

**MUĞLA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA
MEMNUNİYETİNİN İSTATİSTİKİ GÖSTERGELERLE
KARŞILAŞTIRILMASI (DENİZLİ İL MERKEZİ ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HATİCE HAYTA

PROF. DR. ERDOĞAN GAVCAR

**KASIM, 2008
MUĞLA**

**MUĞLA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA
MEMNUNİYETİNİN İSTATİSTİKİ GÖSTERGELERLE
KARŞILAŞTIRILMASI (DENİZLİ İL MERKEZİ ÖRNEĞİ)**

HATİCE HAYTA

**Sosyal Bilimler Enstitüsü'nce
“Yüksek Lisans”
Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.**

**Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 24.10.2008
Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 17.11.2008**

**Tez Danışmanı : Prof. Dr. Erdoğan Gavcar
Jüri Üyesi :
Jüri Üyesi :
Enstitü Müdürü :**

**KASIM, 2008
MUĞLA**

TUTANAK

Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün .../.../..... tarih ve sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 2514. maddesine göre, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Hatice HAYTA'ın "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Ve Hasta Memnuniyetinin İstatistiksel Göstergelerle Karşılaştırılması (Denizli İl Merkezi Örneği)" adlı tezini incelemiş ve aday 17/11/2008 tarihinde saat 10.00'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin kabul olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Tez Danışmanı
Prof.Dr. Erdoğan GAVCAR

Üye

Üye

Üye

YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum ‘‘Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Ve Hasta Memnuniyetinin İstatistiki Göstergelerle Karşılaştırılması (Denizli İl Merkezi Örneği)’’ adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin ‘‘Kaynakça’’ da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

...../...../.....

Hatice HAYTA

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

YAZARIN

Soyadı : HAYTA

Adı : Hatice

Kayıt No:

TEZİN ADI

Türkçe : Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Ve Hasta Memnuniyetinin İstatistikî Göstergelerle Karşılaştırılması (Denizli İl Merkezi Örneği)

Y. Dil : A Statistical Comparison Of Total Quality Management And Patient Satisfaction In Health Sector (An Example Of Central Province Of Denizli)

TEZİN TÜRÜ:

Yüksek Lisans

TEZİN KABUL EDİLDİĞİ

Üniversite : Muğla Üniversitesi

Fakülte : İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü

Diğer Kuruluşlar :

Tarih :

TEZ YAYINLANMIŞSA

Yayımlayan :

Basım Yeri :

Basım Tarihi :

ISBN :

TEZ YÖNETİCİSİNİN

Soyadı, Adı :GAVCAR, Erdoğan

Ünvanı : Prof. Dr.

TEZİN YAZILDIĞI DİL : Türkçe

TEZİN SAYFA SAYISI:

X (ÖN KISIM), 137 (TEZ)

TEZİN KONUSU (KONULARI) :

1. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Ve Hasta Memnuniyetinin İstatistikî Göstergelerle Karşılaştırılması (Denizli İl Merkezi Örneği)
2. Toplam Kalite Yönetimi
3. Hasta Memnuniyeti

TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELEER :

1. Kalite Yönetimi
2. Hasta Memnuniyeti
3. Sağlık Sektörü
4. Hizmet
5. Analiz

İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELEER:

1. Quality Management
2. Patient Satisfaction
3. Health Sector
4. Service
5. Analys

- 1- Tezinden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum
- 2- Tezinden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir
- 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezin tamamının fotokopisi alınabilir

Yazarın İmzası :

Tarih :/...../.....

GİRİŞ

Toplam Kalite Yönetimi (TKY), müşteri odaklı bir kalite anlayışını benimseyen, tepe yönetimin liderliğinde sürekli eğitim ve gelişmeyi hedefleyen, önlemeye yönelik denetime ağırlık veren, kurum içi korkuların ve rekabet anlayışının yerine sürece önem veren, dikey hiyerarşik kademeler yerine yatay örgütlenme modelini benimseyen ve her şeyden önemlisi özünde insan olan bir yönetim yaklaşımıdır.

Toplam Kalite Yönetimi' nin temel amacı; hizmet edenler ve hizmet alanların memnuniyetidir (Akalin, 2002:21). TKY, sadece özel sektör için değil aynı zamanda kamu sektörü içinde uygulanması gereken bir yönetim biçimidir. Çünkü artık toplumlar kamu kuruluşlarından da hak ettikleri nitelikte kaliteli hizmetler talep etmektedirler. Korkusuz (2005), yaptığı çalışmada TKY' nin kamu yönetiminde uygulanabilirliğini incelemiş, yöneticilerin vatandaşların isteklerine karşı duyarsız olması, personelin yönetimin kararlarına katılımındaki eksiklikleri, sonuçlara odaklılık gibi konuların uygulamada sorun olmasına rağmen, kalite bilincinin kurumda yerleşmiş olması, herkesin değişime açık ve iletişim içinde olması konularının TKY açısından olumlu zemin hazırladığını, uygulanabilirliğini belirtmiştir.

Yine Celal (2005), yaptığı çalışmada TKY uygulamalarının etkinliğini incelemiş ve TKY uygulamalarına geçen hastanelerin hasta memnuniyetinde daha iyi olduğunu fakat iyileştirmenin sürekli devam etmesi, askıya alınmaması gerektiğini belirtmiştir.

TKY uygulamaları ışığında ülkemiz hastanelerinde kalite iyileştirme faaliyetlerinin ilk adımı, toplam kalite yönetimi felsefesinin benimsenmesi ve bunun sonucunda müşterinin (iç-dış) tatmin olacağına inanılması olmalıdır. İtici gücü olmayan, rekabet nendi bulunmayan hastaneler ve hekimlerle yapılacak kalite iyileştirme çabaları kağıt üzerinde de kalabilir. Bu nedenle rekabetçi bir ortamın sağlandığı ve hastanelerin profesyonelce yönetildiği ortamlarda çağdaş anlamda kalite uygulamaları çok daha kolay olacaktır (Celal, 2005:234).

BİRİNCİ BÖLÜM

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ İLE İLGİLİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Kalitenin Tanımı

Kalite kavramı her sektörde, yönetim seviyesinde ve işlevinde çok sık kullanıldığı için sadece aşinalık yüzünden herkes tarafından bilindiği zannedilen toplumda da sürekli duyulan ve kullanılan bir kavramdır. Fakat bu kavramın günümüzde taşıdığı önemi çok az kişi veya kurum gerçek manasıyla kullanmaktadır. Yaygın olarak kullanılmasına rağmen kalite açık ve net bir tanımlama yapılamayan haliyle karşımıza çıkmaktadır. Bunun nedeni hizmet ve üretim gibi farklı sektörlerde farklı tanımlamaların ve algılamaların olmasıdır. Kalite kavramı insanların ve sistemlerin hata yapmaları sonucu mükemmelere ulaşma amacından ortaya çıkmıştır. Latince “Qualis” sözcüğünden türemiştir. Kalitenin tek ve ortak bir tanımını bulmak zordur (Pırnar, 2007: 38-39). Kalite ve kalite kontrolü alanındaki bilimsel gelişmelerde öncü pozisyondaki bilim adamları ve konuyla ilgili türlü ulusal ve uluslararası standardizasyon örgütlerine göre kalite az çok farklı şekillerde tanımlanmaktadır (Mucuk, 2000:191).

Kalitenin yaygın bilinen tanımlarından birisi, standartlara uygunluk veya şartnameye uygunluktur. Bu tanıma göre, tasarım şartlarına istikrarlı biçimde uyan ürün, yüksek kaliteli ürün olarak kabul edilmektedir. Kalitenin tanımını yaparken müşteriyi referans olarak almak gerekir. Bugün kalite; müşteri isteklerini önceden tahmin ederek, müşteri beklentilerinin ötesine geçmek, ürünün doğal yaşamı boyunca müşteriyi memnun etmek olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde geçerli olan bu tanımdaki en önemli farklılık; müşterinin yalnızca bugünkü ihtiyaçlarının karşılanması değil, ilerideki ihtiyaçlarının da karşılanmasının hedeflenmesidir (Yamak, 1998: 85).

Avrupa Kalite Organizasyonu (EOQ) kaliteyi ‘bir mal ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesi ’ olarak tanımlamıştır. Amerikan Kalite Kontrol Derneği’ ne (ASQC) göre kalite; ‘bir mal ya da hizmetin, belirli bir gerekliliği karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümü’ anlamında kullanılmaktadır (Bozkurt, 1995: 34). TSE (Türk Standartlar Enstitüsü) ise kaliteyi

“bir ürünün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamı” olarak tanımlar. ISO (Uluslar arası Standardizasyon Organizasyonu)’ya göre kalite, “bir ürün ya da hizmetin belirlenen ya da olabilecek gereksinimleri karşılama becerisine dayanan özelliklerin toplamı olarak tanımlanır (Muluk ve diğerleri, 2000: 5).

Günümüzde kısaca ‘amaca uygunluk derecesi’ olarak da tanımlanan kalite, önceleri ‘standartlara uygunluk’ şeklinde ifade edilmekteydi. Ancak, tüketici istek ve beklentilerinin zamanla değişiklik göstermesi üzerine kalite, “kullanmaya uygunluk” olarak algılanmaya başlanmıştır. Bu tanım ışığı altında kaliteyi, şirketler için bir ürünün performansı, nitelikleri, güvenilirliği, standartlara uygunluğu, dayanıklılığı, estetiği ve algılanabilirliği itibarıyla birçok boyutu olan önemli bir stratejik silah olarak görmek mümkündür.

Çünkü kalite, bir yandan verimlilik, maliyet, diğer yandan yöneticiler dahil tüm elemanların nitelik veya uzlaşma derecesi gibi işletme içi birçok kriterde belirleyici rol oynarken, sağlık, eğitim, kültür ve ahlaki normlara katkısıyla da tüm toplum için vazgeçilmez bir öge olmuştur.

Kalite; müşterinin şimdiki ve gelecekteki isteklerinin karşılanmasıdır (DEMİNG). Kalite; ürün veya hizmeti ekonomik yoldan üreten ve müşterilerin isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir (Japon Sanayi Standartları Komitesi-JIS).

Kalitenin neden, süreç veya sonuçlarına göre de literatürde tanımlar bulunmaktadır (Pınar, 2007: 40):

- Kalite mükemmellik değildir, kalite gereksinimlere uygunluktur.
- Kalite önlemdir; sorunlar ortaya çıkmadan önce çözümlerini oluşturur, ürün ve hizmetlerin yapısına kusursuzluk katar.
- Kalite müşterilerin tatminidir; ürün ve hizmetin ne kadar iyi olduğu konusundaki son kararın verdiği memnunluktur.
- Kalite verimliliklidir; işleri yapabilmek için gerekli eğitimden geçen, gereksinim duyduğu araç, gereç ve talimatlarla desteklenen personel ile elde edilir.

- Kalite esnekliktir; talepleri karşılamak için değişmeyi göze almak ve bu konuda istekli olmaktır.

Kalite kavramı, uzun yıllar önce başlatılan ve günümüze kadar gelen süreç içinde çeşitli değişimlere uğramış ve bütünsel kalite yönetimi felsefesinin öncülüğünde çağdaş yerini bulmuş ve sonsuza kadar güncelliğini koruyacak olan süreç içerisinde yeni tanımlamalarını bulmaya devam edecektir (Naktiyok ve Küçük, 2003: 45).

1.1.1. Kalite Kavramının Gelişimi

Kalite günümüzde öncelikli bir rekabet aracı olup, hem mal hem de hizmet üreten kuruluşlar için stratejik önem taşımaktadır. Hizmet kalitesi de son yılların en çok ilgi gören konuları arasında yer almaktadır.

Kalite kavramının ilk kez ne zaman bilinçli ve koordineli bir şekilde uygulamaya başlandığı kesin olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte, arkeolojik araştırmalar ve eski yapıların kalıntıları göstermektedir ki Mısır piramitlerinin yapılışına kadar, kalite kontrolüne ait bilinçli çabalar ortaya çıkmıştır. Piramitlerin mükemmelliği, klasik Yunan eserlerinin kusursuzluğu ve Roma yapılarının dayanıklılığı, kalitenin kontrol edilmesi için bilinçli bir çaba harcandığını doğrulamaktadır (Gencel, 2001:171).

Kalite çalışmaları yeni başlamış bir süreç değildir. Kalite kavramının gelişimini incelemek için sanayi öncesi ve sanayi sonrası şeklinde bir ayırım yapılabilir. Sanayi devrimi öncesi kalite ile ilgili ilk kayıtlar M.Ö. 2150 yılına kadar rastlanmaktadır. Örneğin ünlü Hammurabi kanunlarında işini iyi yapmayı, inşa ettiği evlerin göçerek ölümüne sebep olan inşaat ustalarının cezası ölümdü. Sürekli üretimin olmadığı ve sipariş üzerine alışverişin yapıldığı dönemlerde kalite malı üreten usta ile faydalanan müşteri arasında yüz yüze ilişkiler şeklinde ortaya çıkardı (Gençyılmaz ve Zaim, 1999: 10-12). Orta çağda ve 1800'lere kadar, hizmet ve malların üretimi esas olarak ayrı ayrı bireylerle veya en fazla birkaç kişilik gruplarla sınırlıydı.

Osmanlı imparatorluğu döneminde kalite uygulamaları Ahilik teşkilatı ve loncalarda aldığı malda sorun yaşayan kişi esnafın bağlı olduğu örgüte başvurarak yaptırım uygulatarak kalitesizliğini giderme hakkına sahipti.

13.yüzyılda ıraklık ve esnaf odaları geliştirilmişti. Ustalar, hem eğitici hem de muayene elemanlarıydılar. Ustalar, kaliteli iş yapmaları için başkalarını eğitmekteydiler. (Bozkurt, 1994b:115) 19.yüzyıla gelindiğinde birçok bilim adamı bu konuyla ilgilenmeye başlamıştır. Yüzyılın ilk yarısında genellikle üzerinde durulan konu, üretim süreçlerini kontrol altına almak olmuştur. Bu çabalar, süreçleri düzeltmekten çok, onun iyi işleyip işlemediği, başka bir değişle, ne kadar hatalı çıktı ürettiği ile ilgili olmuştur (Yamak, 1998: 87).

Modern endüstriyel sistemin doğmasıyla birlikte Taylor' ın, iş planlamasını işçilerin ve nezaretçilerin elinden alıp, endüstri mühendisliğine vererek bilimsel yönetimin öncülüğünü yaptığı görülmektedir. Taylor sisteminin özü, bütün işlemlerin herhangi bir beceri gerektirmeyecek şekilde basit ve kk parçalara bölünmesi ve standardize edilmesi durumunda, kısa süreli eğitimden geçirilmiş yarı vasıflı bireylerin, yüksek düzeyde beceri gerektiren işi bile mkemmел bir şekilde yapabileceğine dayanmaktaydı. Başlangıçta Taylorizm'le birlikte verimlilik artışları görülmüştür. Fakat Taylorizm, verimlilikle birlikte birçok sorunu beraberinde getirmiştir. Özellikle bireyle ilgili olan sorunlar hep göz ardı edilmiştir (Kuş, 1999: 19). Işçi makine gibi görülmüştür (Tokathloğlu, 2005). Seri retim monotonluğu işçilerin yeteneklerinin körelmesine neden oldu ve onların kalite üzerindeki etkinliklerini ortadan kaldırdı (Gençyılmaz ve Zaim, 1999: 10-12).

1920'li yıllarda ilk kez süreçlerde kontrol şemaları kullanılmaya başlanmıştır. 1924'te Dr.Shewhart tarafından geliştirilen bu şemalar sayesinde, bir sürecin ne kalitede çıktı ürettiği, ne denli güvenilir olduğu ve kontrol altında olup olmadığı anlaşılabilir hale gelmiştir. Buna karşın, çıktıların değil, bizzat sürecin kendisinin önemli olduğu, ancak; 1950'lerden sonra A.B.D.'li kalite uzmanı William Edwards Deming tarafından öne sürülmüş ve bu görüş sonraki yıllarda yaygınlık kazanarak benimsenmiştir.

Deming'in sürecin önemi konusundaki çeşitli görüşleri şu cümlelerde özetlenmiştir:

'Kaliteyi süreçte oluştur. Kalite sürecin içindedir. Kalite sürece sonradan eklenemez.'. 'Kalite kontrol edilemez, kalite kontrolde yalnızca hatalı olanları

ayıklarsınız, kaliteyi ürünün içine koyamazsanız, çünkü kalite süreçte ya vardır ya yoktur' (Yamak,1998:88).

2.Dünya savaşı sona erdiğinde kalite kontrolüne olan ilgi azalmaya başlamıştır (Bozkurt, 1994b: 115).

Tüketici ve müşteri odaklılığını üzerinde barındıran pazarlama anlayışının işletmenin bütünü tarafından özümsemesini sağlamak ve diğer taraftan, uygulamaların denetimini de belirli kriterlere bağlamak amacıyla 50'li ve 60'lı yıllarda Philip Crosby, Edward Demings, Arnod Feigenbaum, Joseph Juran, Kaoru İshikawa ve Genichi Taguchi başta olmak üzere çeşitli kişilerce yapılan çalışma ve ortaya atılan fikirler küreselleşme olarak tarif edilen sürecin ortaya çıkmasıyla birlikte kalite konusunu tüm işletme faaliyetlerine yön veren bir temel kavram haline gelmesine yardımcı olmuştur (Bumin ve Erkutlu, 2002: 83). 70'li yıllarda ve 80'li yılların başında, Japon işletmelerindeki uygulamaların yansıması sonucunda daha ucuz ve üstün kaliteli ürün elde etmenin yöntemleri yayılmaya başladı.

1956 yılında Arnold Feigenbaum, toplam kalite kavramın ortaya atmıştır. Onun düşüncesine göre, yalnızca imalat bölümünün kalite ile ilgilenmesi halinde, şirketlerin yüksek kalitede ürünler yapmasının bir hayal olacağını, bunun yerine pazarlama, mühendislik, satın alma ve üretim bölümlerinin bir araya gelerek kuracakları disiplinler arası ekiplerle ancak bu işi çözebileceklerini ileri sürmüş ve bu görüşe uygun olarak kalite kontrolün yalnızca bir bölümün işi olmadığını, her bölümün kalite kontrol işine az veya çok bir katkısının olması gerektiğini belirtmiştir. Bu maksatla, her bölüme kurmay nitelikte kalite kontrol uzmanları koymayı önermiştir (Yamak, 1998 :89).

Bu görüşler sonraki yıllarda Japonya'da daha ileri götürülmüştür. Ünlü bilim adamı İshikawa'ya göre (1962); 'kalite herkesin işidir ve kurumda tasarımdan satışa ve satış sonrası hizmete kadar bütün bölümlerde daha iyi kalite elde edilmesi için çaba göstermelidir (İshikawa, 1997: 89).

Kalite kavramının uzun bir geçmişe sahip olduğu anlaşılmaktadır. Ancak modern anlamda kalitenin Taylor ile başladığı, ondan sonra çok değişik anlamlar

kazanmış ve günümüzde müşteri memnuniyetine kadar ulaşmış olduğu görülmektedir (Takan, 2000 :2).

1.1.2. Kalitenin Boyutları

Aslında kalite mutlak anlamda ‘en iyi’ demek değildir. Kalitenin farklı biçimlerde tanımlanmasının nedenlerinden biri de kavramın çok boyutlu olmasından kaynaklanmaktadır. Kalitenin çok boyutlu olması, onu bir bileşim olarak ortaya çıkarmaktadır. 1984 yılında D.Garvin, kalitenin sekiz boyutunu aşağıdaki gibi tanımlamıştır (Bozkurt, 1994b: 108, Akat, 1999: 387).

