimli bir çalışmadır. Babbie (2004) ve Bowling (2014), uzunlamasına çalışmaların, genellikle zamanla yapılan değişikliklerin incelenmesinde, yeni uygulamanın etkisini incelemek açısından en iyi yöntem olduğunu iddia etmektedirler. Bu yöntem farklı zaman aralıklarında, veri toplama çalışmasını gerektirmekte ve göstergeler arasındaki neden-sonuç ilişkilerinin analizini içermektedir. Bu tür yöntemler takip çalışmaları olarak da bilinmektedir.

Araştırma açıklayıcı araştırmalar niteliği taşımaktadır. Açıklayıcı araştırmalar, olgulara ilişkin çeşitli değişkenler arasında nedensellik ilişkilerini bulmaya yönelik araştırmalardır. Sosyal olgular nedensellik ilişkileri üzerinden açıklanmaya ve bağımlı değişkenler ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesini ve bir sonuca varılmasını gerektirir.

Uzunlamasına çalışmalar, çalışılacak grubun dikkatle tanımlanması ve ölçüm için gerekli değişkenlerin özenle seçilmesini gerektirmektedir. Bu tür araştırmalarda, veriler sık sık, belirli zaman aralıklarında toplanmalı ve yanıt oranlarının yüksek olması için çaba gösterilmelidir. Veri toplama süreçleri esnasında zaman içindeki belirli bir noktadan, yüksek veri toplanması durumunda, sonuçların yanlış çıkma olasılığı yüksek olacaktır (Bowling, 2014). Uzunlamasına çalışmalar neden-sonuç ilişkilerini ölçmek amacıyla sosyal bilimciler ve epidemiyologlar tarafından sıkça kullanılan bir yöntemdir.

Deneysel ve zamanla takip sürelerine sahip diğer analitik tasarımlar, aslında uzunlamasına tasarımlar olup aynı ilkeler ve aynı zorluklar geçerlidir. Bu yöntem, yeni uygulamaların -ulusal sağlık eğitimi ve tanıtım programları gibi- etkilerini incelemek için oldukça değerlidir. Değişiklikleri ölçerken, bir dizi kesitsel ankete kıyasla, daha fazla hassasiyet gerektiren davranış veya tutum eğilimlerini incelemek için de oldukça kullanışlıdır. Araştırmalarda, her seferinde farklı örnekler seçilmiş olsa bile, aynı araştırma evreninden örnekler seçilmek zorundadır (Bowling, 2014: 214-233). Bu araştırmada da, aynı evren içerisinde, farklı örnekler çalışmaya dâhil edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini kamu hastanesi oluşturmaktadır. Örneklemi ise bu hastanede sağlık hizmeti sunanlar ile bu hastanede üç gün veya daha fazla yatarak tedavi görmüş ve taburcu olmuş on altı yaş üzeri hasta ve hastalara refakat eden hasta yakınları oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti sunan personelden 294, hasta ve hasta yakınlarından ise 318 kişinin anket formları değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Hasta ve hasta yakınlarının seçiminde rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Hasta ve hasta yakınları seçiminde, rastgele yöntemle, aynı il sınırları dâhilinde, üç farklı Aile Sağlık Merkezinde, Ağustos 2016 tarihinden sonraki ilgili tarihlerde hastanede üç gün süreden fazla yatıp yatmadıkları veya hastaya refakat edip etmedikleri sorularak gerçekleştirilmiştir. Anket çalışması gönüllülük esasına dayanılarak yapılmıştır. Anketler aile hekimleri tarafından uygulanmıştır. Aynı anket çalışması birden fazla kez, aynı hastanede yatarak tedavi görenleri de kapsamaktadır.

Hastanede hizmet sunanların tamamına ulaşılacak hedeflenmiştir. Araştırma evreninin sınırlı veya dar olduğu durumlarda, evrenin tamamına ulaşmak ilkesel temelli doğru kabul edilmektedir ve bu yöntem tam sayım denmektedir. Anket çalışmalarında gönüllülük esas kabul edildiğinden kolayda örneklem tercih edilmiştir (Ben-Shlomo, 2013).

Araştırmada, çalışmaya katılacak olan katılımcıların, duygusal yorgunluk göstermesini engellemek, çalışmayı yarıda kesme ve katılımcıların ön yargıya maruz kalmalarını önlemek amacıyla, ön çalışma ve temel çalışmada %70 oranında farklı personel örnekleri, rastgele yöntemle seçilmiştir. Bowling (2014) çalışmasında, aynı

katılımcıların ankete tabi tutulmalarıyla araştırmaya koşullu hale gelebileceklerini, bunu engellemek amacıyla katılımcıların değiştirilebileceğini ifade etmiştir. Zaman serisine bağlı anket çalışmasında, tekrarlanan anket çalışmalarında, farklı katılımcılarla çalışma yapılması genel olarak tercih edilmiştir. Aynı yöntem hasta ve hasta yakınlarının örnek seçiminde de kullanılmıştır.

Anket çalışmasında panel tasarım yöntemi mümkün olmadığından bu araştırmada kullanılmamıştır. Her iki örneklem kesiti, aynı karakteristik özelliklere sahip olmaları nedeniyle, (hastanenin aynı çevreye hizmet veriyor olması) çalışmanın geçerliliğini zedelememiştir. Anket çalışması, 2019 yılı Ocak ayı içerisinde tamamlanmıştır.

Çalışma, uzunlamasına bir çalışma olması sebebiyle, veriler farklı zaman aralıklarında toplanmıştır. Aşağıdaki Gantt şemasında, çalışmaya ait her bir anket çalışması için zaman aralıkları verilmiştir. İlk ön çalışma, SKS'nin hastane ve diğer sağlık örgütlerinde uygulamaya konulmasının zorunlu tutulduğu, 2016 yılının Ocak ayı başlangıç noktası oluşturmak kaydıyla, anket çalışmasına 18 ay sonra başlanmıştır. Araştırma için ilk veri toplama uygulaması, ön çalışma ile aynı ay içerisinde gerçekleştirilmiştir. Tablo 5.1.'de de görüleceği gibi, veri toplama çalışması zamana yayılmıştır. Verilerin %22'si 1., %18'i 2., %24'ü 3., %13'ü 4. ve %23'ü 5. zaman aralıklarında toplanmıştır.

Tablo 3.1. Veri Toplama Zaman Çizelgesi

Veri Toplama Çalışması	2017												2018			2019	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	1	
Ön Çalışma							X	X									
Temel Çalışma								X				X		X	X	X	

3.6. Araştırmada Test Edilen Modeller

Toplam kalite yönetimi çalışmalarında optimal seviyede başarıyı elde etmenin temeli örgütlerde iş mükemmelliğini sağlamaktır. Toplam kaliteyi geliştirmeye yönelik

iş mükemmeliyeti modellerinin çıkış noktası örgütsel mükemmelliği yakalamaktır. Diğer iş modellerinde olduğu gibi Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Modeli ve Kurumsal Karnesinin temel felsefesini de örgütlerde iş mükemmeliyetini oluşturmaktır.

Tüm işletmeler için geçerli, iş performansının ölçülmesi ve değerlendirilebilmesi için araçlar sunan ve işletmelerin çabalarını, iyileştirilmesi gereken alanlara odaklanmalarına rehberlik eden bilinen birkaç kurumsal mükemmellik modeli vardır. İş mükemmeliyeti, herhangi bir şekilde işletmenin operasyonlarıyla ilgili paydaşların, neredeyse tüm beklentilerini yerine getirme çabası olarak, işletmenin uzun vadeli hedeflerine ulaşmanın şartı haline gelmektedir. Aslında, uzun süreli hayatta kalma ve gelişme için gerekli bir koşul, verimliliği ve performansı iyileştirmenin yeni yollarını bulmakta yatmaktadır. Bu nedenle işletmeler farklı performans ölçümü ve yönetim modelleri geliştirmeye zorlanmaktadır.

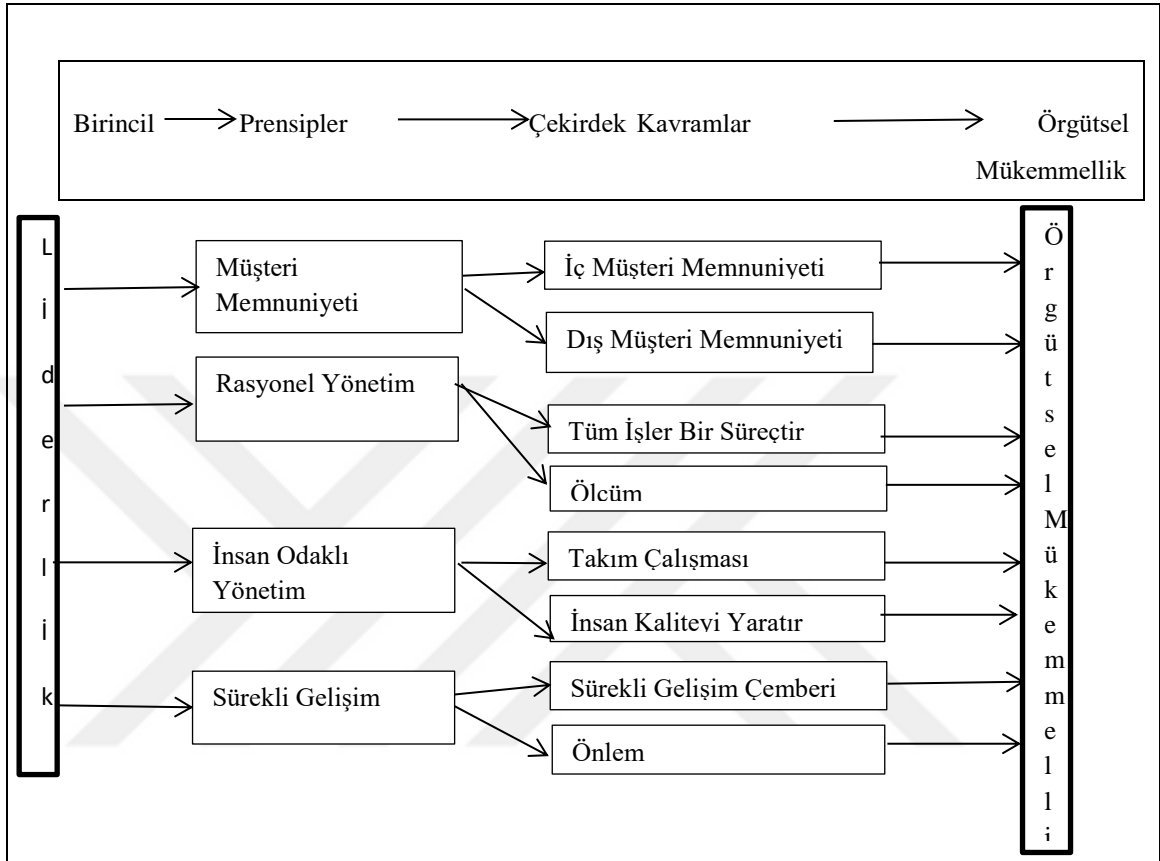
Her ne kadar Türkiye'de Kanji'nin İş Mükemmeliyeti ve Kurumsal Karnesi yeterince tanınmamakla birlikte, bu model dâhilinde, iş mükemmellik ilkelerini tamamlayan, örgütsel performans ölçme sisteminin temelini oluşturan temel fikir; her TKY ilkesi ile örgütsel performans arasındaki ilişkiyi vurgulamaktır.

Kanji'ye (2002) göre; toplam kalite ilkelerine dayanan Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Ölçüm Sistemi kritik başarı faktörlerini kullanan iki yapısal modele dayanmaktadır. Kanji'nin İş Mükemmellik Modeli hastane performansının değerlendirilmesini iç paydaşların bakış açılarını dikkate alarak ölçmektedir. İş Mükemmeliyeti sonuçlarına yol açan asıl (prime), prensip ve çekirdek kavramlardan oluşan değişkenlerdir ve bu değişkenler İş Mükemmeliyetine neden olmaktadır (Bkz. Şekil 3.1).

İş Mükemmeliyeti Modelinde liderlik, kalite iyileştirme ve iş mükemmelliğinde itici güç olan en önemli faktördür. Liderlik dört ilkeyi etkilemektedir. Bunlar: müşteri memnuniyeti, rasyonel (gerçeklerle) yönetim, insan odaklı yönetim ve sürekli gelişmedir. Bu ilkelere her biri iki temel kavramı etkilemektedir. Müşteri memnuniyeti; iç müşteri memnuniyetini ve dış müşteri memnuniyeti değişkenini etkilemektedir. Rasyonel yönetim; tüm işler bir süreçtir ve ölçmeyi etkilemektedir. İnsan odaklı yönetim; ekip çalışmasını ve insanlar kaliteyi yaratır etkilemektedir.

Sürekli gelişme; sürekli gelişim çemberi ve önlemeyi etkilemektedir. Tüm değişkenler; liderlik başta olmak üzere, örgütsel mükemmelliğe katkıda bulunmaktadır (Kanji,2002).

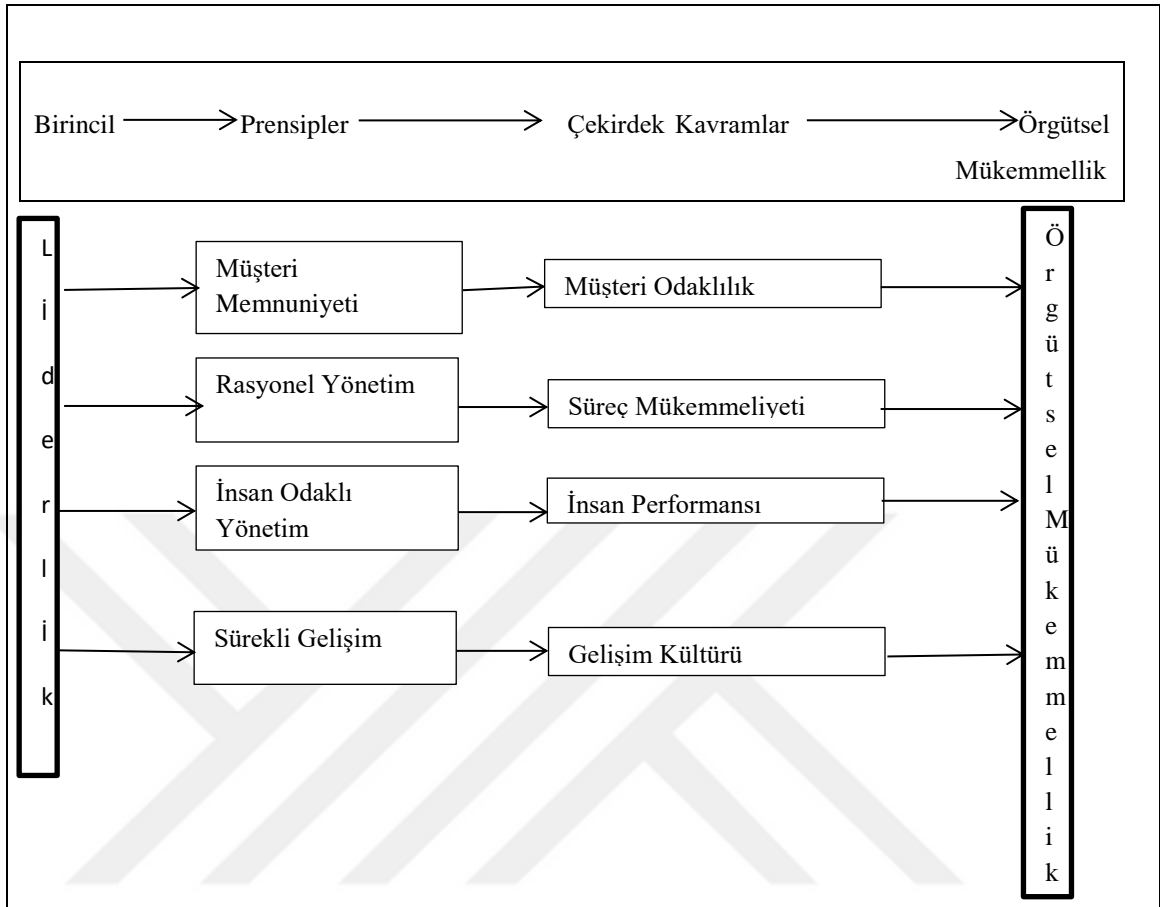
Şekil 3.1. Kanji'nin İş Mükemmellik Modeli



Kaynak: Kanji (2005)

Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Modelinde iç müşteri memnuniyeti ve dış müşteri memnuniyeti, müşteri odaklılık olarak bir boyut altında toplanabilmektedir. Tüm işler bir süreçtir ve ölçüm çekirdek kavramlar süreç mükemmeliyeti altında toplanabilmektedir. Ayrıca takım çalışması ve insan kaliteyi yaratır çekirdek kavramlar insan performansı adı altında bir boyut olarak toplanabilmektedir. Son olarak sürekli gelişim çemberi ve önlem çekirdek kavramlar; gelişim kültürü adı altında bir boyut olarak toplanabilmektedir. Tüm bu birleştirmeler neticesinde İş Mükemmellik Modeli sıkıştırılmış bir versiyon haline getirilebilmektedir (Bkz. Şekil 3.2.).

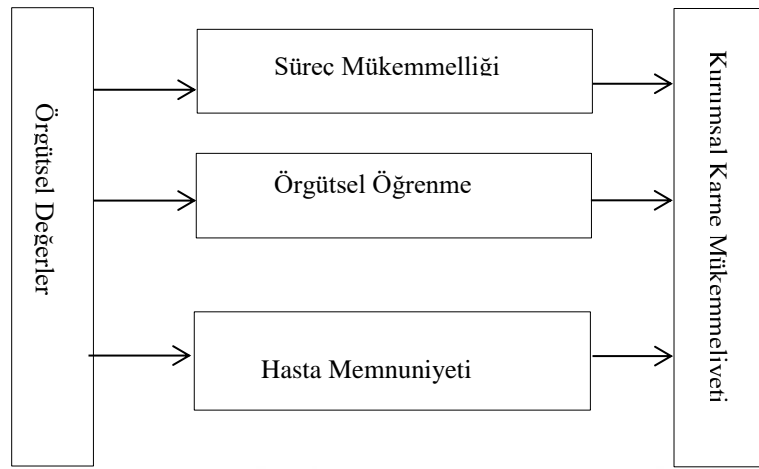
Şekil 3.2. Sıkıştırılmış İş Mükemmellik Modeli



Kaynak: Kanji (2002)

Kanji'nin örgüt çalışanlarının iç değerlendirme sistemi ve veri toplama sistemine odaklanan İş Mükemmeliyeti Modelinin aksine, Kanji'nin Kurumsal Karnesi (KKK) esas olarak örgütün dış paydaşlar tarafından değerlendirmesine yöneliktir. KKK örgütün performansını, stratejik hedeflerin belirlendiği kilit konumundaki alanlar yoluyla dış perspektiften ölçme yoluna gider. Bu alanlar; örgütsel değerler, süreç mükemmeliği, örgütsel öğrenme, (dış) paydaşların memnuniyeti ve kurumsal karne mükemmeliyettir. Kanji ve Sa (2001) çalışmalarında, ortaya koymuş oldukları modelde; KK, İş Mükemmellik Modelini tamamlamayı hedeflemektedir (Şekil 3.3).

Şekil 3.3. Kanji'nin Kurumsal Karne Modeli



Kaynak: Kanji ve Sa (2001)

Kanji ve Sa (2001), Kaplan ve Norton'un (1992) Kurumsal Karne Modelinin stratejik temelinde benzer şekilde Kanji'nin Kurumsal Karne (KKK) ölçüm modelinin de vizyon, misyon ve örgütün stratejisine uygun örgütsel değerlere dayanması gerektiğine inanmaktadırlar. Örgütsel değerler, süreç mükemmelliği, örgütsel öğrenme ve paydaşların memnuniyeti oldukça önemli temellerdir. Bu kritik başarı faktörlerinin etkin yönetimi yalnızca Kaplan ve Norton (1992) tarafından ifade edildiği gibi iyi finansal sonuçlara değil, aynı zamanda daha yüksek bir iş mükemmeliyetine sebep olacaktır. KKK örgütün dış perspektiften nasıl performans gösterdiğini ölçmeye odaklanarak Kanji'nin İş Mükemmellik ölçüm sistemini tamamlamayı amaçlamaktadır. Kanji'nin İş Mükemmellik Modeli temel olarak örgütün liderlerinden ve çalışanlarından veri toplanan bir iç değerlendirme çerçevesi olmakla birlikte, KKK esas olarak diğer önemli paydaşlar açısından örgütün dış değerlendirmesine yöneliktir. KKK'yi uygulamak isteyen örgütler temel paydaşlarının kimler olduğunu iyi belirlemeli ve onlardan geri bildirim almanın bir yolunu bulmalıdır. Bu yol aracılığı ile örgüt, ölçüm anketlerini periyodik olarak panel metodu ile değerlendirme şansına sahip olabilecektir (Kanji ve Sa, 2001: 902-903).

3.7. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Araştırmada, TKY standartları ve uluslararası kalite standartları gözetilerek, Kanji (2002) tarafından geliştirilmiş olan İş Mükemmellik Modeli ile Kanji'nin Kurumsal Karnesini test etmeye yönelik İş Mükemmeliyet Ölçeği ve Kurumsal Karne Ölçeği kullanılmıştır. İş Mükemmeliyet Ölçeği Kanji tarafından geliştirilmiştir. Kurumsal Karne Ölçeği ise Kanji ve Hassan (2006) tarafından geliştirilmiştir.

Ölçeklerde kullanılan, kritik başarı faktörlerine yönelik soru maddeleri TKY standartlarını kapsayan alıntılardan oluşmaktadır. Araştırmada, İş Mükemmeliyeti Modeli Ölçüm aracı, hastane personelinin Sağlıkta Kalite Standartlarına dair tutumlarını ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Kurumsal Karne Ölçeği ise hasta ve hasta yakınlarının Sağlıkta Kalite Standartlarına dair tutumlarını ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Kanji (2002), çalışmasında, iç müşteri ve dış müşteri için geliştirilmiş olan ölçüm araçlarının TKY kavramlarına uygun ölçütlerden meydana gelen bir takım kritik başarı göstergelerinden oluştuğunu ifade etmiştir. Kanji tarafından, bu göstergeler, bir anket formatında, toplam kalite kavramlarının kriterler haline dönüştürülmüş soru maddelerinden oluşmaktadır.

Araştırmada kullanılan her iki ölçek de Hassan'nın (2006) çalışmasından, yazarın izni dâhilinde alınmıştır. Hassan çalışmasında bu iki ölçüm aracını kendi çalışmasına uygun hale getirebilmek amacıyla, ölçüm araçlarının bir grup uzman tarafından incelendiğini, geçerlilik ve güvenilirlik testlerine tabi tutulduklarını belirtmiştir. Ayrıca Hassan, ölçekleri Kanji'nin revize ettiğini ve Uluslararası Akreditasyon Ortak Komisyonu (JCI) danışmanlarınca da incelendikten sonra çalışmasında kullandığını ifade etmiştir.

Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon-5'in standartlarının TKY ilkelerine dayandırılması ve TKY göstergelerinin kullanılması, Uluslararası Kalite Standartları (ISQua), JCI akreditasyon örgütünün temel ilkelerine benzer kriterlerin kullanılması, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının geçerlilik ve güvenilirliğine olumlu katkılar sağlamaktadır.

Kanji'nin İş Mükemmellik Modeli ile Kanji'nin Kurumsal Karnesini test etmeye yönelik her iki ölçekteki değişkenlere ait soru maddeleri, 1 ile 10 arasındaki Likert tipi

bir ölçekle yanıtlanmaktadır. Her iki ölçekde çok az katıyorum (1), tamamen katıyorum (10) şeklinde puanlanmaktadır. Nunnally (1978), ölçek adımı sayısı 2-20 arasında arttıkça, güvenilirlikteki artışın, ilk başlarda çok hızlı bir artış gösterdiğini ve yaklaşık 7 inci adımda artışın azalma eğilimi içerisine girdiğini ve yaklaşık 11 inci adımdan sonra basamak sayısında artış sağlamak suretiyle, ölçeğin güvenilirlik katsayısında çok az kazanç elde edilebildiğini vurgulamaktadır. Nunally, ölçekte on adımlı bir derecelendirmenin kullanılmasının, güvenilir veriler sağlamaya yönelik adımlardan birisinin olduğunu ifade etmektedir.

Dawes'in (2008) yapmış olduğu çalışmada, ölçek kategorilerinin sorulara verilen yanıtlara etkisini değerlendirmek amacıyla, bölünmüş bir örnek deney gerçekleştirmiştir. Çalışmada 5-puanlı, 7-puanlı ve 10-puanlı sayısal ölçek formatları kullanılarak elde edilen veriler karşılaştırılmıştır. 5 puan ve 7 puanlı veriler, 10 üzerinden puanlarla yeniden ölçeklendirilmiştir. 10 puanlı yeniden boyutlandırılmış format, 5 veya 7 puanlı formatlardan daha düşük ortalama puanlar üretmiştir. Sekiz soru maddesinin üzerinde ortalama puanın analizi, 10 puanlık bir formatın 0,3 puanlık daha düşük bir puan ürettiğini, bu da diğer iki formata göre $p = 0,05$ düzeyinde daha farklı sonuç çıkarmıştır. Diğer veri özellikleri açısından, üç farklı ölçek formatı, standart varyasyon, çarpıklık veya basıklık açısından dikkate değer farklılıklar göstermemiştir. Araştırma ayrıca, daha fazla yanıt seçeneğine sahip çok maddeli bir ölçek uygulandığında, katılımcıların daha fazla yanıt seçeneği kullandığını ortaya koymuştur. Likert tipi ölçeklerden faydalanılarak yapılan çalışmalarda ölçeklerdeki kategori sayısının artırıldığı durumlarda katılımcıların yanıtlarının olumlu ve olumsuz yönlere doğru yayılma eğilimi içerisine girdiği tespit edilmiştir (Semiz ve Altunışık, 2016:587).

Sağlık hizmeti sunanların tutum düzeylerini ölçmede kullanılan İş Mükemmeliyet Ölçek anket formu, toplam 59 adet soru maddesinden oluşmaktadır. Anket formuna demografik bilgi olarak, çalışanın görev tanımlaması ile ilgili soru eklenmiştir. Anket toplam 14 boyuttan oluşmaktadır.

Kanji'nin İş Mükemmellik Ölçeğinde, Liderlik boyutuna ait altı adet soru maddesi (1-6) , Müşteri Memnuniyetine ait üç adet soru maddesi (7-9), Rasyonel Yönetime ait üç adet soru maddesi (19-21) bulunmaktadır. İnsan Odaklı Yönetime ait dört adet soru maddesi (32-35), Sürekli Gelişime ait üç adet soru maddesi (44-46)

içermektedir. Hasta Tatmini boyutuna ait beş adet soru maddesi (10-14), Personel Tatmini boyutuna ait dört adet soru maddesi (15-18) yer almaktadır. İş Süreci boyutuna dair beş adet soru maddesi (22-26), Ölçme boyutuna ait beş adet soru maddesi (27-31) bulunmaktadır. Takım Çalışması boyutuna dair üç adet soru maddesi (36-38), İnsan Kaliteyi Yaratır boyutuna dair beş adet soru maddesi yer almaktadır (39-43). Sürekli Gelişim Döngüsü veya çemberi boyutunda dört adet soru maddesi (47-50), Önleme boyutuna dair üç adet soru maddesi (51-53) ve son olarak da Örgütsel Mükemmellik boyutuna dair altı adet soru maddesi (54-59) yer almaktadır.

Hasta ve hasta yakınlarına uygulanan Kurumsal Karne Ölçeğinde 15 adet soru maddesi bulunmakta ve toplam beş boyuttan oluşmaktadır. Örgütsel Değerler boyutunda üç adet soru maddesi (1-3), Süreç Mükemmelliği boyutunda üç adet soru maddesi (4-6), Örgütsel Öğrenme boyutunda iki adet soru maddesi (7-8), Hasta Memnuniyeti boyutunda üç adet soru maddesi (9-11) ve Kurumsal Karne Mükemmeliyeti boyutunda dört adet soru maddesi (12-15) yer almaktadır. Ankette ayrıca, demografik betimlemelere dair katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumları ve gelir durumlarına dair bilgilerin yer aldığı bölümler yer almaktadır.

Kanji'nin İş Mükemmellik Ölçüm aracı ve Kurumsal Karne Ölçüm aracı araştırmacı tarafından, İngilizce'den Türkçeye tercüme edilmiştir. İki İngilizce ve iki Türkçe öğretmeni tarafından, dil bilgisi ve anlatım üslubu açısından veri toplama araçları değerlendirilmiş, anlam ve kültürel eşdeğerlik yönünden de ölçekler incelemeye tabi tutulmuştur. Katılımcılar için onam formu hazırlanmıştır.

Anket çalışmasına başlamadan önce, araştırmacının her türlü etik kaygılardan uzak bir araştırma olduğunu teyit eden, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Etik Kurulundan uygunluk raporu onayı alınmıştır.

3.8. Veri Toplama Süreci ve Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada hasta ve hasta yakınları ile sağlık hizmeti sunan personelin görüşlerini yansıtan birincil veriler kullanılmıştır. Araştırmada kullanılacak araçları ve metodu test etmek amacıyla ön çalışma uygulanmıştır.

Araştırmacı tarafından dört farklı kategorideki 30 hastane çalışanın tabakalı rastgele örneği üzerinde ön çalışma uygulanmıştır. Yüz yüze görüşme şeklinde, ön

çalışmada, anlaşılmakta güçlük çekilen üç soru üzerinde düzeltme yapılmasına karar verilmiş ve daha anlaşılabilir hale getirilmiştir. Sağlık hizmeti sunanlara yönelik ön çalışma, araştırmacının kendisi tarafından yürütülmüştür.

Ön çalışma neticesinde soruların özellikle; hastane personeli tarafından kolay anlaşılabilirdiği sonucuna varılmıştır. Sağlık hizmeti sunanların kalite kavramları konusunda farkındalıkları, araştırmacının beklediğinden daha iyi bir konumda olduğu yönündedir. Sağlık hizmeti sunan katılımcılar ile yapılan görüşmelerde, katılımcıların farklı dönemlerde kalite yönetimi seminerleri aldıkları gözlenmiştir. Görüşme esnasında anket sorularını yanıtlamada katılımcılarda bir isteksizlik gözlemlenmemiştir. Ön çalışmada anket çalışmasına başlamadan önce, katılımcılara isterlerse, anketi yanıtlamayı yarıda bırakabilecekleri uyarısında bulunulmuş, psikolojik baskı altında kalmamaları için gereken özen gösterilmiştir.

Yapılandırılmış anket soruları ile yapılan ön çalışma, gün içerisinde personelin iş yükü de göz önünde tutularak, sıkışıklığa getirilmemiş, çalışanların en uygun zaman dilimleri gözetilmiştir. Toplam iki haftalık bir süre zarfında, sağlık hizmeti sunanlara yönelik uygulanan ön çalışma tamamlanmıştır. Bazı katılımcılar bu tür bir çalışmayı, çalıştıkları hastaneyi daha tarafsız bir gözle hazırlanmış kriterler tarafından değerlendiriliyor olmasını; hasta ve sağlık hizmetlerini sunanların memnuniyetlerinin tespiti yönünden bir fırsat olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılmak istemeyenlerle çalışma yürütülmemiş, çalışma tamamen gönüllülük esasına dayandırılmıştır.

Sonuçlar, katılımcıların çoğunluğunun İş Mükemmeliyet Ölçeği anket sorularını 30 ila 40 dakika içerisinde (% 68) tamamladığını, geri kalan anket sorularının % 32 si ise, 50 dakika kadar bir süre zarfında tamamlandığını ortaya koymuştur. Görüşmelerde, anketin tamamlamasında katılımcılar yönünden herhangi bir güçlük çekilmediği gözlemlenmiştir.

30 sağlık hizmeti sunan katılımcı ile yapılan ön çalışmada, görüşme yöntemi tercih edilmiştir. Her ne kadar, bu tür çalışmalarda görüşme yöntemi tercih edilen bir yöntem olsa bile, görüşme yönteminde zaman, katılımcılar üzerinde bir baskı unsuru olarak kendisini göstermektedir. Anket çalışmasının, hastane ortamında yapılmak

zorunda olunması ve hastane personelinin yeterince zamanının olmaması, temel çalışmada, bu yöntemin kullanılmasına imkân tanımamıştır. Araştırmaya temel oluşturacak olan anket çalışması sağlık hizmeti sunanlara, anket setlerinin elden verilmesi şeklinde uygulanmış, bir sonraki gün anket setlerinin teslim alınması sağlanmıştır. Araştırmada, sağlık hizmeti sunanlar, hemşire, sağlık memuru, doktor, laboratuvarlardan sorumlu doktor, diğer çalışanlardan teknik personel (laboratuvar teknisyeni ve röntgen teknisyeni) ve idareciler hedef nüfusu içermektedir.

Araştırmada hasta ve hasta yakınları ile görüşmeler toplum sağlığı merkezinde üç anketör (doktor) tarafından yürütülmüştür. Anket çalışmasına başlamadan önce, her bir anketör ile ayrı ayrı görüşülmüş, çalışmanın amaç, yöntem ve uygulama ilkeleri, yapılandırılmış anket sorularının hasta veya hasta yakınlarına ne şekilde yönlendirileceği izah edilmiştir. Toplum sağlığına muayene olmak amacıyla başvuran on altı yaşından büyük hastalara, son bir yıl içerisinde kendisinin kamu hastanesinde 3 gün ve/veya daha fazla yatarak tedavi görüp görmediği veya aile yakınından her hangi bir hastaya, kendisinin refakat edip etmediği sorulmuştur. Yanıtları olumlu ve gönüllü olanlarla anket çalışması yapılmıştır. Kimi anket soruları anketi uygulayan anketörün yanında doldurulmuş kimisi de anketör tarafından anket sorularının okunması suretiyle, katılımcı tarafından yanıtlanmıştır. Anlaşılmakta zorlanılan sorular, anketör tarafından yorum yapılmadan açıklanmıştır.

Anket çalışması sürecinde, anlaşılmakta zorluk çekilen soruların daha rahat anlaşılabilmesi için, sorunun özüne dokunulmadan düzenleme yoluna gidilmiş ve görüşmeciler tarafından zaman zaman soruların anlaşılmasına yardımcı olmak amacıyla, yorum yapılmadan, katılımcılara açıklama yolu tercih edilmiştir.

Hasta ve hasta yakınları ile yapılan görüşmelerin tamamlanması için gereken süre; % 90'lık bir kesim için 8-10 dakika olmuştur. İki sorunun ifadesinde değişiklikler yapılması anketörler tarafından önerilmiştir. Bu sorularda gerekli düzenleme yapılarak, daha anlaşılır bir duruma getirilmiştir. Hasta veya hasta yakınlarına 15 sorudan oluşan yapılandırılmış anket soruları sorulmuştur. Ön çalışmaya 30 katılımcı katılmıştır. Ön çalışma 20 iş gününde tamamlanmıştır. Ön çalışma anket setleri örneklemeden ayrı tutulmuştur. Temel veri toplama çalışmasına 342 hasta ve hasta yakını katılmış ancak

318 tanesinin istatistiki açıdan değerlendirmeye tabi tutulabilecek nitelikte olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık hizmeti sunan personel ile yapılan anket çalışmasında 500 adet anket seti sağlık hizmeti sunanlara dağıtılmış bunlardan 383 tanesi geri dönmüştür. Bu anket setlerinden de ancak 302 tanesi istatistiksel anlamda kullanıma uygun olduğu tespit edilmiştir. Anket çalışmalarında katılımcı olarak avukat meslek grubu dâhil olmakla birlikte genel katılımcılar arasında sayılarının oldukça düşük kalması ve aynı zamanda ölçüklere verdikleri yanıtların istatistiksel olarak yordanamaması veri setinden çıkarılmalarına sebep olmuştur. Sonuç olarak sağlık hizmeti sunanların tutumlarını yansıtan temel çalışmada 294 veri seti istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

Ön çalışma sonucunda, sağlık hizmeti sunan katılımcıların tutumlarını yansıtan, hastanenin uygulamış olduğu Sağlıkta Kalite Standartlarının performans ölçümlerine dair sonuçlar ortalamanın üzerinde bir seviyededir (güvenirlilik Alpha değeri; .944, ortalama değer; % 60). Sağlıkta Kalite Standartlarının örgütsel performansa dair hasta ve hasta yakınlarının tutumlarını yansıtan sonuçlar, sağlık hizmeti sunan katılımcıların sonuçlarından daha iyi bir seviyededir (güvenirlilik Alpha değeri; .887, ortalama değer; % 70).

3.9. Araştırmada Kullanılan Modelin Test Edilmesi

Kanji'nin İş Mükemmellik Modelinin (KİMM) oluşturulmasında, birtakım yollar izlenmiştir. Örgüt düzeyinde etkili bir kalite yönetimi gerçekleştirmek amacıyla örgütsel gereklilikler üzerine kapsamlı bir literatür taraması yapıldıktan sonra, gizli değişkenleri en iyi şekilde ifade edebilecek uygun ölçüm soru maddeleri geliştirilmiştir. Soru maddeleri, her bir faktör için anlam ve kapsam tanımlamasından geçirilmiştir. İçerik geçerliliğini sağlamak amacıyla, her bir faktör ve maddeler için kalite standartları uygulayıcıları tarafından eleştirel bir şekilde incelenmiş ve bunu takiben, ölçüm öğelerinden gerekli olanlar revize edilmiştir. Kalite yöneticilerinin örgütlerinde uygulayabilecekleri her bir maddenin, uygulama derecesini en iyi bir şekilde ifade edebilecek 10'lu bir sıralama derecelendirme ölçeği (Likert) geliştirilmiştir (Kanji, 2002).

Kanji (2002) kendisine ait modelden bahsederken, örtük ve gözlenebilen değişkenler arasındaki nedensel bağlantıların, varsayılan yapıyı belirleyen grafiksel bir model olarak tanımlamaktadır. Model, sonuçları sebeplerle ilişkilendiren fonksiyonel ilişkileri göstermektedir. Gizli değişken, varsayımsal bir yapıdır, bu yapısal model içerisinde var olduğu varsayılan ancak doğrudan ölçülmesi mümkün olmayan, gözlemlenemeyen bir değişkendir. Gizli değişkenler ölçülemediğinden, gizli değişkenlerle nedensel ilişkilerin güçlü yönlerini tahmin etmek mümkün olamamaktadır. Bu nedensel ilişkilerin güçlü yönlerini tahmin etmek için, gizli değişkenlerin her birini, gizli bir değişkenin neden olduğu inanılan gözlemlenebilen değişkenler açısından değerlendirmeyi gerektirmektedir. Bu anlamda, her bir gizli değişken, ortak bir faktör rolüne sahiptir ve gözlemlenebilen değişkenler, ortak faktörün en belirgin göstergeleridir. Her gözlemlenebilen değişkenin ampirik içeriği, değişkenin ölçekteki değerlere gözlemlenebilir ifadeler atanarak doğrudan yansıtılmaktadır.

Kanjinin İş Mükemmellik Modeli Ölçüm sistemlerini farklı iş sektörlerini ilgilendiren çalışmalarda kullanılmıştır. Örneğin Naghavi ve diğerleri (2012) elektrik dağıtım işletmelerinde performans değerlendirilmesine dair çalışmada İş Mükemmellik Modeli kullanılmış ve başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Roodsary ve Ohadi'nin (2016) belediye yönetiminde toplam kalite uygulamalarına dair yapmış olduğu çalışmada Kanji'nin modellemesini kullanmışlardır. Sonuçlar tatmin edici seviyelerde olmuştur.

Liu (2001) çalışmasında Honkong'da otel işletmelerinde toplam kalite yönetiminde iş mükemmeliyeti geliştirilmesine dair çalışmasında, Kanji'nin İş Mükemmeliyet Modeli ve ölçeğini kullanmıştır. Hassan'ın (2006) sağlık işletmelerinde performans ölçümüne dair çalışmasında Kanji'nin model ve ölçeğini kullanmış, olumlu sonuçlar elde etmiştir.

Kanji ve Wong (1999), araştırmalarında İş Mükemmellik Modelini Avrupa'da tedarik zinciri işletmelerinde uygulamışlar ve başarılı sonuçlar elde ettiklerini ifade etmişlerdir. Kanji, Tambi ve Abdul Malek (1999), çalışmalarında Amerika'da TKY ve İş Mükemmellik Modelinin üniversite eğitiminde kullanımına dair makale yayınlamışlardır. Makalede olumlu sonuçlara ulaşmışlardır. Kanji'nin İş Mükemmellik Modeli özellikle Asya ülkelerinde ve uzak doğuda yaygın olarak kullanılmaktadır.

3.10. Verilerin Analizi

Verilerin bilgisayar ortamına aktarılması ve betimsel sonuçların elde edilmesi SPSS 24 programı ile sağlanmıştır. SPSS 24 programının yardımı ile Örgütsel Performans İndeksi (ÖPI) hesaplanmıştır. Örgütsel performans indeksini gösteren sayısal değer, SKS'nin kritik başarı faktörlerine dair katılımcıların tutumlarının ortalamasını yansıtan hastane performansını göstermektedir.

Katılımcılardan elde edilen verilerin model ile uyum içerisinde olup olmadığının tespit edilmesi amacıyla farklı yazılım programları kullanılmaktadır. Bu programlar sayesinde veriler ile modelin uyumuna dair çok sayıda uyum indekslerinin değerlendirilebilmesi yapılabilmektedir. Araştırmacı, Kanji'nin İş Mükemmellik Modeli ve Kanji'nin Kurumsal Karnesini katılımcıların vermiş oldukları yanıtlardan elde edilen veriler ile istatistiki anlamda uyumlu olup olmadığını test edebilmek amacıyla AMOS 22 programını kullanmıştır. Katılımcılardan elde edilen verilerinin her iki modeli destekleyip desteklemediğini test etmek amacıyla Yapısal Eşitlik Modelinden (YEM) yararlanılmıştır. Yapısal Eşitlik Modelinin test edilmesinde AMOS 22 programı kullanılmıştır. AMOS 22 programı SPSS 24 programı ile uyumlu çalışabilmektedir.

Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Ölçeği ve Kanji'nin Kurumsal Karne Ölçeği ile katılımcılardan toplanan verilerin normal dağılım gösterip göstermediği, toplanan verilerin örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığı ve ölçeklerin iç tutarlık katsayıları analizlere geçilmeden önce, öncelikli olarak teste tabi tutulmuştur. Örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını Kaiser Mayer Olkin (KMO), katılımcılardan toplanan verilerin faktör çıkarıp çıkarmayacağını Barlett testi ve anketlerin iç tutarlılığını yani anketlere verilen yanıtların tutarlılıklarını tespit etmek amacıyla Cronbach alfa (α) katsayıları kullanılmıştır.

YEM, regresyon analizi gibi birinci nesil istatistiksel analiz tekniği olmayıp ikinci nesil bir istatistiksel analiz tekniğidir. Regresyon analizinden farklı olarak birçok bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin modellenmesinde sistemli ve daha kapsayıcı bir şekilde üstesinden gelebilen bir analiz yöntemidir. Doğrusal regresyon gibi geleneksel yöntemlerde, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki bağlantılar sadece tek bir düzeyde gerçekleştirilirken, YEM'de her bir ilişki düzeyi aynı zamanda değerlendirmeye tabi tutulabilmektedir. Regresyon analizinde her bir ilişki için bir

regresyon analizine gerek duyulurken, YEM'in kullanıldığı programlarda değişkenler arasındaki belirlenen tüm ilişkiler tek seferde sonuç verebilmektedir. Regresyon analizinden farklı olarak YEM içerisinde yer alan yol analizinde ölçmeden kaynaklanabilecek hata miktarları elenebilmektedir. Kısaca YEM gözlenen değişkenler ve örtük değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin istatistiksel yöntemlerle tahmin edilebilmesi için varyans, kovaryans analizleri, faktör analizleri ve çoklu regresyon, yol analizleri gibi analizleri bünyesinde birleştirmiş çok değişkenli bir istatistiksel analiz yöntemidir (Dursun ve Kocagöz, 2010: 2-6).

Ölçüm modeli (doğrulayıcı faktör analizi) gözlenemeyen değişkenlerin tutarlılık ve geçerliliğini test etmek amacıyla kullanılmaktadır. Tutarlılığa dair değerlendirmeler güvenilirlik testleri ile yapılırken, değişkenlerin geçerlilikleri yakınsallık ve ayrıştırıcılık katsayıları ile değerlendirilmektedir. Tutarlılık değerlendirmelerinde Cronbach Alpha (CA) ve Compositoreliability (CR) ölçümleri dikkate alınmaktadır. Değişkenlerin güvenilirliği her bir değişkenin dış yüklerinin hesaplanması ile elde edilmektedir. Değişkenlerin dış yükleri 0,7'nin üzerinde olanlar yüksek derecede yeterliliğe sahip olarak değerlendirilmektedir. 0,5 değerine sahip değişkenler ise kabul edilebilir sınırlar içerisinde sayılmaktadır. 0,4 değerine sahip değişkenlerin analizden çıkarılması, şayet bileşik güvenirliliğin katsayısının yükselmesine sebebiyet veriyor ise bu yola başvurulabilmektedir. Değişkenlerin analizden çıkarılmasına karar vermek araştırmacının insiyatifi dâhilindedir (Firuzan, 2017:467).

Kanji'nin İş Mükemmeliyet Modeli ve Kanji'nin Kurumsal Karne Modelinin katılımcılardan elde edilen veriler ile uyumlu olup olmadığını test etmek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin daha önceden pek çok çalışmada kullanılmış olması Açıklayıcı Faktör Analizi yapılmasını gerektirmemiştir. Doğrulayıcı faktör analizi daha önceden kurgulanmış hipotezleri test etmek için kullanılır ve tipik olarak bir tümdengelim metodu kullanır. Açıklayıcı ve keşfedici faktör analizi ise aynı temel konuyu tümevarım metodu veya keşif yönelimli bir yöntemle ele almaktadır (Hoyle, 2000).

Şimşek'e (2007) göre YEM'i test etmek amacıyla farklı uyum istatistik testleri bulunmasına rağmen, en yaygın olarak kullanılan istatistik testi Ki-kare (Kay-Kare) uyum testidir. Ki-kare testi, tasarlanan model ile gözlenebilir değişkenlere ait kovaryans

yapısında ortaya çıkan sonuçların, modeli destekleyip desteklemediği hipotezini yordalamaya yaramaktadır. Hesaplanan Ki-kare değeri ne kadar küçük ise; uyumun o derece iyi olduğu sonucuna ulaşılır. χ^2 'nin anlamlı olmaması ve 3'ten (veya 5'ten) küçük olması, modelin iyi uyum sağladığını göstermektedir. Ayrıca gözden kaçırılmaması gereken önemli bir husus da Ki-kare testinde “serbestlik derecesi” (sd)'dir. Serbestlik derecesinin büyük olduğu durumlarda Ki-kare değeri anlamlı çıkabilmektedir. Ki-kare değerinin anlamlı çıkması istenen bir durum değildir. Ki-karenin sd'ye oranı, genel durumu değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır.

Ayrıca modeli test etmek amacıyla Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index, NFI) ve Karşılaştırmalı Uyum İndekslerine de (Comparative Fit Index, CFI) bakılmıştır. NFI modelin Ki-kare değerinin, bağımsız modelin Ki-kare değerine bölünmesiyle sonuç elde edilmektedir. Küçük örneklem gruplarında, bu yöntemin kullanılması model uyumunun reddine yol açabilmektedir. İndeksin alabileceği 0.90 ve daha fazla değerler; kabul edilebilir, 0.95 ve üzeri değerler; iyi uyum değerlendirilmesine tabi tutulmaktadır (Hu ve Bentler, 1993).

Schermelleh-Engel ve diğerleri (2003), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) testinin, diğer karşılaştırma indeksleri gibi örneklem sayısına duyarlı olduğunu savunmuşlardır. Adı geçen yazarlar, örneklemin küçüklüğünden Normlaştırılmış Uyum İndeksinin (NFI), diğer testler kadar çok etkilenmediğini ifade etmişlerdir. Ayrıca, 0.95 ve üzeri sayısal değer; iyi uyumu, 0.97 ve üzeri; mükemmel uyumu gösterdiğini savunmuşlardır.

Yaklaşık Hatalar Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) testi, örneklemin 250'den az olduğu durumlarda yanlış sonuç çıkarabilmekte yani gerçekte kabul görmesi gereken bir modeli reddedebilmektedir (Ullman, 2001).

Parametrik koşulların sağlandığı koşullardaki iki grup arasındaki belirli özelliklerle ilişkili olabilecek, anlamlı bir fark olup olmadığını istatistiksel bir çıkarımda bulunabilmek için t-testi kullanılmış, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizinden (ANOVA) yararlanılmıştır.

3.11. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada katılımcılardan veri toplamak amacıyla kullanılan ölçeklere dair geçerlilik ve güvenilirliğe dair bulgular, demografik verilere dair bulgular ve faktörler bazında elde edilen bulgular ele alınacaktır.

Araştırmada kullanılan verilerin elde edildiği katılımcılara ait genel demografik bilgiler iki başlık altında verilecektir. Bunlardan birincisi İş Mükemmeliyeti Modeline ait ölçeğin verilerinin elde edildiği, sağlık hizmeti sunan katılımcılara ait veriler ve Kurumsal Karne Ölçeğinin verilerinin elde edildiği hasta ve hasta yakınları katılımcılarına ait demografik betimsel bilgilerdir.

Sağlık örgütünün iç müşterileri olarak kabul edilen, sağlık hizmeti sunan personele ait demografik bilgilerden, gösterge olarak sadece meslek gruplarına dair verilere yer verilmiştir. Temel çalışma öncesi yapılan ön çalışmada daha kapsamlı demografik bilgilere başvurulmuş fakat katılımcılar kendileri ile ilgili demografik verileri vermekten kaçınmışlardır. Bu sebeple araştırmacı, demografik bilgi olarak sadece meslek grubuyla araştırmayı devam ettirmek zorunda kalmıştır.

3.11.1. İş Mükemmeliyeti Ölçeğine Dair Demografik Göstergeler

Tablo 3.2. Sağlık Hizmeti Sunan Personele Ait Demografik Bilgiler

Meslek	Sıklık	Oran (%)
Hemşire	147	50,0
Doktor	84	28,6
İdareci	9	3,1
Teknik Personel	54	18,4
Toplam	294	100

Araştırmada katılımcılar olarak; hemşire grubu %50, doktor %28,6, idareci %3,1 ve teknik personel ise %18,4 olmak üzere sağlık hizmeti sunucularının uygulanmakta olan kalite standartlarına dair tutumlarını yansıtan görüşlerine başvurulmuştur. Katılımcılardan teknik personel içerisinde; laboratuvar teknisyenleri, röntgen teknisyenleri yer almaktadır. Tablo 3.2.'de görülebileceği gibi, hemşire grubu diğer meslek gruplarına göre daha fazla bir oranı temsil etmektedir. Katılımcılardan idareci meslek grubu ise genel katılımcılar arasında en az orana sahip gruptur. Genel istatistiki değerlendirmeler yapılırken bu oranların dikkate alınmasında yarar vardır.

3.11.2. Kurumsal Karne Ölçeğine Dair Demografik Göstergeler

Tablo 3.3. Kurumsal Karne Ölçeğine Dair Demografik Bilgiler

Demografik Faktörler		Frekanslar	Oran (%)
Cinsiyet	Erkek	153	48,1
	Kadın	165	51,9
	Toplam	318	100
Yaş	16-25	31	9,7
	26-35	63	19,8
	36-45	98	30,8
	46+	126	39,6
Eğitim	Okur Yazar Değil	9	2,8
	İlkokul	76	23,9
	Ortaokul	106	33,3
	Lise	111	34,9
	Üniversite	16	5,0
Gelir Durumu	0-1000	21	6,6
	1001-1500	79	24,8
	1501-2000	99	31,1
	2001-2500	56	17,6
	2501-3000	37	11,6
	3000+	26	8,2
Toplam		318	100

Tablo 3.3.'de de görülebileceği gibi hasta ve hasta yakınlarını ilgilendiren ölçekte veri toplanılan katılımcı erkek ve kadın oranları birbirlerine oldukça yakındır. Yaş gurubu olarak en fazla %39, 6 ile 46 yaş ve üzeri grup oluştururken, 16-25 yaş grubu diğerlerine göre % 9,7 ile daha az bir oranı temsil etmektedir. Hasta ve hasta yakınlarından %2,8 okuryazar değil grubu ve %5 ile üniversite grubu en az, en fazla ise 34,9 ile lise grubu oluşturmaktadır. Gelir durumuna göre en az ve en fazla oranlar 0-1000 TL gelire sahip olanlar ile 3000 TL ve üzeri gelire sahip katılımcılar yer almaktadır.

3.11.3. Ölçeklere Ait Bulgular

Bu bölüm altında araştırmada uygulanan Sağlıkta Kalite Standartlarına dair kalite performansı, iç müşterilerin algılarını ölçmeye yarayan İş Mükemmellik Ölçeği ve dış müşterilerin algılarını ölçmede kullanılan Kurumsal Karne Ölçeği (Hastane Performansı Ölçeği) geçerlilik, güvenilirlik analizleri değerlendirilecektir.

3.11.3. 1. İş Mükemmeliyeti Ölçeği ve Kurumsal Karne Ölçeğine Dair Geçerlilik Güvenirlilik Analizlerine Dair Bulgular

Katılımcıların ölçeklere vermiş oldukları yanıtlar doğrultusunda her iki ölçeğe ait geçerlilik ve güvenirlilik testleri yapılmıştır. Sosyal bilimler çalışmalarında birkaç çeşit geçerlilik ölçümünden bahsedilmektedir. Bu geçerlilik ölçümleri; içerik geçerliliği, yapı geçerliliği ve kriterle bağlı geçerliliklerdir. İçerik geçerliliği, ölçek maddelerinin incelenen kavramların etki alanını ne derece temsil ettiği ile ilgilidir. Yani bir bütün olarak ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiği ile ilişkilidir. Yapı geçerliliği, ölçeklerin ölçülmekte olan kavramlar gibi temsil ettiği ve hareket ettiği derecede ilgilidir. Kriterlerle ilgili geçerlilik bazen kestirimci geçerlilik veya dış geçerlilik olarak da adlandırılır, ölçüm aracının ilgili bir kriterin bağımsız bir ölçüsü ile ne ölçüde ilişkili olduğu ile ilgilidir. Yani ölçekten elde edilen puanlarla belirlenen kriter arasındaki ilişkiyi belirler (Tambi, 2000).

Araştırmada kullanılacak verilerin sayıca yeterli olup olmadığını istatistiksel yöntemlerle ortaya koyabilmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett Testi ve katılımcıların tutumlarını yansıtan verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini istatistiki açıdan değerlendirmek amacıyla basıklık ve çarpıklık testleri yapılmıştır.

Tablo 3.4. İş Mükemmeliyeti Ölçeğine Dair Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett Testi Tablosu

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	.947	Df	P
Bartlett Testi Approx. Chi-Square	19575.439	1711	.000

Tablo 3.4’de İş Mükemmeliyeti Ölçeğine ait Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett testi sonuçları gösterilmektedir. İş Mükemmeliyeti Ölçeğine dair KMO sonucu 0,947 ve Barlett testi sonucu 19575,4 olmuştur. KMO katsayısının büyük çıkması Barlett Testi’nin de yüksek çıkmasına sebep olmaktadır.

Tablo 3.5. Kurumsal Karne Ölçeğine Dair Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett Testi Tablosu

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	.929	Df	P
Bartlett Testi Approx. Chi-Square	2742.738	105	.000

Kurumsal Karne Ölçeğine ait Kaiser-Meyer-Olkin ve Barlett Testi sonuçlarına Tablo 3.5’de yer verilmiştir. Kurumsal Karne Ölçeğine ait KMO sonucu 0,929 ve Barlett testi sonucu ise 2742,7 olmuştur.

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı kabul edilebilir sınırların üzerinde istatistiksel bir değer oluşturduğundan; örnek büyüklüğünün her iki test için de yeterli olduğu sonucuna varılmıştır. Kaiser makalesinde KMO sonuçlarından. .50 ve altındaki değerler “kesinlikle kabul edilemez”, .50 gibi bir değeri “berbat”, .60’ ı “vasat”, .70’i “orta halli”, .80’ni “değerli”, .90 ve üzerini “mükemmel” olarak sınıflandırmaktadır (Kaiser, 1974: 111).

Araştırmada kullanılacak olan verilerin güvenirlik ve normallik testlerinin yapılması yapısal eşitlik modeli testleri içerisinde yer alan açıklayıcı faktör analizi veya doğrulayıcı faktör analizi ve yol analizi testlerinin yapılmasından önce geleneksel anlamda bir zorunluluk olarak görülmektedir. Araştırmada kullanılacak verilerin güvenilir olması ve verilerin normallik probleminin olmaması oldukça önemlidir (Chaudhry vd., 2018).

Parametrik teknikler için verilerin normal dağıldığı varsayılmaktadır. Birçok araştırmada (özellikle sosyal bilimlerde), bağımlı değişkene ilişkin değerler normal dağılmamakla birlikte tekniklerin pekçoğu makul derecede güvenilir veya normal dağılım gösterme varsayımının ihlal edilmesine tolerans gösterilebilmektedir (Pallant, 2011: 206).

Verilerin normal dağılıp dağılmadığını test etmeye yönelik pek çok istatistiksel yöntem olmakla birlikte, yaygın olarak kullanılan birkaç yöntem vardır. Bunlardan birisi dağılımın grafiğini çıkarmak ve onu yorumlamaktır. Diğer bir yolu ise ortalama, mod ve medyan ortalamalarını değerlendirmektir. Normal dağılımın sağlandığı durumlarda bu değerler çakışır. Bu istatistiki göstergeler birbirlerine yaklaştıkça dağılım normalleşir. Bu yakınlığın düzeyi ile ilgili net bir standart elde etmek oldukça zordur. Diğer yöntemlerle birlikte değerlendirilmesi gerekir. Bilinen en yaygın normallik dağılımı test etme yöntemi çarpıklık ve basıklık katsayılarına itibar etmektir. Çarpık katsayısı normal dağılımda 0’dır. Negatif çarpıklık katsayısı sağa çarpıklık dağılımı, pozitif çarpıklık katsayısı ise sola çarpıklık dağılımını gösterir. Basıklık

katsayısı normal şartlarda 0'dır. Pozitif basıklık katsayısı sivri bir dağılım, negatif dağılım katsayısı ise basık bir dağılımı ifade eder (Brown, 1997:2-23).

Mevcut şartlarda toplanan verilerin normal dağılıp dağılmadığını test etmenin “altın standart” olarak kullanılabilir bir yöntemi bulunmamaktadır. Göz küresi testi, orta ila büyük boyutlu (örneğin, $n > 50$) örnekler için faydalı olabilmekle birlikte, küçük örnekler için uygun olmayabilmektedir. Shapiro-Wilk testi ve Kolmogorov Smirnov testi de dâhil olmak üzere normallik testleri, küçük ila orta boy veri örneklerinde (örneğin, $n < 300$) kullanılabilir ancak sayıca büyük veriler için güvenilir bir yöntem olarak nitelendirilmemektedir. Skewness ve kurtosis testleri hem küçük örneklerde hem de büyük örneklerde normalliğe dair nispeten doğru sonuçların çıkarılması amacıyla yaygın olarak kullanılan yöntemlerdendir. Skewness asimetrisinin bir ölçüsü, kurtosis ise dağılım dorukluğunun bir ölçüsüdür. Verilerin normallikten büyük ölçüde ayrıldığı durumlarda, verileri logaritma alarak dönüştürmek veya normallik varsayımının gerektirmediği bir parametrik olmayan yöntemi seçmekte fayda vardır. Pek çok istatistiksel paket programı, standart hataların yanı sıra, çarpıklık ve basıklık değerlerini de vermektedir (Kim, 2013)..

Tablo 3.6. İş Mükemmellik Ölçeğine Ait Veri Normallik Dağılım Tablosu

Göstergeler	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>
Liderlik	-.299	-.686
Müşteri Memnuniyeti	-.177	.140
Rasyonel Yönetim	-.028	-.790
İnsan Odaklı Yönetim	.350	-.394
Sürekli Gelişim	.074	-.822
Müşteri Odaklılık	-.117	-.245
Süreç Gelişimi	-.170	-.311
İnsan Performansı	.162	-.286
Gelişim Kültürü	.152	-.559
İş Mükemmelliği	-.087	-.505

Tablo 3.6’da da görülebileceği gibi İş Mükemmellik Ölçeğine ait toplanan verilerin normal dağılımını gösteren basıklık ve çarpıklığa dair değerler kabul edilebilir sınırlar içerisinde bulunmaktadır (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Tablo 3.7. Kurumsal Karneye Ait Veri Normallik Dağılım Tablosu

Göstergeler	Skewness	Kurtosis
Örgütsel Değerler	-.516	-.672
Süreç Mükemmelliği	-.726	-.305
Örgütsel Öğrenme	-.243	-.970
Hasta Memnuniyeti	-.280	-.692
Kurumsal Karne Mükemmelliği	-.603	-.426

Araştırmada elde edilen veriler uygun programların değerlendirilmesi sonucunda araştırmada kullanılan ölçeklerin istatistiki açıdan değerlendirilerek basıklık ve çarpıklık değerleri kontrol edilmiş ve sonuç itibari ile her iki ölçekte çarpıklık değerleri -1,35 ile +1,46 arasında olduğu tespit edilmiştir. Her iki ölçeğe ait basıklık değerleri de -1,27 ile +2 değerleri arasında olduğu gözlemlenmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Tablo 3.6 ve 3.7 de her iki ölçeğe ait basıklık ve çarpıklık değerleri verilmiştir.

Kleine'nin (2005) skewness için önermiş olduğu değer 3,00'den küçük, kurtosis değerinin ise 10,00'dan büyük olmamasıdır. Hem Kanji'nin İş Mükemmellik ölçeği hem de Kanji'nin Kurumsal Karne Ölçeği Tablo 3.6 ve Tablo 3.7'ye bakıldığında değerlerin belirtilen sınırlar dâhilinde olması, verilerin normal dağılım gösterdiğini ifade etmektedir.

Sosyal bilimler alanında yapılan araştırmalarda katılımcılardan toplanan verilerin normal dağılım göstermesini beklemek her zaman mümkün olmamaktadır. Araştırmada toplanan verilerin normal dağılım göstermiş olmasında 10'lu likert tipi ölçeğin kullanılmasının normal dağılım göstermesine yardımcı olduğu gerçeğini vurgulamakta yarar vardır.

Cronbach'ın alfa güvenilirlik katsayısı, ölçeklerin değerlendirilmesinde önemli bir kavramdır. Değerlendiricilerin ve araştırmacıların, verilerinin yorumlanmasında geçerlilik ve doğruluk eklemek için bu değeri test etmeleri zorunluluktur. Bununla birlikte iç tutarlılık katsayısının (alfa) tek başına bir güvenilirlik katsayısı olarak kullanılması, kimi zaman test sonuçlarının yanlış değerlendirilmesine yol açabilmektedir. Bu durumdan kaçınmak için, iç tutarlılık katsayısının homojenlik veya tek boyutluluk kavramlarının birlikte değerlendirilmesini gerektirmektedir. İç tutarlılık,

test ögesi örneğinin birbiriyle olan ilişkisini ifade etmekte ve homojenlik tek boyutluluk anlamına gelmektedir. Maddelerinin tek bir gizli yapıyı ölçmesi durumunda ölçeğin tek boyutlu olduğu söylenebilecektir. İçsel tutarlılık ise homojenliği veya tek boyutluluğu ölçmek için gerekli ancak yeterli bir koşul değildir. Alfa katsayısı tek başına iç tutarlılık için gösterge olarak kullanılmamalı, ölçek bir bütün halinde değerlendirilmelidir (Tavakol vd., 2011).

Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarına dair doğrulayıcı faktör analizleri yapılmış ve doğrulayıcı faktör analizlerine ait sonuçlar tablolar halinde gösterilmiştir.

Kanji'nin İş Mükemmeliyet Ölçeğine ait doğrulayıcı faktör analizini gösteren ölçeğe ait bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 3.8.İş Mükemmeliyeti Ölçeğine Dair Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu

	<i>Madde Sayısı</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Standart Sapma</i>	<i>Cronbach' α Değeri</i>	<i>Faktör Yükleri</i>
Liderlik	6	6,63	1,90174	0,909	.843, .839, .777, .801, .713, .786
Müşteri Memnuniyeti	3	6,63	2,02328	0,838	.883, .814, .701
Rasyonel Yönetim	3	5,50	2,01325	0,915	.896, .865, .896
İnsan Odaklı Yönetim	4	4,76	2,10759	0,813	.803, .559, .861, .686
Sürekli Gelişim	3	5,53	2,04186	0,871	.954, .900, .924
Müşteri Odaklılık (Hasta Tatmini + Çalışan Tatmini)	9	5,54	1,78127	0,895	.989, .962, .923, .900, .908, .511, .510, .478, .850,
Süreç Gelişimi (İş Süreci+Ölçme)	10	5,73	1,74234	0,929	.803, .849, .752, .804, .729, .664, .703, .709, .783, .841
İnsan Performansı (Takım Çalışması + Kaliteyi İnsan Yaratır)	8	5,44	1,76219	0,901	.880, .900, .893, .593, .691, .605, .664, .805
Gelişim Kültürü (Sürekli Gelişim Çemberi + Önleme)	7	5,65	1,96594	0,896	.869, .838, .742, .810, .852, .867, .810, .
İş Mükemmelliği	6	5,63	2,08497	0,947	.849, .896, .919, .831, .875, .823

Kanji'nin İş Mükemmellik Ölçeğine dair güvenilirlik sonuçları, faktör yükleri ve sağlık hizmeti sunan personelin vermiş oldukları yanıtlara göre oluşan faktörlere ait tanımlayıcı istatistik bilgileri tablo halinde sunulmuştur.

Tablo 3.8’de İş Mükemmeliyeti Ölçeğinin latent değişkenleri temsil eden gözlemlenebilir maddelere ait maddelerin regresyon katsayıları verilmiştir. Bütün regresyon katsayıları temsil ettikleri faktörleri açıklama oranları kabul edilebilir sınırların oldukça üzerindedir. Regresyon katsayıları arasında 0,4’ün altında Müşteri Odaklılığa ait 17 inci değişken ölçekten çıkarılmıştır. Tabloda her bir latent yapıya ait gözlemlenebilir madde sayısı, faktörlere ait ortalamalar, standart sapma ve iç tutarlık alfa katsayıları verilmiştir. İş Mükemmeliyeti Ölçeğine ait ortalama güvenilirlik katsayıları kullanılan ölçeğin güvenilirlik sınırları içerisinde olduğunu göstermektedir (Bonett, Wright, 2014).

İş Mükemmeliyeti Ölçeğine ait latent göstergelerde katılımcıların tutum ortalamalarını yansıtan en yüksek ortalama değer 6,63 ile Müşteri Memnuniyetidir. En düşük ortalama ise 4,76 ile İnsan Odaklı Yönetim göstergesine ait ortalamadır. Anketlere verilen yanıtlara göre, göstergelere ait iç tutarlık ortalama güvenilirlik katsayıları latent göstergeler bazında değerlendirilmiş ve en yüksek güvenilirlik katsayısı 0,947 ile Örgütsel Mükemmeliyete aittir. En düşük güvenilirlik katsayısı ise 0,813 katsayı ile İnsan Odaklı Yönetim olmuştur.

Tablo 3.9.Kurumsal Karne Ölçeğine Dair Tanımlayıcı İstatistikler Tablosu

	<i>Madde Sayısı</i>	<i>Ortalama</i>	<i>Standart Sapma</i>	<i>Cronbach’α Değeri</i>	<i>Faktör Yüklere</i>
Örgütsel Değerler	3	7,51	1,84246	0,792	.511, .566, .729
Süreç Mükemmeliyeti	3	7,42	2,10873	0,801	.673, .579, .796
Örgütsel Öğrenme	2	6,42	2,404213	0,832	.809, .738
Hasta Memnuniyeti	3	6,26	2,219460	0,836	.849, .725, .519
Kurumsal Karne Mükemmeliyeti	4	6,91	2,29425	0,896	.912, .805 811, .763

Kurumsal Karne Ölçeğine dair tanımlayıcı bilgiler Tablo 5,9’da gösterilmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının vermiş oldukları yanıtlara göre, 7, 51 ortalama ile Örgütsel Değerlere ait ortalama en yüksek seviyede, 6,26 ile Hasta Memnuniyeti en düşük seviyede puanlama almıştır. Ölçek iç tutarlık açısından değerlendirmeye tabi tutulduğunda en düşük katsayı 0,792 Cronbach p değeri ile Örgütsel Değerler olmuştur. En yüksek değer ise 0,896 ile Kurumsal Karne

Mükemmelliğidir. Ortaya çıkan güvenilirlik değerleri 0,7'nin üzerinde olması ile kabul edilebilirlik sınırları içerisinde kalmaktadır (Bonett, Wright, 2014).

Kurumsal Karne Ölçeğinin her bir latent yapıya ait gözlemlenebilir madde sayısı ve bu maddelere ait faktör yükleri gösterilmiştir. En düşük faktör yükü 0,511 ile örgütsel değerlere ait, en yüksek faktör yükü ise 0,912 regresyon katsayısı ile kurumsal karne mükemmeliyeti olmuştur.