- i. *Performans*: Üründe bulunan birincil özellikler
- ii. *Diğer Unsurlar*: Ürünün çekiciliğini sağlayan ikincil karakteristikler
- iii. *Uygunluk*: Spesifikasyonlara, belgelere ve standartlara uygunluk
- iv. *Güvenirlilik*: Ürünün kullanım ömrü içinde performans özelliklerinin sürekliliği
- v. *Dayanıklılık*: Ürünün kullanılabilirlik özelliği
- vi. *Hizmet Görürlük*: Ürüne ilişkin sorun ve şikayetlerin kolay çözülebilirliği
- vii. *Estetik*: Ürünün albenisi ve duylara seslenebilme yeteneği
- viii. *İtibar*: Ürünün yada diğer üretim kalemlerinin geçmiş performansı.

Bu özellikleri taşıyan ürün kaliteli ürün anlamına gelmektedir.

1.1.3. Kalite Tipleri

Kaliteye ilişkin literatür incelendiğinde genişletilmiş süreçte kaliteyi iyileştirmek arzusunda olan yöneticilerin, kalitenin üç tipini göz önüne almaları gerektiği anlaşılmaktadır.

i. Tasarım Kalitesi: Ürünün veya hizmetin kendisinden beklenen fonksiyonları yerine getirebilmesi için ne gibi parçalardan oluşacağını ve bunların spesifikasyonlarının belirlenmesidir (Burnak ve Çelik, 1992:54).Tasarım kalitesi, müşteri araştırmaları ve hizmet/satış ziyaretleri ile başlar ve müşteriyi tatmin edecek bir ürün/hizmet kavramının belirlenmesi ile sürdürülmektedir. Daha sonra ürün/hizmet kavramı için spesifikasyonlar yaratılmaktadır (Bozkurt, 1994b: 110).

Yani tasarım kalitesi, tercih edilen özelliklerin ürün tasarımında yer almasıdır. Tasarım boyutu; zevke, ihtiyaca ya da tercihe bağlıdır (Kuş, 1999:5). Herhangi bir

ürün veya hizmetin istenen özelliklere uygunluğu tasarım kalitesini belirler (Kavrakoğlu, 1993:12).

ii. Uygunluk Kalitesi: Tasarım aşamasında belirlenen özelliklerin, üretim aşamasında ürüne kazandırılma derecesine uygunluk kalitesi denilmektedir (Özkan, 2001: 7). Başka bir deyişle uygunluk kalitesi; bir firma veya tedarikçilerin müşteri ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli olan tasarım özelliklerini karşılama ölçüsüdür (Bozkurt, 1994:108). Uygunluk kalitesi ölçülebilir bir karakteristiktir, nitekim kalite çalışmaları da daha çok uygunluk kalitesi üzerinde olmaktadır (Kuş, 1999:5).

iii. Performans Kalitesi: Kurumun ürünlerinin ya da hizmetlerinin pazardaki performans düzeylerinin müşteri araştırmaları ile belirlenmesidir. Bu belirleme çalışmaları satış sonrası hizmet, bakım, güvenilirlik ve lojistik destek analizi ile müşterilerini firmanın ürününü satın almaktan neden vazgeçtiklerinin araştırılmasını içermektedir. Burnak ve Çelik'e göre (1992:55), performans kalitesinin, tasarım ve uygunluk kalitesinin bir sonucu olduğu ifade edilebilir. Performans, kurumun pazar payını ve ürün/hizmetin başarısını belirlemektedir.

Performans başarısının sağlanması için bir kuruluşun birlikte yani aynı yöne hareket eden kişileri bünyesinde toplaması gerekmektedir. Aksi durumda, çalışanlar aynı amaç doğrultusunda hareket etmedikçe bunu başarmak imkansızlaşacaktır. 'Toplam kalitenin en büyük avantajı da aynı yönde hareket eden insanları bir araya getirebilmesidir'

Bir kurumda amaç birliği sağlamak için kalite politikalarının saptanması gerekmektedir. Politikalar, yönetim önlemlerinin kılavuzlarıdır. Bir defa formüle edilip organizasyonun en üst seviyesi tarafından onaylandıktan sonra kurumda amaç birliği sağlamak için önemli bir adım atılmış olacaktır (Dinçer, 2005: 21).

1.2. Toplam Kalitenin Tarihsel Gelişimi

1.2.1. Kalite Kontrol Kavramı

Kalite kontrolü, kuruluşun kalite hedeflerine erişmesi için yürütülmesi gereken fonksiyonlar ve faaliyetlerin tümüdür (Zaludova, 1972:317). Kalite kontrol, müşteri ihtiyacının en ekonomik bir biçimde karşılanması için, ürün kalitesinin

sürekliliğini ve gelişmesini sağlamak amacıyla yapılan muayene ve analiz sistemi olarak ta tanımlanabilir.

Japon kalite uzmanı İshikawa'ya göre kalite kontrol, 'en ekonomik, en kullanışlı ve tüketiciyi her zaman memnun eden kaliteli bir ürünü geliştirmek, tasarlamak, üretmek ve bakımını yapmaktır (Ishikawa, 1997:46).

Ekin' e göre kalite kontrol bir yapım süreci sırasında, son ürünü etkileyecek olan değişkenlerin sistematik bir kontrolüdür (1973: 1106). Türk Standartları Enstitüsü ise kalite kontrolü, kalite isteklerini sağlamak için kullanılan uygulama teknikleri ve faaliyetleri olarak tanımlamaktadır (Burnak ve Çelik, 1992).

Başarılı bir kalite kontrolü sistemi ancak yönetim düzeyinin teşvikiyle yürütülebilir. Bu yüzden ilk önce, en üst kademedeki yöneticilerin kalite kontrolünün potansiyel değerine inanması gerekmektedir (Ekin, 1973: 1113).

Hizmet sektöründe kalite kontrol, düzeylerin aşağıya, en düşük bir değere doğru yönlendirilmesidir. Yönetimin sorumluluğu, bu hedefler doğrultusunda çalışmak için gerekli olan teknik yeterliliği sağlamaktır. Kalite kontrolü lokal kalite iyileştirme ekipleri ya da kalite çemberleri ile görevi iki ya da daha çok bölümü ilgilendiren sorunları çözmek olan bölümler arası kalite iyileştirme ekiplerinin her ikisinin de amacı ve hedefi olacaktır (Gökmen, 2001:7).

Kalite kontrolün tarihi gelişimine bakmak gerekirse, insana seçenekler sunulduğundan beri kalite kontrolü de var olmuştur. İlk olarak ziraatla uğraşan topluluklarda gözle muayene ve iyi olanı seçip alma şeklinde bizzat tüketiciler tarafından yapılmıştır. Daha sonra Lonca'lar kaliteyle ilgili standartlar oluşturmuşlar ve mensuplarının bunlara uymasını sağlamak için cezai ve özendirici tedbirler getirmişlerdir. Kaliteyle ilgili kavramların gelişmesi, üretim miktarının artmasıyla özellikle sanayi devriminden sonra olmuştur. Taylor sistemlerinin gelişmesiyle birlikte ayrı bir kalite kontrol birimi kurulmuş, tepe yönetim kaliteden kopmaya başlamıştır (Yetiş, 1993: 27). Bu dönemde kalitesizliğin kaynağını tespit etme yerine, üretimi yapıp sonunda kaliteli ve kalitesiz malı birbirinden ayırma işlemleri yapılmış, böylece maliyetlerde giderek artmıştır. Bu uygulama ile kalitesizlik önceden kabullenilmekte ve kalite kontrolün verimliliğinin artırılması ve maliyetleri aşağı

çekilmesine ilişkin yapacağı katkıları da göz ardı edilmekteydi. 2.Dünya savaşıdan sonra ise istatistiki kalite kontrol yöntemlerine ağırlık verilmiştir (Acar, 1993:85). İstatistiki kalite kontrol yöntemleriyle hatalar tespit edilmeye çalışılmıştır. Ama hataların tespiti onun bir daha olmayacağını garantilememektedir. Toplam kalite yönetiminde hatanın tekrarlanmamasını sağlayacak tedbirlerin sisteme kazandırılması esastır. Oysa hizmetin veya ürünün her aşamasında kaliteyi düşünürseniz eğer, kaliteli mal yada hizmet oluşur. Bu yüzden kalite güvencesi yaklaşımı, ürünün yada hizmetin tasarımından sunumuna ve sonraki aşamalara kadar kalitenin belirlenmesi açısından kalite kontrol kavramının yerini almaya başlamıştır.

1.2.2. Toplam Kalite Kontrol

Toplam kalite kontrol kavramı Dr. Armand V. Feigenbaum tarafından ortaya atıldı. Dr. Feigenbaum 1950'li yıllarda New York'taki General Electric kurmay merkezinde kalite kontrolden sorumlu firma yöneticisi ve ayrıca firma çapında imalat işleri ve kalite kontrol yöneticisi olarak hizmet vermiştir. Toplam kalite kontrolle ilgili makalesi "Industrial Quality Control"ün Mayıs 1957 sayısında yayımlandı. Feigenbaum, bir kurumun bütün bölümlerinin kalite kontrol fonksiyonuna katılımını toplam kalite kontrol olarak tanımlamış ve bu tanımında toplam kalitenin iyileştirilmesinde esas görevi kalite kontrol uzmanlarına vermiştir. Ancak Japon'ların kurum genelinde kalite kontrol olarak tanımladıkları yeni yaklaşımdan farklı olan yanı Japon uygulamasında kalite kontrol fonksiyonu organizasyonun her kademesinde ve tüm bölümlerinde çalışan herkesin ortak sorumluluğu olarak belirlenmesidir (Acar, 1993: 99-100).

Toplam kalite kontrol; bir kurumda planlama safhalarından satış veya hizmet sonrasına kadar bütün plan, karar ve faaliyetlerin, hedeflenmiş bir kalite düzeyine ulaşmak için belirlenmiş bir kalite stratejisine uygun olarak gerçekleştirilmesi, bu amaçla bütün proseslerin kontrol altında tutulması, gerekli ve yeterli bilgi akışının sağlanması ve bütün bunlara yönetimin bilinçli katılımının bulunması şeklinde özetlenebilir (Çavuşoğlu, 1990: 183). Toplam kalite kontrolü (TKK), uygulamayan bir kuruluşta kaliteyi yükseltmek mutlaka maliyeti artırmakta, buda rekabet gücünü azaltmaktadır. TKK' nün kaliteyi yükseltirken maliyeti düşürmesinin nedeni, tüm faaliyetlerde kaliteyi yükseltmeyi hedeflemesi ve böylece her aşamada oluşması söz

konusu hataları önlemesidir. Hataların önlenmesiyle kayıplar azalmakta, zaman kayıpları ortadan kalkmaktadır. Bütün bunların sonucu da maliyetler düşmekte ve müşterilerin beklentileri tam olarak karşılanmaktadır (Kavrakoğlu, 1990: 108).

1.3. Toplam Kalite Yönetimi

Bugün için literatürde ‘Toplam Kalite’, ‘Toplam Kalite Yönetimi (TKY)’, ‘Toplam Kalite Kontrol’ kavramlarının çoğunlukla eş anlamlı olarak kullanıldığını söyleyebiliriz. Kalite ile ilgilenen yazar ve bilim adamları TKY’nin tanımı üzerine de tam bir fikir birliğine varmış değillerdir. TKY geniş anlamda şu şekilde tarif edilmektedir:

‘Toplam Kalite Yönetimi; tüm proseslerin, ürünlerin ve hizmetlerin tam katılım yoluyla geliştirilmesi, iç ve dış müşteri tatmininin artırılması ve müşteri bağlılığının yaratılmasının sağlanması amacıyla işletme de alınan sonuçların iyileştirilmesine dayanan, müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutan ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında ürün ve hizmet bünyesinde oluşturan modern yönetim biçimidir (Peker, 1996: 45).

Japon kalite uzmanlarından Masaaki Imai; TKY kavramını şu şekilde tanımlamaktadır: Toplam Kalite Yönetimi, her kuruluşta , her düzeyde performansın iyileştirilmesine yönelik, tamamıyla entegre olmuş çabalarla, yöneticiden işçiye kadar herkesi kapsayan düzenli sürekli iyileştirme faaliyetleridir (İmai, 1997:12).

TKY, uzun vadeli hedeflerle tüketici tatmini sağlamayı, çalışanlar ve toplum için faydalar elde etmeyi amaçlayan, kaliteye odaklanmış ve tüm çalışanların katılımı temeline dayanan bir işletme yönetimi modelidir. Buna benzer başka bir tanımlamada TKY, ortak hedefi paylaşarak ekip halindeki çalışmayı, müşterilere en üstün değerleri yaratmayı, değişikliği desteklemeyi, yaratıcılığı ödüllendirmeyi ilke edinerek, gücünü insanlardan alan ve mükemmelliğin sağlanmasında tüm çalışanların sorumluluğu olduğunu savunan bir yönetim felsefesi olarak düşünülmektedir. İki tanımda da ortak nokta TKY’nin hedefinin örgütteki herkesin aktif katılımı ile müşterilerin tatminini sağlamak ve sonuçta da karlılığa ulaşmaktır (Çoban, 2004: 86-87).

TKY’nin yapısı dikkate alınarak ayrıntılı bir tanımlama şu şekilde yapılabilir: “TKY, müşteri ihtiyaç, istek ve beklentilerinin karşılanması ve iş sonuçlarında

mükemmelliğe ulaşılabilmesi için tüm süreçlerde kusursuzluğun, sıfır hata prensibine dayalı olarak sürekli kılınmasını ve bu sürekliliğin işletmenin bütün iç ve dış çevresinin katılımı ile hayata geçirilmesini hedefleyen; yönetsel ve organizasyonel yapıda insan unsurunu sürekli eğitim ve grup çalışmasıyla ön plana çıkararak; sürekli gelişme ilkesiyle işletmenin rekabet gücünü artırmayı amaçlayan; tüm bunların da ancak en üst düzeyde sorumluluk bilincine sahip bir liderlik anlayışıyla gerçekleştirilebileceğini savunan çağdaş bir yönetim anlayışıdır (Çoban, 2004: 86-87).

Bu yönetimde üç unsur bulunmaktadır. Birincisi, mantıksal bir düşünce biçimi geliştirmektir. İkinci unsur, kaliteyi geliştirmek için çalışanlarda motivasyon yaratmaktır. Üçüncü unsur ise, bir kurum kültürü yaratmaktır (Köseoğlu, Harrison ve Link, 1994: 21).

TKY felsefesinin dünya çapında tanınip yaygınlaşmasını sağlayan Deming, Juran, Crosby ve Ishikawa, sistemin şu özelliklere sahip olması gerektiğini savunmaktadırlar;

- Sistem uygulanabilecek kadar basit
- Herkesin katılımına ihtiyaç olduğunu kabul edecek kadar gerçekçi
- Değişim taleplerinin farkına varabilecek kadar hassas
- Tüm çalışanları motive edebilecek kadar ilginç
- Kazançları tanımlayabilecek ve yeni kazançları belirleyebilecek kadar güçlü
- Eski geleneklerin yerini alabilecek kadar ileriye yönelik olmalıdır (Gökmen, 2001: 9).

TKY, bir kurumda en uygun kalite maliyeti ile müşterilere en üst düzeyde kalite güvencesi verebilmek için tüm iş süreçlerinin bu hedeflere uyumlu çalışmasının sağlanmasını ve kuruluşun tüm üyelerinin, sorumluluğu üst yönetime ait olan kalite yönetimine katılımını gerektirmektedir (Peşkircioğlu, 1994: 104).

TKY' tanımı ve uygulamaları kişilere ve kuruluşlara göre farklılıklar gösterirken anahtar sözcükleri hakkında ise genel bir uzlaşma bulunmaktadır. Bu özellikler aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir:

TKY, müşteri yönelimine ve müşteri ihtiyaçlarını karşılama ve tatmin etmeye dayanmaktadır. Herhangi bir proses için ‘müşteri kimdir’ ve ‘örgütten müşterilerin ihtiyaçları ve beklentileri nelerdir?’ sorularını tanımlamak gerekir.

TKY, bir örgütün uzun dönemli taahhüdünü gerektirir.

TKY, yönetim hamlesidir.

TKY, insanlar üzerinde odaklanır ve amacı kaliteye dayalı bir kültür üretmektir.

TKY, bir örgütteki insanların genel bir amaca doğru motivasyonuna ihtiyaç gösterir.

TKY, grup çalışması odaklıdır.

Müşteri tatminini artırmada sürekli gelişme gereklidir, buna da müşterilerin ihtiyaçlarını ve makul beklentilerini anlayarak erişilir (Gencel, 2001:170).

TKY ,kısaca mal ve hizmet üretiminde kaliteyi hedefleyen bir yönetim yaklaşımıdır.

Toplam Kalite Yönetimi ve geleneksel yönetim anlayışı arasındaki farklılıklar Tablo-1.3.1 de görülmektedir.

Tablo- 1.3.1. Toplam Kalite Yönetimi ile Geleneksel Yönetimin Karşılaştırılması

	Geleneksel Yönetim	Toplam Kalite Yönetimi
Örgütsel yapı	Hiyerarşik ve katıdır	Esnek ve düzdür
Değişime bakış	Statükocu	Sürekli gelişme
İşgörene göre üst	Patron veya polis	Kolaylaştırıcı, öğretici, yönetici bir liderdir
Alt-üst ilişkisi	Bağımlı, kontrol ve korkuya dayalı	Karşılıklı bağımlılık, güven ve anlayış
İşgören çabaları	Bireyseldir ve birbirlerinin rakibidirler	Takım halinde çalışan arkadaşlıklar
İşgücü yetiştirme	İşgücü ve yetiştirme maliyettir	İşgücü varlıktır ve yetiştirme de bir yatırımdır
Kaliteye ilgili karar	Yönetim kaliteye karar verir	Kalite müşteriye sorulur
Temel karar	Yöneticilerin deneyimlerine dayanılır	Gerçeklere, sağlam bilgiye ve sisteme dayalı

Kaynak: Muhsin HALİS, **Toplam Kalite Yönetimi**, Beta Basım A.Ş., İstanbul, 2000, s.80

TKY, müşteriye isteklerinin sürekli gerçekleştirilmesini hedefleyen ‘müşteriye memnun et ki, kurum yaşasın’ temeli üzerine kurulu müşteri odaklı bir yönetim anlayışıdır (Bumin ve Erkutlu, 2002: 89).

Toplam Kalite Yönetimi mükemmeliği yani sıfır hata düzeyinde bir ideali hedefleyen bir yönetim felsefesidir. Bu hedefin ulaşılamazlığı, TKY’nin sürekli gelişmeyi sağlayan sonsuz bir yolculuk olmasının nedenidir (Argüden, 2006: 1). TKY’nin en önemli özelliği ise kaliteli ürün ve hizmet sağlanmasını sadece birkaç kişinin omuzlarına bırakmayıp sistemdeki herkesle paylaşmaktır (Boz, 2007:102).

Bu arada kalitenin içeriğinde ön planda, 1960’lı yıllarda üretimde kalite gelirken, günümüze kadar uzanan dönemde yaklaşık her 10 yılda bir bu öncelik 70’li yıllarda maliyet, 80’li yıllarda ürün kalitesi, 90’lı yıllarda hızlı üretmek olmuş ve günümüzde iyi hizmet verme kavramına ulaşmıştır. Her kavramın bir öncekini kapsadığı düşünülürse, kalite kavramının gelişimi genişleyerek devam etmektedir. Kaliteyi sürekli geliştirmeye yönelik faaliyetlerin, belirlenen amaçları

gerçekleştirmede etkili olduğunun saptanması ve süreçlerle yönetimin 1980'lerin sonu 1990'lı yılların başlarında gündeme gelmesiyle dünyada 'Toplam Kalite Yönetimi' telaffuz edilmeye başlanmıştır (<http://www.akdeniz.edu.trtkyyonetim>).

TKY' nin başlıca özelliği, klasik yaklaşımda olduğu gibi sadece bir bölümün değil, kurumun bütün bölümlerinin, bütün elemanların görevinin olduğudur. Bu tepe yöneticilerinden aşağıya doğru kurumun tüm elemanlarını, müşterileri ve tedarikçileri içeren entegre bir süreçtir (Sorgun, 1993:11).

TKY, yapılan işin her müdahalesinde kalitenin artırılmasını hedef almaktadır. Bu sistemin tüm alanları için geçerlidir (Aydın, 1999: 15). Böylece kalite yönetimi, kaliteye ulaşmada her aşamada etkin olunmasının sağlayarak kurumun güvenilir hizmet yönünden bir itibar duygusu geliştirmesini ve maliyetlerde tasarrufu sağlamayı olanaklı kılmaktadır (Ekin, 1972: 60).

1.3.1. Toplam Kalite Yönetiminde Temel Kavramlar

Toplam Kalite Yönetimi, pek çok kavramla bağlantılıdır. Bu nedenle TKY'nin anlaşılabilmesi için bazı kavramların açıklanması gerekmektedir.

1.3.1.1. Vizyon

Uzun vadede ulaşılmak istenen yer ve durumu, ilerlenecek yönü gösterir. Örgüte ilişkin düşlenen bir geleceği tasarlayabilme, geliştirebilme ve paylaşabilmedir. Gerçekleri, rüyaları, fırsatları kurgulayarak gelecek yaratabilmek, riske girmektir (Tokathoğlu, 2005: 19). Tepe yönetimi organizasyona yön verirken ortak bir bakış açısını tüm örgüt üyelerine kazandırmaya çalışmalıdır. İleriye ve geleceğe dönük olarak işletmedeki herkese ortak bir bakış açısı kazandıracak ve onlarca çok özel bir görev olarak kabul edilecek, aynı zamanda benzerleri içinde işletmeyi farklı kılacak bir vizyon ve misyon sağlanmalıdır (Gencel, 2001: 180).

1.3.1.2. Misyon

Örgütün var oluş amacı.

1.3.1.3. Hedefler

Amacımıza ulaşmak için yapmak istediğimiz ölçülebilir faaliyetler.

1.3.1.4. Sıfır Hata

Tanımlanan hatanın kaynağının bulunup, bertaraf edilerek bir daha aynı hatanın olmamasını sağlamaktır ve 'işi ilik seferde doğru olarak yapma' düşüncesine dayanır (Gökmen, 2001: 9). Klasik yönetim anlayışı, üretim sonrası hatalı ürünlerin ayıklanması şeklinde uygulanmaktadır. Ancak bu durumda hatalı ürün ya da hizmetler doğrudan maliyetlere yansımaktadır. Ayrıca müşterinin isteklerini karşılamamakta ve güven duygusunu zedelemektedir. Dolayısıyla klasik yönetim, kabul edilebilir hata düzeyini hedeflerken, TKY ise sıfır hatayı hedeflemektedir. Çünkü kalite yönetim sisteminde, tasarım aşamasından başlayarak satış sonrası hizmetlere kadar tüm aşamalarda gerekli teknik ve örgütsel önlemlerle planlı ve sistematik bir yapı amaçlanmaktadır (Peker, 1993: 48).

Sıfır hata faaliyetleri üç sınıfta toplanabilir:

1. Güvence Sıfır Hata Faaliyetleri; Hatasız ürün veya hizmet üretebilmek için hataların oluşmasına fırsat vermeyen sistemlerin kurulmuş olması.
2. Önleme Sıfır Hata Faaliyetleri; Karşılaşılan hataların tekrarlanmasını önlemeye yönelik faaliyetler.
3. Küçük Sıfır Hata Faaliyetleri; İşletmenin bütününde, çalışanların problemlerini çözmeye yönelik faaliyetlerdir (Efil, 1997: 21-229).

1.3.1.5. Pukö (Deming) Döngüsü

Sürekli iyileştirme anlayışının temel ilkesidir.

P; Planla (proje aşaması)

U; Uygula (gerçekleştirme aşaması)

K; Kontrol Et (kontrol aşaması)

Ö; Önlem al (değiştirme, uyarılama, düzeltme aşaması) (<http://www.kalder.org/genel/>)

Bu çalışmalar süreç iyileştirmeleri ile sürdürülmekte ve bu döngü sonsuza dek devam etmektedir.

1.4. Toplam Kalite Yönetiminin Temel İlkeleri

Toplam Kalite Yönetiminin ilkeleri, kalite yönetimi felsefesinin temelini oluşturmaktadır. TKY ile katılım, sürekli gelişme, insan kaynaklarının önemi gibi eskimeyecek doğrulara temas edilmektedir. Ayrıca hiçbir yönetim tekniği de tek doğru olarak sunulmamaktadır. Bu özelliği sayesinde de TKY, yönetim alanında bugüne kadar uygulanmış ve bugünden sonra da uygulanacak olan tüm teknikleri çerçevesi içine alacak kadar geniş bir yönetim felsefesi olma özelliğine sahiptir (Korkusuz, 2005: 47)

1.4.1. Liderlik

TKY, yalnızca belli bir bölüm, kişi ya da grubun gayret ve faaliyeti ile değil, mükemmel bir liderlik ve yönetim beceri ve uygulaması ile başarılı olacaktır (Dinçer, 2005: 51). Değişim konusunda organizasyonları zorlayan faktör, yaşanan değişimin kendisi değil, değişim sırasında yaşanan geçişlerin yönetimidir. Bunu kim gerçekleştirecek sorusunun cevabı tektir; lider. O halde TKY' de liderlik müşteri memnuniyetini sağlamak için gerekli olan değişimin yönetimidir. Amaç, TKY' yi derinlemesine anlayarak özümsemek, tüm yönleriyle uygulamak ve çağın dönüşümünü yakalamaktır. Bu yapısal ve zihinsel değişim sürecinin ana boyutları, önce insanın kalitesi, daha sonra sistemin kalitesidir. Liderlik boyutu ile insan ve sistem kalitesi bütünleşerek rekabet için sinerji etkisini ortaya çıkarmaktadır (Gencel, 2001: 181). Kurumun gelişmesinde temel görev üst yönetimin liderliğidir (Tokathoğlu, 2005: 29).

Thomas H.LEE, TKY' deki liderlik fonksiyonlarını aşağıdaki gibi belirlemiştir:

- Paylaşılmış bir görev anlayışı ve vizyon yaratmak
- Karşılıklı etkileşimli bir örgüt tasarlamak ve yönetmek
- İnsanlar arasında karşılıklı etkileşimi yönetmek
- İnsanları yetkilendirmek
- Öğrenen bir örgüt yaratmak
- Güçsüzlük yönetimi
- Belli bir aşamada tanıtıcı strateji belirlemek (H.Lee, 1995:15).

TKY 'de liderlik bir anlamda 'ben' yerine 'biz' diyebilmektir.

Klasik yönetici ve lider yönetici özellikleri tablo 1.4.1. de görülmektedir.

Tablo 1.4.1. Klasik yönetici ve lider yönetici özellikleri

KLASİK YÖNETİCİ	LİDER YÖNETİCİ
Yönetir	Yönlendiricidir
Mevcut düzeni sürdürür	Yenilik peşindedir
Otoritesi statüsünden kaynaklanır	Otoritesi kendisindedir
Yetkileri kendisinde toplar	Astlarını yetkilendirir
İtaati vurgular	Katılımı vurgular
Planlara aşırı bağlıdır	Alternatif yaklaşımlara açıktır
Belirlenmiş amaçlara hizmet eder	Yeni amaçlar ortaya atar
İşi doğru yapar	Doğru işi yapar
Kontrolü vurgular	Güveni esas alır

(Tokathoğlu, 2005: 30)

Liderlik ve amacın tutarlılığının yararları:

- Kurum içinde amaç ve amaç doğrultusunda izlenecek yönde açıklık
- Kurum genelinde ve çalışanlarda açık bir kimlik bilinci
- Kurumsal ortak değerler ve etik anlayışı
- Kurum çapında birbiriyle uyumlu ve örnek liderlik davranışları
- Kuruma bağlı, yüksek moralli, motive olmuş ve verimli çalışanlar
- Zor durumlarda ve değişim dönemlerinde bile kuruma güven ve bağlılık duyan çalışanlar (Seçkin, 2007: 7).

1.4.2. Müşteri Odaklılık

Klasik yönetim anlayışında tepe yönetimin görüş ve düşünceleri doğrultusunda tepeden aşağıya doğru inen hiyerarşik yapı içinde şirketler yönetilmekte, astlar amirlerinden aldıkları talimatlara göre işlerini görmekteydiler. Bura da amaç, amirlerin memnun edilmesiydi. Halbuki TKY' de amaç; müşteri talepleri doğrultusunda kurumun tüm birimlerinin yönlendirilmesi ve müşteri beklentilerini karşılayarak müşteri tatminine ulaşılması, hatta beklentilerin ötesine geçip tam olarak müşteri memnuniyetinin sağlanmasıdır (Kuş, 1999: 20)

Müşteri odaklı olmak bu çalışmada 'halka dönüklük' olarak karşılığını bulmaktadır. Müşteri odaklılık, müşterilerin istek ve beklentilerini karşılama ilkesini kuruluşun tümünde çalışanlarının bir vazifesi olarak ortaya koyan ve bu doğrultuda ürün ve hizmet kalitesini hedefleyen bir yaklaşımı tüm kuruluşa yaymak demektir (Soylu vd., 1998: 59). Kendisini müşterinin yerine koymak demektir (Bozkurt, 1996: 25).

Kaliteyi tanımlayan müşteridir. Bu kavram TKY' nin en önemli kavramlarından biridir. Kısa ve öz olarak müşteri, herhangi bir kuruluş veya kişi tarafından üretilen ürün ya da hizmeti alan kişi olarak tanımlanabilir (Dinçer, 2005: 49). Müşteri kavramı, iç müşteri ve dış müşteri olarak ikiye ayrılır. İç müşteri kurum içinde bir bölümün veya bir sürecin çıktılarını girdi olarak kullanan kişi veya bölümdür. İşletme içinde çalışan her departman, bir başka departman için bir ürün veya hizmet üretmektedir. Bu tip düşünce tarzıyla her eleman bir sonrakini memnun etmeyi amaçlayacak ve nihai müşteriye ulaşıldığında ürünün veya hizmetin kalitesi çok yüksek olacaktır. Yeni yönetim anlayışıyla çalışanların iç müşteri olarak kabul edilmesi gerektiği savunulmaktadır. Dış müşteri ise, bir ürün veya hizmeti alan fakat hizmet veya ürün üreten kuruluşun bir parçası olmayan kişi veya kuruluşlardır. Tüzel kişilerde müşteri olabilirler.

Müşteri tatmini, memnuniyet düzeyinde artış, şikayetlerin azalması ve müşterilerin kaybedilmemesi olarak tanımlanabilir. Kuruma veya işletmeye giren müşteri için tatmin, kapıdan girişte oluşmaya başlar ve kurum içindeki tüm olayları kapsayarak, müşterinin iş yerinden çıkışıyla tamamlanmaz. Kurumca sunulan hizmetlerden faydalandığı süre içinde de müşteri tatmininin devamının sağlanması gerekir (Dinçer, 2005: 51). Ürün satışı ya da hizmet sunumunun sonrası da, müşteriden ürün ya da hizmet hakkında kalite ile ilgili bilgi dönüş kanallarının oluşturulması, bunların değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınmasına yönelik bir sistem kurulmalıdır. Bu sistemin oluşturulma zorunluluğunu destekleyen bir çok araştırma göstermektedir ki; memnun olan müşteri memnuniyetini 6-8 kişiye anlatırken, memnun olmayan müşteri ise 18-20 kişiye bu olumsuzluğu anlatmaktadır. Bu nedenle sadık ya da sürekli müşteriyi elde tutmanın yolları bulunmalıdır. Müşteri

ihtiyaçlarındaki değişikliklere rakiplerinden daha hızlı uyum sağlaması ile bir kurum, en üst düzeyde müşteri tatmini ve finansal başarıya ulaşacaktır (Peker, 1996: 49).

1.4.3. Herkesin Katılımı Ve İletişim

Toplam Kalite Yönetiminin en temel karakteristiklerinden biri çalışanların kaliteye bağlılığının ve süreçlere katılımının sağlanmasıdır. Açık ve etkili bir iletişim ve etkili bir işbirliği organizasyonun rekabet gücünü artırır. Bu durum, çalışanların ilgili, motive edilmiş ve esnek oluşlarıyla kendini gösterir. Böyle bir güce sahip olmak başkalarını taklit etmekten ve teknolojik ilerleme açısından dışa bağımlı olmaktan çok daha iyidir (Dinçer, 2005: 52).

Tam katılım esas olarak, çalışanların kurumun amaçları doğrultusunda bilgilendirilerek hedef belirleme sürecinde etkin bir şekilde rol almalarını, belirlenen hedefi benimsemelerini ve bunları kendi kişisel hedef sistemlerine entegre etmelerini kapsamaktadır (Şekerkaya, 1997: 20). Tam katılım ile insan kaynaklarının bütün yetenek ve becerilerinden faydalanılmaktadır. Tam katılım olmadan, kurum yalnızca birkaç kişinin yeteneklerine bağımlı olacak ve sistemdeki her kişi ve sürecin toplam katılımcılığından elde edilebilecek sinerjiden yoksun kalacaktır (Bozkurt, 1994: 14). Konuya ilginin çekilmesi, sorunlara çözüm bulunmasına teşvik gibi yöntemlerle çalışanların kalite bilinci yükseltilir (Öztürk, 1993: 63). Toplam iş gören katılımının sağlanması motivasyonla yakından ilgilidir. Personelin motivasyonu görevlerini ve görevlerinin tüm faaliyetleri destekleme şeklini anlamaları ile başlamaktadır. Çalışanlar iyi performanslarının müşteri tatmini, maliyetlerin azalması, kurumun ekonomik açıdan iyileşmesi üzerindeki etkileri konusunda bilinçlendirilmelidir (Efil, 1997: 30).

TKY' de tam katılımın 2 önemli unsuru vardır; tüm TKY çalışmalarında üst yönetimin liderliği ve takım çalışması ruhunun teşvik edilmesi (Tokatlıoğlu, 2005: 42).

İletişim, motivasyon ve koordinasyonun sağlanmasında bir dizi fırsatlar ortaya koyar; bilgilendirmeyi ve görüş birliğinin sağlanmasını, öğrenimi ve rehber olmayı, dinlemeyi ve cevap vermeyi sağlar. Yönetici ve tüm personel işbirliği ve takım

halinde öğrenmenin sağlayacağı bir mükemmellekle, arzulanan ve belirlenen hedeflere ulaşabilecektir (Dinçer, 2005: 48).

İletişim; aşağı-yatay-yukarı iletişim şeklinde özetlenebilir.

Yukarıdan aşağıya iletişim; politikalar, hedefler, beklentiler, gerçekleştirmeler, başarılar, sosyal etkinlikler olarak uygulanır.

Aşağıdan yukarıya iletişim; katılım, çalışma ortamı, ihtiyaçlar, iyileştirme önerileri olarak var olur.

Yatay iletişim de ise; departmanlar (fonksiyonlar arası yönetim) ve süreç ekipleri rol alır.

İyi bir lider bilir ki; çalışanlar arasında yatay bilgi alıverişinin etkin kullanılmadığı organizasyonlarda dikey bir ilerleme kaydedilemez. Bu yüzden çalışanlar arasında iyi kurulacak takım ruhunun ve bilgi ağının işletmeyi her zaman zinde tutacağı su götürmez bir gerçektir.

Tam katılımın sağlanması için, katılımı artıracak bir yönetim tarzına gerek vardır. Katılımcı yönetimin, geleneksel yaklaşımdan yapısal ve felsefi anlamda farkların olması gerekmektedir. Bilgi işin yapıldığı en alt düzeye kadar dağıtılmalıdır. Kararların uygulanabilmesi içinde yetki devri yapılmalı ve ödüllendirme sistemi de kurulmalıdır (Bozkurt, 1994: 8). Katılımcı yönetim klasik işletmelerdeki yönetim biçiminin aksine dağıtılmış sorumluluk ve karar mekanizmasını içermektedir. Kısaca 'her çalışan bir yöneticidir' ilkesi TKY' nin başlıca hedefi olmaktadır (Gürlek, 1992: 114).

1.4.4. Sürekli İyileştirme 'KAİZEN'

Japonca' da Kaizen (kai değişim ve zen ise iyi daha iyi anlamına gelmektedir) sürekli gelişmeyi ifade etmektedir. Mal ya da hizmet üretiminin her aşamasında tüm çalışanların katkısı ile analiz, problem çözme ve karar verme tekniklerinin sistematik bir biçimde kullanılmasının bilinçli ve yaygın uygulanması sonucu gerçekleştirilen çok sayıda iyileştirme projesi, Japonların Kaizen sözcüğü ile ifade ettikleri sürekli gelişmeyi sağlamaktadır (Öztürk, 1993: 62). Japonlar Kaizeni gerçekleştirirken sıçramaların büyüklüğü ile değil, sıklığı sayesinde Batı'ya nazaran daha büyük ilerlemeler kaydetmişlerdir. Aşamaların daha sık ve küçük olması, tüm örgütün

gelişmelerle bütünleşmesini sağlamıştır. Gelişmeler kuruluşun her bölümünde çalışan herkesten her konuda gelmektedir. Klasik yöntem anlayışında ise sıçramalar, büyük teknolojik ilerlemelere bağlı olduğundan ancak sınırlı bir çevre tarafından gerçekleştirilmekte, gelişmeler tabana yayılamamaktadır. Bu da başarıyı düşük kılan bir etmen olmaktadır (Peker, 1996: 50).

Kaizen stratejisinde standartlar hiçbir zaman sürekli uyulması gereken hedefler değil, aksine değiştirilmesi gereken ilk hedeftir (imai, 1997: 5).

Sürekli gelişmeyi gerçekleştirmek için 3 temel koşulu sağlamak gerekmektedir (Kavrakoğlu, 1990: 1119):

i. Mevcut Durumu Yetersiz Bulmak: Bir sistem kusursuz biçimde çalışıyor olsa bile, o sistemde dahi geliştirilecek birçok faktör bulunabilir. Ayrıca bilim ve teknolojideki gelişmeler de her gün verimlilik ölçütünü ileriye taşımaktadır.

ii. İnsan Faktörünü Geliştirmek: İnsan kaynakları bir kuruluşun en değerli varlığıdır. Klasik yönetim biçiminde bu kaynağın ancak küçük bir bölümünden yararlanılmaktaydı. Oysa her çalışanı bu geliştirme faaliyetlerinin bir üyesi haline getirmek gerekmektedir.

iii. Problem Çözme Tekniklerini Yaygın Bir Biçimde Kullanmak: Bu teknikleri tüm çalışanlara öğretmek ve uygulanmasını sağlamak ise, yöneticilere düşen bir sorumluluktur.

Yönetici, bu işi nasıl daha mükemmel yapabiliriz sorusunu sürekli sormalıdır (Tokathoğlu, 2005: 52). Gelineen seviyenin korunması (standartlar), adım adım sürekli iyileştirme (pukö döngüsü) mükemmelliğe yolculuğun adımlarını oluşturur (Seçkin, 2007: 28).

Rekabet gücünü artırmanın temelinde Kaizen yani sürekli geliştirme yatar. Bunu sağlamak için ise belli tekniklerle donatılmış tüm insan kaynaklarını aynı doğrultuda seferber etmek gerekmektedir. Kaizen' in çeşitli ölçütleri olabilir, üretkenlik, karlılık gibi. En etkin ölçüt ise çalışan başına üretilen proje veya öneri sayısı olmalıdır.

Sürekli gelişme ile kuruluşun tüm faaliyetlerinde bir canlılık meydana gelir. Topluluğun aynı amaç ve hedef doğrultusunda çalışması sağlanır. Departmanlar kendi işlerini daha etkin ve verimli biçimde yürütür, etkileşim içinde olan departmanların ortak sorunları en kısa yoldan ve kalıcı biçimde çözümlenir. Çalışanların ilgi ve beceri düzeyleri yükselir, motivasyonu artar.