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda en yaygın olarak kullanılan uyum kriterleri ve bu kriterlerle uyum halinde bulunan modellere ait değerler tablo halinde verilmiştir.

Örneklem büyüklüğünden etkilenmeden, genel model uyumunu değerlendirmek için örneklem büyüklüğüne daha az duyarlı uygunluk göstergelerinden bazıları şunlardır: uyum iyiliği indeksi (GFI), düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi uyumluluk indeksi (AGFI), karşılaştırmalı uygunluk indeksi (CFI) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA). İyi bir model için, GFI 0,90'a yakın, AGFI 0,80'den fazla, CFI 0,9'dan fazla ve RMSEA ise 0,10'dan az olmalıdır (Chen, 2008: 1647).

Tablo 3.10. İş Mükemmellik Modeli Uyum Ölçüleri ve Standart Uyum Kriterleri Tablosu

Uyum Ölçüleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri	Model Uyum Değerleri	Sonuç
χ^2		232,047	
Df(p)		88	
χ^2/df	$3,00 \geq$ veya $5,00$	2,395	Kabul edilebilir
GFI	$GFI > 0,90$	0,932	Kabul edilebilir
AGFI	$AGFI > 0,80$	0,943	Kabul edilebilir
CFI	$CFI > 0,90$	0,953	Kabul edilebilir
RMSEA	$RMSEA < 0,10$	0,765	Kabul edilebilir

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda İş Mükemmeliyeti Ölçeğine ait yapısal geçerlilik değerlendirilmesinde, toplanan verilerin modelle uyum içerisinde olduğunu göstermiştir. Tablo 3.10.'da uyum indekslerine ait sayısal değerler ayrıntılı bir şekilde sunulmuştur. $\chi^2/df=2,395$ ve $p= .000$, $GFI= 0,932$, $AGFI= 0,943$, $CFI= 0,953$, $RMSEA= 0,765$, değerleri kabul edilebilir uyum sınırları içerisinde kalmaktadır.

Tablo 3.11. Kurumsal Karne Uyum Ölçüleri ve Standart Uyum Kriterleri Tablosu

Uyum Ölçüleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri	Model Uyum Değerleri	Sonuç
X^2		297,047	
Df(p)		85	
X^2/df	3,00 \geq veya 5,00	3.495	Kabul edilebilir
GFI	GFI > 0.90	0,909	Kabul edilebilir
AGFI	AGFI > 0.80	0873	Kabul edilebilir
CFI	CFI > 0.90	0,944	Kabul edilebilir
RMSEA	RMSEA < 0.10	0,911	Kabul edilebilir

Kaynak: Chen, (2008:1647)

Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda Kurumsal Karne Ölçeğine ait yapısal geçerlilik değerlendirmesinde karşılaştırmalı uyum indekslerine bakılmış ve araştırmada kullanılan verilerin ölçüm modeli ile uyum içerisinde olduğu gözlemlenmiştir. $X^2/df=3,495$ ve $p= .000$, GFI= 0,909, AGFI= 0,873, CFI= 0,944, RMSEA= 0,911 değerleri kabul edilebilir uyum sınırları içerisinde kalmaktadır.

3.11.4. Demografik Bazda Katılımcı Tutumlarına Yönelik Bulgular

Sağlıkta Kalite Standartlarının sağlık örgütünün kalite standartlarına etkisini sağlık hizmeti sunanlar ve hasta ve hasta yakınlarının perspektifinden değerlendirmek amacıyla iki ölçek kullanılmıştır. Bunlardan ilki, İş Mükemmellik Ölçeğidir. Bu ölçek sağlık örgütünde sağlık hizmeti sunanların kalite standartlarına dair tutumlarını ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Kurumsal Karne Ölçeği ise sağlık örgütünde yatarak tedavi görmüş hasta ve hasta yakınlarının kalite standartlarına dair tutumlarını ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

5.11.4.1. İş Mükemmeliyeti Ölçeğine Dair Demografik Bulgular

Sağlıkta Kalite Standartlarının sağlık örgütünde sağlık hizmeti sunanların bakış açıları ile değerlendirilmesi, uygulanan kalite standartlarının örgütsel performansı nasıl etkilediğine dair farklı bir bakış açısı sunmaktadır. Bu bağlamda kamu hastanesinde uygulanmakta olan SKS'nin hastane çalışanlarının (meslek gruplarına göre) İş Mükemmellik ölçeği boyutlarının tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Test sonuçlarının tablollaştırılması ve raporlaştırılması Amerikan Psikoloji Derneğinin (APA) stiline göre hazırlanmıştır (VandenBos, 2010).

Tablo 3.12. İş Mükemmeliyeti Ölçeğine Dair Betimsel Bulgular

		N	Ortalama	Std. Sapma
Liderlik	Hemşire	147	6.7387	1.83447
	Doktor	84	6.8757	2.07030
	İdareci	9	6.9352	1.42657
	Teknik Personel	54	5.9172	1.72019
	Toplam	294	6.6329	1.89779
Müşteri Memnuniyeti	Hemşire	147	6.9025	2.02992
	Doktor	84	6.7222	1.89046
	İdareci	9	5.4815	1.87165
	Teknik Personel	54	6.4815	1.80573
	Toplam	294	6.7302	1.95584
Rasyonel Yönetim	Hemşire	147	5.6315	1.98254
	Doktor	84	5.8651	2.20570
	İdareci	9	5.5926	1.17589
	Teknik Personel	54	4.8765	1.73664
	Toplam	294	5.5584	2.00882
İnsan Odaklı Yönetim	Hemşire	147	4.6854	1.95390
	Doktor	84	5.4345	2.42636
	İdareci	9	4.5556	1.09529
	Teknik Personel	54	4.2083	1.96415
	Toplam	294	4.8078	2.11872
Sürekli Gelişim	Hemşire	147	5.6213	2.00670
	Doktor	84	5.9722	2.06793
	İdareci	9	5.5185	1.08155
	Teknik Personel	54	4.9691	2.02321
	Toplam	294	5.5986	2.02579
Müşteri Odaklık	Hemşire	147	5.6494	1.77451
	Doktor	84	5.8704	1.91630
	İdareci	9	5.7926	1.21726
	Teknik Personel	54	5.0486	1.40353
	Toplam	294	5.6066	1.75654
Süreç Gelişimi	Hemşire	147	5.9347	1.56938
	Doktor	84	5.9643	2.00233
	İdareci	9	6.0000	0.83066
	Teknik Personel	54	5.2278	1.47167
	Toplam	294	5.8153	1.68873
İnsan Performansı	Hemşire	147	5.5230	1.60932
	Doktor	84	5.7485	2.08430
	İdareci	9	5.4861	1.15658
	Teknik Personel	54	4.9005	1.60912
	Toplam	294	5.4719	1.76338
Gelişim Kültürü	Hemşire	147	5.8639	2.07507
	Doktor	84	5.8707	2.03711
	İdareci	9	5.3333	1.40879
	Teknik Personel	54	4.9683	1.54054
	Toplam	294	5.6851	1.98219
İş Mükemmeliyeti	Hemşire	147	5.7880	1.98506
	Doktor	84	5.8730	2.24766
	İdareci	9	5.6481	1.89562
	Teknik Personel	54	5.3025	1.84120
	Toplam	294	5.7188	2.03648

İş Mükemmeliyeti Ölçeğinde katılımcılar mesleklerine göre dört gruba ayrılmaktadır. Bunlar birinci grupta hemşire, ikinci grupta doktor, üçüncü grupta idareci ve dördüncü grupta da teknik personel yer almaktadır.

Tablo 3.13. İş Mükemmeliyeti Ölçeği Boyutlarına Dair Meslek Gruplarına Göre Tutumların Farklılaşp Farklılaşmadığını Gösteren Tablo

Varyans Kaynağı		KT	Sd	KO	f	P
Liderlik	Gruplar Arası	35.079	3	11.693	3.324	0.020
	Grup İçi	1020.189	290	3.518		
	Toplam	1055.268	293			
Müşteri Memnuniyeti	Gruplar Arası	21.743	3	7.248	1.912	0.128
	Grup İçi	1099.072	290	3.790		
	Toplam	1120.815	293			
Rasyonel Yönetim	Gruplar Arası	33.803	3	11.268	2.845	0.038
	Grup İçi	1148.556	290	3.961		
	Toplam	1182.359	293			
İnsan Odaklı Yönetim	Gruplar Arası	55.175	3	18.392	4.233	0.006
	Grup İçi	1260.092	290	4.345		
	Toplam	1315.267	293			
Sürekli Gelişim	Gruplar Arası	33.256	3	11.085	2.750	0.043
	Grup İçi	1169.162	290	4.032		
	Toplam	1202.417	293			
Müşteri Odaklılık	Gruplar Arası	23.241	3	7.747	2.551	0.056
	Grup İçi	880.788	290	3.037		
	Toplam	904.029	293			
Süreç Gelişimi	Gruplar Arası	22.907	3	7.636	2.725	0.044
	Grup İçi	812.674	290	2.802		
	Toplam	835.581	293			
İnsan Performansı	Gruplar Arası	24.445	3	8.148	2.665	0.048
	Grup İçi	886.636	290	3.057		
	Toplam	911.081	293			
Gelişim Kültürü	Gruplar Arası	36.460	3	12.153	3.162	0.025
	Grup İçi	1114.760	290	3.844		
	Toplam	1151.219	293			
İş Mükemmeliyeti	Gruplar Arası	12.106	3	4.035	0.973	0.406
	Grup İçi	1203.039	290	4.148		
	Toplam	1215.145	293			

Tablo 3.13’de katılımcıların İş Mükemmeliyeti Ölçeğinin boyutlarına dair tutum ortalamalarında anlamlı bir şekilde farklılaşma görülmektedir. Bu farklılığın hangi meslek grup veya gruplarından kaynaklandığını tespit edebilmek amacıyla post hoc test

grubundan Game Howell testi uygulanmıştır. Gruplararası varyansların ve örneklem sayılarının eşit olmadığı durumlarda yaygın olarak kullanılan testler arasında yer alan Games-Howell (liberal çoklu karşılaştırma testi) Tukey testinin bir uzantısı olarak farz edilmektedir. Fakat Tukey testinin kullanım varsayımlarından en önemli özelliği grupların örneklem sayılarının eşit olması üzerinedir.

Tablo 3.14. Meslek Gruplarına Göre İş Mükemmeliyeti Ölçeği Boyutlarına İlişkin Tutum Ortalamalarının Karşılaştırılması

			Ortalamalar Farkı	Std. Hata	p
Liderlik	Hemşire	Doktor	-0.13700	0.27188	0.958
		İdareci	-0.19652	0.49902	0.978
		Teknik Personel	.82148*	0.27873	0.020
	Doktor	Hemşire	0.13700	0.27188	0.958
		İdareci	-0.05952	0.52645	0.999
		Teknik Personel	.95848*	0.32530	0.020
	İdareci	Hemşire	0.19652	0.49902	0.978
		Doktor	0.05952	0.52645	0.999
		Teknik Personel	1.01800	0.53002	0.269
	Teknik Personel	Hemşire	-.82148*	0.27873	0.020
		Doktor	-.95848*	0.32530	0.020
		İdareci	-1.01800	0.53002	0.269
Müşteri Memnuniyeti	Hemşire	Doktor	0.18027	0.26566	0.905
		İdareci	1.42101	0.64596	0.194
		Teknik Personel	0.42101	0.29734	0.492
	Doktor	Hemşire	-0.18027	0.26566	0.905
		İdareci	1.24074	0.65710	0.293
		Teknik Personel	0.24074	0.32082	0.876
	İdareci	Hemşire	-1.42101	0.64596	0.194
		Doktor	-1.24074	0.65710	0.293
		Teknik Personel	-1.00000	0.67053	0.475
	Teknik Personel	hemşire	-0.42101	0.29734	0.492
		Doktor	-0.24074	0.32082	0.876
		İdareci	1.00000	0.67053	0.475
	Hemşire	Doktor	-0.23356	0.29096	0.853

Rasyonel Yönetim		İdareci	0.03893	0.42470	1.000
		Teknik Personel	.75498*	0.28738	0.048
	Doktor	hemsire	0.23356	0.29096	0.853
		İdareci	0.27249	0.45995	0.933
		Teknik Personel	.98854*	0.33730	0.021
	İdareci	Hemsire	-0.03893	0.42470	1.000
		Doktor	-0.27249	0.45995	0.933
		Teknik Personel	0.71605	0.45770	0.427
	Teknik Personel	Hemsire	-.75498*	0.28738	0.048
		Doktor	-.98854*	0.33730	0.021
		İdareci	-0.71605	0.45770	0.427
	İnsan Odaklı Yönetim	Hemşire	Doktor	-0.74915	0.30993
İdareci			0.12982	0.39908	0.987
Teknik Personel			0.47704	0.31211	0.425
Doktor		Hemsire	0.74915	0.30993	0.078
		İdareci	0.87897	0.45098	0.243
		Teknik Personel	1.22619*	0.37620	0.008
İdareci		Hemsire	-0.12982	0.39908	0.987
		Doktor	-0.87897	0.45098	0.243
		Teknik Personel	0.34722	0.45248	0.868
Teknik Personel		Hemsire	-0.47704	0.31211	0.425
		Doktor	-1.22619*	0.37620	0.008
		İdareci	-0.34722	0.45248	0.868
Sürekli Gelişim	Hemşire	Doktor	-0.35091	0.27983	0.593
		İdareci	0.10280	0.39669	0.994
		Teknik Personel	0.65218	0.32124	0.184
	Doktor	Hemsire	0.35091	0.27983	0.593
		İdareci	0.45370	0.42530	0.714
		Teknik Personel	1.00309*	0.35597	0.029
	İdareci	Hemsire	-0.10280	0.39669	0.994
		Doktor	-0.45370	0.42530	0.714
		Teknik Personel	0.54938	0.45363	0.628
	Teknik Personel	Hemsire	-0.65218	0.32124	0.184
		Doktor	-1.00309*	0.35597	0.029
		İdareci	-0.54938	0.45363	0.628
	Hemşire	Doktor	-0.22094	0.25522	0.823
		İdareci	-0.14316	0.43134	0.987

Müşteri Odaklık		Teknik Personel	0.60087	0.24063	0.066
	Doktor	Hemsire	0.22094	0.25522	0.823
		İdareci	0.07778	0.45646	0.998
		Teknik Personel	.82181*	0.28319	0.022
	İdareci	Hemsire	0.14316	0.43134	0.987
		Doktor	-0.07778	0.45646	0.998
		Teknik Personel	0.74403	0.44846	0.385
	Teknik Personel	Hemsire	-0.60087	0.24063	0.066
		Doktor	-.82181*	0.28319	0.022
		İdareci	-0.74403	0.44846	0.385
Süreç Gelişimi	Hemşire	Doktor	-0.02959	0.25394	0.999
		İdareci	-0.06531	0.30565	0.996
		Teknik Personel	.70692*	0.23846	0.020
	Doktor	Hemsire	0.02959	0.25394	0.999
		İdareci	-0.03571	0.35270	1.000
		Teknik Personel	0.73651	0.29637	0.067
	İdareci	Hemsire	0.06531	0.30565	0.996
		Doktor	0.03571	0.35270	1.000
		Teknik Personel	0.77222	0.34172	0.145
	Teknik Personel	Hemsire	-.70692*	0.23846	0.020
		Doktor	-0.73651	0.29637	0.067
		İdareci	-0.77222	0.34172	0.145
İnsan Performansı	Hemşire	Doktor	-0.22555	0.26332	0.827
		İdareci	0.03685	0.40774	1.000
		Teknik Personel	0.62250	0.25606	0.078
	Doktor	Hemsire	0.22555	0.26332	0.827
		İdareci	0.26240	0.44760	0.935
		Teknik Personel	.84805*	0.31570	0.040
	İdareci	Hemsire	-0.03685	0.40774	1.000
		Doktor	-0.26240	0.44760	0.935
		Teknik Personel	0.58565	0.44337	0.566
	Teknik Personel	Hemsire	-0.62250	0.25606	0.078
		Doktor	-.84805*	0.31570	0.040
		İdareci	-0.58565	0.44337	0.566
Hemşire	Doktor	-0.00680	0.28053	1.000	
	İdareci	0.53061	0.49981	0.719	
	Teknik Personel	.89569*	0.27063	0.007	

Gelişim Kültürü	Doktor	Hemsire	0.00680	0.28053	1.000
		İdareci	0.53741	0.51954	0.733
		Teknik Personel	.90249*	0.30553	0.019
	İdareci	Hemsire	-0.53061	0.49981	0.719
		Doktor	-0.53741	0.51954	0.733
		Teknik Personel	0.36508	0.51427	0.891
	Teknik Personel	Hemsire	-.89569*	0.27063	0.007
		Doktor	-.90249*	0.30553	0.019
		İdareci	-0.36508	0.51427	0.891
İş Mükemmeliyeti	Hemşire	Doktor	-0.08503	0.29487	0.992
		İdareci	0.13983	0.65274	0.996
		Teknik Personel	0.48551	0.29931	0.371
	Doktor	Hemsire	0.08503	0.29487	0.992
		İdareci	0.22487	0.67779	0.987
		Teknik Personel	0.57055	0.35060	0.367
	İdareci	Hemsire	-0.13983	0.65274	0.996
		Doktor	-0.22487	0.67779	0.987
		Teknik Personel	0.34568	0.67974	0.955
	Teknik Personel	Hemsire	-0.48551	0.29931	0.371
		Doktor	-0.57055	0.35060	0.367
		İdareci	-0.34568	0.67974	0.955

*Ortalamalar farkı 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

İş Mükemmeliyeti Ölçeğinin liderlik boyutuna dair meslek gruplarının tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(3,290)=3,32, p=0,020$].

Tablo 5.14.'de görülebileceği üzere hemşire meslek grubunun liderlik tutum ortalamaları ($M=6,73; Ss=1,83$) teknik personelin tutum ortalamalarına ($M=5,91; Ss=1,72$) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Doktor meslek grubunun liderlik tutumları ortalamaları ($M= 6,87; Ss= 2,07$) teknik personel tutum ortalamalarına göre ($M=5,91; Ss=1,72$) farklılaşmaktadır. İdareci meslek grubu liderlik boyutuna dair tutum ortalamaları ($M= 6,93; Ss= 1,42$) diğer meslek gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

İş Mükemmeliyeti Ölçeğinin Müşteri Memnuniyeti boyutu tutum ortalamalarına dair hemşire ($M=6,90; Ss= 2,02$), doktor ($M= 6,72; p= 1,89$), idareci ($M=5,48; p= 1,87$),

teknik personel (M= 4,48; Ss= 180) ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır [$F(3,290)= 1,91, p=0,12$].

İş Mükemmeliyeti Ölçeğinin rasyonel yönetim boyutuna dair meslek gruplarının tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre tutum ortalamaları anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(3,290)=2,84, p=0,038$].

Hemşire meslek grubunun rasyonel yönetime dair tutum ortalamaları (M= 5,63; Ss= 1,68) teknik personele göre (M=4,87; Ss=1,73) farklılaşmaktadır. Doktor grubunun rasyonel yönetime dair tutum ortalamaları (5,86; Ss= 2,20) teknik personele göre farklılaşmaktadır. İdareci meslek grubunun rasyonel yönetim boyutuna dair tutum ortalamaları (M= 5,59; Ss= 1,17) diğer meslek gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

İş Mükemmeliyeti Ölçeğinin insan odaklı yönetim boyutuna dair meslek gruplarının tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(3,290)=4,23, p=0,006$].

Hemşire meslek grubu insan odaklı yönetim boyutuna dair tutum ortalamaları (M= 4,68; Ss= 1,95) diğer meslek gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

Doktor meslek grubunun insan odaklı yönetim boyutuna dair tutumları ortalamaları (M=5,43; Ss=2,42) teknik personele göre (M=5,91; Ss=1,72) farklılaşmaktadır.

İdareci meslek grubunun insan odaklı yönetim boyutuna dair tutum ortalamaları (M=6,93; Ss=1,12) diğer meslek gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

İş Mükemmeliyeti Ölçeğinin sürekli gelişim boyutuna dair meslek gruplarının tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(3,290)=2,75, p=0,043$].

Hemşire meslek grubunun sürekli gelişim boyutuna dair tutum ortalamaları (M= 5,62; Ss= 2,00) diğer meslek gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

Doktor meslek grubunun insan odaklı yönetim boyutuna dair tutumları ortalamaları (M=5,43; Ss=2,42) teknik personele göre (M=4,96; Ss=2,02) farklılaşmaktadır.

İdareci meslek grubunun sürekli gelişim boyutuna dair tutum ortalamaları (M=5,51; Ss=1,08) diğer meslek gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

İş Mükemmeliyeti Ölçeğinin müşteri odaklılık boyutuna dair meslek gruplarının tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(3,290)=2,58, p=0,056$].

Hemşire meslek grubunun müşteri odaklılık boyutuna dair tutum ortalamaları (M= 5,64; Ss= 1,77) diğer meslek gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

Doktor meslek grubunun insan odaklı yönetim boyutuna dair tutum ortalamaları (M=5,87; Ss=1,91) teknik personel meslek grubuna göre (M=5,04; Ss=2,02) anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

İdareci meslek grubunun insan odaklı yönetim boyutuna dair tutum ortalamaları (M=5,79; Ss=1,21) diğer meslek gruplarının tutum ortalamalarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

İş Mükemmeliyeti Ölçeğinin süreç gelişimi boyutuna dair meslek gruplarının tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(3,290)=2,72, p=0,04$].

Hemşire meslek grubunun süreç gelişimi boyutuna dair tutum ortalamaları (M= 5,93; Ss= 1,56) teknik personel meslek grubunun tutum ortalamasına (M=5,22; Ss=1,47) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Doktor meslek grubunun süreç gelişimi boyutuna dair tutum ortalamaları (M=5,96; Ss=2,02) teknik personelin tutum ortalamalarına göre (M=5,22; Ss=1,47) anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

İdareci meslek grubunun insan odaklı yönetim boyutuna dair tutum ortalamaları (M=6,00; Ss=0,83) diğer meslek gruplarının tutum ortalamalarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

İş Mükemmeliyeti Ölçeğinin insan performansı boyutuna dair meslek gruplarının tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(3,290)=2,66, p=0,048$].

Hemşire meslek grubunun insan performansı boyutuna dair tutum ortalamaları (M=5,52; Ss=1,60) diğer meslek grubu ortalamalarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

Doktor meslek grubunun insan performansı boyutuna dair tutum ortalamaları (M=5,74; Ss=2,08) teknik personelin tutum ortalamalarına göre (M=4,90; Ss=1,60) anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

İş Mükemmeliyeti Ölçeğinin gelişim kültürü boyutuna dair meslek gruplarının tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(3,290)=3,16, p=0,02$].

Hemşire meslek grubunun gelişim kültürü boyutuna dair tutum ortalamaları (M=5,86; Ss=2,07) teknik personel meslek grubu ortalamalarına (M=4,96; Ss=1,54) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Doktor meslek grubunun gelişim kültürü boyutuna dair tutum ortalamaları (M=5,87; Ss=2,03) teknik personelin tutum ortalamalarına göre (M=4,96; Ss=1,54) farklılaşmaktadır.

İş Mükemmeliyeti Ölçeğinin iş mükemmeliyeti boyutuna dair meslek gruplarının tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır [$F(3,290)=0,97; p=0,4$].

3.11.4.2. Kurumsal Karne Ölçeğine Dair Demografik Bulgular

Kurumsal Karne Ölçeğinde hasta ve hasta yakınlarının yaş, eğitim, gelir ve cinsiyet durumlarına göre boyutlara dair tutumların ortalamalarında farklılaşıp farklılaşmadığı test edilmiştir. İlk olarak Kurumsal Karne Ölçeğine dair boyutlar arası

katılımcıların yaş grupları arasında tutum farklılıklarının olup olmadığı tespiti yapılmıştır.

Tablo 3.15. Kurumsal Karne Ölçeğine Ait Yaş Faktörüne Göre Demografik Dağılım

		N	Ortalama	Std. Sapma
Örgütsel Değerler	16-25	31	6.5591	2.39039
	26-35	63	7.2063	1.87459
	36-45	98	7.4932	1.65545
	46+	126	8.0635	1.67264
	Toplam	318	7.5713	1.84246
Süreç Mükemmeliyeti	16-25	31	5.6774	2.64082
	26-35	63	7.2275	1.87974
	36-45	98	7.1497	2.11259
	46+	126	8.1746	1.72754
	Total	318	7.4277	2.10873
Örgütsel Öğrenme	16-25	31	4.1290	2.47308
	26-35	63	5.9683	2.08658
	36-45	98	6.3418	2.37643
	46+	126	7.2897	2.11599
	Toplam	318	6.4277	2.40421
Hasta Memnuniyeti	16-25	31	3.1290	1.60480
	26-35	63	5.6984	1.83915
	36-45	98	6.3639	1.98048
	46+	126	7.2513	1.88783
	Toplam	318	6.2683	2.21946
Kurumsal Karne Mükemmeliyeti	16-25	31	4.5887	2.34836
	26-35	63	6.3611	2.02842
	36-45	98	6.6837	2.28299
	46+	126	7.9464	1.82445
	Toplam	318	6.9159	2.29425

Tablo 3.15’de Kurumsal Karne Ölçeğine dair yaş grupları değişkenlerine ait katılımcıların tutum ortalamalarını gösteren sayısal ifadeler yer almaktadır. Araştırmaya dâhil edilen toplam 318 katılımcının, 16-25 yaş aralığındaki birey sayısı 31, 26-35 yaş aralığında 63, 36-45 yaş aralığında 98 ve en fazla 126 birey sayısı ile de 46 ve yaş üzeri yaş grubu oluşturmaktadır.

Kurumsal Karne Ölçeğinin örgütsel değerler boyutuna dair katılımcılardan 16-25 yaş grubunun tutum ortalaması 7,57; 26-35 yaş grubunun tutum ortalaması 7,20; 36-45 yaş grubunun 7,49; 46 yaş ve üzeri yaş grubunun tutum ortalaması ise 7, 57 'dir.

Süreç mükemmeliyeti boyutuna dair katılımcılardan 16-25 yaş grubunun tutum ortalaması 5,67; 26-35 yaş grubunun tutum ortalaması 7,22; 36-45 yaş grubunun 7,14; 46 yaş ve üzeri yaş grubunun tutum ortalaması ise 8, 17 'dir.

Örgütsel öğrenme boyutuna dair katılımcılardan 16-25 yaş grubunun tutum ortalaması 4,12; 26-35 yaş grubunun tutum ortalaması 5,96; 36-45 yaş grubunun 6,34; 46 yaş ve üzeri yaş grubunun tutum ortalaması ise 7, 28 'dir.

Hasta Memnuniyeti boyutuna dair katılımcılardan 16-25 yaş grubunun tutum ortalaması 3,12; 26-35 yaş grubunun tutum ortalaması 5,69; 36-45 yaş grubunun 6,36; 46 yaş ve üzeri yaş grubunun tutum ortalaması ise 7,25'dir.

Kurumsal karne mükemmeliyeti boyutuna dair katılımcılardan 16-25 yaş grubunun tutum ortalaması 4,58; 26-35 yaş grubunun tutum ortalaması 6,36; 36-45 yaş grubunun 6,68; 46 yaş ve üzeri yaş grubunun tutum ortalaması ise 7,94'dür.

Tablo 3.16. Kurumsal Karne Ölçeği Boyutlarına Dair Katılımcıların Yaş Faktörüne Göre Tutumların Farklılaşp Farklılaşmadığını Gösteren Tablo

Varyans Kaynağı		KT	Sd	KO	F	P
Örgütsel Değerler	Gruplar Arası	71.271	3	23.757	7.424	0.000
	Grup İçi	1004.835	314	3.200		
	Toplam	1076.107	317			
Süreç Mükemmeliyeti	Gruplar Arası	175.360	3	58.453	14.871	0.000
	Grup İçi	1234.255	314	3.931		
	Toplam	1409.614	317			
Örgütsel Öğrenme	Gruplar Arası	271.441	3	90.480	18.202	0.000
	Grup İçi	1560.895	314	4.971		
	Toplam	1832.336	317			
Hasta Memnuniyeti	Gruplar Arası	448.620	3	149.540	42.191	0.000
	Grup İçi	1112.926	314	3.544		
	Toplam	1561.546	317			
Kurumsal Karne Mükemmeliyeti	Gruplar Arası	326.377	3	108.792	25.452	0.000
	Grup İçi	1342.186	314	4.274		
	Toplam	1668.562	317			

Hasta ve hasta yakınlarının Kurumsal Karne Ölçeğinin boyutlarına dair tutum ortalamalarında yaş faktörünün farklılık yaratıp yaratmadığını öğrenmek amacıyla tek yönlü varyans testi uygulanmıştır. Tablo 3.16’da görülebileceği gibi bütün yaş gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu farkın hangi yaş grubundan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Post Hoc test grubu içerisinde Games Howell testine başvurulmuştur.

Tablo 3.17. Kurumsal Karne Ölçeği Boyutlarına Dair Yaş Faktörüne Bağlı Tutum Ortalamaları Karşılaştırılması

Varyans kaynağı		Ortalamalar Farkı	P	
Örgütsel Değerler	16-25	26-35	-0.64721	0.554
		36-45	-0.93406	0.195
		46+	-1.50435*	0.011
	26-35	16-25	0.64721	0.554
		36-45	-0.28685	0.755
		46+	-.85714*	0.014
	36-45	16-25	0.93406	0.195
		26-35	0.28685	0.755
		46+	-0.57029	0.056
	46+	16-25	1.50435*	0.011
		26-35	.85714*	0.014
		36-45	0.57029	0.056
Süreç Mükemmeliyeti	16-25	26-35	-1.55009*	0.027
		36-45	-1.47224*	0.034
		46+	-2.49718*	0.000
	26-35	16-25	1.55009*	0.027
		36-45	0.07785	0.995
		46+	-.94709*	0.006
	36-45	16-25	1.47224*	0.034
		26-35	-0.07785	0.995
		46+	-1.02494*	0.001
	46+	16-25	2.49718*	0.000
		26-35	.94709*	0.006
		36-45	1.02494*	0.001
Örgütsel Öğrenme	16-25	26-35	-1.83922*	0.004
		36-45	-2.21280*	0.000
		46+	-3.16065*	0.000
	26-35	16-25	1.83922*	0.004
		36-45	-0.37358	0.721
		46+	-1.32143*	0.000
	36-45	16-25	2.21280*	0.000
		26-35	0.37358	0.721
		46+	-.94785*	0.012
	46+	16-25	3.16065*	0.000
		26-35	1.32143*	0.000
		36-45	.94785*	0.012

Hasta Memnuniyeti	16-25	26-35	-2.56938*	0.000
		36-45	-3.23491*	0.000
		46+	-4.12229*	0.000
	26-35	16-25	2.56938*	0.000
		36-45	-0.66553	0.136
		46+	-1.55291*	0.000
	36-45	16-25	3.23491*	0.000
		26-35	0.66553	0.136
		46+	-.88738*	0.005
	46+	16-25	4.12229*	0.000
		26-35	1.55291*	0.000
		36-45	.88738*	0.005
Kurumsal Karne Mükemmeliyeti	16-25	26-35	-1.77240*	0.004
		36-45	-2.09496*	0.000
		46+	-3.35772*	0.000
	26-35	16-25	1.77240*	0.004
		36-45	-0.32256	0.785
		46+	-1.58532*	0.000
	36-45	16-25	2.09496*	0.000
		26-35	0.32256	0.785
		46+	-1.26276*	0.000
	46+	16-25	3.35772*	0.000
		26-35	1.58532*	0.000
		36-45	1.26276*	0.000

Kurumsal Karne Ölçeğinin örgütsel değerler boyutuna dair farklı yaş gruplarının tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [F (3,314)=7,42, p=0,00].

Kurumsal Karne Ölçeğinin 46 yaş ve üzeri yaş grubu örgütsel değerler boyutuna dair tutum ortalamaları 16-25 (M= 6,55; Ss= 2,39), 26-35 (M=7,20; Ss=1,87) yaş grubu ortalamalarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Bununla birlikte 46 yaş ve üzeri yaş grubu, 36-45 yaş grubu ortalamasına (M=7,49; Ss=1,65) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır.

Kurumsal Karne Ölçeğinin süreç mükemmeliyeti boyutuna dair farklı yaş gruplarının tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [F(3,314)=14,8, p=0,00].

Kurumsal Karne Ölçeğinin 46 yaş ve üzeri yaş grubu süreç mükemmeliyeti boyutuna dair tutum ortalamaları (M=8,17; Ss=1,72), 16-25 (M= 5,67; Ss= 2,64), 26-35 (M=7,22; Ss=1,87), 36-45 (M=7,14; Ss=2,11) yaş grubu tutum ortalamalarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Kurumsal Karne Ölçeğinin örgütsel öğrenme boyutuna dair farklı yaş gruplarının tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(3,314)=18,2$, $p=0,00$].

Kurumsal Karne Ölçeğinin 46 yaş ve üzeri yaş grubu örgütsel öğrenme boyutuna dair tutum ortalamaları ($M=7,28$; $Ss=2,11$), 16-25 yaş aralığı ($M= 4,12$; $Ss= 2,47$), 26-35 yaş aralığı ($M=5,96$; $Ss=2,08$), 36-45 yaş aralığı ($M=6,34$; $Ss=2,37$) grup ortalamalarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Kurumsal Karne Ölçeğinin hasta memnuniyeti boyutuna dair farklı yaş gruplarının tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(3,314)=42,19$, $p=0,00$].

Kurumsal Karne Ölçeğinin 46 yaş ve üzeri yaş grubu hasta memnuniyeti boyutuna dair tutum ortalamaları ($M=7,25$; $Ss=1,88$), 16-25 ($M=3,1$; $Ss=1,60$), 26-35 ($M=5,69$; $Ss=1,83$), 36-45 ($M=6,36$; $Ss=1,98$) yaş grubu tutum ortalamalarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Kurumsal Karne Ölçeğinin kurumsal karne mükemmeliyeti boyutuna dair farklı yaş gruplarının tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(3,314)=25,45$, $p=0,00$].

Kurumsal Karne Ölçeğinin 46 yaş ve üzeri yaş grubu kurumsal karne mükemmeliyeti boyutuna dair tutum ortalamaları ($M=7,94$; $Ss=1,82$), 16-25 ($M=5,58$; $Ss=2,34$), 26-35 ($M=6,36$; $Ss=2,02$), 36-45 ($M=6,68$; $Ss=2,28$) yaş grubu ortalamalarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

İkinci olarak Kurumsal Karne ölçeğine dair katılımcıların eğitim durumlarına göre boyutlar arasında anlamlı bir fark olup olmadığı test edilmiştir.