Kısacası sürekli gelişme kavramı organizasyonel faaliyetlerin sonuçlarını maksimize etmeyi hedeflemekte; bunu da ölçüm, geri besleme ve uyumlaştırma yoluyla gerçekleştirmektedir. Hedef belli bir standardı tutturmak değil, hedeflenen seviyeyi ne olursa olsun sürekli ve hızlı bir tempoda geliştirmektir (Kuş, 1999: 27).

1.4.5. Hedeflerle ve Verilerle Yönetim

TKY' de en önemli husus örgütlerin sağlıklı işlemesi açısından ölçüm ve istatistiğin öneminin vurgulanmasıdır. Toplam kalitede örgütlerin amaçları, çalışanların performansları, ürün ve hizmetlerin kalitesi gündeme geldiğinde her zaman istatistik tekniklerde gündeme gelir. Çünkü TKY' de verilerle konuşulur. Ölçüm ve istatistik toplam kalitenin temelidir.

Örgütte herhangi bir birimin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için onun ölçülmesi zorunludur. Ölçemeyeceğimiz şeyi geliştiremeyiz, yönetemeyiz (Tokathoğlu, 2005: 59). Hataların büyük çoğunluğu değişkenlikten kaynaklanır. İstatistik biliminin teknikleri kullanılarak bu değişkenliğin özellikleri incelenir ve hataların kaynakları tespit edilir. İstatistiksel düşünme alışkanlığı geliştirmek gerek yönetici gerekse teknik personel açısından son derece yararlıdır, çünkü bu sayede yöneticiler daha sağlıklı karar alabilecek, teknik personelde işini daha hatasız yapabilecektir.

Toplam kalite yönetimi mükemmelliği, yani "sıfır hata" düzeyinde bir ideali hedefleyen bir yönetim felsefesidir. Bu hedefin ulaşılamazlığı, toplam kalite yönetiminin sürekli gelişmeyi sağlayan sonsuz bir yolculuk olmasının nedenidir. Altı sigma ise, toplam kalite yönetiminin önemli odak noktalarından biri olan süreçlerin kalitesinin ölçümü ve iyileştirilmesinde, kullanılabilen bir yöntem, bir metodolojidir. İstatistiksel bir ölçüm tekniği olan altı sigma, ürünlerin, hizmetlerin ve süreçlerin ne kadar iyi olduğu hakkında sayısal bir göstergedir. Sürecin sıfır hatalı

konumdan ne kadar saptığını gösterir. Bir sürecin altı sigma kalite düzeyinde olması demek, elde edilen ürün veya hizmette 1 milyonda 3.4 adet hataya rastlanması demektir (Argüden, 2006:1).

Hedeflerle ve verilerle yönetimin yararları (Seçkin, 2007: 8):

i: Kurumun amaçlarını gerçekleştirme, ürün ve hizmetlerini sunma doğrultusunda en yüksek düzeyde verimlilik ve etkililik

ii: Etkili ve gerçekçi karar verme mekanizmaları

iii: Etkin risk yönetimi

iv: Paydaşlarda güçlü güven duygusu

Neler ölçülür?

Müşterilerin memnuniyeti, çalışanların memnuniyeti, liderliğin etkinliği, süreçlerin performansı, iletişimin etkinliği, sonuçlar ve maliyet ölçülür (Tokathoğlu, 2005: 60). Üretim süresi, hat oranı, devamsızlık yüzdesi, kayıp zaman gibi ölçütler kullanarak performansın ve sürecin işlerliğinin daha net kontrolünü yapma olanağına kavuşulur (www.kobitek.com/ky).

1.4.6. Süreç Yönetimi

Kurumlarda yürütülen işler birbiriyle ilişkili birçok süreçten meydana gelmektedir. Süreç; kaynakları işleyip onlar bir katma değer kazandırarak ürün ya da hizmet olarak bir çıktı haline getiren işlemler dizisidir (Tokathoğlu, 2005: 62). Bozkurt'a göre yönetim ilk olarak, süreç iyileştirme konusundaki sorumluluğunu anladığını, kalitenin iyileştirilmesi j-konusuna önem verdiğini ve süreç yönetimi sayesinde sonsuz iyileştirme hedefine kurumunu nasıl taşıyacağını açıklamalıdır.

Süreç yönetimi yaklaşımıyla süreç ve sonuç, amaç ve araçlar, hedefler ve ölçüler arasında köprü kurulmak suretiyle faaliyetlerin değerlendirilmesi sağlanacak, böylelikle yönetimdeki aksaklık ve sorunları bir bütün olarak objektif bir biçimde görülmesi mümkün olacaktır (Dinçer, 2005: 60).

Süreç yönetimi aşağıdaki konuları kapsar (Tokathoğlu, 2005: 62):

- Süreçlerin tanımlanması

- Süreçler arası ilişkilerin çözümlenmesi
- Süreç sahiplerinin belirlenmesi
- Süreç performansını ölçmek için kriter ve standartların belirlenmesi

Girdilerin kalitesi yükseldikçe, süreçlerde kusurlu oluşum engellenecektir. Böylece de kusurlar bir sonraki sürece geçmeyeceği için, her sürecin etkililiği en üst düzeyde olacaktır (Bozkut, 1994: 12).

1.4.7. Önlemeye Dönük Yaklaşım

TKY' de esas olan hataları tespit etmek ya da ayıklamak değil hata yapmamayı sağlamaktır. Bu gelecek zamanda düşünebilmek anlamına gelmektedir (Tokatlıoğlu, 2005: 67). Denetimler, kalite, yapım süreci tamamlandıktan sonra saptandığında verimli bir sonuç elde edilmez. Ana hedef, ürünlerin ya da hizmetlerin sonradan kusurlu hale gelmesine neden olabilecek eğilimleri süreç sırasında, başka bir deyişle önceden görebilmektir. Süreçte herhangi bir hata saptandığında, düzeltici önlemlerin alınmasıyla var olacak kusur önlenmiş olur. Bu önlemeye dönük yaklaşımın en önemli yararlarıdır. Ürünün bitirileceği sırada kusurluların düzeltilmeye çalışılmasının maliyetleri oldukça yüksek olacaktır. Kalite güvencesi de önlemin düzeltmekten daha iyi olduğu düşüncesinden yola çıkmaktadır. Her aşamada ürün ya da hizmet kalitesinin kontrolü sağlanmalıdır (Bozkurt, 1993: 7).

Tepkici planlama yaklaşımları terk edilerek, önleyici planlama anlayışına geçiş sürecinde başlamıştır. Yani olayları izleyip sonuçlarına göre plan yapmak yerine, önceden gidişat hakkında kestirimlerde bulunarak, gerekli önlemleri içeren planlar yapmak daha akılcı olacaktır (Gürlek, 1992: 109). Çünkü bitmiş ürünün muayeneye tabi tutulması yerine, üretim sisteminin muayeneye gerek bırakmayacak şekilde güvenceye alınması gerekmektedir.

Planlarda olabilecek aksaklıklara karşı önlemlere yer vererek, hata kaynaklarını kurutarak, süreç bazında kontroller yaparak, yapılan hatalardan dersler çıkararak hataların oluşması engellenebilir.

1.4.8. Sürekli Eğitim ve Öğrenen Organizasyon

TKY eğitimle başlar ve eğitimle biter. Bir kuruluş TKY' ye geçmek istediğinde elemanlarının her şeyden önce belirli bir eğitim seviyesinde olmaları gerekmektedir. Kurum yöneticileri eğer TKY'yi kurumlarında hakim kılmak istiyorlarsa eğitimi kurumlaştırmaları lazımdır (Deming, 1996: 39). Her lider yönetici elemanlarının eğitimini; planlamalı, almalarını sağlamalı, verimliliğini değerlendirmeli, sürekliliğini sağlamalı, tazeleme eğitimlerini de unutmamalıdır (Tokatlıoğlu, 2005: 69).

Kurumda çalışanlar; TKY'nin felsefesi ve ilkelerinin öğretilmesi, takım kurma, takım liderliği, ve takım içinde etkin çalışma teknikleri, kalite geliştirme tekniklerinin öğretilmesi konularında eğitilmelidirler. Çeşitli istatistik tekniklerinin öğretilmesi de bu sürece dahildir. Bütün bunlara ek olarak yöneticiler kendi personellerini kişisel yeteneklerini ve becerilerini geliştirmeleri konusunda motive edilmeli ve desteklenmelidir. Tky'yi uygulamaya çalışan bir örgütün eğitimi tüm birimlere ve çalışanlara kadar yayması lazımdır (Şirvancı, 1993: 13).

Eğitimde amaç; iş görenlere istenilen kalitenin en ekonomik şekilde üretilebilmesini sağlayacak bilinç, bilgi ve becerinin kazandırılmasıdır. Dolayısıyla teknolojinin gelişmesiyle birlikte mevcut iş görenleri yenileri ile değiştirmek yerine onlara eğitim programları düzenlemelidir. Kalitenin üretimine atılan insana görev yetki ve sorumluluklarının gerektirdiği düzeyde bir eğitim verilmeli ve bu sürekli kılınmalıdır (Kasa, 1990: 130).

Öğrenen organizasyon, bireylerin öğrenmesine ortam yaratan, bireylerin öğrenmesinden yararlanarak bilgisini, anlayışını, çevresini zaman içinde geliştirebilen bir organizasyondur. Öğrenen organizasyon, yeni bilgi, ürün ve hizmetler yaratan, yenilikçi gruplarla ilişkiler kuran, daha geniş bir dünyanın algılanmasına ve yüksek bir amaca hizmeti öngören yetkilendirilmiş bireyler grubudur (Tokatlıoğlu, 2005: 70).

Yararları; gelişmiş düzeyde değer yaratma, modernleşme ve reform, daha etkin ve verimli çalışma, ürün ve hizmetlerde verimlilik, bilgi birikimi ve paylaşım ve kurumsal yeni şartlara uyum kabiliyeti dir (Seçkin,2005: 10).

TKY' nin başarısı büyük ölçüde, sürekli olarak nasıl daha iyi olur sorusuna yanıt araması ve bu yolla sistemin iyileşmesi yönündeki değişiklikleri gerçekleştirmesine dayanır. Çünkü TKY değişimle baş edebilmenin tek yolunun değişmek olduğunu ve iyinin de daima daha iyisi olabileceğini kabul eder (Us, 2007: 2).

Bir TKY organizasyonu, öğrenen organizasyon haline gelmeden önce Harvard'dan David Garvin'e göre hayati üç konu ele alınmalıdır. Birincisi anlam sorunudur. Bununla kastedilen öğrenen organizasyonun sağlam temellere dayalı, kolay uygulanabilir bir tanıma kavuşmuş olmasıdır. İkincisi, yönetim konusudur; yani pratiğe yönelik, işleyişle ilgili açık ve yönlendirici ilkeler. Sonuncusu ise bir organizasyonun öğrenme hızını ve düzeyini değerlendirmeye yönelik ölçümü sağlayacak araçlardır (Öğrenme eğrileri, deneyim eğrileri, yarı-ömür eğrisi). Bu üç kavramdan hareketle, Öğrenen TKY Organizasyonlarının beceri kazanmış olduğu beş ana faaliyeti, aşağıdaki gibi tanımlamak mümkündür:

- Sistemli problem çözümü
- Yeni yaklaşımlar deneme kapasitesi
- Geçmiş deneyimlerden dersler çıkarma yeteneği
- Başkalarının başarılı deneyimlerinden dersler çıkarma yeteneği
- Bilgiyi örgütün tamamına hızla ve etkin bir şekilde aktarma becerisi

Öğrenen organizasyon stratejisine sahip olmak üç tamamlayıcı strateji daha gerektirir:

Dalga Stratejisi: Konuya en yoğun odaklanan, en kısa vadeli stratejidir. Bir analiz çalışmasıyla, hangi temel gelişme noktalarında öğrenmenin hızlandırılması gerektiğini ve sonucunda işletmenin, rakiplerinin önüne geçecek nasıl bir dalga yaşayacağını ortaya çıkarır.

Yetiştirme Stratejisi: Daha hızlı öğrenen insan özelliklerinin ortaya konulması, bu profile uygun insanların işe alınması ve geliştirilmelerini kapsar.

Dönüşüm Stratejisi: Tüm çalışanların daha hızlı öğrenen kişilere dönüştürülmesini sağlayacak yöntemlere odaklanır. Dönüşüm stratejisi doğru uygulandığında

organizasyonel öğrenme üzerinde en büyük etkiyi yaratacak olan stratejidir (Us, 2007: 2).

1.5. Toplam Kalite Yönetimine Ulaşmada Kullanılan Yöntemler

Toplam kalite yönetimine ulaşmak için kullanılan yöntemleri yedi başlık altında toplanabilmektedir. Bunlar (Gencel, 2001:182):

- Kalite çemberleri
- Benchmarking (kıyaslama)
- Toplam Kalite Kontrol
- Kalite Güvence sistemi
- Tam katılım
- Örgüt kültürü
- Veriler ve istatistiki süreç kontrolü

1.5.1. Kalite Çemberleri

Kalite Kontrol Çemberi, işletme içinde kendi alanlarını ilgilendiren konularda çeşitli sorunları belirlemek, incelemek ve çözümler sunmak için 5 ila 10 kişilik bir grubun oluşturulmasını ifade eder. Gruplar düzenli aralıklarla bir araya gelerek sorunlara değişik çözümler getirmektedir.

Kalite Kontrol Çemberinin Unsurları; gönüllü olma, süreklilik, düzenli toplantılar yapma, lider ve çemberdir.

Kalite Kontrol Çemberinin Amaçları:

- Hataları azaltmak ve kaliteyi geliştirmek,
- Daha etkin ekip çalışması yaratmak,
- İşe karşı ilgiyi artırmak,
- Çalışanların motivasyonlarını artırmak,
- Çalışanların yaratıcılıklarından yararlanmak,
- Sorun önleme ve çözme yeteneğini yaratmak,
- Şirket içi iletişimi geliştirmek,
- Uyumlu yönetici çalışan ilişkisi geliştirmek,
- Kişileri ve liderlik yeteneklerini geliştirmek,
- Daha büyük bir iş güvenliği bilinci yaratmak (www.kobitek.com/tky).

Kalite çemberlerinin belirlenen hedeflere ulaşabilmeleri için çalışma gruplarının gönüllüler arasından seçilmesi, grup üyelerinin dayanışması, grupların yönetim tarafından desteklenmesi ve sürekli eğitilmeleri gerekmektedir (Gencel, 2001:182). Diğer önemli bir konu ise grup üyeleri sayısının toplantılarda herkesin düşüncelerini açıklayabileceği ve katkıda bulunabileceği sayıyı aşmaması gerektiğidir. Çember üyelerinin verimli çalışabilmesi için belli bir eğitimden geçmeleri, problem çözme teknikleri gibi bir takım teknikleri, haberleşme ve insan ilişkileri ile ilgili yöntemleri öğrenmeleri gerekmektedir (Takan, 2000: 10). Bir örgütte problemlerin çözümüne en üst düzeydeki yöneticilerden iş görenlere kadar her düzeyde çalışanın katılması, kalitenin oluşturulması ile ilgili sorumlulukların örgütün bütün üyeleri tarafından paylaşılması kalite çemberlerinin esasını oluşturmaktadır (Çelik, 1993: 128).

Kalite çemberi haftada 1 kez yaklaşık 1 saat toplantı yapmaktadır, önce beyin fırtınası tekniği ile ele alınacak problem belirlenmekte, problemin nedeni üzerine yoğunlaşmakta ve daha sonra çözümler üretilmeye çalışılmaktadır. Bulunan çözüm denenmekte, olası sorunlar saptanıp giderilmekte ve üst yönetimin bulunduğu bir toplantıda sunulmaktadır (Arkış, 1993: 74). Kalite çemberleri, kalite yönetiminin, rekabet gücünü ve performansını geliştiren tamalayıcı araçlarıdır.

1.5.2. Benchmarking (Kıyaslama)

Benchmarking, performans düzeyini arttırmak için bir organizasyonun kendi içinde veya diğer organizasyonlardaki “en iyi uygulamayı” tespit ederek kendi organizasyonuna uyarlamasıdır. Benchmarking, sadece kıyaslama yapmak değildir. Bu çerçevede benchmarking kavramı "en iyi uygulamaların adaptasyonu" olarak tanımlanabilmektedir (Aktan, 1998: 28). En çok bilinen anlamı standart olmasıdır. Benchmarking en iyiyi yakalamadır, daha doğrusu örgütün başarılı örgüt ile arasındaki boşluğu kapatmasına yardımcı olur.

Genel olarak 3 tür Benchmarking’ ten söz edilir. Bunlar; iç Benchmarking, bir örgüt sürecini geliştirmek için yine ilişkide bulunduğu örgüt, bölüm veya organizasyonlar ile Benchmarking yapabilir. Rekabetçi Benchmarking, rakip kurumların süreçlerinin doğrudan incelenmesine dayanır. Ancak zordur. Fonksiyonel

Benchmarking, bir kurumun kendi sektörü ile sınırlı kalmayıp bütün sektörlerdeki kurumların en iyilerini bulup Benchmarking yapmasıdır (Diken, 1998: 150).

Benchmarking uygulamasında çeşitli yollar takip edilmektedir. Bunlar:

i: Süreç Kıyaslaması: Örneğin müşteri şikayet süreci, insan kaynakları bölümünün eleman alma süreci gibi.

ii: Performans Kıyaslaması: Bu uygulamada ise kurum yöneticileri kendi ürün veya hizmetlerinin rekabet içindeki durumunu belirlemektedir. Ürün ya da hizmetlerin fiyat, teknik özellikleri, güvenilirlikleri gibi özellikleri ele alınarak yapılmaktadır.

iii: Stratejik Kıyaslama: Kurumların nasıl rekabet ettikleri incelenmektedir (Kuş, 1999: 29).

1.5.3. Toplam Kalite Kontrol

Toplam kalite kontrol müşterilerin bütün ihtiyaçlarını iktisadi düzeyde karşılayabilen, pazarlamaya, mühendisliğe, üretim ve hizmete kapsam teşkil edecek bir örgütteki farklı grupların kalite geliştirme, kalite geliştirmeyi devam ettirmeyi bir bütün halinde bir araya getirmek için kurulan etkin bir sistemdir. Kalite kontrol sistemleri mükemmelleştirmek aracılığıyla sürekli gelişme sağlamaktadır

Toplam Kalite kontrolü ile organizasyondaki değişik grupların kalite geliştirme, kaliteyi koruma çabalarını müşteri tatminini de göz önünde bulundurarak üretim ve hizmeti en ekonomik düzeyde gerçekleştirebilmeleri için etkili bir sistem oluşturulmaktadır (Gencel,2001: 21).

1.5.4. Kalite Güvence Sistemi

Kalite sistemi, işletme yönetim sisteminin bir alt birimidir. Kalite sisteminin temeli müşteri tatmini olduğuna ve her üründen müşteri beklentileri farklı olacağına göre kalite sistemi de farklı olacaktır. Müşteri beklentilerini karşılamak amacıyla kurulan bu sisteme 'kalite güvence sistemi' denilmektedir. Organizasyonların müşteri beklentilerine cevap verirken sahip oldukları kalite sisteminin belirli standartlara endekslenmesi kuruluş ve müşteri açısından ileri zamanlarda da mal ve hizmetlerde yine aynı kalitenin bulunacağı inancını sağlamaktadır. Aynı zamanda da kuruluşun

üretmiş olduğu mal ve hizmetleri ilk defa kullanacak olan müşterilerde üretilen mal ve hizmetin belirli kalitede olduğu izleniminin oluşmasını sağlayacaktır.

ISO 9000 standartları serisi kuruluşların iç ve dış kalite güvencesi ihtiyaçlarının karşılanabilmesi amacıyla kalite yönetimi ve güvencesi modelleri ile bunlara ilişkin temel şartları tanımlar (Gencel, 2001: 22).

1.5.5. Tam Katılım

Toplam Kalite Yönetiminin en temel karakteristiklerinden biri çalışanların kaliteye bağlılığının ve süreçlere katılımının sağlanmasıdır. Toplam kalite yönetiminde çalışanların katılımını sağlamak üst yönetimin sorumluluğu altındadır. Toplam kalite yönetiminde, herkesin etkin katılımı önemlidir. Katılım, sadece kalitede sürekli gelişim için değil, motivasyon artırıcı ve eğitsel katkısı bakımından da önemlidir. Personelin motivasyonu, yerine getirecekleri görevleri ve bunların faaliyetleri destekleme şeklini anlamayla başlar. Kalite çalışmalarına herkesin katılımını sağlayacak bir takım ruhunun oluşturulması kaliteyi arttırmakla kalmaz, aynı zamanda kişilere yüksek bir moral de sağlar.

TKY' de tam katılım, kalitenin herkesin işi olduğu anlayışına dayanmaktadır. Bu nedenle TKY önceliği insana vermektedir. Böyle bir yaklaşım ile yöneticiler ve tüm personel daha etkin ve verimli çalışmaktadırlar.

1.5.6. Örgüt Kültürü

Kültür, bir örgütün üyelerince algılanan hissiyatı ile veya bu üyelerin rollerini ve ilişkilerini belirleyen iklimi ile ilgilidir. Kültür ayrıca bir örgütün amacını, fonksiyonunu destekleyen değerleri, davranışları düzenleyen biçimleri, faaliyetleri karakterize eden sosyal karşılıklı etkileşimi de içerir. Bununla beraber TKY'de kalite kültürü yalnızca örgütteki herkesin çoğu zaman, kalite kavramıyla düşüneceği, hareket edeceği ve kalite hissine sahip olacağı biçiminde birleştirilmiş bir yaklaşımdır (Gencel, 2001: 25).

Toplam kalite yönetimi, örgütsel yapıyı dönüştürmeye örgütsel kültürü değiştirerek başlamaktadır. Bu, zamanla organizasyonun davranış modelinde bir değişime yol açarak, organizasyonda yaşam modeli olarak kalite yönetimini ön plana çıkarmaktadır. Bu geçiş sürecinin başarılı bir şekilde uygulanması organizasyonun

davranışında değişim için bütünleşmiş bir modelin geliştirilmesini ve mevcut örgütsel kültürün yeniden düzenlenmesini talep etmektedir.

Örgüt Kültürünün İlkeleri Nelerdir ?(Gökmen, 2001: 10).

1. Eylem yanlısı olmak,
2. Müşteriye yakın olmak,
3. Özerklik ve girişimcilik,
4. İnsanları verimliliğin temel kaynağı olarak görmek,
5. İşin içinde olup değerlerle yön bulmak,
6. En iyi bilinen işe sarılmak,
7. Yalın biçim, az kurmay, sade yapı, ufak kadro
8. Gevşek ve sıkı özelliklerin bir arada bulunması.

1.5.7. Veriler ve İstatistikî Süreç Kontrolü

Toplam kalite yönetimi, kalitenin gelişimini verilere dayanarak sağlamaktadır. Verileri düzenli olarak toplamak, depolamak ve analiz etmek gerekmektedir. Analizlerde değişik teknikler kullanılmaktadır. Kullanılacak olan teknikler, kalitesizliğin giderilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Uygulanacak olan tekniklerin başarısı, sorunun tam olarak anlaşılması ve tekniklerin hangi aşamalarda kullanılacağına yanıt bulunmasıyla mümkün olabilecektir.

Sorunun ortaya konması ve başarılı olunabilmesi için belli aşamaların gerçekleşmiş olması gerekmektedir. Bunlar (Gencel, 2001: 27):

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1- Süreç analizi ve dökümantasyon | 4- Sorunun çözümü |
| 2- Fikir üretimi | 5- Analiz |
| 3- Veri toplanması | 6- Fikir desteği ve de uygulama |

TKY Uygulamalarında en çok kullanılan teknikler şunlardır (Saran ve Göçerler, 1998: 243):

i. Sürekli Geliştirme Tekniği: Kalitede sürekli iyileştirmeye yönelik olarak, sorunları planla, uygula, kontrol et, önlem al biçiminde sürekli bir zincir içinde ele alınmasıdır.

ii. Fikir Üretme Teknikleri: Beyin fırtınası tekniği ve beş neden tekniği en çok kullanılan tekniklerdir.

iii. *Karar Verme Teknikleri:* Çoktan seçmeli ve belirlenen yeni fikirler listesini öncelik sırasına göre listelemeye yarayan nominal grup tekniği, karar verme tekniği olarak kullanılmaktadır.

iv. *Problem Analiz Teknikleri:* Bir sürecin ana basamaklarını grafik halinde göstermek amacıyla kullanılan akış diyagramı ve analiz edilen problem, objektif amaç ile bunları etkileyen faktörler arasındaki ilişkiyi grafik halinde ortaya koyma amacıyla kullanılan sebep sonuç diyagramıdır.

1.6. Toplam Kalite Yönetiminin Yararları

Toplam kalite yönetiminin başarıya ulaşması için gerekenler tam olarak sağlanırsa yapılan çalışmalardan olumlu sonuçlar alınmaktadır. Başarılı olarak uygulanan toplam kalite yönetim modelinin kuruluşa sağlayacağı yararları aşağıdaki gibi sıralayabilir (Gencel, 2001:190-192):

- Tüm düzeylerde hedeflere göre çalışma anlayışının gelişmesi
- Rekabet edebilirlik düzeyinde artış
- Karlılık düzeyinde artış
- Pazar payında artış
- Yeni pazarlara ve müşterilere ulaşabilme becerisinin gelişimi
- Müşteri odaklı tasarım yapılması
- Ekip çalışmasının ve işbirliğinin geliştirilmesi
- Yatırımların geri dönüşünün hızlanması
- Müşteri şikayetlerinde azalma
- Müşteri bağlılığında artış
- Tedarikçilerle olan ilişkilerin iyileşmesi
- Tedarikçilerden temin edilen ürün/hizmet kalitesinde iyileşme
- Tüm süreçlerin sürekli olarak iyileştirilmesi
- Çalışanların motivasyonunun artırılması
- Anahtar hedefler üzerine odaklanmanın sağlanması
- İşgücü verimliliğinde artış
- Maliyetlerde azalma
- Çalışan katılımının güçlendirilmesi

- Teslimat zamanlarında uygunluk
- Tasarım sürelerinin kısaltılması
- Ortam koşullarının iyileştirilmesi
- Ortak bir dil ve iletişimin geliştirilmesi
- İşgücü devrinin azaltılması
- Enerji verimliliğinde artış
- İlk madde ve malzeme, yarı ürün ve bitmiş ürün stoklarının azaltılması
- Organizasyonda hiyerarşik kademe sayısının azaltılarak yapının basitleştirilmesi
- Kapasite kullanımının arttırılması
- Tezgah verimliliğinde artış
- Garanti nedeniyle yapılan, değiştirme ve onarım ödemelerinde azalma
- Üretim hazırlık sürelerinin azaltılması
- Bakım onarım giderlerinin azaltılması
- Üretim sırasında oluşan fire, hurda, yeniden işleme-onarım faaliyetlerinde azalma .

Yine bir başka kaynağa göre de yararlarına ekleyecek olursak (Ersen,1997:27):

- Yeni bir örgüt kültürü yaratılması
- Örgütteki tüm çalışanları sisteme dahil edip fikirlerine saygı duyması
- Eğitime büyük önem verilerek bilgi ve becerinin işe uygulanması
- Çalışanların yaptığı işe sahip çıkması
- Eni fikirler, yöntem ve teknikler üretilmesi
- İş ve dış müşteri mutluluğunu en üst seviyeye çıkartılmasıdır.

TKY geçici bir moda olmayıp Türkiye' de tüm kurumlarda başarılı ve verimli bir şekilde uygulanmasını sağlayacak kendine has avantajları şunlardır (Dinçer, 2005: 65):

i. Çağı Yakalama Arzusunun Tüm Toplumun Katmanlarına Yaygınlaşması: Özellikle Atatürk ile başlayan Türkiye Cumhuriyetinin çağdaş medeniyet düzeyi hedefi, her geçen gün daha çok kendisini hissettirmektedir. En son yenilikler hızla Türkiye' ya getirilmekte ve süratle kabul görmektedir. Çağı yakalama arzusunun

gerçekleşmesinin aslında bir çalışma tarzının ve standartlarının getirilmesi, adapte edilerek kullanılması ülkemizde hızla yayılmaktadır.

ii. *Türk İnsanın Kendilerine Has, Yaratici, Motivasyona Açık, Sıcakkanlı Ve Barışsever Tutumları:* Kalifiye olarak yurt dışına gitmiş ve başarısız olmuş pek az Türk insanına rastlanmaktadır.

iii. *Sanayi Korumacılığından Giderek Uzaklaşılma:* Türk insanının ve bunun büyük üreticilerimizden başlayarak tüm sanayi kesimini yararlı bir tedirginliğe ve tedbir almaya itmiştir. Kalite rekabetine soyunan büyük üreticilerin yan sanayicilerini sistemli bir üretim için zorlamaktadır.

1.7. Toplam Kalite Yönetimi Uygulama Projesinden Beklentiler

1.7.1. Kurum Açısından

- Hizmetten yararlananların memnuniyetinin sağlanabileceği,
- Hizmet sunumunda güvenilir ve güncel olunabileceği,
- Hizmetten yararlananların birimle ilişkilerinde güven ortamının oluşturulabileceği,
- Süreçlerin rasyonelleştirilmesinin sağlanabileceği,
- Hizmet üretim süreçlerinin sürekli gözden geçirilerek hataların önceden belirlenip önlem alınarak sıfır hatalı üretimin gerçekleştirilebileceği,
- En az maliyetle en iyi sonucun alınabileceği,
- Kaynakların amaçlara yönelik kullanılabilmesi,
- Uygun bir kurum kültürü oluşumunun sağlanabileceği,
- Öğrenen birey, öğrenen organizasyon felsefesinin kurumda yerleşmesine zemin hazırlanabileceği,
- Her birimin; kalite kurulu, kalite geliştirme ekibi ve kalite çemberleri aracılığıyla sorunların yerinde çözülebileceği,
- Birime bağlı ve/veya birimin bağlı olduğu kurumlar arası koordinasyonun daha kolay ve işlevsel olarak kurulabileceği,
- Bütçe kullanımında önceliklerin isabetli olarak belirlenebileceği beklenmektedir.

1.7.2. Birim Çalışanları Açısından

- İş doyumunun;
- Karar verme, yetki ve sorumluluk almanın özendirilmesinin,

- İş (görev) tanımına uygun olarak çalışanların bilgi ve becerilerine uygun alanlarda çalışmaları ve yapılan iş ile ilgili olarak çalışanların niteliklerinin sürekli geliştirilmesinin,
- Çalışanlarının birbirlerini hizmet sunumundan yararlanan bireyler olarak görmelerinin özendirilmesi ve iç müşteri bilincinin geliştirilmesinin,
- Birim çalışanları arasında işbirliğine ve güvene dayalı bir anlayışın oluşturulmasının
- Açık ve objektif bir değerlendirme yapılarak, personelin eksiklerini görmeleri ve kendilerini yetiştirmelerinin,
- Personelin terfisinin daha objektif olarak yapılmasının sağlanabileceği beklenmektedir (www.tkgm.gov.tr).

1.8. Toplam Kalite Yönetiminde Başarısızlık Nedenleri

Toplam Kalite sistemini kurmak isteyen örgütlerin örgüt içi birimlerin karşılıklı etkileşimini ve bununla ilgili koordinasyon gereğini kabul etmesi gerekir. Ölçek büyüklüğü dikkate alındığında büyük ölçekli örgütlerde koordinasyon fonksiyonunu uygulamak oldukça güçtür. Küçük ve orta boy örgütlerde ise bu daha kolaydır. Çünkü bu örgütler daha esnek organizasyonlara sahiptir ve rahat hareket edebilirler. Az sayıda prosedür ve iş talimatları küçük ve orta boy işletmelerin temel kalite politika ve hedeflerini gösterir. Bu bir avantaj olmakla birlikte küçük ve orta boy örgütlerin kalite yaklaşımlarının yeter kadar şeffaf olmamasının yaratabileceği dezavantajlar da toplam kalite sisteminin oluşturulması sırasında dikkate alınmalı kalitenin örgüt içinde herkesin işi olduğu kabul edilmelidir (Ersen,1997:22).

Ayrıca günümüzde yoğun bir uygulama alanı bulan TKY'nden kimi eksiklikler nedeniyle istenen sonucun alınmadığı görülmektedir. TKY uygulamasına yeni başlayan kurumlar uygulamadan istenen sonucu alabilmeleri için bu eksiklikleri mutlaka gidermek zorundadırlar. Uygulamada rastlanılan eksiklikleri şöyle sıralamak mümkündür (Karyağdı,2001: 66):

- TKY sürecinin yeterince benimsenememesi,
- TKY'nin bir danışman yardımıyla yaratılmaya çalışılması ve bu danışman şirketlerin deneyim eksikliği,
- Üst yönetimin liderliğinin eksikliği,
- TKY'nin etkilerinin ölçülmemesi,

- Kurumların açıkça belirlenmiş bir plan ya da stratejileri olmaksızın bir başka ifadeyle vizyon oluşturmaksızın kalite iyileştirme çabalarına girişmeleri,
- Üst yönetimin çalışanlarla iletişim kuramaması,
- Kısa vadeli kârlılığa önem verilmesi,
- Tedarikçilerle olan işbirliğinin yeterince geliştirilememesi,
- Takım kavramının desteklenmemesi,
- Kaliteye önem verilmesi ancak toplam kalite üzerinde yeterince durulmaması.

Örgütlerde toplam kalite anlayışının yaygınlaştırılabilmesi için aşağıdaki 5 ilkeye uyulması gerekmektedir (Gökmen, 2001: 10):

- Yönetimin, istekli ve örnek olacak şekilde her türlü kalite faaliyetlerinde aktif olması,
- Bütün iş görenlerin toplam kalite faaliyetlerine katılımının sağlanması,
- Hataların saptanması ve öngörülmesi için gerekli önlemlerin alınarak kalitenin geliştirilmesi,
- Kalitenin sürekli ölçülmesi,
- Sıfır hataya ulaşılması yönünde çaba harcanması.

TKY' nin önündeki en büyük engel, onun Japonlara özgü bir sistem olarak düşünülmesidir. Ve bundan yola çıkılarak ta Türkiye'de uygulanamayacağı şeklinde bir önyargı vardır. TKY' nin başarıyla hayata geçirilmesi için, bu önyargının özellikle üst kademe yönetimlerinin aklından silinmesi gerekmektedir. TKY önündeki bir diğer engel de, toplam kalitenin yalnızca ISO 9000 olarak algılanmasıdır. ISO 9000 standartları, TKY anlayışına giden yol üzerinde yer alan kilometre taşlarından yalnızca biridir (Çelik, 1993: 121).

Günümüzde değişikliklere ayak uydurabilme, kalite ve verimliliği sürekli artırabilmeye bağlıdır. Bu amaçla örgütlerin, teknolojik yatırım, eğitim ve motivasyon alanlarında dengeli önlemler almaları gerekmektedir. Fakat uygulamaların çoğunda büyük sermaye gerektiren teknolojik yatırıma önem verilirken, insana yönelik eğitim ve motivasyon faaliyetlerine yeterince önem verilmediği, bunun sonucunda da yapılan yatırımın karşılığının alınmadığı görülmektedir. En iyi şekilde örgütlenenlerin de bile, insan faktörüne yeterince önem verilmediği için hedeflenen etkinlik sınırına ulaşamamaktadır (Çelik, 1993: 121).

TKY' ni örgüt kültürüne ulaştırma uzun bir süre ister. Bu yüzden, ilk birkaç yılda yapılan kültür değişimi çabaları ve bu konuda yapılan yatırımlar tepki ile karşılanmaktadır. İşte bu değişimine karşı olan direnç sürekli eğitim yoluyla kalite kültürünün kazanılması ve çalışanların tam katılımının sağlanmasıyla kırılabilir. Örgüt politikaları ve amaçları her düzeyde anlatılmalıdır (Korkusuz, 2005: 65).

Türkiye' de TKY anlayışının daha önceleri gündeme gelen bazı yönetim teknikleri gibi bir moda olduğu düşüncesi hakimdir. Kalitenin bir zorunluluk değil de, önemli bir silah olarak görülmesi sonucu 'uygulamasak olmaz mı?' sorusu ortaya çıkmaktadır. Klasik yönetim anlayışına sahip kurumlarda, her departman birbirinden bağımsız bir 'krallık' ilan etmiş durumdadır. Her bir departmanın, aslında, kendinden bir öncekinin müşterisi olduğu gerçeğinin anlatılması çok zor olmaktadır. Eğer gerçek anlamda bir kültürel değişiklik yapılmazsa, üst yöneticiler sadece 'bekçilik' yapmak durumunda kalacaktır. Kültür değiştirilmezse üst yöneticinin değişmesiyle her şeyin eski haline dönmesi büyük ihtimal dahilindedir.

Eski alışkanlıklar nedeniyle, çeşitli eğitimlere, toplantılara ve özel programlara rağmen orta kademe yöneticileri olayın gerçek boyutlarını ve kendilerine getirdiği yeni yükümlülükleri görememekte dirler. Türk yönetim yapısının 'tutucu' bir özellik göstermesiyle klasik yönetim alışkanlıklarının, hiyerarşik yapı ve bürokrasinin çalışma hayatına damgasını vurmuş olması nedeniyle bu eski modele bağlılık değişimi engellemektedir.

Kriz anlarında, zor durumlarda klasik yönetim tarzının kurtarıcı olarak görülüp bu anlayışa geri dönmek istenmektedir. Yöneticiler çalışanların önemini kavrayamamakta ve yönetime katılım anlayışına sıcak bakmamaktadır. TKY sisteminin, organizasyonun kültürel değişimi üzerine kurulu olduğu, ilk seferinde, her seferinde doğru yapmanın temelini 'insana' bağlı olduğu anlaşılamamıştır (Dinçer, 2005: 69).

TKY' nin kurum için sağladığı faydaların yanında çalışanlar için bir nimet mi yoksa bir külfet mi olduğu halen tartışma konusudur. İyimser olan görüşler TKY' nin önemli verimlilik artışı sağladığını, çalışanların yönetime katılmalarına olanak tanıdığını, böylece işletmenin rekabet seviyesini artırdığını savunmaktadırlar. Buna karşın iyimser düşünmeyen görüşler ise TKY' nin işlerin yoğunlaşmasına sebep

olduğu, çalışanların beyinlerinin yıkanarak yöneticilerin çalışanlar üzerinde denetimini artırmayı sağladığı bir yaklaşım olarak görmektedirler. Buna göre yönetimin çalışanları yetkilendiriyorum ve onlara katılım imkanı sunuyorum derken aslında onları güçsüzleştirerek yönetsel amaçları benimsemeleri ve bunları gerçekleştirmeleri için önem veriyor gibi görüldüğünü iddia etmektedirler (Yıldırım, 2000: 263). TKY sonucu uygulanan politikaların yönetim ve işçiler tarafından farklı yorumlanabileceğini belirtmektedirler. Çalışanların TKY sonucu işlerini kaybedebilecekleri korkusuna kapılmalarının mümkün olduğunu ve sendikalarında kurumdaki varlıklarının tehlikeye düşebileceği kaygısıyla uygulamaya karşı çıkabilecekleri belirtilmektedir. Kurum yöneticilerinin işbirliği ve birlikte hareket etme anlayışını sadece üretimi artırmak için yaptığını ve asıl amacın sendikaların kurum içindeki etkisini azaltmak olduğu da iddia edilmektedir.