Tablo 3.18. Kurumsal Karne Ölçeğine Ait Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Demografik Dağılım

Varyans kaynağı		N	Ortalama	Std. Sapma
Örgütsel Değerler	İlkokul	76	8.4737	1.38485
	Ortaokul	106	7.6038	1.78003
	Lise	111	6.9700	1.92251
	Üniversite	16	6.3750	1.69913
	Okuryazar değil	9	9.1111	0.64550
	Toplam	318	7.5713	1.84246
Süreç Mükemmeliyeti	İlkokul	76	8.3596	1.73996
	Ortaokul	106	7.4717	1.97008
	Lise	111	6.8288	2.19267
	Üniversite	16	5.8750	2.18708
	Okuryazar değil	9	9.1852	0.50308
	Toplam	318	7.4277	2.10873
Örgütsel Öğrenme	İlkokul	76	7.6776	2.08119
	Ortaokul	106	6.4528	2.31612
	Lise	111	5.6937	2.23624
	Üniversite	16	4.4375	2.71339
	Okuryazar değil	9	8.1667	1.34629
	Toplam	318	6.4277	2.40421
Hasta Memnuniyeti	İlkokul	76	7.9474	1.67071
	Ortaokul	106	6.1981	1.73649
	Lise	111	5.3784	2.07218
	Üniversite	16	3.5417	2.28319
	Okuryazar değil	9	8.7407	1.02439
	Toplam	318	6.2683	2.21946
Kurumsal Karne Mükemmeliyeti	İlkokul	76	7.8947	1.80890
	Ortaokul	106	7.0660	2.17160
	Lise	111	6.1374	2.28103
	Üniversite	16	5.2969	2.76318
	Okuryazar değil	9	9.3611	0.60093
	Toplam	318	6.9159	2.29425

Tablo 3.18’de Kurumsal Karne Ölçeğine dair katılımcıların eğitim durumu değişkenlerine ait tutum ortalamalarını gösteren istatistiksel ifadeler yer almaktadır. Araştırmaya dâhil edilen toplam 318 katılımcının, ilkokul mezunu 76, ortaokul mezunu 106, lise mezunu 111, üniversite mezunu 16 ve okuryazar olmayan birey sayısı 9 ‘dur.

Kurumsal Karne Ölçeğinin örgütsel değerler boyutuna dair katılımcılardan ilkokul mezunu grubunun tutum ortalaması 8, 47; ortaokul mezunu grubun tutum

ortalaması 7,60; lise mezunu grubunun tutum ortalaması 6, 97; üniversite mezunu grubun tutum ortalaması ise 6, 37 ve okuryazar olmayan grubun tutum ortalaması ise 9, 11'dir

Süreç mükemmeliyeti boyutuna dair katılımcılardan ilkokul mezunu grubun tutum ortalaması 8, 35; ortaokul mezunu grubun tutum ortalaması 7,47; lise mezunu grubun tutum ortalaması 6, 82; üniversite mezunu grubun tutum ortalaması 5, 87 ve okuryazar olmayan grubun tutum ortalaması ise 9, 18 'dir

Örgütsel öğrenme boyutuna dair katılımcılardan ilkokul mezunu grubunun tutum ortalaması 7, 67; ortaokul mezunu grubun tutum ortalaması 6,45; lise mezunu grubunun tutum ortalaması 5, 69; üniversite mezunu grubun tutum ortalaması 4, 43 ve okuryazar olmayan grubun tutum ortalaması ise 8, 1 'dir.

Hasta memnuniyeti boyutuna dair katılımcılardan ilkokul mezunu grubun tutum ortalaması 7, 94; ortaokul mezunu grubun tutum ortalaması 6,19; lise mezunu grubun tutum ortalaması 5, 37; üniversite mezunu grubun tutum ortalaması 3, 54 ve okuryazar olmayan grubun tutum ortalaması ise 8, 74'dür

Kurumsal karne mükemmeliyeti boyutuna dair katılımcılardan ilkokul mezunu grubunun tutum ortalaması 7, 89; ortaokul mezunu grubun tutum ortalaması 7,06; lise mezunu grubunun tutum ortalaması 6, 13; üniversite mezunu grubun tutum ortalaması ise 5, 29 ve okuryazar olmayan grubun tutum ortalaması ise 9, 36'dır.

Tablo 3.19. Kurumsal Karne Ölçeği Boyutlarına Dair Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Tutumların Farklılaşp Farklılaşmadığını Gösteren Tablo

		KT	Sd	KO	F	P
Örgütsel Değerler	Gruplar Arası	146.373	4	36.593	12.319	0.000
	Grup İçi	929.734	313	2.970		
	Toplam	1076.107	317			
Süreç Mükemmeliyeti	Gruplar Arası	172.396	4	43.099	10.903	0.000
	Grup İçi	1237.218	313	3.953		
	Toplam	1409.614	317			
Örgütsel Öğrenme	Gruplar Arası	269.197	4	67.299	13.476	0.000
	Grup İçi	1563.139	313	4.994		
	Toplam	1832.336	317			
Hasta Memnuniyeti	Gruplar Arası	476.664	4	119.166	34.381	0.000
	Grup İçi	1084.882	313	3.466		
	Toplam	1561.546	317			
Kurumsal Karne Mükemmeliyeti	Gruplar Arası	238.233	4	59.558	13.033	0.000
	Grup İçi	1430.329	313	4.570		
	Toplam	1668.562	317			

Hasta ve hasta yakınlarının Kurumsal Karne Ölçeğinin boyutlarına dair tutum ortalamalarının katılımcıların eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık yaratıp yaratmadığını öğrenmek amacıyla tek yönlü varyans analizi testi yapılmıştır. Tablo 3.19’da görülebileceği gibi katılımcıların eğitim durumlarını yansıtan grupların boyutlara dair tutum ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu farkın hangi eğitim grubundan kaynaklandığını belirlemek maksadıyla Post-Hoc ikili karşılaştırma test grubu içerisinde Games Howell testi uygulanmıştır.

Tablo 3.20. Kurumsal Karne Ölçeği Boyutlarına Dair Eğitim Durumuna Bağlı Tutum Ortalamaları Karşılaştırılması

			Ortalamalar Farkı	P
Örgütsel Değerler	İlkokul	Ortaokul	.86991*	0.003
		Lise	1.50371*	0.000
		Üniversite	2.09868*	0.001
		Okuryazar Değil	-0.63743	0.164
	Ortaokul	İlkokul	-.86991*	0.003
		Lise	0.63380	0.090
		Üniversite	1.22877	0.093
		Okuryazar Değil	-1.50734*	0.000
	Lise	İlkokul	-1.50371*	0.000
		Ortaokul	-0.63380	0.090
		Üniversite	0.59497	0.702
		Okuryazar Değil	-2.14114*	0.000
	Üniversite	İlkokul	-2.09868*	0.001
		Ortaokul	-1.22877	0.093
		Lise	-0.59497	0.702
		Okuryazar Değil	-2.73611*	0.000
	Okuryazar Değil	İlkokul	0.63743	0.164
		Ortaokul	1.50734*	0.000
		Lise	2.14114*	0.000
		Üniversite	2.73611*	0.000
Süreç Mükemmeliyeti	İlkokul	Ortaokul	.88795*	0.013
		Lise	1.53082*	0.000
		Üniversite	2.48465*	0.003
		Okuryazar Değil	-.82554*	0.024
	Ortaokul	İlkokul	-.88795*	0.013
		Lise	0.64287	0.157
		Üniversite	1.59670	0.082
		Okuryazar Değil	-1.71349*	0.000
	Lise	İlkokul	-1.53082*	0.000
		Ortaokul	-0.64287	0.157
		Üniversite	0.95383	0.497
		Okuryazar Değil	-2.35636*	0.000
Üniversite	İlkokul	-2.48465*	0.003	
	Ortaokul	-1.59670	0.082	

		Lise	-0.95383	0.497
		Okuryazar Değil	-3.31019*	0.000
	Okuryazar Değil	İlkokul	.82554*	0.024
		Ortaokul	1.71349*	0.000
		Lise	2.35636*	0.000
		Üniversite	3.31019*	0.000
Örgütsel Öğrenme	İlkokul	Ortaokul	1.22480*	0.002
		Lise	1.98394*	0.000
		Üniversite	3.24013*	0.002
		Okuryazar Değil	-0.48904	0.867
	Ortaokul	İlkokul	-1.22480*	0.002
		Lise	0.75914	0.105
		Üniversite	2.01533	0.074
		Okuryazar Değil	-1.71384*	0.033
Lise	İlkokul	Ortaokul	-1.98394*	0.000
		Ortaokul	-0.75914	0.105
		Üniversite	1.25619	0.421
		Okuryazar Değil	-2.47297*	0.002
	Üniversite	İlkokul	-3.24013*	0.002
		Ortaokul	-2.01533	0.074
		Lise	-1.25619	0.421
		Okuryazar Değil	-3.72917*	0.001
	Okuryazar Değil	İlkokul	0.48904	0.867
		Ortaokul	1.71384*	0.033
		Lise	2.47297*	0.002
		Üniversite	3.72917*	0.001
Hasta Memnuniyeti	İlkokul	Ortaokul	1.74926*	0.000
		Lise	2.56899*	0.000
		Üniversite	4.40570*	0.000
		Okuryazar Değil	-0.79337	0.305
	Ortaokul	İlkokul	-1.74926*	0.000
		Lise	.81973*	0.015
		Üniversite	2.65645*	0.003
		Okuryazar Değil	-2.54263*	0.000
	Lise	İlkokul	-2.56899*	0.000
		Ortaokul	-.81973*	0.015
		Üniversite	1.83671*	0.047
		Okuryazar Değil	-3.36236*	0.000
	Üniversite	İlkokul	-4.40570*	0.000
		Ortaokul	-2.65645*	0.003
		Lise	-1.83671*	0.047
		Okuryazar Değil	-5.19907*	0.000
	Okuryazar Değil	İlkokul	0.79337	0.305
		Ortaokul	2.54263*	0.000
		Lise	3.36236*	0.000
		Üniversite	5.19907*	0.000
	İlkokul	Ortaokul	.82870*	0.044
		Lise	1.75735*	0.000
		Üniversite	2.59786*	0.015
		Okuryazar Değil	-1.46637*	0.000
	Ortaokul	İlkokul	-.82870*	0.044
		Lise	.92865*	0.020
		Üniversite	1.76916	0.147
		Okuryazar Değil	-2.29507*	0.000
	Lise	İlkokul	-1.75735*	0.000

Kurumsal Karne Mükemmeliyeti		Ortaokul	-.92865*	0.020
		Üniversite	0.84051	0.773
		Okuryazar Değil	-3.22372*	0.000
	Üniversite	İlkokul	-2.59786*	0.015
		Ortaokul	-1.76916	0.147
		Lise	-0.84051	0.773
		Okuryazar Değil	-4.06424*	0.000
	Okuryazar Değil	İlkokul	1.46637*	0.000
		Ortaokul	2.29507*	0.000
		Lise	3.22372*	0.000
		Üniversite	4.06424*	0.000

*Ortalamlar farkı 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Kurumsal Karne Ölçeğinin örgütsel değerler boyutuna dair katılımcıların eğitim düzeylerine göre tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(5,312)=5,43, p=0,00$].

Katılımcılardan ilkokul mezunu grubun örgütsel değerler boyutuna dair tutum ortalaması ($M=8,47; Ss=1,38$) ile okuryazar olmayan katılımcı grubun ortalaması ($M=9,11; Ss=0,64$) ortaokul mezunu grubun tutum ortalamaları ($M= 7,60; Ss= 1,78$), lise mezunu grubun tutum ortalaması ($M=6,97; Ss=1,91$) ve üniversite mezunu grubun tutum ortalamasından ($M= 6,37; Ss=1,69$) anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Kurumsal Karne Ölçeğinin süreç mükemmeliyeti boyutuna dair katılımcıların eğitim düzeyleri tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(5,312)=12,31, p=0,00$].

Katılımcıların ilkokul mezununu oluşturan grubun süreç mükemmeliyeti boyutuna dair tutum ortalamaları ($M=8,35; Ss=1,73$) okuryazar olmayan grubun tutum ortalaması ($M=9,18; Ss=0,50$), ortaokul ($M= 7,47; Ss= 1,97$), lise ($M=6,82; Ss=2,19$) ve üniversite mezunu grubun tutum ortalamasından ($M=5,87; Ss=2,18$) anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Kurumsal Karne Ölçeğinin örgütsel öğrenme boyutuna dair katılımcıların eğitim düzeyleri tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(5,312)=8,00, p=0,00$].

Katılımcıların ilkokul mezununu oluşturan grubun örgütsel öğrenme boyutuna dair tutum ortalamaları ($M=7,67; Ss=2,08$) ve okuryazar olmayan katılımcıların tutum

ortalamları (M= 9,18; Ss=0,50), ortaokul mezunu grubu tutum ortalamaları (M= 6,45; Ss= 2,31), lise mezunu tutum ortalamaları (M=5,69; Ss=2,23) ve üniversite mezunu tutum ortalamalarından (M= 4,43; Ss=2,71) anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Kurumsal Karne Ölçeğinin hasta memnuniyeti boyutuna dair katılımcıların eğitim düzeyleri tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(5,312)=7,29$, $p=0,00$].

Katılımcıların ilkokul mezunu grubunu oluşturan katılımcıların hasta memnuniyeti boyutuna dair tutum ortalamaları (M=7,94; Ss=1,67) ile okuryazar olmayan grubun tutum ortalamaları (M=8,74; Ss=1,02), ortaokul mezunu grubun tutum ortalamaları (M= 6,19; Ss= 21,73), lise mezunu grubun tutum ortalamaları (M=5,37; Ss=2,07) ve üniversite mezunu grubun tutum ortalamaları (M= 3,54; Ss=2,28) anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Kurumsal Karne Ölçeğinin kurumsal karne mükemmeliyeti boyutuna dair katılımcıların eğitim düzeyleri tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(5,312)=4,41$, $p=0,001$].

Katılımcıların ilkokul mezunu grubunu oluşturan katılımcıların kurumsal karne mükemmeliyeti boyutuna dair tutum ortalamaları (M=7,89; Ss=1,80), ortaokul (M= 7,06; Ss= 2,17), lise (M=6,13; Ss=2,28) ve üniversite (M= 5,29; Ss=2,76), okuryazar olmayan katılımcı grup ortalaması (M=9,36; 0,60) ile anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Ortaokul mezunu grubunu oluşturan katılımcıların kurumsal karne mükemmeliyeti boyutuna dair tutum ortalamaları (M= 7,06; Ss= 2,17), ilkokul mezunu (M=7,89; Ss=1,80), lise mezunu (M=6,13; Ss=2,28) ve okuryazar olmayan katılımcı grup ortalaması (M=9,36; 0,60) ile anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Üçüncü olarak Kurumsal Karne Ölçeğinin boyutlar arası katılımcıların gelir durumuna göre anlamlı bir farklılaşmanın meydana gelip gelmediği tespiti yapılmıştır.

Tablo 3.21. Kurumsal Karne Ölçeğine Ait Gelir Durumlarına Göre Demografik Dağılım

		N	Ortalama	Std. Sapma
Örgütsel Değerler	0-1000	21	8.3492	1.66158
	1001-1500	79	8.0928	1.54047
	1501-2000	99	7.5960	1.85181
	2001-2500	56	7.5060	1.87379
	2501-3000	37	6.8018	1.90752
	3000+	26	6.5000	1.89091
	Total	318	7.5713	1.84246
Süreç Mükemmeliyeti	0-1000	21	8.1270	2.31775
	1001-1500	79	7.8186	1.85115
	1501-2000	99	7.5387	2.04302
	2001-2500	56	7.4821	2.05473
	2501-3000	37	6.3333	2.43812
	3000+	26	6.6923	1.97523
	Total	318	7.4277	2.10873
Örgütsel Öğrenme	0-1000	21	7.8571	2.05026
	1001-1500	79	7.0570	2.23175
	1501-2000	99	6.6717	2.52958
	2001-2500	56	6.1071	2.04654
	2501-3000	37	4.8243	2.02833
	3000+	26	5.4038	2.41669
	Total	318	6.4277	2.40421
Hasta Memnuniyeti	0-1000	21	7.9048	1.65376
	1001-1500	79	6.8481	1.87865
	1501-2000	99	6.3569	2.13398
	2001-2500	56	5.8750	2.48272
	2501-3000	37	5.2523	2.15080
	3000+	26	5.1410	2.15648
	Total	318	6.2683	2.21946
Kurumsal Karne Mükemmeliyeti	0-1000	21	7.7500	2.11837
	1001-1500	79	7.6013	1.88300
	1501-2000	99	6.9949	2.32828
	2001-2500	56	6.3973	2.39307
	2501-3000	37	6.2770	2.44508
	3000+	26	5.8846	2.28608
	Total	318	6.9159	2.29425

Sağlıkta Kalite Standartlarının örgütsel performansa etkilerini hasta ve hasta yakınlarının tutumları yoluyla belirlemeye yönelik katılımcıların gelir düzeyleri Tablo 5.21’de gösterilmektedir. Buna göre 1-1000 TL gelire sahip katılımcı sayısı 21, 1001-1500 TL gelire sahip katılımcı sayısı 79, 1501-2000 TL gelire sahip katılımcı sayısı 99,

2001-2500 TL gelire sahip katılımcı sayısı 56, 2501-3000 TL gelire sahip katılımcı sayısı 37 ve 3000 TL ve üzeri gelire sahip katılımcı sayısı 26 kişi olmuştur.

Tablo.3.22. Kurumsal Karne Ölçeği Gelir Durumuna Göre Boyutlara İlişkin Ortalamalar

		KT	Sd	Ko	F	P
Örgütsel Değerler	Gruplar Arası	86.243	5	17.249	5.437	0.000
	Grup İçi	989.864	312	3.173		
	Toplam	1076.107	317			
Süreç Mükemmeliyeti	Gruplar Arası	82.098	5	16.420	3.859	0.002
	Grup İçi	1327.516	312	4.255		
	Toplam	1409.614	317			
Örgütsel Öğrenme	Gruplar Arası	208.216	5	41.643	8.000	0.000
	Grup İçi	1624.121	312	5.206		
	Toplam	1832.336	317			
Hasta Memnuniyeti	Gruplar Arası	163.472	5	32.694	7.296	0.000
	Grup İçi	1398.074	312	4.481		
	Toplam	1561.546	317			
Kurumsal Karne Mükemmeliyeti	Gruplar Arası	110.151	5	22.030	4.411	0.001
	Grup İçi	1558.411	312	4.995		
	Toplam	1668.562	317			

Hasta ve hasta yakınlarının Kurumsal Karne Ölçeğinin boyutlarına dair tutum ortalamalarında gelir durumunun farklılık yaratıp yaratmadığını öğrenmek amacıyla varyans testi yapılmıştır. Tablo 3.22’de görülebileceği gibi gelir gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Boyutlar arasında bu ortalama tutum farklarının hangi gelir gruplarından kaynaklandığını belirlemek maksadıyla Post-Hoc test grubundan ikili karşılaştırma testleri içerisinde Games Howell testine başvurulmuştur.

Tablo 3.23. Hasta ve Hasta Yakınlarının Kurumsal Karne Boyutlarına Dair Tutum Ortalamalarının Gelir Durumlarına Göre Farklılaşması

Varyans Kaynağı		Ortalamalar Farkı	P	
Örgütsel Değerler	0-1000	1001-1500	0.25638	0.987
		1501-2000	0.75325	0.451
		2001-2500	0.84325	0.409
		2501-3000	1.54740*	0.026
		3000+	1.84921*	0.011
	1001-1500	0-1000	-0.25638	0.987
		1501-2000	0.49687	0.373
		2001-2500	0.58687	0.392
		2501-3000	1.29103*	0.008
		3000+	1.59283*	0.005
	1501-2000	0-1000	-0.75325	0.451
		1001-1500	-0.49687	0.373
		2001-2500	0.09001	1.000
		2501-3000	0.79416	0.263
		3000+	1.09596	0.112
	2001-2500	0-1000	-0.84325	0.409
		1001-1500	-0.58687	0.392
		1501-2000	-0.09001	1.000
		2501-3000	0.70415	0.501
		3000+	1.00595	0.235
	2501-3000	0-1000	-1.54740*	0.026
		1001-1500	-1.29103*	0.008
		1501-2000	-0.79416	0.263
		2001-2500	-0.70415	0.501
		3000+	0.30180	0.989
	3000+	0-1000	-1.84921*	0.011
		1001-1500	-1.59283*	0.005
		1501-2000	-1.09596	0.112
2001-2500		-1.00595	0.235	
2501-3000		-0.30180	0.989	
Süreç Mükemmeliyeti	0-1000	1001-1500	0.30842	0.993
		1501-2000	0.58826	0.886
		2001-2500	0.64484	0.869
		2501-3000	1.79365	0.080
		3000+	1.43468	0.238
	1001-1500	0-1000	-0.30842	0.993
		1501-2000	0.27984	0.931
		2001-2500	0.33642	0.925
		2501-3000	1.48523*	0.021
		3000+	1.12626	0.131
	1501-2000	0-1000	-0.58826	0.886
		1001-1500	-0.27984	0.931
		2001-2500	0.05658	1.000
		2501-3000	1.20539	0.096
		3000+	0.84641	0.399
		0-1000	-0.64484	0.869
		1001-1500	-0.33642	0.925

	2001-2500	1501-2000	-0.05658	1.000	
		2501-3000	1.14881	0.184	
		3000+	0.78984	0.562	
	2501-3000	0-1000	-1.79365	0.080	
		1001-1500	-1.48523*	0.021	
		1501-2000	-1.20539	0.096	
		2001-2500	-1.14881	0.184	
		3000+	-0.35897	0.987	
	3000+	0-1000	-1.43468	0.238	
		1001-1500	-1.12626	0.131	
		1501-2000	-0.84641	0.399	
		2001-2500	-0.78984	0.562	
		2501-3000	0.35897	0.987	
	Örgütsel Öğrenme	0-1000	1001-1500	0.80018	0.630
			1501-2000	1.18543	0.220
2001-2500			1.75000*	0.022	
2501-3000			3.03282*	0.000	
3000+			2.45330*	0.006	
1001-1500		0-1000	-0.80018	0.630	
		1501-2000	0.38524	0.890	
		2001-2500	0.94982	0.116	
		2501-3000	2.23264*	0.000	
		3000+	1.65312*	0.040	
1501-2000		0-1000	-1.18543	0.220	
		1001-1500	-0.38524	0.890	
		2001-2500	0.56457	0.657	
		2501-3000	1.84739*	0.000	
		3000+	1.26787	0.196	
2001-2500		0-1000	-1.75000*	0.022	
		1001-1500	-0.94982	0.116	
		1501-2000	-0.56457	0.657	
		2501-3000	1.28282*	0.044	
		3000+	0.70330	0.791	
2501-3000		0-1000	-3.03282*	0.000	
		1001-1500	-2.23264*	0.000	
		1501-2000	-1.84739*	0.000	
		2001-2500	-1.28282*	0.044	
		3000+	-0.57952	0.916	
3000+	0-1000	-2.45330*	0.006		
	1001-1500	-1.65312*	0.040		
	1501-2000	-1.26787	0.196		
	2001-2500	-0.70330	0.791		
	2501-3000	0.57952	0.916		
	0-1000	1001-1500	1.05666	0.144	
		1501-2000	1.54786*	0.009	
		2001-2500	2.02976*	0.002	
		2501-3000	2.65251*	0.000	
		3000+	2.76374*	0.000	
	1001-1500	0-1000	-1.05666	0.144	
		1501-2000	0.49120	0.579	
		2001-2500	0.97310	0.142	
		2501-3000	1.59585*	0.003	
		3000+	1.70708*	0.010	
	0-1000	1001-1500	-1.54786*	0.009	
		1001-1500	-0.49120	0.579	

Hasta Memnuniyeti	1501-2000	2001-2500	0.48190	0.826
		2501-3000	1.10465	0.095
		3000+	1.21588	0.131
	2001-2500	0-1000	-2.02976*	0.002
		1001-1500	-0.97310	0.142
		1501-2000	-0.48190	0.826
		2501-3000	0.62275	0.793
		3000+	0.73397	0.747
		0-1000	-2.65251*	0.000
	2501-3000	1001-1500	-1.59585*	0.003
		1501-2000	-1.10465	0.095
		2001-2500	-0.62275	0.793
		3000+	0.11123	1.000
		0-1000	-2.76374*	0.000
	3000+	1001-1500	-1.70708*	0.010
		1501-2000	-1.21588	0.131
		2001-2500	-0.73397	0.747
		2501-3000	-0.11123	1.000
1001-1500		0.14873	1.000	
Kurumsal Karne Mükemmeliyeti	0-1000	1501-2000	0.75505	0.693
		2001-2500	1.35268	0.178
		2501-3000	1.47297	0.176
		3000+	1.86538	0.061
		0-1000	-0.14873	1.000
	1001-1500	1501-2000	0.60632	0.393
		2001-2500	1.20394*	0.026
		2501-3000	1.32424	0.055
		3000+	1.71665*	0.016
		0-1000	-0.75505	0.693
	1501-2000	1001-1500	-0.60632	0.393
		2001-2500	0.59763	0.660
		2501-3000	0.71792	0.638
		3000+	1.11033	0.263
		0-1000	-1.35268	0.178
	2001-2500	1001-1500	-1.20394*	0.026
		1501-2000	-0.59763	0.660
		2501-3000	0.12029	1.000
3000+		0.51271	0.937	
0-1000		-1.47297	0.176	
2501-3000	1001-1500	-1.32424	0.055	
	1501-2000	-0.71792	0.638	
	2001-2500	-0.12029	1.000	
	3000+	0.39241	0.986	
	0-1000	-1.86538	0.061	
3000+	1001-1500	-1.71665*	0.016	
	1501-2000	-1.11033	0.263	
	2001-2500	-0.51271	0.937	
	2501-3000	-0.39241	0.986	

**APA stiline göre raporlanmıştır.

Tablo 3.23.'de de görülebileceği gibi Kurumsal Karne Ölçeğinin örgütsel değerler boyutuna dair katılımcıların gelir düzeyleri tutum ortalamaları Anova tek yönlü

varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(5,312)=5,43$, $p=0,00$].

0-1000 TL gelir düzeyi grubuna sahip katılımcıların örgütsel değerler tutumuna dair ortalamaları ($M=8,34$; $Ss=1,66$), 2501-3000 gelir düzeyi grubuna sahip katılımcı tutum ortalamaları ($M=6,80$; $Ss=1,90$) ve 3000 TL ve üzeri gelir grubuna sahip katılımcıların tutum ortalamalarına göre ($M=6,50$; $Ss=1,89$) anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

1001-1500 TL gelir grubuna sahip katılımcıların örgütsel değerler tutumuna dair tutum ortalamaları, 2501-3000 TL sahip katılımcı tutum ortalamaları ($M=6,80$; $Ss=1,90$) ve 3000 TL ve üzeri gelir grubuna sahip katılımcı tutum ortalamalarına ($M=6,50$; $Ss=1,89$) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Tablo 5.23'de de görülebileceği gibi Kurumsal Karne Ölçeğinin süreç mükemmeliyeti boyutuna dair katılımcıların gelir düzeylilerine göre tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(5,312)=3,85$, $p=0,02$].

2501-3000 TL gelir grubuna sahip ($M=6,33$; $Ss=2,43$) ve 3000 TL ve üzeri ($M=6,69$; $Ss=1,97$) gelir grubuna sahip katılımcıların süreç mükemmeliyetine dair tutum ortalamaları, 0-1000 TL gelir grubu ($M=8,12$; $Ss=2,31$) ve 1001-1500 TL ($M=7,81$; $Ss=1,85$) gelir grubuna sahip katılımcıların tutum ortalamaları anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Kurumsal Karne Ölçeğinin örgütsel öğrenme boyutuna dair katılımcıların gelir düzeyleri tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(5,312)=8,00$, $p=0,00$].

0-1000 TL gelir grubuna sahip katılımcıların örgütsel öğrenme tutumuna dair ortalamaları ($M=7,85$; $Ss=2,05$) 2001-2500 TL sahip katılımcı tutum ortalamalarına ($M=6,10$; $Ss=2,04$) ve 3000 TL ve üzeri gelire sahip tutum ortalamalarına ($M=5,40$; $Ss=2,41$) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

1001-1500 TL gelir grubuna sahip katılımcıların örgütsel öğrenme tutumuna dair ortalamaları (M=7,05; Ss=2,23) 2501-3000 TL sahip katılımcı tutum ortalamalarına (M=4,82; Ss=2,02) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

2501-3000 TL gelir grubuna sahip katılımcıların örgütsel öğrenme tutumuna dair ortalamaları (M=4,82; Ss=2,23) 1501-2000 TL sahip katılımcı tutum ortalamalarına (M=6,67; Ss=2,52) ve 2501-3000 TL gelir grubuna sahip katılımcı tutum ortalamalarına (M=4,82; Ss=2,02) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır

Kurumsal Karne Ölçeğinin hasta memnuniyeti boyutuna dair katılımcıların gelir düzeyleri tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(5,312)=7,29$, $p=0,00$].

0--1000 TL gelir grubuna sahip katılımcıların hasta memnuniyeti tutumuna dair ortalamaları (M=7,90; Ss=1,65), 1001-1500 TL (M=6,84; Ss=1,87), 1501-2000 TL (M=6,35; Ss=2,13), 2001-2500 TL (M=5,87; Ss=2,48), 2501-3000 TL (M=5,25; Ss=2,15) ve 3000 TL ve üzeri gelire sahip katılımcı tutum ortalamalarına (M=5,14; Ss=2,15) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

1001-1500 TL gelir grubuna sahip katılımcıların hasta memnuniyeti tutumuna dair ortalamaları (M=6,84; Ss=1,87) 2501-3000 TL sahip katılımcı tutum ortalamalarına (M=5,25; Ss=2,15) ve 3000 TL ve üzeri gelire sahip katılımcı ortalamalarına (M=5,14; Ss=2,15) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Kurumsal Karne Ölçeğinin kurumsal karne mükemmeliyeti boyutuna dair katılımcıların gelir düzeyleri tutum ortalamaları Anova tek yönlü varyans analizi test sonuçlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$F(5,312)=4,41$, $p=0,001$].

1001-1500 TL gelir grubuna sahip katılımcıların kurumsal karne mükemmeliyeti tutumuna dair ortalamaları (M=7,60; Ss=1,88), 2001-2500 TL (M=6,39; Ss=2,44) ve 3000 TL ve üzeri gelire sahip katılımcı tutum ortalamalarına (M=5,88; Ss=2,28) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

2001-2500 TL gelir grubuna sahip katılımcıların kurumsal karne mükemmeliyeti tutumuna dair ortalamaları (M=6,39; Ss=2,39), 1001-1500 TL sahip katılımcı tutum ortalamalarına (M=7,60; Ss=1,88) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Tablo 3.24. Kurumsal Karne Boyutlarının Ortalamalarının Cinsiyet Faktörüne Göre Anlamlılıkları

Cinsiyet		N	Ortalama	Std. Sapma	t	P
Örgütsel Değerler	Erkek	153	7.6166	1.72137	0.42	0.051
	Kadın	165	7.5293	1.95234		
Süreç Mükemmeliyeti	Erkek	153	7.6667	2.02759	1.95	0.165
	Kadın	165	7.2061	2.16384		
Örgütsel Öğrenme	Erkek	153	6.6601	2.38530	1.66	0.732
	Kadın	165	6.2121	2.40879		
Hasta Memnuniyeti	Erkek	153	6.3464	2.21369	0.60	0.980
	Kadın	165	6.1960	2.22908		
Kurumsal Karne Mükemmeliyeti	Erkek	153	7.0833	2.17983	1.25	0.135
	Kadın	165	6.7606	2.39161		

Hasta ve hasta yakınlarının Kurumsal Karne Ölçeğinin boyutlarına dair erkek ve kadın tutum ortalamalarında anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek amacıyla bağımsız örnekler T-testi yapılmıştır. Test sonuçlarının tablolaştırılması ve raporlaştırılması Amerikan Psikoloji Derneğinin (APA) stiline göre hazırlanmıştır (VandenBos, 2010).

Tablo 3.24'de de görülebileceği gibi Kurumsal Karne Ölçeğinin örgütsel değerler boyutuna dair katılımcıların cinsiyete bağlı tutum ortalamaları bağımsız örneklem T-testi test sonuçları erkek (M=7,61, Ss=1,72) ve kadına (M=7,52, Ss=1,95) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır (t=0,42, p=0,051).

Kurumsal Karne Ölçeğinin süreç mükemmeliyeti boyutuna dair katılımcıların cinsiyete bağlı tutum ortalamaları bağımsız örneklem T-testi test sonuçlarına göre erkek (M=7,66, Ss=2,02) ve kadına (M=7,20, Ss=2,16) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır (t=1,95, p=0,165).

Kurumsal Karne Ölçeğinin örgütsel öğrenme boyutuna dair katılımcıların cinsiyete bağlı tutum ortalamaları bağımsız örneklem T-testi test sonuçlarına göre erkek (M=6,60, Ss=2,38) ve kadına (M=6,21, Ss=2,40) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır (t=1,66, p=0,732).

Kurumsal Karne Ölçeğinin hasta memnuniyeti boyutuna dair katılımcıların cinsiyete bağlı tutum ortalamaları bağımsız örneklem T-testi test sonuçlarına göre erkek (M=6,34, Ss=2,21) ve kadına (M=6,19, Ss=2,22) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır (t=0,60, p=0,980).

Kurumsal Karne Ölçeğinin kurumsal karne mükemmeliyeti boyutuna dair katılımcıların cinsiyete bağlı tutum ortalamaları bağımsız örneklem T-testi test sonuçlarına göre erkek (M=7,08, Ss=2,17) ve kadına (M=6,76, Ss=2,39) göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır (t=1,25, p=0,135).

Test sonucunda H0 hipotezi doğrulanmakta ve ölçeğin tüm boyutlarına dair tutum ortalamaları cinsiyet faktörüne göre istatistiksel anlamda farklılaşmamaktadır.

3.11.5. İş Mükemmeliyeti Ölçeği Boyutlarının Maddelerine Ait Bulguların Değerlendirilmesi

Bu bölümde sağlık örgütünde, Sağlıkta Kalite Standartlarına dair uygulamaların, sağlık hizmeti sunan personelin bakış açıları ile örgütsel kalite performansına (iş mükemmeliyeti) dair tutumları iş mükemmeliyeti ölçeği boyutlarının maddeleri bazında tespit edilen bulgular değerlendirilecektir.