Kurumlarda üst yönetim kademelerinin sayısının indirilmesi, orta kademe yöneticilerin terfi imkanlarını kısıtladığından, bu grup arasında huzursuzluk doğurmaktadır. Bağlı olunan takım hedeflerine ulaşmak zaman zaman örgütsel hedeflere ulaşmaktan daha önemli hale gelmiştir. Bazı işçiler de iş yüklerinin ve sorumluluklarının artmasından rahatsız olmuşlardır (Yıldırım, 2000: 278).

ISO 9000' e yapılan eleştiriler yanında, onun kalite yönetimine geçişte önemli bir adım olduğu gerçeği de unutulmamalıdır. Çünkü olumsuz sonuçlara yol açan ISO 9000' in kendisi değil, uygulanış tarzıdır. Tek başına kalite güvencesi ya da belge üzerine odaklaşmak da, kalite yönetiminin bütünsel bir yaklaşım olarak uygulanmasına zarar verir (Korkusuz, 2005: 63).

1.9. ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi

Türk Standartları Enstitüsü, 132 sayılı kuruluş yasası ile kendisine verilen “standartlara uygun ve kaliteli üretimi teşvik edecek her türlü çalışmayı yapmak ve bunlarla ilgili belgeleri düzenlemek” görevini yerine getirirken standardizasyonun yanı sıra kalite konusunda da eğilmiş ve bu alanda yürüttüğü çalışmalar son yıllarda özel bir önem ve yoğunluk kazanmıştır. Avrupa Kalite Kontrol Örgütü(EOQ) üyesi olarak kalite alanındaki uluslar arası gelişmeleri yakından izlemekte, ülkemizin çağdaş kalite anlayışı açısından geri kalmaması için imkânlar ölçüsünde her türlü çabayı göstermektedir.

ISO Nedir?

ISO, (International Organization for Standardization) Uluslararası Standard Organizasyonu'nun kısaltmasıdır .

ISO, uluslararası alanda standardizasyonu sağlamak amacıyla 23 Şubat 1947 tarihinde kurulmuştur. ISO halen 135 ülkeden (her ülkeden bir üye olmak ve eşit oy hakkına sahip olmak üzere) ulusal standart kuruluşlarının katılımıyla faaliyetlerini; uluslararası mal ve hizmet değişimini hızlandırmak, entelektüel, bilimsel, teknolojik ve ekonomik faaliyetlerde işbirliğini geliştirmek amacıyla sürdürmektedir.

Diğer taraftan farklı ülkelerde veya bölgelerde benzer teknolojiler için geliştirilen farklı standartlar zaman zaman "ticaret için teknik engel" olarak kullanılmaktadır. İşte ISO' nun günümüzdeki en önemli işlevi ISO 9000 kalite yönetim standartları ve diğer ürün standartları gibi uluslar arası kabul görmüş standartlar hazırlayarak ticaretin önündeki bu tip teknik engelleri ortadan kaldırmaktır.

Standard hazırlama alanının Birleşmiş Milletleri olarak kabul edilen ISO, bu yaklaşım amaç ve hedefler doğrultusunda dünyada ticaret ve sanayinin sağlıklı bir şekilde yürütülmesi için vazgeçilmez olan uluslararası örgüt olarak hizmetlerini sürdürmektedir.

TSE ISO' nun üyesi ve Türkiye'deki tek temsilcisidir.Bu temsilcilikle TSE, ISO' nun yürütmekte olduğu standart hazırlama çalışmalarına ,TSE bünyesinden veya sanayiden uzmanlarla birlikte katılmakta ve katkıda bulunmaktadır.

EN Nedir ?

EN (Europeane Norm), Avrupa Standartlarının kısaltmasıdır. EN Avrupa Birliğinde standartlar arasında harmonizasyonu sağlamak için oluşturulmuştur. EN çalışma sisteminde her ülkenin ağırlıklı oy hakkı olup, ülkeler arasında oylar eşit dağılmamıştır.

TS EN ISO 9000 Kalite Standartları Serisi Ürün Sorumluluğu:

Gerek Avrupa Topluluğu, gerekse EFTA (Avrupa Serbest Ticaret Birliği) üyesi ülkelerde, geçerli olan Ürün Sorumluluğu Yönergesi, üreticilerin

kusursuzluğunu belgelemesi zorunluluğunu getirmektedir. Böylece ürün kalitesinden kaynaklanabilecek sorunlar Kalite Sistemi içerisinde başlangıçta önlenmektedir. TS EN ISO 9000 Kalite Standartları Serisi, etkili bir yönetim sisteminin nasıl kurulabileceğini, dokümente edilebileceğini ve sürdürülebileceğini göz önüne sermektedir.

1.9.1. ISO 9000'ın Tarihsel Gelişimi:

ISO 9000 standard serisi ilk olarak 1987 yılında ISO tarafından uluslararası standard olarak yayınlanmıştır.

TS EN ISO 9000 Kalite Standartları Serisi, Uluslararası Standard Organizasyonu tarafından yayınlanan ISO 9000 Kalite Standartları Serisi'nin tam bir çevirisidir. Bu standartlar kuruluşların uygulayacakları kalite sistemlerinde ne gibi şartlar arandığını belirtir. Bunlar, sadece birkaç kuruluşun değil, Türk sanayisini oluşturan tüm kuruluşların yerine getirebilecekleri ve ihtiyaç duyabilecekleri genel şartları içeren uygulanabilir standartlardır. ISO 9000 Standartlarına dayalı olarak Kalite Sistemi tesis eden kuruluşlar açısından, Yönetim sistemlerinin yeni bir kavram olması nedeniyle, 1987 yılından 1994 yılına kadar standartlarda revizyon yapılmamıştır. 1994 yılında yapılan revizyon, ufak tefek değişiklikleri içeren bir revizyondur ve ISO 1994'ün yayımlandığı andan itibaren uygulamada bazı şartları tam anlamıyla karşılamadığı görülmüştür. Ancak Aralık 2000 yılında yapılan revizyon, kalite alanında ki gelişmelerle ISO 9000 uygulamasından edinilen tecrübelerin göz önüne alındığı köklü değişimleri içermektedir. Bu revizyon öncesi dünya çapında 1120 kurum ve kuruluşu kapsayan bir anket yapılmıştır. Yeni standartlar genel bir yapıda oluşturularak kamu ve özel sektörde küçük, orta, büyük ölçekli kuruluşlar ile sanayi, hizmet, yazılım ve diğer alanlar dahil tüm sektör kullanımlarına eşit şekilde uygulanabilir olması benimsenmiştir.

TS EN ISO 9000: 1994 Standartları

TS EN ISO 9000 : 1994 Kalite Standartları Serisi' ni Oluşturan Standartlar Hangileridir?

TS EN ISO 9000 (1-2-3-4) Klavuz

TS EN ISO 9001 Kalite Sistemleri

Tasarım / Geliştirme, Üretim, Tesis ve Hizmette Kalite Güvencesi Modeli

TS EN ISO 9002 Kalite Sistemleri

Üretim, Tesis ve Hizmette Kalite Güvencesi Modeli

TS EN ISO 9003 Kalite Sistemleri

Son Muayene ve Deneylerde Kalite Güvencesi Modeli

TS EN ISO 9004 (1-2-3-4) Kılavuz

ISO tarafından , 9000 : 1994 serisindeki belgelendirme modelleri ve bunların uygulanmasında kullanılan kılavuzları kademeli olarak yürürlükten kaldıracak çalışmalar halen devam etmektedir.

TS EN ISO 9000 : 2000 Standartları

TS EN ISO 9000 : 2000 Kalite Standartları Serisi' ni Oluşturan Standartlar Hangileridir?

ISO 9000 : 2000 Serisi Standartlar birbiri ile ilişkili ve birbirini tamamlayan 4 temel standarttan oluşmaktadır.

Bu standartlar;

-ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemleri –Temel Kavramlar Terimler

-ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri-Şartlar

-ISO 9004:2000 Kalite Yönetim Sistemleri-Performansının İyileştirilmesi İçin Kılavuz

-ISO 19011:2000 Kalite Ve Çevre Yönetim Sistemleri-Tetkik Kılavuzu (Taslak)

ISO 9000:2000 Serisi

ISO 9000:2000 ISO 9000,ana standartlara giriş niteliğini taşımakta olup, kalite yönetim sistem serisinin vazgeçilmez bir parçasıdır. İçerdiği temel bilgiler ve terminoloji açıklamaları sayesinde, diğer üç standardın daha iyi anlaşılıp, kullanılabilmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

ISO 9001:2000 ISO 9001 bir kuruluşun, müşterinin ihtiyaçlarıyla mevzuat gereklerini karşılamak yoluyla müşteri memnuniyetini arttırabilmesi için kalite yönetim sisteminde ne gibi şartları sağlaması gerektiğini ortaya koymaktadır.

ISO 9004:2000 ISO 9004 kalite yönetim sistemlerini mükemmelliğe ulaştırmada araç olarak kullanılabilir genel bir dokümandır .

Belgelendirme Modeli:

TS EN ISO 9000:1994 Standart serisinde belgelendirme modeli olarak kullanılan 9001, 9002 ve 9003 standartları TS EN ISO 9001:2000 standardı olarak tek modele dönüştürülmüştür. Bu modelde hangi şartların uygulama dışında kalabileceği standardın 7. Maddesinde tanımlanmış olup, kuruluşlar uygulama alanları dışında kalan şartları belirleyerek Sistem dökümanlarında açıklayacaklardır (Gökmen, 2001: 59).

ISO 9000, gönüllü bir iştir. Kurumlar ISO 9000 almak zorunda değildir. Ancak; firmalar uluslar arası ticarete ISO 9000' li firmaları tercih etmektedir. Bu nedenle günümüzde bir çok firma ISO 9000 belgesi almak için çaba sarf etmektedir.

ISO 9000 belgesi yeterlidir? Değildir. Bunun için kuruluş kalite güvencesi sistemi ve buna ilişkin yeterliliği ile ilgili olan ISO 9000 standartlarını belli aralıklarla revize ederek gelişen ihtiyaçlara ve pazardaki müşterilerin değişen ihtiyaçlarına daha çok cevap vermeye çalışmalıdır. Zaten belgelendirme mevzuatı da alınan bu belgenin periyodik olarak revizyonunu öngörmektedir (Dinçer, 2005: 31).

1.9.2. ISO 9000'ın Kurum İçin Yararları

Kurumlar kıyasıya bir rekabet ortamında mücadele vermektedirler Rekabetin anahtarı ise kalitedir. Kuruluşun hedeflerine ulaşmak için kaliteyi etkileyen bütün faktörleri kontrol altına alacak şekilde organize olması ve bu amaçla kalite yönetim sistemini gerçekleştirerek uygulaması gerekmektedir. Kalite güvenliği belgesi ile kaliteyi güvence altına alan ve bunun sürekliliğini sağlayan tüm önlemlerin uygulandığından müşteriler emin olur. Mamul kalitesinin sürekliliği söz konusudur. Kuruma içe dönük yararları kısaca; yönetim etkinliği, belirsizliklerin azalması, hataların azalması, standartlaşma, etkin iletişim ve sürekli eğitimin sağlanmasıdır.

Dışa dönük yararlar ise; müşteri memnuniyeti, müşteri artışı, kuruluş imajının güçlenmesi ve reklamlardaki azalmadır (kavrakoğlu vd., 1996: 5).

1.9.3. ISO 9000' ın Muhtemel Sakıncaları

Bürokrasiyi ve kırtasiyeciliği büyük ölçüde artırmaktadır. Bunun için mümkün olduğu kadar az ve anlaşılır talimat yazılmalı, form ve belge kullanılmalıdır. Prosedür çok fazla olduğu için sistemin yavaşlamasına neden olabilmektedir. Koyduğu kesin kural ve talimatlarla esnekliği azaltmaktadır. Bunu önlemek için önceden geniş katılımı tartışılmalı, son şeklini verip ondan sonra uygulamalıdır (Kavrakoğlu vd., 1996: 6).

1.9.4. Toplam Kalite Yönetimi Ve ISO 9000 İlişkisi

TKY' ne geçmek için ISO 9000 bir araçtır. TKY' nin amacı sıfır hata gerçekleştirerek kaliteyi artırmayı sağlamak ve israfı önlemektir. TKY anlayışının temeli olan sıfır hata ancak tüm sistemin güvence altına alınmasıyla sağlanır. ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi Standartlarıyla işletmeye gereken güvence sürekli şekilde sağlanır. Bu durum toplam kalite yönetimine geçmeyi kolaylaştırır.

TK, kalite kontrol düşüncesi ve önleme mantığına dayalıdır, prosesler kontrol altındadır ve devamlı gelişme vardır. ISO 9000 katı kurallar koymaz, Neyi ne kadar yaparsan iyi olur kısmını açık bırakır, fakat durağan bir yapısı vardır.

TKY de tüm çalışanların katılımı esastır, ISO 9000 de ise çalışanların standartlara uyması beklenir. Standartlara uygunluk belgeyle onaylanır. TKY sürekli gelişme felsefesine dayanır. ISO 9000 olanı korumaya yöneliktir, başka bir ifadeyle TKY sürekli gelişmeyi öngörürken ISO 9000 mevcut durumu standartlaştırıp güvence altına alır (Dinçer, 2005: 35).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

2.1. Sağlık Hizmetleri

Hizmet; genel bir kavram olarak, insanların gereksinimlerini gidererek, yarar ve doyum sağlayan, soyut faaliyetler bütünüdür (Takan, 2000: 12) Hizmet kalitesi, müşterinin beklentileri karşısında hizmet seviyesinin ne kadar iyi bir şekilde gerçekleştirilebildiğinin bir ölçüsüdür.

Genel olarak hizmetin karakteristik özelliklerini belirtmek gerekirse (Takan, 2000: 13);

- Hizmet dinamik bir fonksiyon oluşundan dolayı, fiziksel olarak boyutlandırılmaz, tanımlanamaz ve ölçülemez.
- Hizmet depolanamaz, saklanamaz. Bir kez sunumu yapıldıktan sonra tüketilmiş demektir, ancak tekrar edilebilir.
- Hizmet insan davranışlarıyla yönlendirilen bir dizi aktiviteden oluşmaktadır. İnsan ilişkileri, hizmetin önemli bir parçası kabul edilir. İşin doğru olarak anında gerçekleştirilmesi, personelin güler yüzlü olması kalitenin algılanması açısından önemli bir etkidir.
- Hizmet bir eşya gibi test ve muayene edilemez. Ancak hizmetin sunumunu ve kalitesini etkileyen fiziksel koşullar ve nesnel test ve muayene edilebilir.
- Kullanım ömrü, hizmet için söz konusu değildir, hizmetin sürekliliği olabilir.
- Hizmetin bir zaman boyutu vardır. Hizmet süresi içindeki faaliyet birimlerine ilişkin alt zaman dilimleri, hizmetin kalitesini ve performansını doğrudan etkiler. Örneğin gecikmeler.

Sağlık hizmeti de, bir hizmet çeşitidir.

Sağlık sistemi; sağlık tanımı kapsamındaki gereksinimleri içeren oldukça karmaşık ve birbiri ile etkileşim halindeki öğeler bütünüdür (Şahin, 1999: 10). Hasta bakım hizmeti sunmak amacıyla kurulmuş olan sağlık sistemleri, amaçlarını gerçekleştirmek için personel, alet ve ekipman gibi mevcut kaynaklarını verimli bir şekilde kullanmak durumundadır. Personel, emek yoğun bir şekilde hizmetlerini yürüten bir sistemin amaçlarını gerçekleştirmesinde önemli bir araçtır. Sağlık

sisteminde etkililik ve verimlilik düzeyi, personelin ilgi, gayret, çalışkanlık ve yeterlilik gibi nitelikleriyle doğrudan doğruya ilişkilidir.

Sağlık hizmetleri geniş anlamda; ‘bireyin bedensel olarak organizmasının tıp bilimleri tarafından kabul edilmiş standartlar dahilinde bütünlük, düzen ve uyum içinde olması ve ancak bununla birlikte ve psikiyatri bilimi tarafından kabul görmüş ölçüler içindeki ruhsal durumlar anlamına gelen sağlığını korumak, tedavi ve rehabilite etmek, toplumun sosyal ve çevresel yaşam standartlarını yükseltmek amaçlarını toplam kalite politikalarının odağı olarak görüp, bunların biri, birkaçı veya hepsini gerçekleştirmek gayesi ile, konularında uluslar arası standartlara uygun yüksek öğrenim görmüş nitelikli insan kaynaklarını, ulaşılan bilimsel bilgi birikimini, ileri teknoloji ürünü her türlü faydalı cihazları kullanmak sureti ile harekete geçiren ve sağlık konusunda başta tıp ve işletme bilimleri olmak üzere bütün uluslar arası kabul görmüş bilim dallarını kullanan, kamuya özel girişimcilere, sivil toplum kuruluşlarına, yerel yönetimlere ve diğer kuruluşlara ait değişik fiziksel kaynaklar aracılığı ile sunulan evrensel nitelikli hizmetlerin toplamıdır’ şeklinde tanımlanmaktadır (Şahin, 1999: 11).

Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerini içerir. Tedavi edici hizmetlerin verildiği hastaneler ise hastaların teşhis tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı kompleks organizasyonlardır (Sarp, 2004: 6).

Sağlık sektörü doğrudan insan yaşamıyla ilgili olduğundan diğer sektörlerden farklı bazı özellikleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hizmet birimlerinin çokluğu, doğrudan insanla ilgili olması, onu diğer alanlardan farklı kılar. Bir çok meslek grubunu içinde barındıran, kesintisiz hizmet veren sağlık kurumlarının karışık bir yapıları vardır.

Sağlık hizmeti sunan organizasyonlar açık sistemlerdir. Çevreden aldıkları girdileri süreçlerden geçirerek yine çevreye verirler. Çıktıyı ölçmek ve tanımlamak zordur. Sağlık kurumlarının temel girdisi ve çıktısı insandır. Bu nedenle çıktının tanımlanması güçtür. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sonuçları diğer hizmet endüstrilerinde olduğu gibi çok kısa bir süre içinde görmek ve değerlendirmek mümkün değildir. Bir otelde yenilen yemeğin miktarı ve niceliği konusunda kolayca

bir yargıya varmak mümkün iken, hastanede ameliyatın sonuçları anında ve kolayca değerlendirmek mümkün olmamaktadır.

Yapılan iş diğer organizasyonlardan daha karışık ve değişkendir. Hastalara verilen hizmet tek tip değildir. Bir yandan tıbbi hizmet verilirken, diğer yandan da otelcilik hizmeti gibi farklı hizmetlerde verilmektedir. İşin çoğu acildir, ertelenemez, 24 saat kesintisizdir.

İşlevsel bağımlılık yüksektir; bir kişi veya birimin iş yapabilmesi için bir başka kişi veya birimin hizmetlerine gereksinim duymasındır. İş yüksek derece uzmanlığı gerektirir. Teknolojide yaşanan gelişmeler yeni alet ve makinaları getirmiş, bunun sonucunda da yeni teknolojiyi kullanacak eğitim almış kişilere ihtiyaç duyulmuştur, dolayısıyla uzmanlaşmaya gidilmiştir. Yeni teknoloji maliyeti artırmakta ve sağlık hizmetlerinin pahalı olmasına yol açmaktadır (Çoruh, 1995: 25).

Sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflere önem vermektedir. Bir hekimin temel amacı, maliyeti ne olursa olsun hastanın en iyi biçimde tedavi edilmesidir. Sağlık kurumları yöneticisinin temel amacı da, örgütsel performansın sağlanması yani kalite ve verimlilik hedeflerinin aynı anda gerçekleştirilmesidir. Bu da yönetimle hekimlerin zaman zaman çatışmalarına sebep vermektedir.

Dinamik bir yapıya sahip olan sağlık hizmetlerinde, insanın davranışları ve nitelikleri çok önemlidir. İnsana güvenilirlik birinci derece önem taşır. Sağlık hizmetlerinde yüz yüze bir ilişki vardır, hastadan alınan geri besleme tedavide farklılıklar yaratabilir (Dinçer, 2005: 122).

Sağlık hizmetinin arz ve talebi arasında eşitsizlik vardır. Sağlık piyasalarında tüketiciler satın alacakları mal ve hizmetlerin miktar ve kalitesini tayin edemezler. Bununla birlikte sağlık hizmetleri, diğer piyasalardaki mal ve hizmetlerin aksine standart değildir ve tüketiciler çoğunlukla satın aldıkları hizmetin özellikleri hakkında sınırlı veya yanlış bilgiye sahiptirler. Sağlık hizmetinin tüketimi tesadüfidir ve hastanın, hastalık riskine bağlı olarak yapacağı masraflar belirsizdir. Bu durum sağlık hizmeti talebinin belirsiz olmasına neden olmaktadır. Bireyler hizmetin niteliği ve niceliği hakkında bilgi sahibi değildir ve pazarlık şansları bulunmaz (Asunakutlu, 2005: 3).

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ve Toplam Kalite Yönetimi

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ile ilk çalışmaların 19. yy da başladığı varsayılabilir. Florans Nightingale, 19. yy da İngiltere’de hastane hizmetlerinin iyileştirilmesi ile ilgili çalışmalar yapmıştır. ABD de sağlık alanında iyileştirme çalışmaları da 1900 lü yıllarda başlamıştır. Bu çalışmaların devamında, ABD de kalite konusunda, kar amacı gütmeyen önemli bir kuruluş, Joint Comission for Accreditation of Healthcare (JCAHO) kurulmuştur. Ayrıca, 1950 li yıllarda Avedis Donebedian’ın sağlık alanında kalite çalışmaları önemlidir. Gelişen teknoloji, insan hakları, kişilerin hak ve sorumluluklarına karşı bilinçlenmesi, sağlık hizmeti sektöründeki maliyet artışları ve bunu önlemek için başlatılan arayışlar, kaliteli hizmet sunumu anlayışının önem kazanmasına neden olmuştur.

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak görülmelidir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Kalite; müşteri isteklerini önceden tahmin ederek, beklentilerinin ötesine geçmek ve ürünün (ve/veya hizmetin) doğal yaşamı boyunca müşteriyi memnun etmek olarak tanımlanabilir. Sağlık açısından değerlendirildiğinde, hasta beklentilerinin karşılanması ve bunun ötesine geçerek sunulan hizmetin uzun süreli bir memnuniyet yaratması anlaşılabilir. Burada hasta beklentisinin ne olduğu önem kazanmaktadır. Hastaların, ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere oranla yok denecek kadar azdır. Hasta yalnızca bakım çevresi ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite ölçümü yapmak, yanıltıcı sonuçlar verebilir. Örneğin, hastaların beklentileri çok düşük ise, bu beklentilerinin karşılanması, verilen hizmetin kaliteli olduğu anlamına gelmemektedir (Asunakutlu, 2005: 6).

Klasik görüşe göre sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlanmaktadır (Asunakutlu, 2005: 12).

Küreselleşme, dünyada güçlü değişimlere yol açmıştır. Bu değişimler, hem özel sektörü hem de kamu sektörünü gelişmeye, daha rekabetçi olmaya yöneltmektedir. Ülkelerin uluslararası alanda rekabet edebilmeleri, başta ekonomik olmak üzere, her alanda güçlü olmaları ile mümkündür. Dünya Ekonomik Forumu tarafından her yıl yayınlanan rekabet raporunda, ne yazık ki ülkemiz halen alt sıralarda yer almaktadır.

Ülkemizin uluslar arası alanda özlenen yerini alması için rekabet gücünü artırıcı çalışmaları hızlandırması gerekmektedir. Bunların başında Toplam Kalite Yönetimi çalışmaları (TKY) gelmektedir (Sarp, 2004: 1).

Toplam Kalite Yönetimi'nin son yıllarda sağlık sektöründe önemi giderek yaygınlaşmaktadır. Bu doğrultuda sağlık sektöründe hizmetin bir bütün olarak iyileştirilmesi temel amaç olmalıdır. Günümüzde sağlık sektöründeki mevcut kalite sistemi gözden geçirilerek bu yapının Toplam Kalite Yönetimi anlayışıyla bütünleştirilmesi gerekmektedir. Çünkü Toplam Kalite Yönetimi, bir kuruluştaki faaliyetleri sürekli iyileştiren kurum çalışanlarının gönüllü katılımını sağlayan, hasta memnuniyetini esas alan, şikayetleri en aza indiren çağdaş bir yönetim stratejisidir. Bu stratejinin sağlık sektöründe başarıyla uygulanabilmesi için gerekli iyileştirme çalışmaları yapılması gerekmektedir.

Toplam Kalite Yönetimi bir hastanede tüm iş görenlerin katılım ve inisiyatif kullanımını gerekli kılan bir süreç olması yanında, ekip çalışmasını da gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda, hastaneler günümüzün en karmaşık çalışma yapısına sahip işletmelerdir. Amaç ve görevlerine göre bölünmemiş bir hastanede her sağlık hizmetine ayrılmış yirmiden fazla alt organizasyon birimi bulunmaktadır. Tıbbi, hemşirelik, idari-mali ve teknik hizmetler olarak dört grupta toplanabilen temel hastane hizmetleri, temizlik, çamaşırhane, yiyecek ve içecek hizmetinden, teknik idari ve mali her türlü faaliyete ve tıbbi hizmetlerine kadar çok geniş bir hizmet alanını kapsamaktadır. Hem nitelik, hem de nicelik bakımından birbirinden ayrı olan bu hizmetleri yürüten tıbbi, idari, hemşirelik ve teknik personelden oluşan çok amaçlı karmaşık bir organizasyonun, etkin ve verimli bir biçimde yönetimi, birimler arası ilişkilerin düzenlenmesi ve çalışma uyumunun sağlanması, diğer organizasyonlara oranla daha güç görünmektedir (Çakırer, 2003: 2).

Sağlık alanının kendine özgü ve karmaşık bir yapısı vardır. Hizmetlerin üretildiği ve sunulduğu süreç içerisinde, hizmet kalitesinin etkilendiği çok sayıda etmen vardır. Sağlık sektörünün yapısı, örgütlenme biçimi, ayrılan bütçe ve bu bütçenin hizmet türlerine göre dağılımı kaliteyi doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle, her ülkenin bilimsel, kendi koşullarına uygun gerçekçi, ölçülebilir, değiştirilebilir ve uyarlanabilir kalite standartlarına sahip olması gereklidir.

TKY ülkemizdeki sağlık hizmetleri sunumunda, 1990' lı yıllardan itibaren gündeme gelmiş ve sektöre canlılık katmıştır. Sağlık hizmetleri, TKY felsefesi ve uygulamaları ile gecikmeli olarak tanışan sektörlerdendir. Bunun nedeni sağlık sektörünün yapısının karmaşıklığı ve değişime olan dirençlerdir. Ancak, endüstri ve hizmet sektörlerinde TKY uygulamaları ile elde edilen başarılı sonuçlar sağlık sektörünü de harekete geçirmiştir (Sarp, 2004: 6).

Sağlık sektöründe kalite uygulamalarının başlatılmasının başlıca nedenleri ;

1. Bireylerin satın alma gücünün artması,
2. Tedavi kurumları arasında rekabetin başlaması,
3. Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması,
4. Kalite – maliyet çelişmesine çözüm getirerek etkili ve verimli hizmet sunumu sağlanması olarak gösterilebilir

Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesinin belirlenmesinde dikkate alınması gereken değişkenler çeşitli yazarlara göre farklılık göstermektedir. Ancak bununla birlikte, aşağıdaki temel özellikler kabul edilebilir.

- 1-Etkenlik; bilimsel bilgiler çerçevesinde ve mevcut olanaklarla hastanın durumunda yapılabilecek en kısa süredeki en üst düzeydeki gelişmenin sağlanması.
- 2-Etkililik; Verilen hizmetlerin, ideal hizmete göre bireyin sağlık durumunda ya da hastalık seyrinde yaptığı değişiklik için gereksinim duyulan tüm kaynakların etkili kullanılması.
- 3-Verimlilik; etkili bir hizmetin en az maliyetle üretilmesi, böylece uygun olmayan tedavinin yapılmaması, bakımın gereksiz şekilde uzatılmaması.
- 4-Optimal olma; Fayda ve maliyetler arasında optimum bir dengenin sağlanmasının yanında, hastanın fiziksel ruhsal ve sosyal yönden de bu dengenin gözetilmesidir.

5-Kabul edilebilirlik; verilen hizmetin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması.

6-Yasallık; verilen hizmetlerin toplam tarafından kabul edilmesi.

7-Eşitlik; tüm bireylere adil biçimde hizmet edilmesi, bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması.

8-Süreklilik; Bakımda sürekliliğin sağlanması. Hastanın tıbbi kayıtlarının düzenli ve yeterli olması, böylece, hasta başka sağlık kuruluşuna gittiği zaman değerlendirilmesinin kolaylıkla yapılması.

9-Tam zamanında hizmet sunumu; Hizmetin tam zamanında sunulması, çeşitli nedenlerle geciktirilmemesi, erken teşhis ve tedavinin uygulanması.

10-Katılım; Hasta ile işbirliği yaparak, bakım sürecine bilinçli katılımının sağlanması.

11-Erişilebilirlik; Bireylerin hizmeti gereksinim duyduğunda alabilmesi. Hizmeti almasında uzaklık, bekleme süreleri gibi engeller var mı? (Sarp, 2004: 7).

2.3. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasında Yaşanan Sorunlar Ve Sebepleri

Ülkemizde sağlık hizmetleri alanında çeşitli olumsuzluklar ve sorunlar yaşanmaktadır. Mevcut sistemin ana sorunları içerisinde; sağlık politikalarının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansman, sağlık kurumlarında yönetim, insan gücü ve mevzuata yönelik sorunlar söz konusudur.

Sağlık kurumları arasındaki iş bölümü, koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, yatırım ve teçhizat yetersizliği, istihdam politikalarındaki yanlışlıklar kaynak kullanımında verimsizliğe neden olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmemesi, sağlık hizmetlerinin hastane ağırlıklı olmasına yol açmıştır. Etkin bir sevk sistemi olmaması sebebiyle hizmet sunumu verimsiz olmakta, hastanelerde aşırı brokrasi hizmetin hızlı ve kaliteli sunumunu önlemektedir. Nitelikli sağlık yöneticisinin eksikliği, sağlık personelinin uzmanlık alanlarına göre fonksiyonel dağılımın ihtiyaca uygun olmaması, sağlık çalışanlarının istihdam, ücret ve haklar gibi konulardaki sorunları ve sağlık mevzuatının günün koşullarına ve değişen ihtiyaçlara cevap veremeyecek kadar eski ve ayrıntılı olması da diğer sorunlar arasındadır.

Mevcut bürokratik uygulamalara göre, tetkik ve tedavi giderleri kurumları tarafından ödenen hastaların, hekimle yüz yüze gelmeden önce ve sonra yaptırmak zorunda oldukları çok sayıda bürokratik işlemler vardır. Bu işlemler yoğun hasta yığılımlarının meydana gelmesine, hastalar açısından tahammül edilmesi zor manzaraların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu bürokratik yapı, insanlarımızın çoğunda, kendilerine göre hayati derecede ağır olmadıkça hastaneye gitmeme ve böylece sağlık problemlerinin teşhis ve tedavisini erteleme eğilimi ortaya çıkmasına neden olmaktadır, bir başka deyişle erken teşhisi olanaksız hale getirmektedir (Dinçer, 2005: 130).

Hastanelerin mevcut yönetim yapısı; çağdaş işletmecilik kurallarıyla bağdaşmayan aşırı merkeziyetçi bir görünümde-dir. Bununla birlikte idari ve mali bağımlılık, kaynak yönetiminin yapılamaması, tıbbi ve idari hizmetlerin yeterince planlanamaması, maliyeti belirsiz hizmet üretimi, tam zamanlı çalışma ilkelerinin uygulanamaması, yerinden yönetim ve denetimin gerçekleştirilememesi, performansa dayalı hizmetin yürütülememesi, kalitenin gözetilmemesi ve rekabet ortamının bulunmaması, hastaneler açısından sorunlar olarak sayılabilir (Asunakutlu, 2005: 12).

Tablo-2.1. Bazı Ülkelerin 1000 Kişiyeye Düşen Yatak Sayıları

ÜLKELER	1000 KİŞİYE DÜŞEN YATAK SAYISI
Japonya	15.9
Fransa	9.3
Almanya	8.7
İtalya	7.5
İngiltere	6.3
İsveç	6.2
A.B.D.	5.3
Yunanistan	5.1
Brezilya	3.5
Türkiye	2.6
Nijerya	1.4

Kaynak: World Bank, World Development Report, 1993: 208-209.

Tablo da ülkeler bazında 1000 kişiye düşen yatak sayıları gösterilmiştir. Tablonun incelenmesinde 1000 kişiye düşen yatak sayısının Fransa, Almanya gibi gelişmiş ülkelerde 8'in üzerinde olmasına rağmen Türkiye' de bu sayı 2.6' dır.

Devletin yeteri kadar kaynak ayıramadığı, kişi başına milli gelirin de yetersiz olduğu ülkemizde insanların sağlığa yeteri kadar harcama yapması mümkün değildir. Eğer ekonominin her alanında olduğu gibi kaliteli malı alan bedelini öder, anlayışıyla davranılırsa bedelini ödeyemeyen kişilerin hizmet alamaması gibi garip bir durum ortaya çıkar ki bu durumda sosyal devlet anlayışına uygun düşmemektedir (Dinçer, 2005:140).

Mevcut yapının yalnızca idari mali ve destek süreçlerinin kalite sistemi içine dahil edilmesi ve tıbbi süreçlerin kapsam dışında tutulması, ve bunun doğal sonucu olarak ta hekim grubunun süreç dışında tutulması görülmektedir. Hastaneleri karmaşık kılan nedenlerin en önemlilerinden birisi de işgören karmalarının çeşitliliğidir. Her müşterinin hizmet talebi, çok çeşitli işgören gruplarının görev yaptığı hizmet üniteleri tarafından, hekimlerin insiyatifi doğrultusunda tasarlanarak sunulmaktadır. Dolayısıyla, hastanelerde sistematik bir kalite yönetimi, herşeyden önce bu işgören gruplarının kaliteyi tanımlama ve algılama düzeylerinden etkilenmektedir.

Günümüzde TKY'de başarıya ulaşamamasının nedenleri, çeşitli disiplinlerden gelen sağlık çalışanlarının bu konuda aynı bilgi, görüş ve anlayışa sahip olmamalarından kaynaklanıyor olabilir (www.medimagazin.com.tr/saglikta tky).

Mevcut organizasyon yapı ve yönetim modelinin korunması ve bu yapı üzerine kalite sistemlerinin oturtulmaya çalışılması; ülkemiz sağlık hizmetleri sunum yapısı incelendiğinde özellikle 90' lı yıllarla birlikte gerek kamu otoriteleri ve bu hizmetlerin sunum sürecinde işlev gören iş görenler ve iş gören örgütlerince, gerekse de akademisyenlerce bu yapının re organizasyonunu gerekli kılan kalite ve verimlilik sorunları ortaya konulmaktadır. Burada özellikle vurgulanması gereken; standartlarının belirlenmemiş bir sektör olarak ülkemiz hastane işletmeciliğinde ;optimal bir hastane mimarisi, optimal bir hastane yönetim ve organizasyon yapısı ve optimal bir hastane kültürü mevcut değildir.

Ülkemiz sağlık sisteminde kalite, 1990' lı yıllarla birlikte giderek artan bir oranda tartışma platformuna taşınmıştır. Ancak, kaliteli bir hizmetin üretimi için gerekli en önemli ön koşul olan örgütsel yapı ve yönetim anlayışı, bu tartışma sürecinde göz ardı edilmiştir. Bir yönetim felsefesi olarak TKY ise klasik yönetim anlayışından çok farklı özellikleri savunan bir yapı öngörmektedir. Sözgelimi, yatay bir örgüt yapısı, liderlik, sürekli eğitim, iç-dış müşteri beklenti ve gereksinimlerine odaklanma gibi. Satın alacağı hizmeti üretecek yapıyı Seçme özgürlüğü yok. Hizmet uygunsuzluğu ancak çok bariz bir hata durumunda ortaya çıkıyor. (Sözgelimi yanlış enjeksiyon sonucu bir uzvunu kaybetme). Çok bariz uygunsuzlukta bile hastaların hak arama süreci yorucu, bıktırıcı ve sonucu da etkin değil, yetersiz müşteri hakkı mevcut.

Hiyerarşik bir örgütsel yapı, kalite bireysel bir sorumluluk, negatif bürokrasi geleneği, yetersiz ödüllendirme ve motivasyon sistemi, adama göre iş yaklaşımı, aşırı otonomi beklentisi ve/veya meslek gruplarının çatışma eğilimlerine karşı ortak örgütsel değerleri savunma çatışması da diğer sorunlardır. Rekabet koşulları oluşmadığından sektörde yer alan işletme yapıları sistematik bir kalite yönetimi felsefesine gereksinim duymuyor. Hizmet süreçleri ile ilgili standartlar mevcut olmayıp hizmet uygunsuzluklarının telafisi çoğu zaman olası değildir, teknik yeterlilik güvence altına alınmalıdır (Şahin, 2006: 3).

2.4. Sağlık Sektöründe TKY Uygulamalarında Başarı Yolları

Hastanelerde 8 Başarı Faktörü:

i. Düzenli İş Planı ve Stratejik Planların Yapılmasına Önem Verilmesi; burada yönetim geleceğe yön vermekte ve örgütün amaçlarını ve hedeflerini ortaya koymaktadır.

ii. Kalite Kavramını Kucaklamaya ve Geliştirmeye ve Kalite Geliştirme Programlarını Uygulamaya ve Geliştirmeye İstekli Olmak; burada odak çeşitli stratejilerle hizmet kalitesini geliştirmektedir.

iii. Gelişmiş Yönetimin, Özellikle İnsan Gücü Yönetiminin Çok Önemli Olduğuna İnanma; bu etkili insangücü yönetim programlarının ve yöntemlerinin,

enformasyon sistemlerinin, etkili eğitim programlarının, etkili değişim yönetimi programlarının geliştirilmesi ile sağlanır.

iv. Örgütsel Esnekliğe ve Gelişmiş Örgütsel Ortama Destek Vermek; sadece cevap vermek değil değişimi hoş karşılamak, ortamın kontrolünü elde tutmak ve girişimci olmak.

v. Özellikle Klinisyenlere Bütçe Sorumluluğu Verme İhtiyacını Kabul Etmek ve Tıbbi ve Yönetimsel Endişeleri Birbirine Yaklaştırmak; hastanelerdeki geleneksel doktor hastalarını yönetir ve idareciler örgütü yönetir ayrımını çözmeyi hedeflemek.

vi. Enformasyon Sistemlerini Geliştirmeye Yönelik Kararlılık; enformasyon sistemlerine kaynak ayırmak, yönetimi geliştirecek etkili enformasyon sistemlerini seçmek ve uygulamak.

vii. Hastaneler Arasındaki Rekabetin Verimliliği Getireceğine İnanmak; rekabeti anlamak ve hoş karşılamak, hastane yönetimi ve hizmet sunumunda en iyi olabilmek için çabalamak.

viii. Devamlı Maliyetleri Düşüren ve Üreticiliği Geliştiren Bir Odağa Sahip Olmak; hastanede kalış süresini azaltarak, hizmetleri özelleştirerek ve her fırsatta verimliliği ve üretkenliği artırıcı programlar geliştirmek (Gökmen, 2001: 14).