Tablo 3.25. Sağlık Hizmeti Sunanların Liderlik Performansına Dair Tutumları

Liderlik	Ortalama	Std. Sapma
Liderler bizzat kalite performansında sorumluluk alırlar.	6,34	1,98915
Kalite hastane çapında geniş bir stratejik plana bağlıdır.	7,15	2,26826
Üst yönetim kalite konusunda örnek davranış sergiler.	5,86	2,50771
Kliniklerin başında bulunan kişiler kalite geliştirmede öncü rolü oynarlar	6,53	2,36952
Hastanenin kalite hedefleri açıkça belirlenmiştir	7,38	2,26230
Kalite değerleri düzenli bir şekilde yönetime entegre edilmiştir	6,50	2,38560
Ortalama	6,63	1,89779

Sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin İş Mükemmeliyeti liderlik boyutuna dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.25’de ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.25’de de görülebileceği gibi katılımcıların liderlik boyutuna dair vermiş oldukları

yanıtlara göre liderlik boyutunun ortalama değeri 6,63 tür. Bu ortalama 10 'lu Likert ölçeğinde, çok az katılıyorumdan tamamen katılıyorum ölçeklendirmesine göre, ortalamanın üzerinde bir seviyededir.

Liderlik boyutuna ait “hastanenin kalite hedefleri açıkça belirlenmiştir” maddesi 7,38 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 5,86 ortalama ile “üst yönetim kalite konusunda örnek davranış sergiler” maddesidir, bu ortalama orta seviyede bir değeri ifade etmektedir.

Tablo 3.26. Sağlık Hizmeti Sunanların Müşteri Memnuniyetine Dair Tutumları

Müşteri Memnuniyeti	Ortalama	Std. Sapma
Hastane hasta beklenti ve ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik bir mekanizma geliştirir.	6,80	2,19939
Hastane hasta ihtiyaçlarına kısa sürede yanıt verebilecek bir sistem kurar.	6,48	2,36836
Hasta sağlığı şefkat, nezaket ve saygı ile sağlanır	6,89	2,25546
Ortalama	5,88	1,69712

Sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin İş Mükemmeliyeti Ölçeği müşteri memnuniyeti boyutuna dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.26’da ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.26’da da görülebileceği gibi müşteri memnuniyeti boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre müşteri memnuniyeti boyutunun ortalama değeri 5,88’dir. Bu sayısal değer ortalamanın biraz üzerinde bir seviyeyi ifade etmektedir.

Müşteri memnuniyeti boyutuna ait “hasta sağlığı şefkat, nezaket ve saygı ile sağlanır” maddesi 6,89 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 6,48 ortalama ile “hastane hasta ihtiyaçlarına kısa sürede yanıt verebilecek bir sistem kurar” maddesidir, bu ortalama, orta seviyede bir değer ifade etmektedir.

Tablo 3.27. Sağlık Hizmeti Sunanların Dış Müşteri (Hasta) Tatmini Performansına Dair Tutumları

Dış Müşteri (Hasta) Tatmini	Ortalama	Std. Sapma
Hastanenin vizyon ve stratejik planı hasta odaklıdır.	6,95	2,18987
Hastanenin hasta memnuniyeti üzerine sürekli bir çabası vardır.	7,06	2,54098
Hastane müşteri (hasta) farkındalığı ve hizmetler hakkında eğitim vermektedir	6,63	2,62182
Hastane şikâyetleri ele alma, çözme ve geri bildirim kullanarak hizmet sunumunun iyileştirilmesinde etkilidir.	6,42	2,43541
Hastane hasta memnuniyetini, hastaya değer vermeye bağlar.	6,91	2,39432
Ortalama	6,77	1,92314

Sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin İş Mükemmeliyeti Öçeği müşteri memnuniyeti boyutunun alt boyutu olan iç müşteri (hasta) tatminine dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.27 'de ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.27'de de görülebileceği gibi hasta tatmini alt boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre hasta tatmini alt boyutunun ortalama değeri 6,77'dur. Bu sayısal değer ortalamanın üzerinde bir seviyeyi ifade etmektedir.

Hasta tatmini alt boyutuna ait "hastanenin hasta memnuniyeti üzerine sürekli bir çabası vardır." maddesi 7,06 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 6,42 ortalama ile "hastane şikâyetleri ele alma, çözme ve geri bildirim kullanarak hizmet sunumunun iyileştirilmesinde etkilidir" maddesidir, bu ortalama, orta seviyede bir değer ifade etmektedir.

Tablo 3.28. Sağlık Hizmeti Sunanların İç Müşteri (Çalışan) Tatmini Performansına Dair Tutumları

İç Müşteri (Personel) Tatmini	Ortalama	Std. Sapma
Hastane kendi personeline değer verir ve destekler.	4,18	2,35678
Hastane, personelinin ihtiyaçlarını karşılamayı kendine vazife bilir.	4,10	2,42886
Hastane personelinin kendisini geliştirmesini ve görevinde terfi etmesine fırsat sağlar	4,06	2,35185
Hastane personeline değer verir ve onu takdir eder.	4,11	2,33339
Ortalama	4,11	2,17441

Sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin İş Mükemmeliyeti Ölçeği müşteri memnuniyeti boyutunun alt boyutu olan iç müşteri (çalışan) tatminine dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.28’de ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.28’de de görülebileceği gibi çalışan tatmini alt boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre çalışan tatmini alt boyutunun ortalama değeri 4,11’dir. Bu sayısal değer ortalamanın altında bir seviyede kalmaktadır.

Çalışan tatmini alt boyutuna ait “hastane kendi personeline değer verir ve destekler” maddesi 4,18 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 4,06 ortalama ile “hastane personelinin kendisini geliştirmesine ve görevinde terfi etmesine fırsat sağlar” maddesidir. Bu sayısal değer ortalama seviyenin altında kalmaktadır.

Tablo 3.29. Sağlık Hizmeti Sunanların Rasyonel Yönetim Performansına Dair Tutumları

Rasyonel Yönetim	Ortalama	Std. Sapma
Hastane yönetimi sunulan hizmetlerin yerindeliği, etkinliği ve kalitesini analiz eder.	5,50	2,16669
Hastane yönetimi bilgi geliştirme ve performans ölçüm sistemlerine yatırım yapar.	5,67	2,30469
Hastane yönetimi, değerlendirmelerden elde edilen bilgileri strateji geliştirme ve stratejileri gözden geçirmede kullanır.	5,49	2,04847
Ortalama	5,75	1,68739

Sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin İş Mükemmeliyeti Ölçeği rasyonel yönetim boyutuna dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.29’da ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.29’da da görülebileceği gibi rasyonel yönetim boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre rasyonel yönetim boyutunun ortalama değeri 5,75’dir. Bu sayısal değer ortalamanın biraz üzerinde bir seviyeyi ifade etmektedir.

Rasyonel yönetim boyutuna ait “hastane yönetimi bilgi geliştirme ve performans ölçüm sistemlerine yatırım yapar” maddesi 5,67 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 5,49 ortalama ile “hastane yönetimi, değerlendirmelerden elde edilen bilgileri strateji

geliştirme ve stratejileri gözden geçirmede kullanır” maddesidir, bu ortalama, orta seviyenin biraz üzerinde bir değeri ifade etmektedir.

Tablo 3.30. Sağlık Hizmeti Sunanların İş Süreci (Alt Boyut) Performansına Dair Tutumları

İş Süreci	Ortalama	Std. Sapma
Hastane, süreçleri hasta memnuniyeti açısından tanımlar.	6,55	2,16766
Hastane, süreçleri en yüksek kalitede hizmet sunmak amacıyla düzenlemeye gider	6,44	2,10518
Birbirinden bağımsız görevler etkili bir şekilde koordine edilir.	5,60	1,97634
Bilgiler süreçleri değerlendirmek ve geliştirmek amacıyla bir araya getirilir.	5,86	2,01756
Hastane etkili bir risk yönetimi sürecine sahiptir.	5,73	2,20866
Ortalama	6,03	1,72490

Sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin İş Mükemmeliyeti Ölçeği rasyonel yönetim boyutunun alt boyutu olan iş sürecine dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.30 ‘da ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.30’da da görülebileceği gibi iş süreci alt boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre, iş süreci alt boyutunun ortalama değeri 6,03’dür. Bu sayısal değer ortalamanın biraz üzerinde bir seviyede kalmaktadır.

İş süreci alt boyutuna ait “hastane, süreçleri hasta memnuniyeti açısından tanımlar” maddesi 6,55 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 5,60 ortalama ile “birbirinden bağımsız görevler etkili bir şekilde koordine edilir” maddesidir. Bu sayısal değer ortalama seviyenin biraz üzerindedir.

Tablo 3.31. Sağlık Hizmeti Sunanların Ölçme (Alt Boyut) Performansına Dair Tutumları

Ölçme	Ortalama	Std. Sapma
Hastane çok kapsamlı performans göstergelerini tanımlar ve ölçümler yapar.	5,37	2,37223
Hastane düzenli olarak hasta ve hasta yakını memnuniyet değerlendirme yöntemleri kullanır.	6,45	2,33458
Hastane düzenli olarak personel beklentileri ve memnuniyetlerini ölçer.	4,63	2,42310
Hastane, süreç ve hizmet alanlarında en iyi başarıyı yakalamış rakipleriyle karşılaştırma yapar.	5,66	2,29829
Hastane sunulan hizmetleri ve kurumsal yönetimi geliştirmek amacıyla göstergeler ve ölçümler kullanır.	5,83	2,11998
Ortalama	5,59	1,82023

Sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin İş Mükemmeliyeti Ölçeği rasyonel yönetim boyutunun alt boyutu olan ölçmeye dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.31’de ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.31’de de görülebileceği gibi ölçme alt boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre, ölçme alt boyutunun ortalama değeri 5,59’ dur. Bu sayısal değer ortalamadan biraz üzerinde bir seviyede kalmaktadır.

Ölçme alt boyutuna ait “hastane düzenli olarak hasta ve hasta yakını memnuniyet değerlendirme yöntemleri kullanır” maddesi 6,45 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 4,63 ortalama ile “hastane düzenli olarak personel beklentileri ve memnuniyetlerini ölçer” maddesidir. Bu sayısal değer ortalama seviyenin biraz altında kalmaktadır.

Tablo 3.32. Sağlık Hizmeti Sunanların İnsan Odaklı Yönetim Performansına Dair Tutumları

İnsan Odaklı Yönetim	Ortalama	Std. Sapma
Hastane kalite politikasını destekleyen insan kaynakları yönetimine sahiptir.	5,65	2,492273
Hastanenin en kaliteli sağlık personelinin ve diğer personeli işe alma ve işte tutmada etkili bir politikası vardır.	4,17	2,49880
Hastanenin lider ve personel arasındaki uyumu sağlayan uygun bir personel değerlendirme sistemi vardır.	4,65	3,18717
Personelin kalite geliştirmeye katkısı teşvik edilir.	4,75	2,46399
Ortalama	5,25	1,78356

Sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin İş Mükemmeliyeti Ölçeği insan odaklı yönetim boyutuna dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.32’de ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.32’de de görülebileceği gibi insan odaklı yönetim boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre insan odaklı yönetim boyutunun ortalama değeri 5,25’dir. Bu sayısal değer ortalamanın biraz üzerinde bir seviyeyi ifade etmektedir.

İnsan odaklı yönetim boyutuna ait “hastane kalite politikasını destekleyen insan kaynakları yönetimine sahiptir” maddesi 5,65 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 4,17 ortalama ile “hastanenin en kaliteli sağlık personelinin ve diğer personeli işe alma ve işte tutmada etkili bir politikası vardır” maddesidir, bu ortalama, orta seviyenin altında kalmaktadır.

Tablo 3.33.Sağlık Hizmeti Sunanların Takım Çalışması (Alt Boyut) Performansına Dair Tutumları

Takım Çalışması	Ortalama	Std. Sapma
Personelin takım çalışması teşvik edilir.	4,99	2,28968
Hastane organizasyonel düzeyde ve birimler arasında açık iletişime imkân tanır	5,02	2,24204
Takımlar işlevsel problemleri çözmek için kullanılır.	5,15	2,22827
Ortalama	5,05	2,08959

Sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin İş Mükemmeliyeti Ölçeği insan odaklı yönetim boyutunun alt boyutu olan takım çalışmasına dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.33’de ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.33’de de görülebileceği gibi takım çalışması alt boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre takım çalışması alt boyutunun ortalama değeri 5,05 ’dir. Bu sayısal değer ortalama bir seviyede kalmaktadır.

Takım çalışması alt boyutuna ait “takımlar işlevsel problemleri çözmek için kullanılır” maddesi 5,15 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 4,99 ortalama ile “personelin takım çalışması teşvik edilir” maddesidir. Bu sayısal değer ortalama bir seviyededir.

Tablo 3.34. Sağlık Hizmeti Sunanların İnsan Kaliteyi Yaratır Performansına Dair Tutumları

İnsan Kaliteyi Yaratır	Ortalama	Std. Sapma
Her düzeydeki personel kendi işlerini başarılı bir şekilde yürütebilecek özel bilgi ve tecrübeye sahiptirler.	5,70	2,09799
İdareci, yönetici ve birim sorumlularına kalite eğitimi verilir.	6,46	2,41527
Kaliteyle alakalı eğitim sağlık personeli ve yönetici personelin tamamına verilir.	6,85	2,42428
Personel ve ekipler kalite geliştirmeye olan katkılarından dolayı ödüllendirilir.	4,19	2,43925
Personel kaliteli hizmet sunmak amacıyla iş birliği içindedir.	5,38	2,27883
Ortalama	5,72	1,74975

Sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin İş Mükemmeliyeti Ölçeği insan odaklı yönetim boyutunun alt boyutu olan insan kaliteyi yaratır dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.34 'de ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.34'de de görülebileceği gibi insan kaliteyi yaratır alt boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre insan kaliteyi yaratır alt boyutunun ortalama değeri 5,72' dir. Bu sayısal değer ortalama seviyenin üzerinde bir seviyede kalmaktadır.

İnsan kaliteyi yaratır alt boyutuna ait “kaliteyle alakalı eğitim sağlık personeli ve yönetici personelin tamamına verilir” maddesi 6,85 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. Bu sayısal değer iyi seviyeye yakın bir değeri ifade etmektedir. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 4,19 ortalama ile “personel ve ekipler kalite geliştirmeye olan katkılarından dolayı ödüllendirilir.” maddesidir. Bu sayısal değer ortalama seviyenin altında kalmaktadır.

Tablo 3.35. Sağlık Hizmeti Sunanların Sürekli Gelişim Performansına Dair Tutumları

Sürekli Gelişim	Ortalama	Std. Sapma
Hastane sürekli gelişim kültürüne sahiptir.	5,25	2,42278
Hastane gözlem yapar ve hasta talepleri ve beklentilerindeki değişikliklere göre yanıt verir.	5,85	2,38984
Hastane süreç ve hizmetlerin kalitesini artırmak amacıyla araç ve yöntemlere başvurur	5,69	2,01939
Ortalama	5,59	2,02579

Sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin İş Mükemmeliyeti Ölçeği sürekli gelişim boyutuna dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.35 'de ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.35'de de görülebileceği gibi sürekli gelişim boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre sürekli gelişim boyutunun ortalama değeri 5,59'dur. Bu sayısal değer ortalamanın biraz üzerinde bir seviyeyi ifade etmektedir.

Sürekli gelişim boyutuna ait "hastane gözlem yapar ve hasta talepleri ve beklentilerindeki değişikliklere göre yanıt verir" maddesi 5,85 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 5,25 ortalama ile "hastane sürekli gelişim kültürüne sahiptir" maddesidir, bu ortalama, orta seviyenin biraz üzerindedir.

Tablo 3.36. Sağlık Hizmeti Sunanların Sürekli Gelişim Çemberi (Alt Boyut) Performansına Dair Tutumları

Sürekli Gelişim Çemberi	Ortalama	Std. Sapma
Hastane gelişim için hedefler belirler.	6,22	1,90976
Gelişim alanları tanımlanır, gelişim planları uygulanır ve değerlendirilir.	5,97	1,98448
Hastanenin hasta, hasta yakınları ve hastane personelinin önerilerini topladığı aktif bir sistemi vardır.	5,23	2,41676
Hastane geçmiş performans seviyeleri ve mevcut kalite seviyelerini diğer hastanelerin performans seviyeleri ile karşılaştırır.	5,71	2,37048
Ortalama	5,81	1,86137

Sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin İş Mükemmeliyeti Ölçeği sürekli gelişim boyutunun alt boyutu olan sürekli gelişim çemberine dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.36'da ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.36'da da görülebileceği gibi sürekli gelişim çemberi alt boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre sürekli gelişim çemberi alt boyutunun ortalama değeri 5,81 'dir. Bu sayısal değer ortalama seviyenin üzerinde bir seviyede kalmaktadır.

Sürekli gelişim çemberi alt boyutuna ait "hastane gelişim için hedefler belirler" maddesi 6,22 değer ile en yüksek seviyede bir ortalamaya sahiptir. Bu sayısal değer ortalama seviyenin üzerinde bir değeri ifade etmektedir. En düşük seviyede

ortalamaya sahip madde ise 5,23 ortalama ile “hastanenin hasta, hasta yakınları ve hastane personelinin önerilerini topladığı aktif bir sistemi vardır” maddesidir. Bu sayısal değer ortalama seviyenin hemen üzerindedir.

Tablo 3. 37. Sağlık Hizmeti Sunanların Önleme (Alt Boyut) Performansına Dair Tutumları

Önleme	Ortalama	Std. Sapma
Hastane kalite standartlarına uyarak olası sorunları önlemeye çalışır.	5,91	2,07115
Hasta ve hasta yakınları, tüm sağlık personeli yeni hizmet alanları, prosedür ve yöntem planlamasında katkı sağlarlar.	5,36	2,20016
Herhangi bir problem ortaya çıktığında problemin özüne inilir, analiz edilir ve probleme çözüm getirilir.	5,08	2,30573
Ortalama	5,45	1,97391

Sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin İş Mükemmeliyeti Ölçeği sürekli gelişim boyutunun alt boyutu olan önlemeye dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.37’de ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.37’de de görülebileceği gibi önleme boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre önleme boyutunun ortalama değeri 5,45 ‘dir. Bu sayısal değer ortalama seviyenin üzerinde bir seviyede kalmaktadır.

Önleme alt boyutuna ait “hastane kalite standartlarına uyarak olası sorunları önlemeye çalışır” maddesi 5,91 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. Bu sayısal değer ortalama seviyenin üzerinde bir değeri ifade etmektedir. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 5,08 ortalama ile “herhangi bir problem ortaya çıktığında problemin özüne inilir, analiz edilir ve probleme çözüm getirilir” maddesidir. Bu sayısal değer ortalama seviyeyi ifade etmektedir.

Tablo 3.38. Sağlık Hizmeti Sunanların Örgütsel Mükemmellik Performansına Dair Tutumları

Örgütsel Mükemmellik	Ortalama	Std. Sapma
Hastane hedeflediği kalite standartlarına ulaşmaktadır.	5,60	2,16112
Hastane uluslararası düzeyde sağlık kalite standartlarına yanıt vermektedir.	5,35	2,40088
Hastane sağlık hizmetlerinde değişmekte olan taleplere yanıt vermektedir.	5,55	2,25848
Hastane insana yatırım yapmaktadır.	5,56	2,48573
Hastane, hasta ve diğer paydaşlar arasında iyi bir imaja sahiptir.	5,86	2,36914
Hastane toplumun refahına katkı sağlamaktadır.	6,37	2,15531
Ortalama	5,71	2,03648

Sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin İş Mükemmeliyeti Ölçeği örgütsel mükemmellik boyutuna dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.38’de ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.38’de de görülebileceği gibi örgütsel mükemmellik boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre örgütsel mükemmellik boyutunun ortalama değeri 5,71’dir. Bu sayısal değer ortalamanın biraz üzerinde bir seviyeyi ifade etmektedir.

Örgütsel mükemmellik boyutuna ait “hastane toplumun refahına katkı sağlamaktadır” maddesi 6,37 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. En düşük seviyede ortalama sahip madde ise 5,35 ortalama ile “hastane uluslararası düzeyde sağlık kalite standartlarına yanıt vermektedir” maddesidir, bu ortalama, orta seviyenin biraz üzerindedir.

3.11.6. Kurumsal Karne Ölçeği Boyutlarının Maddelerine Ait Bulguların Değerlendirilmesi

Bu bölümde sağlık örgütünde Sağlıkta Kalite Standartlarına dair uygulamaların hasta ve hasta yakınlarının bakış açıları ile örgütsel kalite performansına dair tutumları, Kurumsal Karne Ölçeği boyutlarının maddeleri bazında tespit edilen bulgular değerlendirilecektir.

Tablo 3.39. Hasta ve Hasta Yakınlarının Örgütsel Değerlere Dair Tutumları

Örgütsel Değerler	Ortalama	Std. Sapma	P
Hastane hastanın inanç ve değerlerine saygı gösterir.	7,65	2,39956	
Hastane hastaya ait gizli kalması gereken sağlık bilgilerini muhafaza eder.	8,10	2,05414	
Hastane hasta hakları ve sorumlulukları hakkında hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirir.	6,95	2,74430	
Ortalama	7,57	1,84246	0,792

Sağlık örgütünde yatarak tedavi hizmetleri almış hasta ve hasta yakınlarının Kurumsal Karne Ölçeği örgütsel değerler boyutuna dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.39'da ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.39'da da görülebileceği gibi örgütsel değerler boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre örgütsel değerler boyutunun ortalama değeri 7,57'dir. Bu sayısal değer iyi bir seviyeyi ifade etmektedir.

Örgütsel değerler boyutuna ait “hastane hastaya ait gizli kalması gereken sağlık bilgilerini muhafaza eder” maddesi 8,10 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. Bu sayısal değer oldukça iyi bir seviye olarak kabul edilebilir. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 6,95 ortalama ile “hastane hasta hakları ve sorumlulukları hakkında hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirir” maddesidir, bu ortalama, orta seviyenin üzerindedir.

Tablo 3.40. Hasta ve Hasta Yakınlarının Süreç Mükemmelliğine Dair Tutumları

Süreç Mükemmelliği	Ortalama	Std. Sapma	p
Hemşire tedavi uygulamadan önce hastaya ismiyle hitap eder veya hastanın adının yazılı olduğu bileziği kontrol eder.	7,12	2,78489	
Hastanede hastanın hastalığına uygun düzenli bir şekilde gıda sunulmaktadır.	7,93	2,44077	
Uygulanan tedavi hastaya açıklanmaktadır.	7,22	2,72866	
Ortalama	7,42	2,10873	0,717

Sağlık örgütünde yatarak tedavi hizmetleri almış hasta ve hasta yakınlarının Kurumsal Karne Ölçeği süreç mükemmelliği boyutuna dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.40’da ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.40’da da görülebileceği gibi örgütsel değerler boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre süreç mükemmelliği boyutunun ortalama değeri 7,42’dir. Bu sayısal değer iyi bir seviyeyi ifade etmektedir.

Süreç mükemmelliği boyutuna ait “hastanede hastanın hastalığına uygun düzenli bir şekilde gıda sunulmaktadır” maddesi 7,93 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. Bu sayısal değer iyi bir seviye olarak kabul edilebilir. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 7,12 ortalama ile “hemşire tedavi uygulamadan önce hastaya ismiyle hitap eder veya hastanın adının yazılı olduğu bileziği kontrol eder” maddesidir, bu ortalama, iyi bir seviye olarak kabul edilmektedir. Bu madde süreç mükemmelliği içerisinde yer alan bir madde olmakla birlikte, hasta güvenliğini de ilgilendiren önemli maddeler arasında yer almaktadır.

Tablo 3.41. Hasta ve Hasta Yakınlarının Örgütsel Öğrenmeye Dair Tutumları

Örgütsel Öğrenme	Ortalama	Std. Sapma	P
Doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personeli hastalara iyi bir sağlık hizmeti sunmak amacıyla işbirliği içinde çalışırlar	7,21	2,49291	
Hastane personeli şikâyet, öneri ve memnuniyetini iletebileceği yollar hakkında hastayı bilgilendirir.	5,63	2,93860	
Ortalama	6,42	2,40421	0,722

Sağlık örgütünde yatarak tedavi hizmetleri almış hasta ve hasta yakınlarının Kurumsal Karne Ölçeği örgütsel öğrenme boyutuna dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.41’de ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.41’de de görülebileceği gibi örgütsel öğrenme boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre örgütsel öğrenme boyutunun ortalama değeri 6,42’dir. Bu sayısal değer ortalama seviyenin üzerindeki bir seviyeyi ifade etmektedir.

Örgütsel öğrenme boyutuna ait “doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık personeli hastalara iyi bir sağlık hizmeti sunmak amacıyla iş birliği içinde çalışırlar” maddesi 7,21

değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. Bu sayısal değer oldukça iyi bir seviye olarak kabul edilebilir. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 5,63 ortalama ile “hastane personeli şikâyet, öneri ve memnuniyetini iletebileceği yollar hakkında hastayı bilgilendirir” maddesidir, bu ortalama, orta seviyenin biraz üzerindedir.

Tablo 3.42. Hasta ve Hasta Yakınlarının Hasta Memnuniyetine Dair Tutumları

Hasta Memnuniyeti	Ortalama	Std. Sapma	P
Doktorlar hastanın anlayabileceği şekilde hastalık durumuyla ilgili hastaya bilgi verir.	7,30	2,58959	
Doktorlar hastaya yeterli zaman ayırır.	6,34	2,68636	
Hastane, hastaya gıda tercihinde farklı seçenekler sunar.	5,15	2,96959	
Ortalama	6,26	2,21946	0,736

Sağlık örgütünde yatarak tedavi hizmetleri almış hasta ve hasta yakınlarının Kurumsal Karne Ölçeği hasta memnuniyeti boyutuna dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.42’de ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.42’de de görülebileceği gibi hasta memnuniyeti boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre hasta memnuniyeti boyutunun ortalama değeri 6,26’dır. Bu sayısal değer ortalama seviyenin üzerindeki bir seviyeyi ifade etmektedir.

Hasta memnuniyeti boyutuna ait “doktorlar hastanın anlayabileceği şekilde hastalık durumuyla ilgili hastaya bilgi verir” maddesi 7,30 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. Bu sayısal değer oldukça iyi bir seviye olarak kabul edilebilir. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 5,15 ortalama ile “hastane hastaya gıda tercihinde farklı seçenekler sunar” maddesidir, bu ortalama, orta seviyenin biraz üzerindedir.

Tablo 3.43. Hasta ve Hasta Yakınlarının Kurumsal Karne Mükemmeliyetine Dair Tutumları

Kurumsal Karne Mükemmeliyeti	Ortalama	Std. Sapma	P
Hastane hastasına önem verir.	6,98	2,59820	
Hastane hastasına güvenli ve konforlu bir hizmet sunar.	6,83	2,68549	
Hastane hastasına kaliteli bir ekiple, kaliteli hizmet sunar.	6,82	2,53315	
Hastane hastanın haklarını korur.	7,01	2,70289	
Ortalama	6,91	2,29425	0,896

Sağlık örgütünde yatarak tedavi hizmetleri almış hasta ve hasta yakınlarının Kurumsal Karne Ölçeği kurumsal karne mükemmeliyeti boyutuna dair tutumlarını yansıtan sayısal veriler Tablo 3.43’de ayrıntılı olarak verilmiştir. Tablo 3.43’de de görülebileceği gibi kurumsal karne mükemmeliyeti boyutuna katılımcıların vermiş oldukları yanıtlara göre kurumsal karne mükemmeliyeti boyutunun ortalama değeri 6,91’dir. Bu sayısal değer iyi seviyeye yakın bir değeri ifade etmektedir.

Kurumsal Karne Mükemmeliyeti boyutuna ait “hastane hastanın haklarını korur” maddesi 7,01 değer ile en yüksek seviyede bir ortalama almıştır. Bu sayısal değer iyi bir seviye olarak kabul edilebilir. En düşük seviyede ortalamaya sahip madde ise 6,82 ile iyi seviyeye yakın “hastane hastasına kaliteli bir ekiple, kaliteli hizmet sunar” maddesidir.

Örgütsel performans örgütün kritik başarı faktörlerinin ölçülmesi neticesinde elde etmiş olduğu kalite puanlarının aritmetik ortalaması olarak nitelendirilebilmektedir. Örgütsel performans, İş Mükemmeliyeti Ölçeği ortalaması ile Kurumsal Karne Ölçeği ortalamasının toplamının ikiye bölümünden sonra ortaya çıkan sonucu göstermektedir. Her iki ölçeğin ortalamaları eşit ağırlığa sahiptirler. Araştırma sonuçlarının değerlendirme ölçütlerine göre, ortalamanın 10 üzerinden 6 üzeri iyi, 8 ve üzeri ortalamalar mükemmel olarak değerlendirilmektedir. Genel olarak örgütsel performansın yüksek çıkması istenen bir durum olmakla birlikte kendi başına yeterli bir sonuç olmayıp, her bir kritik başarı faktör (boyut) ortalamasının da yüksek olması arzulan bir durumdur. Kanji’nin her iki modeline ait ölçüm araçları, herhangi bir

örgütün performans ölçümünde etkili bir ölçüm aracı olarak değerlendirilebilmektedir (Poot, 2017:33-34).

Ortalama değerler, sadece örgütün genel anlamda anahtar konumdaki alanlarla ilgili tahminlerini (değerlerini) ortaya koymaktadır. Ortalama değerler, bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişkenlere etkilerini tam anlamıyla yansıtamazlar. Bu sebeple Kritik Başarı Faktörleri ve İş Mükemmeliyeti indekslerini belirlemek amacıyla matematiksel bir fonksiyon formülüne edilmiştir (Kanji, 2002). Bu formülüzasyon aşağıda gösterilmektedir:

$$\text{Örgütsel Performans İndeksi (ÖPİ)} = (\text{İMİ: A}) + (\text{İMİ: B}) / 2 \times 100$$

Not: İş Mükemmellik İndeksi (İMİ): A: Sağlık personeli bakış açısından ölçülen, iş mükemmellik indeksi puanıdır. (İMİ): B: Hasta ve hasta yakınları bakış açılarından ölçülen iş mükemmellik indeksi

Araştırma sonucunda sağlık örgütünün örgütsel performans indeksi istatistiki analizler sonucunda %62,9 'dur. Çıkan sonuç ortalamanın üzerindedir. Tambi'nin (2000) Amerika, İngiltere ve Malezya ülkelerini kapsayan yükseköğrenim sektöründe kalite standartlarının uygulanması üzerine yapmış olduğu çalışma sonuçları itibariyle örgütsel performans indeksleri sırasıyla %60, %63 ve %64 olmuştur. Hassan'ın (2006) çalışmasında sağlık örgütünün örgütsel performans indeksini yansıtan değer %49'dur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın, sağlık örgütlerinde uygulanmakta olan Sağlıkta Kalite Standartlarının (SKS), Kanji'nin Kurumsal Karne Modeli ve İş Mükemmeliyeti Modeline ait ölçekler aracılığıyla, sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi amaçlanmıştır. İş Mükemmeliyet Ölçeği sağlık hizmeti sunan katılımcılara uygulanmıştır. Kurumsal Karne Ölçeği hastanede tedavi görmüş ve taburcu olmuş hasta ve/veya hasta yakınlarına uygulanmıştır.

Katılımcılardan toplanan verilerin her iki ölçeğe ait modeller ile uyumlu olup olmadığını test edebilmek amacıyla ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik testleri yapılmış ve bulgular değerlendirilmiştir. Ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliklerinin kabul edilebilir sınırların üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Her iki ölçeğe doğrulayıcı faktör analizleri uygulanmış ve katılımcıların tutumlarını yansıtan verilerin modeller ile uyum içerisinde olup olmadıkları gözlenmiştir. İş Mükemmeliyeti Ölçeğinde müşteri memnuniyetine ait maddelerden bir tanesi faktör yükünün yetersizliği sebebiyle ölçekten çıkartılmıştır.

Modellerin iyilik uyum değerlerine bakılmış, her iki modele ait ölçeklerin model uyumları kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğundan, modeller üzerinde modifikasyona ihtiyaç duyulmamıştır.

Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Modeli ve Kurumsal Karnesi bu araştırmanın dışında da yerli ve yabancı farklı çalışmalarda da kullanılmış ve her iki modele ait ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlikleri, bu çalışmalarda test edilme şansı bulmuştur. Yükseköğretimde toplam kalite yönetimi ve kritik başarı faktörlerinin modellenmesine dair çalışmada Tambi (2000) Kanji'nin İş Mükemmeliyeti Modelini kullanmıştır. Araştırma aynı anda Amerika, İngiltere ve Malezya'yı kapsayan çok kapsamlı bir çalışma niteliği taşımaktadır. Modele ait uyum değerleri üç ülkenin ortalama Ki-kare değeri $\chi^2=0,2731$ bulunmuştur. Sırasıyla Amerika, İngiltere ve Malezya'yı kapsayan model uyum değerleri NFI 0,989, 0,992 ve 0,984 olmak üzere tamamı uyum değeri alt sınırı olan 0,9'dan büyüktür. CFI ise sırasıyla aynı ülkeler için 0,993, 0,989 ve 0,999 olmuştur. Sağlıkta Kalite Standartlarının örgütsel performansa etkilerinin sosyo-demografik göstergeler yönünden değerlendirilmesine dair araştırmanın geçerlilik ve

güvenirlilik bulguları ile Tambi'nin çalışmasının geçerlilik ve güvenirlilik bulguları birbirlerine yakın sonuçlar vermiştir. Ayrıca her iki çalışmanın model uyumları kabul edilebilir sınırlar içerisinde kalmaktadır.

Naghavi ve diğerlerinin (2012) yapmış oldukları çalışma; İran'da bir elektrik dağıtım şirketinin performans değerlendirilmesi, Kanji'nin İş Mükemmeliyet Ölçüm sitemlerine dayandırılmasıyla ilgilidir. Çalışma hem iç müşteri hem de dış müşterilerin tutum değerleri üzerinden değerlendirilmiştir. Araştırmaya dair geçerlilik ve güvenirlilik katsayılarının istatistiksel olarak uygun sınırlar içerisinde kaldığı çalışmada vurgulanmıştır.

Hassan (2006) sağlık hizmetlerinde performans ölçümü ve akreditasyonun kalite performansına etkilerine dair çalışmada, Kanji'nin İş Mükemmellik Modeli ve Kurumsal Karne modellerini ve bu modellere ait ölçekleri kullanmıştır. Elde etmiş olduğu bulgularda her iki ölçeğin geçerlilik ve güvenirliliklerin iyi derece olduğunu, ayrıca katılımcılardan elde edilen verilerle modellerin uyum içerisinde bulunduğunu ifade etmiştir.

Poot'un (2017) örgütlerde en uygun performans ölçüm modelini tespit etmeye yönelik yapmış olduğu çalışmada, yedi adet iş mükemmeliyet modelini test etmiştir. Bu modeller arasında Kaplan'ın Kurumsal Karne, Avrupa Mükemmellik Modeli, Malcolm Baldrige Çerçevesi, Performans Prizması, TKY / PM Entegrasyon Modeli, Oakland TKY Modelleri ve Kanji'nin İş Mükemmellik Modeli de yer almaktadır. Bu yedi modelin karşılaştırılması liderlik, örgütsel değerler, strateji, sonuçlar, süreçler ve performans sistemleri, yenilik ve iyileştirmeler, sosyal çevre, düzenlemeler, müşteriler, diğer paydaşlar, çalışan becerileri ve memnuniyeti gibi faktörler açısından değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler neticesinde, bir modelin diğer bir model üzerinde daha üstün olabileceği gibi bir sonuca varılamamıştır. Sonuç itibarıyla model seçiminde örgütlerin hedef ve stratejik yönetim anlayışları belirleyici rol oynayabiliği sonucuna varılmıştır.

Halis ve Şimşir (2017) kamu hastanelerinde performans uygulamalarına dair yönetici ve çalışan personelin tutumlarını araştırmaya yönelik çalışmalarında Kanji'nin

İş Mükemmeliyeti Modelindeki kriterlerden yararlanmışlardır. Çıkan sonuçlar İş Mükemmeliyeti Modelindeki göstergeler üzerinden değerlendirilmiştir.

Toplam Kalite Yönetimi genel anlamda iç ve dış müşterilerin memnuniyetini geliştirmek amacına yönelik faaliyetlerin tümünü kapsamaktadır (Kazan vd., 2017). Toplam Kalite Yönetiminin örgütsel performansa etkilerine dair yabancı kaynaklı oldukça fazla çalışma bulunmaktadır (Jaafaripooyan, 2014; Loeb, 2004; Mohammed vd., 2014; Morris, 2014; Mumford vd., 2013; Deiru vd., 2015; Schmaltz vd., 2011; Shih ve Schoenbaum, 2007; Smits vd., 2014).

Das ve diğerleri (2018: 240-241) ABD’de yapmış oldukları çalışmayla sağlıkta akreditasyon ve kalite geliştirme programlarının hastanenin kalite ve hasta güvenlikleri sonuçlarına etkilerini araştırmışlardır. Çalışmada ölüm oranları, hasta tekrar kabul oranları ve hasta memnuniyet oranları standart alınmıştır. Her ne kadar çalışmanın sonuçları, sağlıkta kalite geliştirme programlarının lehine olmamakla birlikte bu sonuçların herhangi bir Asya ülkesinde aynı sonuçları veremeyeceği vurgulanmıştır. Lam ve diğerlerinin (2018) Amerikan hastanelerine dair benzer çalışmada yakın sonuçlar elde edilmiştir. En yoğun olarak kullanılan JCI akreditasyon programının diğer daha az tanınan kalite programlarından daha iyi hasta sonuçları çıkardığına dair elde net delillerin bulunmadığı vurgulanmıştır. Das ve diğerlerinin çalışma sonuçlarının, Amerika ve gelişmiş ülkeleri bağladığı ifade edilmektedir. Bununla birlikte çalışmada kalite geliştirme programlarının hem hasta hem de sağlık hizmeti sunucularına bir kalite çerçevesi çizmesi açısından önemli olduğu söylenmektedir.

Toplam Kalite Yönetiminin Türkiye’de sağlık sektöründe şekillenmiş hali olan Sağlıkta Kalite Standartlarının kalite performansı veya diğer bir ifade ile örgütsel performansa pozitif yönlü etkilerine dair çalışmalar bulunmaktadır. Aynı zamanda sağlık örgütlerinde performans ölçümünde hasta ve hasta yakınları ile sağlık hizmeti sunanların sağlık örgütlerindeki kalite uygulamalarına dair tutumlarını yansıtan çalışmalara da rastlanmaktadır (Ertaş ve Çelik, 2018; Güden, E , Öksüzkaya ve Çetinkara, 2010; Altındış ve Ünal, 2017; Yıldız, 2018; Kömürcü v., 2014; Kazan, Değermen, Yurtman, 2017; Bayer ve Oğuz; 2016; Kurt ve Yiğit, 2017; Tengilimoğlu ve Yiğit, 2005; Öztürk, Yılmaz, Demir, 2010; Karahan, 2008; Dinç vd., 2012, Aygar ve Önsüz, 2017; Yaşar, 2017; Kılınç, 2018; Saluvan ve Kaya, 2013).

Sağlıkta Kalite Standartları uygulamalarına dair sağlık hizmeti sunanlar ile hasta ve hasta yakınlarının tutumlarını gösteren sonuçlar dâhilinde; Örgütsel Değerler, Süreç Mükemmeliyeti, Kurumsal Karne Mükemmeliyeti, Müşteri Memnuniyeti, Liderlik, Hasta Memnuniyeti diğer boyutlara göre örgütün güçlü olduğu alanları yansıtmaktadır. Bunun yanında İnsan Odaklı Yönetim, Rasyonel Yönetim, Sürekli Gelişim, Müşteri Odaklılık, İnsan Performansı, Gelişim Kültürü ve İş Mükemmeliyeti boyutları diğer boyutlara göre, örgütün geliştirilmeye açık olan alanlarıdır.

İş Mükemmeliyeti Ölçeğinin boyutlarına dair hasta ve hasta yakınlarının tutum ortalamaları; Liderlik 6,5, Müşteri Memnuniyeti 6,6; Rasyonel Yönetim 5,5; İnsan Odaklı Yönetim 4,7; Sürekli Gelişim 5,5; Müşteri Odaklılık 5,5; Süreç Gelişimi 5,7, İnsan Performansı 5,4; Gelişim Kültürü 5,6 ve İş Mükemmeliyeti 5,6'dır. Bununla birlikte Hassan'ın (2006) çalışmasında İş Mükemmeliyeti Ölçeğine dair bulgular; Liderlik 6,5; Hasta Memnuniyeti 5,7; Rasyonel Yönetim 6,1; İnsan Odaklı Yönetim 5,7; Sürekli Gelişim 6,4; Süreç Gelişimi 6,8 ve Örgütsel Mükemmeliyet 6,4 olmuştur. Her iki araştırmanın İş Mükemmeliyet Ölçeğinin boyutlarına dair bulgular birbirlerinden çok uzak değerler değildir. Soysal ve Koçoğlu'nun (2018) özel bir hastanede hasta ve sağlık hizmeti sunanların müşteri odaklılık anlayışları değerlendirmeye tabi tutulmuş, sağlık hizmeti sunanların müşteri odaklılığa dair tutum ortalaması daha yüksek çıkmıştır.

Kurumsal Karne Ölçeğinin hasta ve hasta yakınlarının boyutlara dair tutum ortalamaları iyi seviyedir. Örgütsel Değerler tutum ortalaması 7,51; Süreç Mükemmeliyeti 7,42; Örgütsel Öğrenme 6,42; Hasta Memnuniyeti 6,26 ve Kurumsal Karne Mükemmeliyeti 6,91'dir. Bununla birlikte Hassan'ın (2006) çalışmasındaki Örgütsel Değerler 7,6; Süreç Mükemmeliyeti 7,5; Örgütsel Öğrenme 7,7; Hasta Memnuniyeti 6,3 ve Kurumsal Karne Mükemmeliyeti 7,7 dir. Her iki araştırmanın Kurumsal Karne Ölçeğinin boyutlarına dair katılımcıların tutum ortalamaları birbirine oldukça yakın bir seviyededir. Halis ve Şimşir'in (2017) kamu hastanelerinde kurumsal performans uygulamalarına dair yapmış oldukları çalışmada, yönetici olmayan sağlık hizmeti sunan personelin tutum ortalamaları 5'li Likert ölçülendirmesine göre yapılmıştır. Çıkan sonuçlara göre Örgütsel Değerler 3,80; Örgütsel Öğrenme 3,78; Süreç Mükemmeliyeti 3,20; Hasta Tatmini 3,84 ve Kurumsal Karne Mükemmeliyeti

4,08 dir. Çıkan bu sonuçlar her iki çalışmanın ortalamalarına oldukça yakın değerler olarak gözlemlenmiştir.

İş Mükemmeliyeti Ölçeğinde katılımcılar meslek gruplarına göre dört gruba ayrılmıştır. Bunlar hemşire, doktor, idareci ve teknik personel meslek gruplarıdır. Sağlık örgütünde uygulanmakta olan Sağlıkta Kalite Standartlarının meslek gruplarına göre İş Mükemmeliyeti Ölçeğinin boyutlarına dair tutum ortalamalarında fark yaratıp yaratmadığı analiz edilmiştir. İş Mükemmellik Ölçeğinin liderlik boyutuna dair meslek gruplarının ortalamaları anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Hemşire ve doktor meslek gruplarının tutum ortalamaları teknik personelin liderlik tutum ortalamasına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Bu farkın kaynağını hemşire ve doktor meslek grubunun liderlik tutum ortalamalarının teknik personelin tutum ortalama düzeylerinden daha fazla olmasıdır. Ayrıca idareci meslek grubunun liderlik tutum ortalamaları diğer meslek gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. İdareci meslek grubunun liderliğe dair tutum ortalamaları diğer meslek gruplarından anlamlı bir şekilde daha fazladır.

Müşteri memnuniyeti boyutu tutum ortalamaları meslek gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır. Müşteri memnuniyeti boyutuna dair tutum ortalamaları bütün meslek gruplarında birbirine yakın ortalamalardır.

İdareci meslek grubunun rasyonel yönetim boyutuna dair tutum ortalamaları diğer meslek gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Bu farkın kaynağı, diğer meslek gruplarına göre tutum ortalamasındaki anlamlı bir azalmadır. Bununla birlikte hemşire ve doktor grubunun rasyonel yönetim boyutuna dair tutum ortalamaları teknik personel meslek grubuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Farkın kaynağı teknik personel meslek grubunun tutum ortalamasının diğer iki gruba göre daha düşük bir seviyede olmasıdır.

Hemşire meslek grubunun insan odaklı yönetim boyutuna dair tutum ortalaması diğer meslek gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Hemşire meslek grubunun insan odaklı yönetime dair tutum ortalaması diğer gruplardan anlamlı bir seviyede azalmaktadır. Doktor meslek grubunun tutum ortalaması ise teknik personel tutum ortalamasına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Farkın kaynağı doktor

meslek grubunun tutum ortalamasının anlamlı bir şekilde teknik personel tutum ortalamasından daha az bir seviyede olmasıdır. İdareci meslek grubu insan odaklı yönetim boyutuna dair tutum ortalaması diğer meslek gruplarının tutum ortalamalarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. İdareci meslek grubu diğer meslek gruplarının tutum ortalamalarından daha yüksek bir seviyeye sahiptir.

Hemşire ve idareci meslek grupların sürekli gelişim boyutuna dair tutum ortalamaları diğer meslek gruplarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Bu farkın kaynağı diğer iki grubun tutum ortalamaları seviyelerinin anlamlı bir şekilde fazla olmasıdır.

Hemşire meslek grubunun müşteri odaklılık boyutuna dair tutum ortalaması diğer meslek gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır. Diğer ortalamalara yakın bir ortalama seviyesinde bulunmaktadır. Doktor meslek grubunun müşteri odaklılık boyutuna dair tutum ortalamaları teknik personele göre farklılaşmaktadır. Farkın kaynağı teknik personel meslek grubunun müşteri odaklılık boyut ortalamasının doktor grubu ortalaması seviyesinden anlamlı bir şekilde düşük olmasıdır. Bununla birlikte idareci meslek grubunun müşteri odaklılığa dair tutum ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır. İdareci meslek grubunun tutum ortalamaları diğer ortalamalara yakın bir ortalama seviyesindedir.

Hemşire ve doktor meslek gruplarının süreç gelişimi boyutuna dair tutum ortalamaları teknik personel meslek grubuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Bu farklılaşmanın kaynağı; teknik personel meslek grubu ortalamasından daha yüksek bir seviyede olmasıdır. Bununla birlikte idareci meslek grubunun süreç mükemmeliyetine dair tutum ortalaması diğer meslek gruplarının ortalamalarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Teknik personelin süreç mükemmeliyetine dair ortalaması diğer mesleklerin ortalama seviyelerinden anlamlı bir şekilde yüksektir.

İdareci meslek grubunun insan odaklı yönetim boyutuna dair tutum ortalaması diğer meslek gruplarının tutum ortalamalarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Bunun kaynağını idareci meslek grubunun diğer grup ortalamalarından daha yüksek bir seviye oluşturmasıdır.

Hemşire grubunun insan performansı boyutuna dair tutum ortalamaları diğer meslek gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Bununla birlikte doktor meslek grubunun insan performansı boyutuna dair tutum ortalaması teknik personele göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Bu farkın kaynağı, doktor meslek grubunun tutum ortalamasının teknik personel tutum ortalaması seviyesinden daha yüksek olmasıdır.

Hemşire ve doktor meslek gruplarının gelişim kültürü boyutu tutum ortalamaları teknik personel meslek gruplarından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. Teknik personel meslek grubunun gelişim kültürüne dair tutum ortalamaları diğer meslek grupları ortalamalarından daha az bir seviyededir.

İş Mükemmeliyet Ölçeğinin iş mükemmeliyeti boyutuna dair tutum ortalamaları meslek gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır. Bütün meslek gruplarının iş mükemmeliyeti tutum ortalamaları birbirlerine oldukça yakın ve ortalamanın biraz üzerinde bir seviyededir.

Teknik personel meslek grubunun genel anlamda iş mükemmeliyeti göstergeleri veya diğer bir tabirle örgütsel performans kalite göstergelerine dair tutumlarını yansıtan sonuçların diğer meslek gruplarının ortalamalarına göre daha az bir seviyede kalmasını, sağlık örgütündeki iş yüküne bağlamak en gerçekçi bir sebep olarak görülmektedir. Bu farklılıkların bilimsel anlamda tespit edilmesi, bu alanda yapılacak ayrıntılı bir çalışma ile mümkün olabilecektir. Listyowardojo ve diğerlerinin (2012) yapmış olduğu bir çalışmada da sağlık örgütünün performansına dair personel tutumlarında farklılıkların ortaya çıktığı gözlemlenmiştir. Meslek grupları arasındaki kalite standartları boyutları farklılaşmaların nedenlerine dair derinlemesine araştırma yapılmasının, sağlıkta kalite geliştirme çalışmalarının başarısı yönünde önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

Sağlıkta Kalite Standartlarının örgütün kalite standardına etkilerinin, iç müşteri yani sağlık hizmeti sunanların perspektifinden yansıtmış olduğu tutum ortalaması % 56,9'dur. Bu oran ortalamanın biraz üzerinde seviyededir. Hassan'ın (2006) yapmış olduğu çalışmada bu oran %62,8 olmuştur. Sağlık örgütünde sağlık hizmeti sunanlara psikolojik anlamda güçlendirilmiş bir çevre sunulduğunda yüksek düzeyde hasta memnuniyetine sebep olduğunu araştırmalar ortaya koymuştur. Bu sebeple sağlık

hizmeti sunanların çalışmış olduğu psikolojik ortamın sağlık hizmeti sunanların beklentilerini karşılıyor olması son derece önemlidir (Leggat vd., 2017). Sağlıkta Kalite Standartları uygulama başarısında birinci derecede sorumlu olan üst yönetimin sağlık hizmetlerinin sunumunda rol oynayan personelin ihtiyaç ve beklentilerini belirleyerek bu alanlarda daha fazla çaba harcanmasını gerektirmektedir.

Hasta ve hasta yakınlarının Kurumsal Karne Ölçeği boyutlarına vermiş oldukları yanıtlar neticesinde yaş, eğitim, gelir ve cinsiyet durumlarına göre tutum ortalamalarında farklılıklar olup olmadığı test edilmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının Kurumsal Karne Ölçeğinin örgütsel değerler, süreç mükemmeliyeti, örgütsel öğrenme, hasta memnuniyeti ve kurumsal karne mükemmeliyeti boyutlarına dair tutumlarında, katılımcıların yaş ortalamalarının arttığı durumlarda tutum ortalama seviyelerinde de belirgin bir düzeyde artış olduğu tespit edilmiştir. Yani hasta ve hasta yakınlarının yaş ortalamaları arttıkça katılımcıların sağlıkta kalite standartları uygulamalarına karşı memnuniyetlerinde de bir artış meydana gelmektedir. Köroğlu ve diğerlerinin (2019) bir kamu hastanesinde, yatan hastalar ile yapmış oldukları bir çalışmada, hasta yaş ortalamasının arttığı durumlarda, sağlık örgütünde uygulanan kalite standartlarından memnuniyetin de o oranda arttığı tespit edilmiştir.

Hasta ve hasta yakınlarının Kurumsal Karne Ölçeğinin boyutlarına dair tutumlarının katılımcıların eğitim seviyelerine göre anlamlı bir fark yaratıp yaratmadığına dair analiz sonucunda; katılımcıların eğitim düzeylerine göre tutum farklılıklarının olduğu tespit edilmiştir. Sonuç itibarıyla katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça Kurumsal Karne Ölçeğinin boyutlarına dair tutum ortalamalarında azalma meydana gelmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının eğitim düzeyi arttıkça, sağlık bakım hizmetlerindeki kalite standartlarında beklentinin daha fazla yükselmesine sebep oluşturabileceği tahmin edilmektedir. Araştırma sonucuna göre katılımcı eğitim düzeyleri ile müşteri memnuniyeti arasında ters bir orantı ortaya çıkmaktadır. Köroğlu ve diğerlerinin (2019) hasta memnuniyetine dair yapmış olduğu çalışmada ise eğitim faktörünün hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı bir ilişki oluşturmadığı vurgulanmaktadır.

Hasta ve hasta yakınlarının Kurumsal Karne Ölçeğinin boyutlarına dair tutumlarının katılımcıların gelir seviyelerine göre anlamlı bir fark yaratıp yaratmadığına

dair analiz sonucunda; katılımcıların gelir düzeylerine göre tutum farklılıklarının olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların gelir seviyeleri yükseldikçe Kurumsal Karne Ölçeğinin boyutlarına dair tutum ortalamalarında azalma meydana gelmektedir. Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların gelir seviyeleri müşteri memnuniyetinde belirleyici rol oynayabilmektedir. Daha düşük gelir seviyesine sahip katılımcılar sağlıkta kalite standartları uygulamalarına olan memnuniyetlerini yansıtan tutumlarında daha fazla bir seviyede artış gözlenebilmektedir. Kısaca gelir seviyesi ile sağlıkta kalite standartları performansına dair tutumları arasında ters orantılı bir ilişki gözlemlenmektedir.

Hasta ve hasta yakınlarının Kurumsal Karne Ölçeğinin boyutlarına dair tutumlarının katılımcıların cinsiyet faktörüne göre anlamlı bir fark yaratıp yaratmadığına dair analiz sonucunda; katılımcıların cinsiyet faktörüne göre anlamlı bir şekilde tutum farklılıklarının oluşmadığı tespit edilmiştir. Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların örneklem içerisindeki sayısal oranları ve ölçek boyutlarına dair tutum ortalamaları da birbirlerine oldukça yakındır. Köroğlu ve diğerleri de (2019) hasta memnuniyetine dair yapmış oldukları çalışmada cinsiyetin hasta memnuniyetinde anlamlı bir ilişki oluşturmadığını ortaya koymuşlardır.

Sağlıkta Kalite Standartlarının örgütsel performansa etkilerine dair ölçeklerde yer alan boyutlara dayanılarak değerlendirildiğinde araştırmadan bazı sonuçlara ulaşılmaktadır. Sağlık hizmeti sunanların liderlik boyutuna dair tutumlarını yansıtan bulgularda, sağlık örgütünün sağlıkta kalite standartlarına dair hedeflerinin açıkça yer aldığı vurgusu iyi bir seviyede yer almaktadır. Bunun yanında sağlık hizmeti sunan katılımcılar, sağlıkta kalite standartlarının geliştirilmesi yönünde, sağlık örgütü üst yönetiminin daha fazla örnek davranış sergilemesi yönünde beklenti içerisindeyler. Şüphesiz Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarında liderlik ve üst yönetimin aktif bir şekilde inisiyatifi ele almaları, kalite geliştirme başarısı yönünde olmazsa olmaz faktörler içerisinde birincil bir rol oynadığı unutulmamalıdır.

Sağlıkta Kalite Standartlarının İş Mükemmeliyeti veya kalite standartlarına etkisine dair liderlik boyutu tutum ortalaması 6,63 seviyededir. Bu ortalama her ne kadar ortalamanın üzerinde olsa bile liderlikteki bir birimlik gelişme müşteri memnuniyeti, rasyonel yönetim, insan odaklı yönetim ve sürekli gelişimde önemli

seviyelerde gelişmelere neden olacaktır. Halis ve Şimşir'in (2017) on iki hastane ve bir ağız diş sağlığı örneklemini kapsayan çalışmalarında sağlık örgütlerinde yönetici olarak görev yapan katılımcıların liderliğe dair tutum ortalaması 3,02, yönetici olmayan katılımcıların tutum ortalamaları ise 2,43 olmuştur. Değerlendirmeler 5'li Likert ölçümleme şeklinde yapılmıştır. Her iki çalışmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda katılımcıların liderliğe dair tutum ortalamaları birbirlerine oldukça yakındır. Çapacıoğlu ve diğerlerinin (2018) çalışmalarında, Deming Modeli kullanılarak katılımcıların kamu kurumlarındaki liderlik anlayışına dair tutumlarını yansıtan ortalama 3,78 olmuştur. Ölçümler 5'li Likert ölçümleme şeklinde yapılmıştır.

Liderliğin hastanede kalite standartlarının uygulanmasında ve yönlendirilmesinde itici güç olması nedeniyle personelin, hastanedeki liderlik performansına dair algıları son derecede önemlidir. Danışman ve diğerlerinin 2015 yılında yapmış oldukları bir çalışmada meta analizi yöntemi kullanarak farklı sektörlerde liderliğin örgütsel performansa etkisinin olduğunu ortaya koymuşlardır. Russ vd., (1996); Jung ve Avdio, (2000); Harrison, (2000); Sosik, (1997); Ullah vd., (2011) çalışmaları ile liderliğin örgütsel performans üzerinde önemli bir etkisinin olduğunu savunmuşlardır (akt. Danışman vd., 2015). Araştırmaların ortaya koyduğu kanıt niteliğindeki bulgular değerlendirildiğinde liderler, örgüt içerisinde kaliteli bir vizyon oluşturmak, değişim direncini ortadan kaldırmak veya en aza indirmek, kalite kültürünü geliştirmek, müşterilerin taleplerini karşılamak ve sürekli gelişimi sağlamak amacıyla bir çaba içerisinde olmalıdırlar (Kanji, 2002).

Sağlık hizmeti sunan personel, hizmet verdikleri sağlık örgütünün müşteri odaklı (hasta odaklı) olduğunun farkında olmaları ile birlikte sağlık örgütünün hasta ihtiyaçlarına en kısıda sürede yanıt verebileceği bir sistem kurabileceği konusunda güçlendirilmesi gereken alanlardan birisi olarak görmektedirler. Bununla birlikte sağlık örgütünün hasta memnuniyetine dair belirli bir vizyon ve stratejik planının ve çabasının olduğuna dair tutumları iyi seviyededir. Sağlık hizmeti sunanlar hizmet sunumunun geliştirilmesi konusunda sürekli eğitim alındığına dair tutumları iyi seviyededir.

Sağlık örgütünün sağlıkta kalite standartları uygulamalarının güçlendirilmesi gereken alanlarından birisi de iç müşteri tatmini ile ilgili olan alandır. Sağlık hizmeti sunan personelin iş memnuniyet ortalaması, ortalamanın altında kalmaktadır. Sağlık

hizmeti sunanlar hastane yönetiminin yeterince kendilerine değer vermediğini, kendilerini takdir etmediği ve personelin kendisini geliştirmesi yönünde üst yönetimden yeterince destek göremediğini ifade etmektedirler.

Sağlıkta Kalite Standartlarının güçlendirilmesi gereken alanlardan birisi de, sağlık örgütünün kendi çalışanlarına daha fazla ilgi ve destek vermesidir. Sağlık örgütlerinde TKY uygulamalarının optimal düzeyde başarılı olması, sağlık hizmetlerini sunanların tam olarak desteğinin alınması ve çalışanların iş tatmininin maddi ve manevi yönlerden sağlanmasıdır.

Bütün örgütlerde olduğu gibi TKY örgütlerinde istenilen hedeflere ulaşılması, örgütün rasyonel ilkeler doğrultusunda yönetilmesidir. Örgütün işleyişinde rasyonel yöntem ve yönetime başvurulması, örgüt yönetiminde bilimsel verilere dayandırılmasıdır. Örgüt yönetiminde stratejik hedeflerin yakalanması, örgüt işleyişinin sürekli olarak performans ölçümlerinin yapılması ve analiz edilmesini gerektirmektedir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda, sağlık hizmeti sunanların sağlık örgütünün rasyonel yönetildiğine dair tutumları ortalamanın üzerindedir. Sağlık hizmeti sunan katılımcılar hizmet vermiş oldukları sağlık örgütünün bilgi geliştirme ve performans ölçüm sistemlerine yatırım yaptıklarını düşünmekle birlikte bunun yeterli oranlarda olmadığını ifade etmektedirler.

Sağlık hizmeti sunan personel, sağlık örgütünün hasta ve hasta yakınlarının düzenli olarak memnuniyetlerini ölçümüne dair tutumları iyi seviyeye yakın iken, kendilerinin beklenti ve memnuniyetlerinin ölçülmesine dair tutumları ortalamanın altında kalmaktadır. Sağlıkta Kalite Standartları uygulamalarında istenen başarının elde edilebilmesi şüphesiz, sağlık hizmeti sunanların memnuniyetlerini ve beklentilerini karşılamak ile mümkün olabilecektir.

İş Mükemmellik Ölçeğinin insan odaklı yönetime dair sağlık hizmeti sunanların tutum ortalamaları orta seviyedir. Sağlık örgütünde uygulanmakta olan kalite geliştirme çalışmalarında, çalışanların kalite geliştirmeye olan katkılarının desteklenmesi oldukça önemlidir. Bu alana ait sağlık hizmeti sunanların tutum ortalamaları, ortalamanın altında kalmaktadır. Ayrıca sağlık örgütü üst yönetimi ile sağlık hizmeti sunanlar arasındaki uyumun sağlanması ile ilgili tutum ortalaması da ortalamanın altında kalmaktadır.

Sağlıkta Kalite Standartlarının temel ilke hedeflerine başarı ile ulaşılabilmesi yönetim ile sağlık hizmeti sunanların arasındaki uyumun optimal düzeyde getirilmesi ve takım çalışmasının sağlanması, teşvik edilmesi ile mümkün olabilecektir. Sağlık hizmeti sunanlar arasındaki kötü takım çalışması ve iletişim, yan etkiler ve yüksek hasta morbidite ve mortalitesi ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, takım iletişimi ve tıbbi hatalar arasındaki bağlantıyı destekleyecek çalışmalara ihtiyaç vardır (Rabøl vd, 2012: 129).

Sağlık örgütlerinde hemşireler, sağlık hizmeti sunan ekipler içerisinde önemli bir yere sahiptir. Etkili bir hemşirelik ekip çalışması, kaliteli sağlık hizmetleri ve hasta güvenliğinin temel bir bileşenidir. Sağlık örgütlerinde takım çalışmasını teşvik eden faktörlerin anlaşılması, takım çalışması özelliklerinin geliştirilmesini ve sürdürülmesini sağlamaktadır. Polis ve diğerlerinin (2017) Avustralya'da üçüncü basamak tabanlı bir hastanede yatan hasta ve ayakta tedavi olan hastalar üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada, hemşireler arasındaki liderlik ve iletişimin, ekip çalışmasında önemli belirleyiciler olduğunu ortaya koymuşlardır.

Sağlıkta Kalite Standartları uygulamalarına dair sağlık örgütünde olası problemlere karşı alınacak önlemler ve problem çıktığında problemin özüne yönelik çalışmaların analiz edilmesi ve o yönde problemlere çözümler üretilmesi noktasında, sağlık hizmeti sunanların tutum ortalamaları ortalama düzeydedir. TKY yönetiminin temel göstergelerinden hasta ve çalışanların birinci derecede güvenliğini ilgilendiren önlemeye yönelik gerekli tedbirlerin alınması ve bu alanda daha fazla çalışmanın işbirliği içerisinde olunması son derecede önemlidir.

Sağlık hizmeti sunan personelin sağlık örgütünde uygulanmakta olan kalite standartlarına yönelik stratejik hedeflere yeterince ulaşılmadığı kanısını taşımaktadırlar. Bununla birlikte bu alanda atılacak adımların işbirliği içerisinde yapılması gerektiği inancı yaygın bir şekilde korunmaktadır. Sağlık hizmeti sunanlar sağlık örgütünün toplumun refahını sağlamak için gerekli çabayı göstereceğine olan kararlılığını tutumları ile sergilemektedirler.

Sağlık örgütünü yöneten üst yönetimin performans değerlendirmeyi bir sürece dönüştürmesi oldukça önemlidir. Diğer yandan örgütsel mükemmellik kültürünü yayma

ve sürekli iyileştirme döngüsü, bilgi yönetiminin kullanımı ve bunu örgüt içerisinde yayma gibi bazı aktivitelerin gerçekleştirilmesini gerektirmektedir. Örgüt içindeki ve dışındaki müşterilere saygı duymanın yanı sıra, örgütsel değerleri ve öğrenmeyi teşvik etmek, örgütsel performansı geliştirmek için geri bildirim almak, müşterilerin isteklerini ve önerilerini de içeren öğrenen bir organizasyona dönüştürmek üst yönetimin amaçları arasında olmalıdır.

Sağlık hizmeti sunanların yüksek seviyedeki iş memnuniyetsizliğinin kaynağını çalışma çevresi ile ilgili değişkenler ve algılanan sağlık kalitesi ile ilişkilendiren araştırmalar mevcuttur. Hasta memnuniyetinin yüksek olduğu örgütlerde örgütün hedeflerinin açıkça belirlendiği ve sağlık hizmeti sunanların liderlerine veya üst yönetime pozitif hislerle yaklaştıkları görülmektedir. Ayrıca çalışan memnuniyetinin hasta memnuniyeti ile direkt ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Bunun yanında çalışmada yönetici desteğinin direkt olarak hasta memnuniyetini etkilediği tespit edilmiştir. İyi bir eğitim ve gelişim fırsatının üst yönetim tarafından çalışana verilmesinin hasta ölümlerinin azalmasında etkili olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Bütün bunların yanında en iyi performans sergileyen hastanelerin en belirleyici özelliğinin, örgütü ilgilendiren konularda çalışan katılımının sağlanması ve liderlik yetki alanlarının paylaşılması olduğu gözlenmektedir (West vd., 2015:18-19). Yönelimsel bakış açısına göre, bu araştırmanın sonuçları, kalite yönetimi boyutları (liderlik, müşteri odaklılık, rasyonel yönetim gibi) ile örgütsel kalite performansı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Hasta ve hasta yakınlarına uygulanan Kurumsal Karne Ölçeğinin boyut bazında maddelerinden elde edilen bulgular doğrultusunda hastanın mahremiyetini ilgilendiren konular sağlık örgütünün güçlü olduğu alanlar arasındadır. Örgütsel değerler arasında yer alan hastanın inanç ve değerlerine gereken saygının gösterilmesi, hasta hak ve sorumlulukları hakkında hasta ve yakınlarına bilgilendirilmelerin yapılması gibi konuların daha fazla güçlendirilmesi Sağlıkta Kalite Standartlarının örgüt içerisinde sağlam temellere oturtulması açısından oldukça önemlidir.

Hasta ve hasta yakınlarının, gıda sunumuna yönelik tutum ortalamaları oldukça iyi bir seviyededir. Bununla birlikte hastaya gıda tercihinde alternatiflerin sunulması maddesi ortalama seviyededir. Bu uygulamanın pratiğe dönüştürülmesi hasta ve hasta

yakınlarının memnuniyet ortalamasını artıracaktır. Hasta ve hasta yakınlarının sağlık örgütü tercihinde, sağlık örgütünde gıda sunumunun etkisi araştırmalar neticesinde ortaya konmuştur. Erdugan ve Yörübulut'un (2017) bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyetlerini ölçmeye yönelik çalışmasında, yemeklerin zamanında ve sıcak olarak sunumunun hasta memnuniyeti üzerindeki olumlu etkilerinden bahsetmişlerdir. Başka bir çalışmada da bunu destekleyici bulgular elde edilmiştir. Polat ve diğerleri (2018) yatan hastalara yönelik memnuniyet ölçeği geliştirme çalışmalarında yemek sunumunun hasta memnuniyetindeki etkilerinden söz etmişlerdir. Bişkin (2018) çalışmasında hastanede sunulan yiyecek hizmetlerine ilişkin kalite algısının, hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı bir etkisinden bahsedilmektedir.

Hasta ve hasta yakınları, sağlık hizmeti alırken sağlık hizmeti sunan profesyonel sağlık personelinin işbirliği içerisinde çalıştıklarına dair tutum ortalamaları iyi seviyededir. Hastanın şikâyet ve önerilerini iletebilecekleri yollar hakkında yeterince bilgilendirilme yapılması kalite standartlarının daha fazla güçlendirilmesi gereken alanlarını temsil etmektedir.

İş Mükemmellik Modeli kapsamlı bir model olmasıyla birlikte eğitim, taşımacılık, telekomünikasyon, perakende sektörü, kamu hizmetleri, bilgi sistemleri, finans sektörlerinde rahatlıkla uygulanabilme imkânı bulabilmektedir. İş Mükemmeliyeti Ölçüm aracının farklı sektörlerde kullanımına yönelik olarak değişikliklere kolaylıkla adapte edilebilme şansına sahiptir (Tambi, 2000: 202).

Araştırma sonucunda sağlık örgütünün örgütsel performans indeksi istatistiki analizler sonucunda %62,9'dur. Çıkan sonuç ortalamanın üzerindedir. Hassan'ın (2006) birincil ve ikincil verilerden yararlanmış olduğu çalışmasında sağlık örgütüne dair bulmuş olduğu örgütsel performans indeksi %68 'dir. Hassan çalışmasında, sağlık örgütünde kalite standartları uygulama öncesi ve uygulama sonrası tutum farklılıklarını ölçmüş ve sonuç olarak sağlık örgütünün kalite performans gelişim farkınının %49 olduğunu tespit etmiştir. Tambi'nin (2000) Amerika, İngiltere ve Malezya ülkelerini kapsayan yükseköğrenim sektöründe yapmış olduğu çalışma sonuçları itibariyle örgütsel performans indeksleri sırasıyla %60, %63 ve % 64 olmuştur.

Her ne kadar hasta deneyimini kapsayan memnuniyet çalışmaları literatürde çok geniş bir şekilde yer almakla birlikte hasta memnuniyeti ile rasyonel hasta bakım kalite ölçümleri arasındaki ilişkileri doğrulayan kanıtlar zaman zaman çelişkili olabilmektedir. Klinik kalite sonuçları ile hasta deneyimleri ayrı ayrı ölçümler ve değerlendirmeler olmalarına rağmen birbirlerine bağlı farklı alanlardır (Farley vd., 2014:353-354). Hasta memnuniyeti ölçüm sonuçlarının ne derece klinik bulgular ile uyum gösterip göstermediğine yönelik daha fazla araştırma yapılmasında yarar vardır.

Hastanelerin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi, yeni iyileştirme stratejileri geliştirmek için kullanılacak sistemdeki güçlü ve zayıf yönlerin belirlenmesini sağlamaktadır. Bu çalışmanın sonuçları, farklı paydaşların sağlık örgütü hakkında kapsamlı bir değerlendirme yapma fırsatı ortaya koymaktadır.

Sağlık örgütlerinin kapsamlı bir şekilde değerlendirilebilmesi amacıyla çeşitli göstergeler mevcuttur. Göstergelerin sağlık örgütünün performans ölçümünde kullanımı, iş mükemmeliyeti modellerine, yöneticilerinin amaçlarına ve değerlendiricilerin bakış açısına göre değişiklik gösterebilmektedir. Elde edilen pek çok bulgular, sağlık örgütü yöneticilerinin örgütün performansını tam olarak izleyebilmeleri ve değerlendirebilmeleri ve rasyonel bulgulara ulaşabilmeleri için, nicel ve nitel göstergelerin bir kombinasyonunu seçmeleri önerilmektedir (Rahimi vd., 2014: 208).

Sağlık Yöneticilerine Tavsiyeler

Araştırma sonucu ortaya çıkan bulgular, hastane yöneticilerinin, uluslararası standartlar hakkındaki farkındalığı artırmak amacıyla personel eğitimine önem vermeleri gerektiğini göstermiştir.

Bulgular, sağlık örgütüne dair değerlendirmelerin kendi kendini değerlendirmenin yanında harici meslek örgütleri tarafından da değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Çalışanların kariyer planmasına fırsat tanımak, çalışanları geliştirmek, ödüllendirmek, çalışanlara terfi etme şansı vermek, çalışanların çalışma sürelerinde iyileştirme yollarına gidilmesi, ücret yönetiminde iyileştirilmeler yapılması iç müşteri memnuniyeti açısından oldukça önemli adımlardır (Şentürk ve Kaya, 2017: 171-172).

Bahadori ve diğerlerinin 2016 yılında yapmış oldukları çalışma ile hastaların hastane seçiminde hasta ve yöneticilerin bakış açısıyla en önem verdikleri faktörlerin doktor, sağlık hizmeti sunan personel ve klinik çevre olduğu ortaya konmuştur. Özellikle sağlık hizmeti sunan personelin hasta memnuniyetinde en önemli faktörler olduğu göz önüne alındığında, sağlık örgütü üst yönetiminin bu faktörlere stratejik anlamda odaklanmalarında oldukça büyük yarar vardır.

Araştırma sonuçları personel kalitesini iyileştirmeye yönelik katkının teşvik edilmesi ve örgütün, kalite iyileştirme çalışmalarına katkıda bulunan kişi ve ekiplerin ödüllendirilmesi gerektiğini savunmaktadır.

Sağlık örgütlerinde, performans kalitesini korumak ve geliştirmek için personelin örgütte tutulması şarttır. SKS uygulamaları, personelin iş sürekliliğini sağlayan süreçleri benimsemeye yeterli derecede etkisi olmadığına işaret etmektedir. Personelin örgütte tutulması; memnuniyet, sürekli eğitim ve büyüme fırsatlarını gerektirir. SKS’de, personel memnuniyetine dair, yeterli derecede vurgu yapılmadığı, çalışanların, örgütün kalite değerlendirmeye yönelik süreçlerindeki etkisinin çok sınırlı olduğu gözlemlenmektedir. Araştırmacı, SKS setinin revizyon gerektiren aşamalarında, bu konuya daha fazla vurgu yapılması gerektiğini savunmaktadır.

Yöneticilerin, Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarını yeniden gözden geçirmesi, insan kaynakları yönetimi felsefesine daha fazla ağırlık vermesi tavsiye edilmektedir. Performans geliştirme avantajlarına yol açan, örgüte değer katan, uluslararası sağlık kalite standartlarının yakından takip edilmesi gereği önerilmektedir.

Sağlık Bakanlığı’nın, SKS uygulama hedeflerinde istenen başarıyı yakalayabilmesi için, aşamalı bir geçiş sistemine geçmesinin daha faydalı olacağı düşünülmektedir. Örneğin, örgütün yatak sayısına, coğrafi farklılıklara göre aşamalı bir uygulamaya geçilmesinde yarar vardır.

Bütün sağlık örgütlerinde, aynı anda kalite standartlarının uygulamaya konulması, uygulamada birtakım aksaklıklara sebebiyet verebilecektir. Küçük sağlık örgütlerinde, eğitilmiş personel desteği gibi alanların takviye edilmesinde büyük yarar vardır.

SKS'nin değerlendirilme (ölçüm) prosedürlerinde, bölgesel farklılıkların ve yapısal farklılıkların göz önünde tutulması; örgüt karşılaştırılmaları yapılırken, ölçümlerin güvenilirliklerini artıracaktır.

“Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir”, standardı olmasına rağmen bu standardın hastane tarafından karşılanıp karşılanmadığına dair yatan hasta memnuniyet ölçeğinde bu standardı ölçen bir ifadeye rastlanmamaktadır. Hastaların görüş, öneri ve şikayetlerini internet üzerinden ifade edebilecekleri bir sekmenin hastane web sayfasında bulundurulmasında yarar vardır. Hastanın etik değerlerine yeterince saygı gösterilip gösterilmediğine dair standartlarla ilgili, hasta ve yakınlarının bakış açılarını yansıtan bir ifadeye hasta memnuniyet anketinde rastlanmamaktadır. Hasta haklarının hasta ve yakınlarına bildirilmesine dair standartlara rastlanmamaktadır. Hasta yakınlarını doğrudan ilgilendiren ifadeye memnuniyet anketinde yer verilmemiştir. Hastanenin hasta yakınlarını ilgilendiren sosyal hizmet uygulamalarını yansıtan, standartları ölçen ifadeler bulunmamaktadır.

Pek çok araştırma sonucunda, kalite uygulamalarından daha fazla, uygulama politikalarındaki prosedürlerin çokluğu; akreditasyondan daha çok sertifikasyonunun tercih edilmesine yol açmaktadır. SKS'nin bir bakıma sertifikasyon programı niteliği taşıması, akreditasyona nazaran tercih sebebi olabilecektir. Bu sebeple kalite yönetimi uygulamalarında, mümkün olduğu kadar prosedürlerin sadeleştirilmesinde fayda vardır. Örgütlerde sertifikasyon veya akreditasyon çalışmaları başlatılmadan önce örgütün sertifikasyona mı, akreditasyona mı daha meyilli olduğu ölçülmelidir (Macleod, 20013). Hükümetlerin akreditasyon uygulamalarındaki rolü; özel akreditasyonları destekleme ve bu organizasyonların devlet tarafından denetlemesi olmalıdır.

Geleceğe Yönelik Çalışma Önerileri

SKS'nin sağlık örgütünde, uygulamaya dayalı standartların, uzun vadeli etkisini ve hastanenin aynı performans seviyesini koruyup korumadığını, standartlarını daha fazla geliştirip geliştirmediğini veya kalite standartlarının bozulup bozulmadığını incelemek amacıyla, çalışmanın gelecekte aynı örneklem üzerinden tekrarlanması tavsiye edilmektedir.

Araştırmacı, sonuçların genelleştirilebilirliğini, güvenilirliğini desteklemek için, benzer bir çalışmanın, araştırmanın farklı coğrafi bölgelerdeki sağlık örgütlerinde, aynı metodolojik prosedürler kullanılarak, ilerleyen tarihlerde uygulanmasını önermektedir.

Kanji'nin performans ölçüm sisteminde, nitel indekslerin kullanılması ve bu modelin kurumsal mükemmellik modeline ve kurumsal karneye dayandırılması nedeniyle, örgütlerin performans değerlendirme ilk aşamalarında düşük puanların alınacağı tahmin edilmektedir. Diğer taraftan, etkili bir performans ölçümünün gerçekleşmesi ve örgütteki performans değişikliklerinin gözlenebilmesi için ölçümlerin tekrarlanmasında oldukça yarar vardır (Naghavi vd., 2011: 8547).

Çalışmada takip edilen metodoloji ve tekniklerin tekrar edilmesi yöntemi ile SKS'nin belli başlı temel kalite kriterleri baz alınarak, birkaç farklı hastanede daha spesifik sonuçlar elde edilebilmesine kaynak oluşturacak çalışmalar yapılmasında fayda görülmektedir. Ayrıca hastanenin uygulamış olduğu SKS'nin, bazı belli başlı hastalıklar üzerindeki kalite kriterlerinin etkililiğini ölçmeye yönelik çalışmalar yapılması tavsiye edilmektedir

Performans, onu değerlendirenler açısından tartışmaya açık bir kavramdır. Personel, hastalar ve diğer paydaşlar, performansa bağlı ölçümlenelerde oldukça farklı seviyelerde sonuçlar ortaya koyabilmektedirler. Çalışma sonuçları, farklı paydaşların değerlendirilmesinde değişkenlik göstermiştir. Gelecekteki çalışmalarda, farklı paydaşların performans algı seviyelerinin nedenlerine dair araştırmaların yapılması tavsiye edilmektedir.

Kanji'nin (2002) İş Mükemmellik Modelini temel kaynak alarak, dış müşterilerin algı seviyelerini ölçmeye yönelik hazırlanan Hastane Performans Ölçüm Ölçeklerinin, metodolojiyi geliştirmek amacıyla, daha güvenilirliği yüksek araçlar haline getirilmesinde yarar görülmektedir. Araçlar, içerik geçerliliğini artırmak ve önyargıyı azaltmak amacıyla açık uçlu sorularla desteklenmelidir.

İçerik geçerliliğini artırmak amacıyla, SKS'yi derinlemesine içeren, yeni anket formları oluşturulmalıdır. Sonuç ölçümlenelerine vurgu yapılan, objektif ölçümleri kapsayan ve bunları daha kapsamlı hale getiren, örgütün mali ölçümlerini de içeren daha kapsamlı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Araştırmanın bulgularının hem teorik hem de yönetsel perspektiflere katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Teorik açıdan bakıldığında, bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, kalite geliştirme teorileri hakkında bilgi birikimine ampirik kanıtlar sunarak bu teorileri destekleyen önceki literatürle tutarlılık göstermektedir. Yönetsel anlamda da sağlık örgütlerinde performans değerlendirmelerinde holistik açıdan yaklaşımda bulunulması gereğine destek verir mahiyettedir.

Sonuç itibariyle araştırma:

- ✓ Topluma sunulan hizmetlerin standartlarını iyileştirmek amacıyla Toplam Kalite Yönetimi girişimlerini teşvik etmektedir.
- ✓ Yeni geliştirilen Sağlıkta kalite Standartları'nın güvenilirliğini ampirik olarak desteklemektedir.
- ✓ Sağlıkta Kalite Standartlarında iyileştirme fırsatlarını ortaya koymakta, SKS'nin uluslararası alanda akreditasyon çabalarını desteklemektedir.
- ✓ Hastanenin uygulamış olduğu performansı ölçmeye yönelik bir yöntem sunarak; çok yönlü ve birbiriyle ilişkili bir bakış açısı getirmektedir.

KAYNAKÇA

Dergiler

- Alaraki, M. S. (2014). “The Impact of Critical Total Quality Management Practices on Hospital Performance in the Ministry of Health hospitals in Saudi Arabia”, *Quality Management in Healthcare*, 23(1), 59-63.
- Alaraki, M.S. (2018). “Assessing the Organizational Characteristics Influencing Quality Improvement Implementation in Saudi Hospitals”, *Quality Management for Health Care*, 27(1), 8-16. doi: 10.1097/QMH.0000000000000152.
- Altındaş, S., Ünal, Ö. (2017). “Acil Servis Kalite Standartlarında Türkiye’nin Durumu”, *Journal of Biotechnology and Strategic health Research*, 1 (2), 51-59.
- Ameh, S. Gómez-Olivé, F.X., Kahn, K., Tollman, S.M., Klipstein-Grobusch, K. (2017). “Relationships between Structure, Process and Outcome to Assess Quality of Integrated Chronic Disease Management in a Rural South African Setting: Applying a Structural Equation Model”, *BMC Health Serv Res.*,17(1):229-234. doi: 10.1186/s12913-017-2177-4.
- Ancarani, A., Di Mauro, C. and Giammanco, M.D. (2009). “The Impact of Managerial and Organizational Aspects on Hospital Wards` Efficiency: Evidence from a Case Study, *European Journal of Operational Research*, 194(2), 280-293.
- Angel, M., Martinez, L. (1998). “Total Quality Management: Origins and Evolution of the Term”, *The TQM Magazine*, 10 (5),378-386. doi: 10.1108/09544789810231261.
- Appiah, Seth Christopher Yaw. (2015). “Perceptions of Care, Socio-Demographic Characteristics and Health Care Utilisation among Health Insurance Users in Ghana”. *Journal of Social Sciences*, 11(2). 72-81.
- Appleby, A., and Jackson, C. (2000). “The Impact of LIP on TQM and Staff Motivation in General Practice”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(2), 53-64.
- Araslı,H., Sarvnaz B. (2014). “Role of Job Satisfaction in the Relationship of Business Excellence and OCB: Iranian Hospitality IndustryProcedia”, *Social and Behavioral Sciences*, 109(8), 1406 –1415. doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.644.

- Ashworth, P. D., Longmate, M. A. and Morrison, P. (1992). "Patient Participation: Its Meaning and Significance in the Context of Caring". *Journal of Advanced Nursing*, 17(12), 1430-1439.
- Aygar, H., Önsüz, M. (2017). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi", *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 2 (1), 25-32.
- Baars, I. J., Evers, S.M., Arntz, A., van Merode, G.G. (2010). "Performance Measurement in Mental Healthcare: Present situation and Future Possibilities", *International Journal of Health Planning Management*, 25(3), 198-214. doi: 10.1002/hpm.951.
- Bahadori, M., Teymourzadeh, E., Ravangard, R., Nasiri, A., Raadabadi, M. and Alimohammadzadeh, K. (2016). "Factors Contributing towards Patient's Choice of a Hospital Clinic from the Patients' and Managers' Perspective". *Electronic Physician*, 8(5), 2378–2387. doi:10.19082/2378.
- Barker, H. R., Griffiths, P., Mesa-Eguiagaray, I., Pickering, R., Gould, L., Bridges, J. (2016). "Quantity and Quality of Interaction Between Staff and Older Patients in UK hospital Wards: A Descriptive Study". *International Journal of Nursing Studies*, 62(10), 100-107.
- Bar-Sela, G., Mitnik, I., Lulav-Grinwald, D. (2015) . "Perceptions of the Working Alliance among Medical Staff and Cancer Patients", 14(3):199-203. doi: 10.1017/S1478951515000759.
- Batchelor, C., Owens, D. J., Read, M. and Bloor, M. (1994). "Patient Satisfaction Studies: Methodology, Management, and Consumer Evaluation". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 7(7), 22-30.
- Bayer, E., Oğuz, N. (2016). "Evaluation of the Effects of Strategies of Strengthening the Clinical Quality Management Systems and the Application Results on Clinical Employee Satisfaction: Example of Medeniyet University Göztepe Training and Research Hospital". *Journal of Current Researches on Health Sector*, 6 (1), 23-38.
- Beattie, M., Murphy, D.J., Atherton, I., Lauder, W. (2015). "Instruments to Measure Patient Experience of Healthcare Quality in Hospitals: a Systematic Review", *System Review*, 23(4), 97-105. doi: 10.1186/s13643-015-0089-0.

- Bell, R., Krivich, M. J., and Boyd, M. S. (1997). "Charting patient Satisfaction", *Marketing Health Services*, 17(2), 22-29.
- Berwick, D. M., James, B. and Coye, M. J. (2003). "Connections Between Quality Measurement and Improvement", *Medical Care*, 41(1), 130 -138.
- Bişkin, F. (2018). "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Konya İlinde Bir Uygulama", *IREM*, 6 (1), 50-73.
- Bonett, D., Wright, T. (2014). "Cronbach's Alpha Reliability: Interval Estimation, Hypothesis Testing, and Sample Size Planning". *Journal of Organizational Behavior*, 36(1), 3-15.
- Braithwaite, J., Westbrook, J., Johnston, B., Clark, S., Brandon, M., Banks, M., Hughes, C., Greenfield, D., Pawsey, M., Corbett, A., Georgiou, A., Callen, J., Ovretveit, J., Pope, C., Suñol, R., Shaw, C., Debono, D., Westbrook, M., Hinchcliff, R., Moldovan, M. (2011). "Strengthening Organizational Performance through Accreditation Research-a Framework for Twelve Interrelated Studies: the ACCREDIT Project Study Protocol", *BMC Research Notes*, 4 (1), 1-9.
- Brook, R. H., McGlynn, E. A., and Shekelle, P. G. (2000). "Defining and Measuring Quality of Care: A Perspective from US Researchers", *International Journal for Quality in Healthcare*, 12 (1), 281-295.
- Bruyneel, L., Tambuyzer, E., Coeckelberghs, E., De Wachter, D., Sermeus, W., De Ridder, D, Ramaekers, D., Weeghman, I., Vanhaecht, K. (2017). "New Instrument to Measure Hospital Patient Experiences in Flanders". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14 (11), 13-19. doi:10.3390/ijerph14111319
- Cai, S., Cai, W., Deng, L., Cai, B., Yu, M. (2016). "Hospital Organizational Environment and Staff Satisfaction in China: A large-Scale Survey", *International Journal of Nurse Practice*, 22(6), 565-573. doi: 10.1111/ijn.12471.
- Cain, K.L., Collins, R.P. (2018). "Using Quality Improvement to Improve Internal and External Coordination and Referrals", *Journal of Public Health Management Practice* 24 (1), 69-71. doi: 10.1097/PHH.0000000000000722.
- Çanakçıoğlu, M , Demirbaş, M . (2010). "Performans Ölçüm Yöntemleri ile Kurumsal Karne Yaklaşımı", *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 59 (2), 213-238.

- Çapacıoğlu, E., Çetin, O., Özçakar, N. (2018). “Kamu Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Deming Yönetim Metodu ile Analizi”, *İstanbul Management Journal*, 29 (85), 107–125.
- Çavmak, Ş. , Çavmak, D. (2017). “Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Kavramı”, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1 (1), 21-34.
- Çavuş, F., Gemici, E. (2013). “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi”, *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1 (1), 238-257.
- Chaudhry, N.I., Awan, M. U., Adil, M. B. and Muhammad, A.A. (2018). “Impact of Organizational Performance: The Mediating Role of Business Innovativeness and Learning Capability”, *Journal of Quality and Technology Management*, 15 (1), 1-36.
- Cheng, S., Ho, Y., & Chung, K. (2002). “Hospital Quality Information for Patients in Taiwan: Can They Understand It?”, *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 155-160.
- Çiftçi, C. (2004). “Müşteri Memnuniyeti, Kalite ve Osmanlı Esnafı, Uludağ Üniversitesi”, *Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyal Bilimler Dergisi*, 5 (7), 17-34.
- Çınaroğlu, S., Şahin, B. (2012). “Kurumsal İtibar ve İmajın Hastanelerin Performansı ile İlişkisi”, *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30 (2), 27-56.
- Cleary, P. D., & Edgman-Levitan, S. (1997). “Healthcare Quality: Incorporating Consumer Perspectives”. *Journal of American Medical Association*, 278(1), 1608- 1612.
- Clemes, M.D., Ozanne, L.K., Laurensen, W.L. (2001). “Patients' Perceptions of Service Quality Dimensions: an Empirical Examination of Healthcare in New Zealand”, *Health Marketing Quarterly*, 19(1), 3-22.
- Cohen, A.B., Restuccia, J.D., Shwartz, M., Drake, J.E, Kang, R., Kralovec, P., Holmes, S.K., Margolin, F., Bohr, D. (2008). “A survey of Hospital Quality Improvement Activities”, *Medical Care Research and Review*, 65(5), 571-95. doi: 10.1177/1077558708318285.
- Cowan, C., Catlin, A., Smith, C., and Sensenig, A. (2004). “National Health Expenditures, 2002”, *Health Care Financing Review*, 25(4), 143-166.
- Dahlgaard, J.J., Chen, C.K., Jang, J.Y., Banegas, L.A. and Dahlgaard-Park, S.M. (2013). Business Excellence Models: Limitations, Reflections and Further Development, *Total*

Quality Management and Business Excellence, 24(5), 519-538. doi: 10.1080/14783363.2012.756745.

- Das, S., Mehrotra, S. and Nundy, S. (2018). "Association between Patient Outcomes and Accreditation in US Hospitals: Observational Study". *Current Medicine Research and Practice*, 8(6), 240–241. doi:10.1016/j.cmrp.2018.11.001.
- Dawes.J.(2008). "Do Data Characteristics Change According to the Number of Scale Points Used? An experiment Using 5-Point, 7-Point and 10-Point scales", *International Journal of Market Research*, 50 (1), 1-16.
- Day, S., Pedhazur, E. J. and Schmelkin, L. P. (1994). "Measurement, Design and Analysis: An Integrated Approach", *The Statistician*, 43(4), 608-613. doi:10.2307/2348155.
- Deriu, P.L., Basso, S., Mastrilli, F., Orecchia, R. (2015). "OEIC Accreditation of the European Institute of Oncology of Milan: Strengths and Weaknesses", *Tumori Journal*, 101(1), 21-2. doi: 10.5301/tj.5000458.
- Dereköy, F., Kalmış, H. (2013). "Hastanelerde Performans Ölçümünün Muhasebe Bilgi Sistemiyle İlişkilendirilmesi", *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 58 (1), 139-160.
- Derin, N. (2017). "Will the Transition from Standards to The Total Quality Management Occur in the Turkish Health Sector? A Case Review", *Bilim ve Toplum*, 7 (13), 103-125.
- Dinç vd.,(2012). "Liderliğin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisinde Güvenin Rolü", *Öneri Dergisi*, 10 (37), 1-13.
- Donabedian, A. (1989), "Institutional and Professional Responsibilities in Quality Qssurance", *Quality Assurance in Healthcare*, 1(1), 3-12.
- Donabedian, A. (1988). "The quality of care. How Can It Be Assessed?", *JAMA*, 260(12):1743-1748.
- Donabedian, A.(1966). "Evaluating the Quality of Medicalcare". *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3):166-206.
- Downing, N.S., Wang, Y., Dharmarajan, K., Nuti, S.V., Murugiah, K., Du, X., Zheng, X., Li, X., Li, J., Masoudi, F.A., Spertus, J.A., Jiang, L., Krumholz, H.M. (2017). "Quality of Care in Chinese Hospitals: Processes and Outcomes After ST-segment Elevation

- Myocardial Infarction”, *Journal of the American Heart Association*, 6 (6), 5-40.
doi:10.1161/JAHA.116.005040.
- Draper, M., Cohen, P. and Buchan, H. (2001). “Seeking Consumer Views: What Use Are Results of Hospital Patient Satisfaction Surveys?”, *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (1), 463-468.
- Dudek-Burlikowska, M. (2015) “The Concept of Total Quality Management and the Contemporary Entrepreneurship in Practice”, *Journal of Achievements in Materials and Manufacturing Engineering*, 73 (2), 229-236.
- Dursun, Y., Kocagöz, E.(2010). “Yapısal Eşitlik Modellemesi ve Regresyon: Karşılaştırmalı Bir Analiz”, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2 (35), 1-17.
- El-Jardali, F., Hemadeh, R., Maha Jaafar, Lucie Sagherian, L., El-Skaff, R., Reem Mdeihly, R. (2014), “The impact of Accreditation of Primary Healthcare Centers: Successes, Challenges and Policy Implications as Perceived by Healthcare Providers and Directors in Lebanon”, *BMC Health Services Research*, 14(1), 14-86.
- Elkins, G., Cook, T., Dove, J., Markova, D., Marcus, J. D., Meyer, T., Perfect, M. (2010). “Perceived Stress Among Nursing and Administration Staff Related to Accreditation”, *Clinical Nursing Research*, 19(4), 376–386. doi: 10.1177/1054773810373078.
- Erdugan, F., Yörübulut, S . (2017). “Kırıkkale Üniversitesi Hastanesi İçin Yatan Hasta Memnuniyeti: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması”, *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19 (3), 139-148. doi: 10.24938/kutfd.298227.
- Ertaş, H., Çelik, Ö. (2018). “Sağlıkta Kalite Standartları Üzerine Nitel Bir Değerlendirme”, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2 (1), 18-40.
- Ertuğrul, M. (2009). “Finansal Performans Ölçümünde Dönüşümlerin Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9 (1), 19–46.
- Farley, H., Enguidanos, E. R., Coletti, C. M., Honigman, L., Mazzeo, A., Pinson, T. B., Wiler, J. L. (2014). “ Patient Satisfaction Surveys and Quality of Care”, *The Practice of*

Emergency Medicine/Review article, 64 (4), 351-357.
doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.02.021.

- Farr ,M., Cressey, P.(2015). “Understanding Staff Perspectives of Quality in Practice in Healthcare”, *BMC Health Service Research*. 15 (123), 1652-1663. doi: 10.1186/s12913-015-0788-1.
- Fields, P., Hague, D., Koby, G., Lommel, A., Melby, A. (2014). “What Is Quality? A Management Discipline and the Translation Industry Get Acquainted”, *Revista Tradumàtica: Tecnologies de la Traducció*, 12(1), 404-412.
- Firuzan, A. R. (2017). “Hastane Hizmet Kalitesinin Hasta Aidiyeti Üzerine Etkileri: Yapısal Eşitlik Modeli ve Arabuluculuk”, *bmij*, 5(2): 462-480,
doi:http://dx.doi.org/10.15295/bmij.v5i2.129.
- Gardner, G., Gardner, A., O'Connell, J. (2014). “Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation”, *Journal of Clinical Nursing*, 23(1-2), 145-15,. doi: 10.1111/jocn.12146.
- Garvin, D. A. (1984). “What Does Product Quality Really Mean?” *Sloan Management Review*, 26 (1), 25-43.
- Gauld, R., Horsburgh, S. (2014). “Healthcare Professional Perspectives on Quality and Safety in New Zealand Public Hospitals: Findings from a National Survey”, *Australian Health Review*, 38(1), 109-14. doi: 10.1071/AH13116.
- Gavrea,C., Ilieş, L., Stegorean,R. (2011). “Determinants of Organizational Performance: The Case of Romania”, *Management and Marketing Challenges for the Knowledge Society* 6 (2), 285-300.
- Gibberd, R., Hancock, S., Howley, P., and Richards, K. (2004). “Using Indicators to Quantify the Potential to Improve the Quality of Health care”, *International Journal for Quality in Health Care*, 16 (1), 37-43.
- Goldfield, N. (1996). “Collecting and Using Information from Patients: A Summary Guide of Recent Practical Research”, *Managed Care Quarterly*, 4 (1), 39-48.

- Greenfield, D., Pawsey, M., Braithwaite, J. (2011). "What Motivates Professionals to Engage in the Accreditation of Healthcare Organizations?", *International Journal for Quality in Health Care*, 23 (1), 8-14, doi.org/10.1093/intqhc/mzq069.
- Greenfield, D., Braithwaite, J. (2008). "Health Sector Accreditation Research: a Systematic Review", *International Journal for Quality in Health Care*, 20 (3), 172-183, doi.org/10.1093/intqhc/mzn005.
- Grigore, A. M., Florica, B., Cataline, R. (2010). "Modern Instruments for Measuring Organizational Performance", *Annals of Faculty of Economics*, 2 (1), 114-135.
- Grimmer, K., Sheppard, L., Pitt, M., Magarey, M., and Trott, P. (1999). "Differences in Stakeholder Expectations in the Outcome of Physiotherapy Management of Acute Low Back pain", *International Journal for Quality in Health Care*, 11 (1), 155-162.
- Groene, O., Botje, D., Sunol, R. and Lopez, M.A. (2013). "A Systematic Review of Instruments that Assess the Implementation of Hospital Quality Management Systems", *International Journal for Quality in Health Care*, 25 (5), 525-541.
- Güden, E., Öksüz, A., Çetinkara, K. (2010). "Kayseri İli Kamu Hastanelerinde Sağlıkta Kalite Standartlarının Değerlendirmesi", *Sağlıkta performans ve Kalite Dergisi*, 2 (2), 144-166.
- Halis, M., Şimşir, İ. (2017). "Kamu Hastanelerinde Kurumsal Performans Uygulamaları: Yönetici ve Diğer Personel Tutumlarının İncelenmesi", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (2), 22-32.
- Harrison, J.P. and Coppola, M.N. (2007). "Is the Quality of Hospital Care a Function of Leadership?", *The Health Care Manager*, 26 (3), 263-272.
- Hazilah, A.M.N. (2009). "Practice Follows Structure: Quality Management in Malaysian Public Hospitals", *Measuring Business Excellence*, 13(1), 23-33, doi.org/10.1108/13683040910943027.
- Hibbard, J. H. (2003). "Engaging Health Care Consumers to improve the quality of care", *Medical Care*, 41 (1), 61-70.

- Hirose, M., Imanaka, Y., Ishizaki, T., and Evans, E. (2003). "How Can We Improve the Quality of Healthcare in Japan? Learning from JCQHC Hospital Accreditation", *Health Policy*, 66(1), 29-49.
- HRSA (2011). "Performance Management and Measurement", *U. S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration*, 1 (1), 1-23.
- Hu, L., and Bentler, P.M. (1998). "Fit Indices in Covariance Structure Modeling: Sensitivity to Underparameterized Model Misspecification", *Psychological Methods*, 3 (4), 424-453.
- Huq, Z., & Martin, T. N. (2000). "Workforce Cultural Factors in TQM/CQI Implementation in Hospitals", *Health Care Management Review*, 25 (3), 80-93.
- Hwang, J.I.(2015). "What are Hospital Nurses' Strengths and Weaknesses in Patient Safety competence?, Findings from Three Korean Hospitals", *Int J Qual Health Care*, 27(3), 232-238, doi: 10.1093/intqhc/mzv027.
- Ionică, A.; Băleanu, V.; Edelhauser, E.; Irimie, S. (2010). "TQM and Business Excellence", *Annals of the University of Petrosani Economics*, 10 (4), 125-134.
- Jaafari-poooyan, E. (2014). "Potential Pros and Cons of External Healthcare Performance Evaluation Systems: Real-Life Perspectives on Iranian Hospital Evaluation and Accreditation Program", *International Journal of Health Policy and Management*, 3 (4), 191-198.
- Jaafreh, A.B., Al-Abedallat, A.Z.(2013). "The Effect of Quality Management Practices on Organizational Performance in Jordan: An Empirical Study", *International Journal of Financial Research*, 4 (1), 93-109.
- Janjić, V., Todorović, M., Jovanović, D. (2015). "A Comparative Analysis of Modern Performance", *Economic Themes*, 53 (2), 298-313.
- Jarlier, A. and Charvet-Protat, S. (2000). "Can Improving Quality Decrease Hospital Costs?", *International Journal for Quality in Health Care*, 12 (1), 125-131.
- Kaiser, H. (1974). "Little Jiffy, Mark IV", *Educational and Psychological Measurement*, 34 (1), 111-114.

- Kanji, G. K. and Sa, M. P. (2003). "Sustaining Healthcare Excellence Through Performance Measurement", *Total Quality Management*, 14 (1), 269-289.
- Kanji, G.K. and Wong, A. (1999). "Business Excellence Model for Supply Chain Management", *Total Quality Management*, 10 (8), 1147-1168, doi: 10.1080/0954412997127.
- Kanji, G.K. (2001). "Forces of Excellence in Kanji's Business Excellence Model", *Total Quality Management*, 12 (2), 259-272, doi: 10.1080/09544120120025311.
- Kanji, G.K. and Sá, P.M.E. (2001). "Kanji's Business Scorecard", *Total Quality Management*, 12 (7-8), 898-905, doi: 10.1080/09544120100000013.
- Kaplan, R. S. and Norton, D. P. (2005). "The Balanced Scorecard-Measures That Drive Performance". *Harvard Business Review*, 83(7-8), 172-185.
- Karahan, A.(2008). "Hastanelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", *Sosyal Bilimler Dergisi* / 10 (1), 145-162.
- Karydis, A., Komboli-Kodovazeniti, M., Hatzigeorgiou, D., & Panis, V. (2001). "Expectations and Perceptions of Greek Patients Regarding the Quality of Dental Healthcare", *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (1), 409-416.
- Kayral, İ. (2015). Sağlık hizmetlerinde Kalite Karmaşası: Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli", *Verimlilik Dergisi*, 3 (1), 65-81.
- Kazan, H. , Değermen, A. , Yurtman, G. (2017). "Toplam Kalite Yönetiminin İç ve Dış Müşterilerin Performans Değerlendirmesi Üzerine Etkisi", *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 15 (1), 43-65, doi: 10.11611/yead.283461.
- Kerfoot, K. and LeClair, C. (1991) "Building a Patient-Focused Unit: The Nurse Manager's Challenge", *Nursing Economics*, 9 (1), 441-443.
- Kılınç, E . (2018). "Sağlık Kurumlarında Paternalist Liderlik Modelinin İncelenmesi", *Journal of Healthcare Management and Leadership*, 1 (1), 1-12.

- Kömürcü, N., Durmaz, A., Bayram, N., Genç Koyucu, R., Karaman, Ö.E., Toker, E. (2014). “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları ve Modelleri”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 7 (1), 95-114.
- Köroğlu, Ç, Ersöz, H. Ö, Çayan, A. ve Kılıç, S. (2019). “Yatan Hastaların Bakım Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi: Kamu Hastanesinde Bir Uygulama”. *Opus–Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 10 (17), 676-695, doi: 10.26466/opus.519588.
- Kötter, T., Schaefer, F. A., Scherer, M., and Blozik, E. (2013). “Involving Patients in Quality Indicator Development - a Systematic Review”. *Patient Preference and Adherence*, 7 (1), 259-268.
- Kroch, E., Duan, M., Martin, J., Bankowitz, R. and Kugel, M (2015). “The Effectiveness of a Multicenter Quality Improvement Collaborative in Reducing Inpatient Mortality”, *Journal of Patient Safety*, 11(2):67-72. doi: 10.1097/PTS.0000000000000155.
- Kurt, S , Yiğit, V . (2017). “Hastanelerde Algılanan Liderlik Davranışlarının Çalışanların İş Tatminine Etkisi: Bir Üniversite Hastanesinde uygulama”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (28), 107-131.
- Labarere, J., Francois, P., Auquier, P., Robert, C., and Fourny, M. (2001). “Development of a French Inpatient Satisfaction Questionnaire”, *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (1), 99-108.
- Lam, M. B., Figueroa, J. F., Feyman, Y., Reimold, K. E., Orav, E. J., and Jha, A. K. (2018). “Association Between Patient Outcomes and Accreditation in US Hospitals: Observational Study”. *BMJ*, 363(1), 38-43, doi:10.1136/bmj.k4011.
- Laschinger, H. K. S., Wong, C., Mc Mahon, L., and Kaufmann, C. (1999). “ Leader Behavior Impact on Staff Nurse Empowerment, Job Tension, and Work Effectiveness”. *Journal of Nursing Administration*, 29(5), 28-39.
- Leggat, S. G., Karimi, L., and Bartram, T. (2017). “A path Analysis Study of Factors Influencing Hospital Staff Perceptions of Quality of Care Factors Associated with

- Patient Satisfaction and Patient Experience”, *BMC health services research*, 17(1), 739-748, doi:10.1186/s12913-017-2718-x.
- Lee, L., Yang, K., and Chen, T. (2000). “A Quasi-Experimental Study on a Quality Circle Program in a Taiwanese Hospital”, *International Journal for Quality in Health Care*, 12 (1), 413-418.
- Lee, S., Choi, K., Kang, H., Cho, W., and Chae, Y. (2002). “Assessing the Factors Influencing Continuous Quality Improvement Implementation: Experience in Korean Hospitals”, *International Journal for Quality in Health Care*, 14 (1), 383-391.
- Leggitt, M. S., and Anderson, R. (2001). “Linking Strategic and Quality Plans.” *Quality Progress*, 34(10), 61-63.
- Leslie, H.H., Sun, Z., Kruk, M.E.(2017). “Association Between Infrastructure and Observed Quality of Care in Four Healthcare Services: A cross-sectional study of 4,300 Facilities in 8 Countries”, *PLoS Medicine*, 14(12), 1-16, doi:10.1371/journal.pmed.1002464.
- Lindenauer, P. K., Lagu, T., Ross, J. S., Pekow, P. S., Shatz, A., Hannon, N., Benjamin, E. M. (2014). “Attitudes of Hospital Leaders Toward Publicly Reported Measures of Health Care Quality, *JAMA International Medical*, 174(12), 1904-1911, doi:10.1001/jamainternmed.2014.5161.
- Listyowardojo, T.A., Nap, R.E., Johnson, A.(2012). “Variations in Hospital Worker Perceptions of Safety Culture”, *Int J Qual Health Care*,24(1), 9-15. doi:10.1093/intqhc/mzr069.
- Maguerez, G., Erbault, M., Terra, J. L., Maisonneuve, H., and Matillon, Y. (2001). “Evaluation of 60 Continuous Quality Improvement Projects in French Hospitals”, *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (1), 89-97.
- Malgharni, A. M., Yusoff, W. F. and Arumugam, V.C. (2011). “The Method for Measuring and Disclosure of Non- Financial Performance”, *Journal Basic and Applied Science*, 5 (12), 1133-1145.
- Mant, J. (2001). “Process versus outcome indicators in the assessment of quality of healthcare”, *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6), 475-80.

- Mcadam, R. and Leonard, D. (2005) “A TQM dynamics perspective on baldrige and business excellence model comparisons”, *Total Quality Management and Business Excellence*, 16 (6), 771-791, doi: 10.1080/14783360500077757.
- McPhail, R; Avery, M; Fisher, R; Fitzgerald, A; Fulop, L. (2015). “The Changing Face of Healthcare Accreditation in Australia”, *Asia Pacific Journal of Health Management*, 10 (2), 58-64.
- Meng, R., Li, J., Zhang, Y., Yu, Y., Luo, Y., Liu, X., Yu, C. (2018). “Evaluation of Patient and Medical Staff Satisfaction Regarding Healthcare Services in Wuhan Public Hospitals”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 769-782, doi:10.3390/ijerph15040769.
- Moeller, J. (2001). “The EFQM Excellence Model. German Experiences With the EFQM Approach in Health care”, *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (1), 45-49.
- Mohammed, K., Nolan, M. B., Rajjo, T., Shah, N. D., Prokop, L. J., Varkey, P., and Murad, M. H. (2014). “Creating a Patient-Centered Health Care Delivery System: A Systematic Review of Health Care Quality From the Patient Perspective”, *American Journal of Medical Quality*, 31 (1), 12-21, doi.org/10.1177/1062860614545124.
- Moore, L., Lavoie, A., Bourgeois, G. and Lapointe, J. (2015). “Donabedian’s Structure-Process-Outcome Quality of Care Model: Validation in an Integrated Trauma System, *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 78 (6), 1168–1175, doi: 10.1097/TA.0000000000000663.
- Mumford, V., Forde, K., Greenfield, D., Hinchhclife, R. and Braithwaite. (2013). “Health services accreditation: what is the evidence that the benefits justify the costs?”, *International Journal for Quality in Health Care*, 25 (5), 606-620.
- Musli, M., Mann, R., Grigg, N. and Wagner, J.P. (2011). “Business Excellence Model: An Overarching Framework for Managing and Aligning Multiple Organisational Improvement Initiatives”, *Total Quality Management and Business Excellence* 22 (1), 1213-1236, doi: 10.1080/14783363.2011.624774.

- Nabitz, U., Klazinga, N. and Walburg, J. (2000). "The EFQM Excellence Model: European and Dutch Experiences with the EFQM Approach in Healthcare", *International Journal for Quality in Health Care*, 12 (1), 191-201.
- Naghavi, M. A. S. (2012). "Performance Assessment at Iran's Electric Power Distribution Company: A study Based on Kanji's Business Excellence Measurement System (KBEMS)", *African Journal of Business Management*, 6 (29), 8539-8547.
- Narang, R. Polsa, P., Soneye, A., Fuxiang, W. (2015). "Impact of Hospital Atmosphere on Perceived Healthcare Outcome", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28 (2), 129-140, doi.org/10.1108/IJHCQA-12-2013-0142.
- Nenadál, J., Vykydal, D., Waloszek, D. (2018). "Organizational Excellence: Approaches, Models and Their Use at Czech Organization", *Quality Innovation Prosperity*, 22 (2), 47-64, doi: 10.12776/QIP.V22I2.1129.
- Ng, G.K., Leung, G.K., Johnston, J.M., Cowling, B.J. (2013). "Factors Affecting Implementation of Accreditation Programmes and the Impact of the Accreditation Process on Quality Improvement in Hospitals: a SWOT Analysis", *Hong Kong Medical Journal*, 19(5), 434-46, doi: 10.12809/hkmj134063.
- Nicklin, W., Fortune, T., van Ostenberg, P., O'Connor, E., McCauley, N. (2017). "Leveraging the Full Value and Impact of Accreditation", *International Journal for Quality in Health Care*, 29 (2), 310-312, doi.org/10.1093/intqhc/mzx010.
- Nylenna, M., Bjertnaes, O., Sperre Saunes, I. and Lindahl, A.K. (2015). "What is Good Quality of Health Care?", *Professions and Professionalism*, 5 (1), 90-99.
- Oksay, A. (2016). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek?", *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8 (14), 181-192.
- Olden, P.C. (2016). "Contingency Management of Health Care Organizations: It Depends", *Healthcare Management*, 35 (1), 28-36.

- Öter, V., Südaş, H.(2017). “Algılanan Hizmet Kalitesinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi: Devlet Hastanesi Üzerine Bir İnceleme”, *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi*, 21 (2), 43-57.
- Ovretveit, J. & Gustafson, D. (2002). “Evaluation of Quality Improvement Programmes”, *Quality and Safety in Health Care*, 11(3), 270-275.
- Öztürk, H , Yılmaz, F , Demir, N . (2010). “Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Sorunları”. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12 (2), 57-65.
- Park, J.S. Fowler, K. L.; Giebel, S.A.(2011). “ Hospital Operating Efficiencies for Strategic Decisions”, *International Journal of Business and Social Science*, 2 (13), 38-53.
- Pirtini, S. (2003). “Communication related Dimensions of TQM From The Point Of Marketing and Customer Satisfaction View”, *Selçuk Üniversitesi İ.İ.B.F. Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 3 (6), 181-194.
- Polat, Ş , Ay, F , Aydın, E , Uysal, G . (2018). “Yatan Hasta Memnuniyeti Ölçümü İçin Yeni Bir Araç Geliştirme Çalışması”, *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 1 (1), 65-77.
- Polis, S., Higgs, M., Manning, V., Netto, G., Fernandez, R. (2017). “Factors Contributing to Nursing Team Work in an Acute Care Tertiary Hospital”, *Collegian*, 24 (1), 19 – 25.
- Pomey, M. P., Contandriopoulos, A. P, François, P., Bertrand, D. (2004). “Accreditation: a Tool for Organizational Change in Hospitals?”, *International Journal of Quality Health Care Assurance*, 17 (1), 113-124.
- Popesco, D., Pantelescu, M.(2009). “Short History of the Theories Regarding Services”, *Quality,Economia. Seria Management*, 12 (2), 122-132.
- Pradhan, S. (2014). “Total Quality Management in Service Sector: Case Study of Academic Libraries”, *Journal of Business and Management Sciences*, 2(3A), 29-32.
- Price, R. A. Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., Cleary, P. D., (2014). “Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring

Health Care Quality”, *Medical Care Research and Review*, 71 (5), 522-554, doi.org/10.1177/1077558714541480.

Purbey, S., Kampan.,M. Chandan. B.(2007). “Performance measurement system for healthcare processes”, *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56 (1), 241-251, doi: 10.1108/17410400710731446.

Rabøl, L. I., McPhail, M. A., Østergaard, D.,H. B., Andersen, Mogensen, T. (2012). “Promoters and Barriers in Hospital Team Communication”, *Journal of Communication in Healthcare*, 5 (2), 129-139.

Rahimi, H., Khammar-nia, M., Kavosi, Z., Eslahi, M. (2014). “Indicators of Hospital Performance Evaluation: A Systematic Review”, *International Journal of Hospital Research*, 3(4), 199-208.

Rogers, G., and Smith, D. P. (1999). “Reporting Comparative Results from Hospital Patient Surveys”, *International Journal for Quality in Health Care*, 11(1), 251-259.

Rohner, P. (2012) “Achieving Impact with Clinical Process Management in Hospitals: an Inspiring Case”, *Business Process Management Journal*, 18 (4), 600- 624, doi.org/10.1108/14637151211253756.

Roodsary, M. J., and Ohadi, F. (2016). “ Performance Measurement of Karaj Municipality with Using Kanji Business Excellence Measurement System”, *Roodsary and Ohadi*, 7 (5),| 115-123.

Rubin, H. R., Pronovost, P. and Diette, G. B. (2001a). “From a Process of Care to a Measure: the Development and Testing of a Quality Indicator”, *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (1), 489-496.

Rubin, H. R., Pronovost, P. And Diette, G. B. (2001b). “The Advantages and Disadvantages of Process-Based Measures of Healthcare Quality”, *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (1), 469-474.

Rupp, M.T.(2018). “Assessing Quality of Care in Pharmacy: Remembering Donabedian.” *Journal of Management Care Spece of Pharmacy*, 24 (4):354-356. doi: 10.18553/jmcp.2018.24.4.354.

- Saluvan, M., Kaya, S . (2013). “Doktor-Hemşire Etkileşiminin Hastane Performansına Etkisi”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 5 (1), 101-122.
- Santana, M.J., Manalili, K., Jolley, R.J., Zelinsky, S., Quan, H., Lu, M. (2018). “How to Practice Person-Centredcare: A Conceptual Framework”, *Health Expect*, 21(2), 429-440, doi: 10.1111/hex.12640.
- Schermelleh-Engel,K., Moosbrugger, H.,and Müller, H.(2003). “Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of- Fit Measures”, *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- Schlesinger, M., Grob, R., Shaller, D.(2015). “Using Patient-Reported Information to Improve Clinical Practice”, *Health Service Research*,50 (2), 2116-2152, doi: 10.1111/1475-6773.
- Schmaltz, S. P., Williams, S. C., Chassin, M. R., Loeb, J. M.and Wachter, R. M. (2011). “Hospital Performance Trends on National Quality Measures and the Association with Joint Commission Accreditation”, *Journal of Hospital Medicine*, 6(8), 454-461.
- Secanell, M. (2014). “Deepening Our Understanding of Quality Improvement in Europe (DUQuE): Overview of a Study of Hospital Quality Management in Seven Countries”, *Internatonal Journal of Quality Health Care*, 1(1), 5-15, doi: 10.1093/intqhc/mzu025.
- Semiz, B., Altunışık, R. (2016). “Pazarlama Araştırmalarında Likert Tipi Ölçeklerin Özelliklerinin Yanıtlama Tarzları Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi”, *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7 (14), 577-598.
- Shen, H.C. Chiu, H.T., Lee, P.H., Hu Y.C., Chang, W.Y. (2011). “Hospital Environment, Nurse-Physician Relationships and Quality of Care: Questionnaire Survey”, *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 349-358, doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05502.
- Shih, A. and Schoenbaum, S.C. (2007). “Measuring Hospital Performance: The Importance of Process Measures”, *International Journal of Health Care*, 6 (20), 172–183.
- Short,P.J., Rahim, M.R. (1995). “Total Quality Management in Hospitals”, *Total Quality Management*, 6 (3), 255-264.

- Shortell, S. M., Levin, D. Z., O'Brien, J. L., and Hughes, E. F. (1995). "Assessing the Evidence on CQI: Is the Glass Half Empty or Half Full?", *Hospital and Health Services Administration*, 40 (1), 4-24.
- Sitzia, J. (1999). "How Valid and Reliable are Patient Satisfaction Data? An analysis of 195 Studies", *International Journal for Quality in Health Care*, 11 (1), 319-328.
- Sluijs, E. M., and Wagner, C. (2003). "Progress in the Implementation of Quality Management in Dutch Health Care: 1995-2000", *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (1), 223-234.
- Smits, H., Supachutikul, A., and Mate, K. S. (2014). "Hospital Accreditation: Lessons From Low-and Middle-Income Countries", *Globalization and Health*, 10 (1), 65-72.
- Soysal, A., Koçoğlu, D. (2018). "Sağlık İşletmelerinde Müşteri Odaklı Pazarlama Anlayışı İle Hizmet Kalite Algısı Arasındaki İlişki; Bir Hastane Örneği", *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 21 (1), 41-50, doi: 10.29249/selcuksbmyd.349338.
- Striteska, M. and Spickova, M. (2012). "Review and Comparison of Performance Measurement Systems", *IBIMA Publishing of Organizational Management Studies*, 1 (1), 1-13.
- Succi, J. M. and Alexander, J. A. (1999). "Physician Involvement in Management and Governance: The Moderating Effects of Staff Structure and Composition", *Health Care Management Review*, 24 (1), 33-44, doi:10.1097/00004010-199901000-00004.
- Sureshchandar, G.S. (2013). "The relationship Between Service quality and Customer Satisfaction a Factor Specific Approach", *Journal of Services Marketing*, 16 (4), 363-379, doi.org/10.1108/08876040210433248.
- Şentürk, M., Kaya, F. (2017). "Hastanelerin Performans Uygulamalarında Çalışanların Memnuniyetini Etkileyen Faktörler", *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17 (3), 145-174.

- Talib, F., Rahman, Z. and Qureshi, M. (2012). "Total Quality Management in Service Sector: A literature Review", *International Journal of Business Innovation and Research*, 6 (1), 259-301, doi: 10.1504/IJBIR.2012.046628.
- Talwar, B. (2011). "Business Excellence Models and the Path Ahead", *The Tqm Journal*, 23 (1), 21-35, doi: 10.1108/17542731111097461.
- Tavakol, M., Dennick, R. (2011). "Making Sense of Cronbach's Alpha", *International Journal of Medical Education*, 2 (1), 53-55.
- Tengilimoğlu, D., Yiğit, A. (2005)." Hastanelerde Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8 (3), 374-400.
- Xiuzhu, G., Itoh, K. (2016). "Performance Indicators: Healthcare Professionals' Views", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 29 (7), 801-815, doi.org/10.1108/IJHCQA-12-2015-0142.
- Valenstein, M., Mitchinson, A., Ronis, D. L., and Alexander, J. A. (2004). "Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Front-Line Providers Think?", *Journal of Psychiatry*, 161(1), 146-154.
- Van de Ven, A.H. (2014). "What Matters mosth the Patients? Participative Care and Staff Courtesy", *Patient Experience Journal*, 1 (1), 131-139.
- Voort, H. and Kerpershoek, E. (2010). "Measuring Measures: Introducing Perform Measurement in the Dutch Health Care Sector", *Public Money and Management*, 30 (1), 63-68, doi: 10.1080/09540960903492406.
- Vuori, H. (1987)." Patient satisfaction-an Attribute or Indicator of the Quality of Care?", *Quality Review Bulletin*, 3(3), 106-108.
- Wagner, A., Rieger, M. A., Manser, T., Sturm, H., Hardt, J., Hammer, A. (2019). "Healthcare Professionals' Perspectives on Working Conditions, Leadership, and Safety Climate: a Cross-Sectional Study", *BMC Health Services Research*, 19(1), 53-65, doi:10.1186/s12913-018-3862-7.

- Wagner, C., De Bakker, D. H. and Groenewegen, P. P. (1999). "A Measuring Instrument For Evaluation of Quality Systems", *International Journal for Quality in Health Care*, 11(1), 119-130.
- Wagner, C., van Merode, G. G. and. van Oort, M. (2003). "Costs of Quality Management Systems in Long-Term Care Organizations: An Exploration", *Quality Management in Health Care*, 12 (1), 106-144.
- Wang, X., Jiang, R., Li, J., Chen, J., Burström, B. and Burström, K. (2018). "What Do Patients Care Most about in China's Public Hospitals? Interviews with patients in Jiangsu Province", *BMC Health Services Research*, 18(1), 97-106, doi: 10.1186/s12913-018-2903-6.
- Weiner, B. J., Alexander, J. A., Shortell, S. M., Baker, L. C., Becker, M., and Geppert, J. J. (2006). "Quality Improvement Implementation and Hospital Performance on Quality Indicators", *Health Services Research*, 41(2), 307-334.
- Williams, R., Bertsch, B., Van Der Wiele, A., Van Iwaarden, J. and Dale, B. (2007) "Self-Assessment Against Business Excellence Models: A Critique and Perspective", *Total Quality Management and Business Excellence*, 17(10), 1287-1300, doi:10.1080/14783360600753737.
- Wong, S.T., Johnston, S., Burge, F., McGrail, K., Hogg W. (2017). "Measuring Patient Experiences: Is It Meaningful and Actionable?", *Healthcare Papers*, 17(2), 22-29, doi: 10.12927/hcpap.2017.25414.
- Yang, L., Liu, C., Huang, C., and Mukamel, D. B. (2018). "Patients' Perceptions of Interactions with Hospital Staff are Associated with Hospital Readmissions: a National Survey of Hospitals", *BMC health services research*, 18(1), 50.-62, doi:10.1186/s12913 018-2848-9.
- Yaşar, H. (2017). "Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler ve Hasta Memnuniyeti", *Journal of Strategic Research in Social Science*, 2 (2), 39-68.
- Yıldız, Ö., Demirörs, O. (2013). "Measuring Healthcare Process Quality: Applications in Public Hospitals in Turkey", *Informatic for Health and Social Care*, 38 (2), 132-149, doi: 10.3109/17538157.2012.741083.

Yuen, P.P., Ng, A.W. (2012). "Towards a Balanced Performance Measurement System in a Public Health Care Organization", *International Journal Health Care Quality Assurance*, 25 (5), 421-30.

Yüreğir ve Nakıpoğlu, (2007). "Performans Ölçümü ve Ölçüm Sistemleri: Genel Bir Bakış", *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16 (2), 545-562.

Zabada, C., Rivers, P. A., and Munchus, G. (1998). Obstacles to the Application of Total Quality Management in Healthcare Organizations, *Total Quality Management*, 9 (1), 57-67.

Kitaplar

Babbie, E. (2004). *The Practice of Social Research*, Belmont, CA, Wadsworth.

Ben-Shlomo Y., Brookes, S., Hickman, M. (2013). *Lecture Notes: Epidemiology, Evidence-Based Medicine and Public Health*, Wiley-Blackwell, Oxford.

Bowling, A. (2014) *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*, Open University Press, Buckingham.

Danişman, Ş., Tosuntaş, Ş. and Karadağ, E. (2015). The Effect of Leadership on Organizational Performance, E. Karadag (ed.), *Leadership and Organizational Outcomes (pp 143-168)*, Springer International Publishing, Switzerland.

Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its Assessment*, Ann Arbor: Michigan Health Administration Press, Michigan.

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, Oxford University Press, New York.

Garih, Ü. (2013). *Yönetim Teknikleri*, Hayat Yayıncılık, İstanbul.

Goetsch, S. ve Davis, S. (2014). *The Total Quality Approach to Quality Management: Achieving Organizational Excellence, Quality Management for Organizational Excellence: Introduction to Total Quality*, 7th Edition, Pearson Education, London.

- Hoyle, R. (2000). *Confirmatory Factor Analysis. Handbook of Applied Multivariate Statistics and Mathematical Modeling*, Elsevier Academic Press, San Diego.
- Kanji, G. (2005). *Measuring Business Excellence*, Taylor & Francis e-Library.
- Kanji, G. K. (2002). *Measuring Business Excellence*. Routledge, London.
- Kanji, G.K. and Moura E Sa, P. (2006). *Performance measurement: The path to Excellence*. Wisdom House, Leeds.
- Kaplan, R. S., and Norton, D. P. (1996). *The Balanced Scorecard-Translating Strategy into Action*, Harvard Business School Press, Boston.
- Kaya, S. (2013). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı", (Ed. S. Kaya), "*Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi*", Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Kaya, S.(2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite Geliştirme*, Pelikan Tıp ve Teknik Kitapçılık, Ankara.
- Nunnally J. C. (1978) *Psychometric Theory*. 2nd Edition, McGraw Hill, New York.
- Pallant; J. (2011). *A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS*, Midland Typesetters, Australia.
- Parlak, S. (2017). *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Yönetim sistemi standartları*", Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa.
- Pedhazur, E.J.(1997). *Multiple Regression in Behavioral Research*, FL: Harcourt Brace, Orlando.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of Innovation*, Free Press, New York.
- Şimşek, Ö.F.(2007). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Temel İlkeler ve Lisrel Uygulamaları*, Ekinoks Yayınları, Ankara.
- SKS-Hastane .(2015).(Versiyon-5; Revizyon-00), 1.Baskı, Pozitif Matbaa, Ankara.
- Tabachnick, B. G., and Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (Sixth Edition), Pearson Education, United States.

- Tabachnick, B.G. and Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics*, (Fourth Edition), Allyn and Bacon, United States.
- Ullman, J.B.(2001). "Structural Equation Modeling", (Ed.B.G.Tabachnick and L.S. Fidell). *Using Multivariate Statistics*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, United States.
- VandenBos,G.R. (2010) *Publication Manual of the American Psychological Association*, (Sixth Edition), American Psychological Association, Washington.
- Varkey, P. (2010). Basics of Quality Improvement, (ed. P. Varkey), *Medical Quality Management: Theory and Practice* , American College of Medical Quality, Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts.
- Zink, K.J. (2008). *Corporate Sustainability as a Challenge for Comprehensive Management*, Springer, Berlin.

Tezler

- Chen, B., Santos, E., Qi, Y.(2014). *Integrating Performance Measurement System with Enterprise Risk Management - A Comprehensive Model for Trafigura*, Master of Business Process and Supply Chain Management, Linneaus University.
- Çiçek, E. (1997). *Toplam Kalite Yönetimi ve Konya Sanayi Bölgesinde Örnek Uygulamalar*, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Gollhofer, R.E. (2016). *Measuring the Impact of Process Improvement Programs on the Performance of Hospitals in Mid-Atlantic Region Using Data Envelopment Analysis*, Capella University, A Dissertation Thesis, Published by ProQuest.
- Hassan, D. (2006).*Measuring Quality Performance in Health Care: The Effect of Joint Commission International Standards on Quality Performance*, WaldenUniversity, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- İraz, R. (2009). *Hizmet Sektöründe Performans Değerlendirme*, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Karakuş, H. (2003). *İnşaat Sektöründe Kalite Yönetimi ve Bir Uygulama Örneği*, İstanbul Üniversitesi, Fen Bilimleri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

- Liu, C. K. (2001). *Business Excellence for the Hong Kong Hotel Industry*, Doctoral Dissertation, Sheffield Hallam University.
- MacLeod, R. J. (2003). *Perspectives of Hospital Chief Executive or Chief Operating Officers Regarding The Hospital Accreditation and Certification Process*, Medical University of South Carolina, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Milner, B. M.,(2007). *Implementing Hospital Accreditation: Individual Experiences of Process and Impacts*, School of Business Waterford Institute of Technology, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Patel, U.B. (2006). *Physician Chief Executive Officers and Hospital Performance A Contingency Theory Perspective*, Virginia Commonwealth University, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Poot, L.(2017). *How Should Companies Choose an Integrate the Adequate Measures for Performance Measurement*, Faculteit Economie, Business Engineering, Universiteit Ghent, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Tambi, A. M. (2000). *Total Quality Management in Higher Education :Modelling critical Success Factors*, Doctoral, Sheffield Hallam University.
- Yılmaz, M. (2003).*Kalite Yönetim Sistemlerinin Evrimi ve Toplam Kalite Yönetiminin Banknot Matbaası Genel Müdürlüğüne Uygulanabilirliği*,Uzmanlık Yeterlik Tezi

İnternet Kaynakları

- Aletaiby, A., Kulatunga, U and Pathirage, C.(2017). *Key Success Factors of Total Quality Management and Employees Performance in Iraqi Oil Industry*,
<http://usir.salford.ac.uk/43863/> , (02.05.2018)
- bpir, *What is performance measurement*, <https://www.bpir.com/what-is-performance-measurement-bpir.com.html>, (11.03.2018)

- Brown, J.D. (1997). *Questions and answers about language testing statistics: Shiken: JALT Testing & Evaluation SIG Newsletter*, <http://hosted.jalt.org/test/PDF/Brown2.pdf>, (13.02.2018).
- Castaneda-Mendez, R. (1999). *Performance measurement in health care Baldrigeplus.com*. http://www.qualitydigest.com/may99/html/body_health.html. (15.03.2018).
- Dawson, J. (2014). *Staff Experince and Patient Outcomes: what do We Know?, A report commissioned by NHS Employers*, <https://www.nhsemployers.org/-/media/Employers/Publications/Research-report-Staff-experience-and-patient-outcomes.pdf>, (23.02.2019).
- Elshaer, I. (2012): *What is the Meaning of Quality?*, Munich Personal RePEc Archive, <https://mpira.ub.uni-muenchen.de/57345/>, (13.01.2017).
- familiesusa.org,[https://familiesusa.org/sites/default/files/product_documents/HSI%20Quality%20Measurement Brief final web.pdf](https://familiesusa.org/sites/default/files/product_documents/HSI%20Quality%20Measurement%20Brief%20final%20web.pdf), (18.02.2019).
- Ifac. Org. <https://www.ifac.org/global-knowledge-gateway/performance-financial-management?overview>, (20.02.2019).
- Kim, H.Y. (2013). *Statistical Notes for Clinical Researchers: Assessing Normal Distribution (2) Using Skewness and Kurtosis*, Open lecture on statistics ISSN 2234-7658 (print) / ISSN 2234-7666 (online) <http://dx.doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>, (22.03.2019).
- Mann, R., Mohammed, M., Agustin, T.A.(2012). *Understanding Business Excellence, An Awareness Guidebook forSMEs, Asian Productivity Organizations*, <http://www.businessexcellencetools.com/>, (18.02.2019).
- Mate, Kedar, S., Rooney, Anne, L., Supachutikul, A. and Girdhar Gyani, Girdhar, (2014), *Accreditation as a Path to Achieving universal quality health coverage, Globalization and Health*, 10:68 <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/68>. (13.02.2018).

- Mayhew, R. (2019). *The Three Types of Methods Used to Measure Performance. Small Business* - Chron.com. Retrieved from <http://smallbusiness.chron.com/three-types-methods-used-measure-performance-23612.html>, (16.04.2018).
- Morris, C. (2014). *Measuring Health Care Quality: An Overview of Quality Measures*, <http://familiesusa.org/product/measuring-health-care-quality-overview-quality-measures>, (15.03.2018).
- Mosadeghrad.A. M., (2016). *Total Quality Management in Healthcare*, https://www.researchgate.net/publication/305639044_Total_Quality_Management_in_Healthcare, (02.03.2018)
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017 OECD Indicators*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2017-Chartset.pdf> ,(20.12.2017).
- Pearson, S. (2019). *Total Quality Management (TQM): Definition and Principles*, <https://tallyfy.com/total-quality-management-tqm/> (18.02.2019).
- Quality Standards Process and Methods Guide (2016)
<http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/realizing-excellent-care-for-all-en.pdf>.
(15.03.2018).
- SKS (2016). *Sağlıkta Kalite Standartları -Hastane Versiyon-5; Revizyon-01*.
<http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf>, (06.06.2107).
- SKS Memnuniyet Anketleri Belirleme Rehberi (2015). (Versiyon-2.0; Revizyon-00)
<https://dosyahastane.saglik.gov.tr/.../52205,48-memnuniyet-anketleri-uygulama-rehberi>
(06.06.2107).
- Srinivasan, A., Kurey, B. (2014). *Creating a Culture of Quality*,
<https://hbr.org/2014/04/creating-a-culture-of-quality>, (18.02.2019).
- Wang, H.et al. (2015). *Quality Improvements in Decreasing Medication Administration*
www.commonwealthfund.org, (05.01.2018).

West, M., Armit, M., Loawenthal, L.(2015). *Leadership and Leadership Development in Health Care: The Evidence Base, The Faculty of Medical Leadership and Management*, https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf. (04.11.2018).

Williams, S. (2019). *Catastrophe in the Absence of Quality Improvement*, http://www.chambers.com.au/glossary/quality_improvement.php, (18.2.2019).

Zhang, Z. (1997). *Developing a TQM Quality Management Method Model*, <https://www.rug.nl/research/portal/files/3232065/97a48.pdf>, (14.04.2018).

Konferans ve Bildiriler

Al-Ali, A. (2014). “Developing a Total Quality Management Framework for Healthcare Organizations”, Proceedings of the International Conference on Industrial Engineering and Operations Management, Bali, Indonesia.

Canard, F. (2011). “W.E.Deming, Pragmatism and Sustainability”, 17th Annual International Deming Research Seminar, New York, United States.

Hibbert, P., Hannaford, N., Long, J., Plumb, J. and Braithwaite, J. (2013). “Final Report: Performance Indicators Used Internationally to Report Publicly on Healthcare Organisations and Local Health systems”, Australian Institute of Health Innovation, University of New South Wales.

Toma, S.G and Marinescu, P. (2018). “Business excellence models: a Comparison”, Proceedings of the 12th International Conference on Business Excellence, pp966-974, doi: 10.2478/picbe-0086.

Resmi Gazete

Resmî Gazete, (2015). “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik”, Sayı:29399.

EKLER



EK 1: YAZAR MODEL İZİNİ KULLANIM BELGESİ**Hilmi Atalıç, PhD. Candidate**

Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,
İşletme, Burdur- Turkey

Dear Mr. Hilmi,

Sure you are most welcome to use the model.

**Dia HASSAN, PhD, MPH, BSEH***President & Chief Executive Officer*

Bellevue Medical Center

Mansourieh El Metn- Lebanon

P.O. BOX: 295

Hotline 1565**Tel:** 01-682666- ext:5000**Fax:** 01-681081

Sürekli Gelişim Çemberi*Çok Az**Çok Fazla*

Seri No.	Kriterler										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47	Hastane gelişim için hedefler belirler.										
48	Gelişim alanları tanımlanır, gelişim planları uygulanır ve değerlendirilir.										
49	Hastanenin hasta, hasta yakınları ve personelinin önerilerini topladığı aktif bir sistemi vardır.										
50	Hastane geçmiş performans seviyeleri ve mevcut kalite seviyelerini diğer hastanelerin performans seviyeleri ile karşılaştırır.										

Önleme*Çok Az**Çok Fazla*

Seri No.	Kriterler										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
51	Hastane kalite standartlarına uyarak olası sorunları önlemeye çalışır.										
52	Hastalar(müşteriler), tüm sağlık personeli yeni hizmet alanları, prosedür ve yöntem planlamasında katkı sağlarlar.										
53	Herhangi bir problem ortaya çıktığında problemin özüne inilir, analiz edilir ve probleme çözüm getirilir.										

Örgütsel Mükemmellik*Çok Az**Çok Fazla*

Seri No.	Kriterler										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54	Hastane hedeflerine ulaşmaktadır.										
55	Hastane uluslararası sağlık kalite standartlarına yanıt vermektedir.										
56	Hastane değişmekte olan sağlıktaki taleplere yanıt vermektedir.										
57	Hastane insana yatırım yapmaktadır.										
58	Hastane, hasta ve diğer paydaşlar arasında iyi bir imaja sahiptir.										
59	Hastane toplumun refahına katkı sağlamaktadır.										

EK 3: HASTA VE HASTA YAKINLARI ANKET SORULARI**Hastane Performans Ölçümü**

Skorkart Mükemmelliği**Çok Az****Çok Fazla**

Seri No.	Kriterler	→										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12	Hastane hastasına önem verir.											
13	Hastane hastasına güvenli ve konforlu bir hizmet sunar.											
14	Hastane hastasına kaliteli bir ekiple, kaliteli hizmet sunar.											
15	Hastane hastanın haklarını korur.											



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı ve Soyadı: Hilmi ATALIÇ

Doğum Yeri: Akşehir

Medeni Hali: Evli ve bir çocuk babası

Eğitim Durumu:

Lise Öğrenimi: Konya Atatürk Sağlık Meslek Lisesi

Lisans Öğrenimi: Orta Doğu Teknik Üniversitesi (ODTU), Fen Edebiyat Fakültesi,
Tarih

Yüksek Lisans Öğrenimi:

Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı
(Hastanelerde Sürdürülebilirlik ve ISO: 14001: Yönetici Tutumları Üzerine Bir
Araştırma)

İş Deneyimi:

1999 – 2016 İngilizce Dersi Öğretmeni

1986 – 1999 Sağlık Memurluğu

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar:

Herzberg's Motivation-Hygiene Theory Applied to High School Teachers in Turkey,
(Ortak çalışma), *European Journal of Multidisciplinary Studies*, Jan-Apr 2016, Vol.1
Nr. 4, 90-97

“Global Perspektifle Türkiye’de Medikal Turizm Yönetimi”(Ortak Çalışma), Mehmet
Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Yıl: 6 Sayı:11 2014 Güz (s.
73-81)

Davraz 2. Uluslar Arası Kongre Bildiri (Ortak Çalışma), “Green Management, Sustainable Development and EU, 14001”, Mayıs, 2014, Isparta

ICESoS’14 Kongre Bildiri (Ortak Çalışma), “Relations between Overall Diet Quality and Attitudes and Behaviors Regarding Sustainable Food Practices among High School Students, Nisan 2014, Bosna-Hersek