Hastane yönetimi; hastane amacına yönelik olarak hizmet unsurlarını verimli, ekonomik ve uyumlu bir biçimde harekete geçiren, bu iş yapılırken bilimsel yönetim tekniklerini kullanan, yeni bilgi ve beceriler gerektiren, işin yapılmasına yönelik olarak çeşitli fonksiyonları kapsayan bir bilim, sanat ve özelleşmiş bir yönetim alanıdır. Hastanelerin kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olmalarına karşılık, bunların yönetimlerini işletmecilik biliminden ayrı tutmak mümkün değildir. Hastaneler, hizmetlerini eksiksiz yerine getirebilmek için etkili bir yönetime sahip olmak zorundadırlar. Hastane yönetimi, genel yönetimin bir çeşididir ve planlama, programlama, bütçeleme, kadrolama, yürütme, kontrol gibi fonksiyonları kapsar (Özgülbaş, 1995: 21).

Toplam kalite gerek hastane personelinin, gerekse hastaların mutluluğu çerçevesinde sağlanabilir” Oysa 2004 yılında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, ilgili hastanelerde hem çalışanların iş tatmin düzeyleri, hem de çalışan

memnuniyet düzeyleri istenen seviyede değildir. Çalışanların iç müşteriler oldukları ve sağlık sektöründeki hasta memnuniyetinin büyük ölçüde personel alt yapısına bağlı olduğu düşünüldüğünde, bu iki sonucun paralellik göstermesi oldukça mantıklıdır. Çalışanların iş tatmin ve önemseme düzeyleri, kişisel gelişimlerinin teşvik edilmesi, problem belirleme, çözüme ve kalite iyileştirme yetenekleri ile diğer becerileri kazanabilmeleri için aldıkları eğitimler ve işlerini gerektiği gibi yapabilmeleri için gereken eğitimi almaları müşteri memnuniyeti üzerinde etkilidir (Asunakutlu, 2005: 13).

Sağlık Hizmetlerinde, çalışanların TKY çalışmalarına katılmaları için bazı beklentilerinin karşılanması gerekir.

Sağlık kurumunun yapısına göre değişebilen beklentilerden bazıları ;

- Verimini ve başarısını artıracak fiziksel çalışma koşulları,
- Mesleğinde gelişmeyi, ilerlemeyi sağlayacak yeterli destek,
- Sevgi ve saygı içeren bir çalışma ortamı,
- Adil ücret,
- Yetki ve sorumlulukların belirgin olması,
- Makul çalışma temposu,
- Çalışmalarının takdir edilmesi ve desteklenmesidir.

Çalışan katkısını sağlamak için kullanılan en yaygın yöntem, kalite çemberleridir. Kalite çemberleri yoluyla, sorun çözme ve öneri geliştirme sistemi daha kolay yerleşir. Ayrıca, başarıların ödüllendirilmesi, şeffaf yönetim sergilenmesi hiyerarşinin azaltılması ve dönüşümlü iş yöntemlerinin uygulanması yoluyla çalışan katkıları artırılabilir. Fortune dergisinin yaptığı bir araştırmada, kalite çemberi uygulamasını dünyanın en büyük firmalarından % 90'ı uygulamaktadır (Çetin,1998:31).

Türkiye’de hastanelere yönelik talep fazlasının kontrol altına alınması, hastanelerin yükünün azaltılması, sunulan hizmetin kalitesini geliştirecek önemli unsurlardan biri olarak görülmektedir (Asunakutlu, 2005: 14).

Günümüzde hasta tatmini büyük bir hızla değişmekte olduğundan, hastaneler hasta tatminine odaklı bir sistem geliştirmek durumundadırlar. Dış kaynaklardan yararlanma yöntemi hastane yönetiminin bu amacına ulaşmasına yardımcı olarak

TKY' nin başarıyla uygulanmasını sağlamaktadır. Dış kaynaklardan yararlanma yöntemi, hastanelerin hizmet kalitesini ve verimliliklerini artırmaktadır. Çünkü hastaneler temel yetenekleri olan tıbbi hizmetlere odaklanabilmekte ve kaynaklarını bu alana kaydırabilmektedir. Böylece hastane yönetimi maliyetlerini azaltarak, yüksek hizmet kalitesine, gelişmiş tıp teknolojilerinden yararlanarak da daha iyi tıbbi uzmanlık elde etmektedir. Nihayetinde hastane yönetimi hasta memnuniyetini artırmaktadır.

Dış kaynaklardan yararlanma, işlemin kendisine rekabet avantajı sağlayan uzmanlık faaliyetlerine odaklanmasına, kendi uzmanlık alanına girmeyen faaliyetleri ise bu konuda uzmanlaşmış organizasyon dışındaki işletmeler aracılığıyla gerekli kalite standartlarına uygun bir biçimde sağlamasına imkan veren bir yönetim stratejisidir. Başka bir deyişle, dış kaynaklardan yararlanma, işletmeye rekabet avantajı sağlayacak asıl faaliyetleri dışındaki tüm işleri başka işletmelere yaptırmak suretiyle hem kaynak tasarrufu yapmak, hem yapı olarak küçülmek ve yalın hale gelmeleri, hem de kendilerini çok iyi bildikleri iş üzerinde yoğunlaşma fırsatı bulmalarınıdır. Böylece değişen koşullara hemen yanıt verebilecek esnekliğe kavuşma imkanı bulurlar (Çakırer, 2003: 3).

2.5. Sağlık Sektöründe TKY Uygulamalarının Sağlayacağı Yararlar

Sağlık hizmetlerinde TKY uygulamasının sağlayacağı yararlar aşağıdaki gibi gösterilebilir (Sarp, 2004: 9).

- Müşteri (hasta) ihtiyaçlarının dikkate alınmadığı anlayış, müşteri (hasta) istek ve beklentilerine önem verilen “müşteri (hasta) odaklı yönetim” anlayışına dönüşür.
- Yönetimdeki “kriz yönetimi” anlayışı, “sürekli gelişme (Kaizen)” ye dönüşür. Kaizen Japoncada Kai(değişim), Zen (daha iyi) kelimelerinin birleşimiyle Kaizen(daha iyi) olarak kalite literatürüne yerleşmiştir.
- Bir işten bir kişinin sorumlu tutulması yerine, “ekip çalışması”, “toplam kalite ve sinerjik yönetim”, “uzlaşmaya dayalı karar verme” yaklaşımları önem kazanır.
- Problemler ortaya çıktıktan sonra çözüm aranması yerine önceden tedbir alma, hataları kaynağında bulup önleyen sıfır hatalı üretim anlayışı geçerli olur.
- İş için asgari eğitim ve bilgiyle yetinilen personelin yerine eğitimin kurumsallaştığı ve sürekli eğitime önem verilen kurumlarda eğitilmiş personel istihdam edilir.

- İnsan kaynaklarının sürekli geliştirilmesine önem verilir.
- Sürekli teftiş ve kontrollerin yerini, toplam süreç kontrolü alır. Çalışan kendisini denetler.
- Sağlık yöneticileri, istek ve arzuları doğrultusunda karar vermek yerine, TKY tekniklerini ve araçlarını (benchmarking, beyin fırtınası gibi) kullanarak, verilere dayanarak karar verirler.
- Otorite, disiplin, emir ve talimatlara dayalı bir sistemden, ayrıca itaat beklentisi olan bir yönetim anlayışından, yönetici ve çalışanlarla işbirliği, destek ve yardım sağlayan liderlik anlayışına dönüşüm olur.
- Hiyerarşiden kaynaklanan biçimsel yetkiden çok profesyonel uzmanlığa önem verilir.
- Örgütlenme tarzında, dikey örgütlenmeden vazgeçilir, yatay örgütlenme uygulanır ve sorumluluklar çeşitli birimlerdeki ekipler arasında dağıtılır.
- Kamu yararı önceliğinin yerini, önce kalite alır.
- Kayırmacılığın hakim olduğu, kıdem ve sicil esasına dayalı yükselme anlayışı yerine, liyakat sisteminin geçerli olduğu, işe giriş ve yükselme kriterlerinin açık ve adil olduğu bir anlayış hakim olur.
- Açık ve belirli olmayan değerler ve ilkeler, açık ve tutarlı, vizyon, misyon ve değerler haline dönüşür. Kurum çalışanları, kurumun vizyonu , misyonu ve değerlerini paylaşır.
- Rutin programların yerini stratejik planlama alır.
- Eşit işe eşit ücret, pozisyon veya kıdeme göre belirlenen ücret politikaları yerine, kişinin özellikleri ve performansına dayalı ücret politikası uygulanır.
- Maaş ve fazla mesai ücreti dışında ödüllendirmenin olmadığı yönetim anlayışından, başarı ve yüksek performansın ödüllendirildiği bir anlayışa yönelir.
- Katı istihdam politikasının yerini, esnek istihdam politikası alır.
- Emir ve talimatların geçerli olduğu, korku ve cezalandırmaya dayalı yönetim anlayışı, yerini yetki devretme, güven, karşılıklı işbirliğine dayalı yönetim anlayışına bırakır.
- Astlar üstlerinden talimat beklemek yerine, sorunların çözümünde inisiyatif almayı benimser ve üstleriyle işbirliği yapmaya özen gösterirler.

2.6. Kalite Yönetiminin Uygulama Esasları

Sağlık bakanlığı, yataklı tedavi kurumları kalite yönetimi hizmet yönergesi' ne göre; yataklı tedavi kurumlarında kalite yönetimi uygulaması ile ilgili faaliyetler aşağıda belirtilen esaslar çerçevesinde yürütülür:

- a) Kalite konseyi tarafından, kalite yönetimi uygulamaları konusunda bir plan geliştirilmesi,
- b) Sağlık hizmetlerinden yararlananların memnuniyetlerini sağlayıcı tedbirlerin alınması,
- c) Personelin katılımını sağlayarak, ekip ruhunu oluşturacak planlama ve uygulamaların yapılması,
- d) Kalite uygulamaları çerçevesinde kaynakların etkili ve verimli kullanılması,
- e) Hedeflere ulaşmak amacıyla hizmetlerin sürekli ölçülmesi,
- f) Faaliyetlerin kayıt ve dökümanite edilerek, sonuçların tüm personele duyurulması,
- g) Sistemin sürekli gözden geçirilmesi, geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve bu amaca hizmet etmesi için kalite yönetiminin uygulanması,
- h) Personelin potansiyelini kullanabileceği çalışma ortamının sağlanması,
- i) Kalite yönetimi konusundaki değişim ve gelişmelere paralel olarak, hizmet kalitesinde sürekliliğin sağlanması amacıyla, personelin sürekli öğrenmesine yönelik bir sistem getirilmesi ile personel niteliğinin yükseltilerek, hizmet kalitesinde mükemmelliğin yakalanmaya çalışılması,
- j) Personel çözümün bir parçası olmak anlayışının benimsetilmesi,
- k) Hizmet sunumunda iş görenlere kalitenin geliştirilmesinin bütün personelin işi olduğu anlayış ve yaklaşımının benimsetilmesi,
- l) Kurumsal ve bireysel amaçlar arasında denge sağlayarak iş tatmininin göz önünde bulundurulması,
- m) Kurumda kalite kültürünün oluşturulması.

Sağlık bakanlığınca tespit edilecek eğitim programı çerçevesinde kalite yönetimi uygulamasına geçişin ilk aşamasında birim amirlerine toplam kalite yönetimi konusunda gerekli eğitim verilir. Kalite yönetimi uygulaması kapsamında yer alan eğitimler öncelikle kalite konseyi ve kalite geliştirme ekibi üyelerinden başlanarak, diğer birim yöneticilerine yönelik olarak devam eder. Ayrıca kurum

içinden seçilecek bir grup 'eğitici ekip' olarak eğitilir ve kurum içersinde yürütülen eğitim faaliyetleri bu ekip tarafından yürütülerek yaygınlaştırılır (Akalm vd., 2002: 22).

Başhekimler, ISO 9000 belgesi alan sağlık kuruluşlarını yerinde görmeli ve yöneticilerinden bilgi almalıdır. Edindiği bilgilerin bir özetini hazırlayarak hastane yöneticilerine dağıtmalı ve onlardan konu ile ilgili gerekçe ve önerilerini yazılı ve sözlü olarak istemelidir. Sistem için ihtiyaç duyulacak kaynakları (finans, malzeme, insan vb.) belirlemeli ve sürekliliğini sağlamalıdır. ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi deneyimi olan bir kuruluşla anlaşarak birim sorumluları ile birlikte tıbbi, destek ve idari süreçleri belirlemeli ve prosedürlerin hazırlanmasını sağlamalıdır. Sisteme geçiş zamanına karar verdikten sonra kalite konseyini oluşturmalıdır. Başhekim başkanlığında konsey hastanenin kalite politikası ve hedeflerini belirlemelidir.

Bir pilot birim belirleyerek bu birimin çalışma takımını kurmalı ve kalite yönetim sistemi eğitimi sağlamalıdır. Pilot birimi uygulamaya başlatarak yürütülmekte olan süreç (proses)'lerle ilgili veri toplama ve değerlendirmeleri gözden geçirmeli ve yönlendirmelidir. Veri analizleri sonucu elde edilen eksiklik ve hataları düzeltme-önleme tedbirleri almalıdır. Pilot birimde başarılı bir çalışma elde ettikten sonra diğer hastane birimlerine benzer yaklaşımlarla sistemi yaygınlaştırmalıdır.

Periyodik aralıklarla ve sistematik olarak kalite raporlarını gözden geçirmeli, gerçeklere dayalı kararlar almalı ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilme faaliyetlerini sürdürmelidir. Bundan sonra eğitim programlarına başlanmalı ve toplam kalite yönetimi ilkeleri tüm çalışanlara anlatılmalıdır. Tüm hastane çalışanlarının görev, yetki ve sorumlulukları yeniden belirlenmeli ve hepsine açıklık getirilmelidir. Hastanenin tüm faaliyetleri gözden geçirilmeli, süreç yaklaşımıyla yeniden tanımlanmalıdır.

Kalite düzeyini belirlemede en önemli faktör hastalardır. Hastaların ihtiyaç ve beklentileri kaliteye yön vermektedir. Hasta isteklerinin sürekli değiştiği düşünülürse kalitenin de bu doğrultuda geliştirilmesinin gerektiği ortaya çıkmaktadır (Dinçer, 2005: 123).

2.7. Toplam Kalite Yönetimi Hastane Yönetimi İçin Niçin Önemlidir?

Sağlık kurumları arasındaki işbirliği ve koordinasyon eksikliği organizasyon bozukluğu, yatırım ve teçhizat eksikliği, istihdam politikalarındaki yanlışlık, gereksiz yapılan yatırımlar kaynak kullanımında verimsizliğe neden olmaktadır. Nitelikli sağlık yöneticisinin eksikliği sağlık personelinin uzmanlık alanına göre uygun dağıtılmaması, ücret ve sosyal haklar gibi konular sorunlar arasındadır. Ülke nüfusunun takriben yarısından çoğunun sağlık açısından sosyal güvence altında olduğu tahmin edilmekle birlikte sosyal güvenlik kapsamında olmasına rağmen kendisine sağlanan hizmetleri kullanmayarak özel hizmet alan kesimlerde vardır. Olumsuzlukların çoğalması, gelişen teknoloji ve yaşam kalitesinin artması sağlıkta kalite uygulamalarının önemini ve gerekliliğini ortaya koymaktadır. TKY' nin temel amacı hata, israf ve yanlışları düzeltmek ve sıfır hatayla üretim yapmak olduğuna göre ve Türkiye' deki hastanelerde her alanda olumsuzluk ortamı mevcut olduğundan TKY uygulamasının yaygınlaştırılmasının gerekliliği de kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. TKY modeli hastane düzeyindeki problemlerin çözümüne yardımcı bir uygulama olabilmektedir. Çünkü; önemli bir kamu hizmeti sayılan sağlık alanında da hizmet veren kuruluşlarda TKY uygulamasını başarabilen kuruluşlar vardır (Dinçer, 2005: 125).

Toplam Kalite Yönetimi modelinin hastanelerde uygulanması ile; hizmet sunumunda kalite, çalışanların iş tatmini ve motivasyonu, yönetim ve organizasyon yöntemlerinin modernizasyonu, karar mekanizmalarında akılcılık, bilgi sistemlerinin dokümantasyonu, ve iletişim mekanizmasının işlerliğinin sağlanması beklenmektedir. Ayrıca hasta memnuniyeti, ekip çalışması ile takım ruhunun gelişmesi ve en önemlisi kalite yoluyla "Kamu Yararı" çerçevesinde faydalar sağlanması hedeflenmektedir (Asunakutlu, 2005: 14).

Özellikle sağlık hizmetlerinde, sunulan kaliteli bir hizmet ekonomik ve hissi yararlar sağlayacağı gibi, hizmetteki bir hata veya ihmal insan hayatına mal olabilmektedir. Bunun için hata maliyeti çok ağır olan sağlık hizmetleri kalite düzeyinin yüksek tutulması mecburidir.

2.8. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri (Hasta) Tatmini

Toplam kalite yönetimi felsefesini benimseyen gerek üretim gerekse hizmet sektörlerinin, müşteri istek ve ihtiyaçlarını ön planda tutması gerekmektedir. Çünkü toplam kalite yönetiminin odak noktası müşterinin ihtiyaç ve isteklerini karşılayacak mal/ hizmetin üretilmesi, müşterinin satın aldığı her mal/ hizmette memnun edilmesi, bu sayede kuruma sürdürülebilir rekabet avantajı sağlayacak müşteri bağlılığının sağlanmasıdır (Demir, 1999: 15).

En genel tanım ile müşteri, ikili bir ilişkide etkileşim içinde bulunan ve sorumlu olunan ikinci ve üçüncü şahıslardır. Hayatımız boyunca etkileşim içinde olduğumuz, tutum ve davranışlarımızdan etkilenen ikinci ve üçüncü şahıslar bizim müşterimizdir.

Ticari ilişkilerde, sadece, “ürettiğimiz mal veya hizmeti satın alan kişiler” olarak yapılan tanım gerçekte yetersizdir. Ürettiğimiz mal ve hizmetlerden haberi olan, potansiyel olarak o mal ve hizmetlere ulaşabilecek ve tüketebilecek tüm bireyler, ticari anlamda müşterilerdir (Sarp, 2004: 10).

Sağlık kuruluşları açısından bakıldığında, daha önceleri sadece hastalar müşteri olarak kabul edilirken, bugün gerçek anlamda sağlık hizmetleri sürecine katılan tüm bireyleri müşteri olarak kabul edilmektedir.

Genellikle iç ve dış müşteri tanımları yapılmaktadır.

İç Müşteri ; Sağlık kurumunda çalışan veya sağlık kurumu ile organik ilişkisi bulunan kişi veya gurupları ifade eder. Kurum personeli (hekim, hemşire ve diğer çalışanlar), pay sahipleri danışmanlar iç müşterilerdir.

Dış Müşteri: Sağlık kurumunun temel çıktılarında (hizmetlerinden) doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır. Hastalar, hasta ailesi ve çevresi, refakatçiler ve ziyaretçiler, devlet, diğer sağlık kuruluşları, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, dernekler, medya sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç firmaları dış müşterilerdir (Sarp, 2004: 11).

Bir de global müşteri olarak adlandırılan müşteri grubu vardır. Bu müşteriler, hastane sistemindeki tutum ve davranışlarından dolayı olarak etkilenen kişi ve

kuruluşlardır. Toplum sağlık kuruluşunun en üst yönetimi olan Sağlık Bakanlığı ve tıbbi etik kurul ve kuruluşları bu gruba girer (Dinçer, 2005: 161).

Hasta : “Bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar olan ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı bulunan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür” (Leebov ve Scott,1994:16).

Hasta tatmini, tüketicinin üründen beklediği performans ile tüketim deneyimi sonucunda ulaşılan ürünün gerçek performansı arasında algıladığı farkın bir değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Tatmin düzeyinin, üründen beklenen fayda ile elde edilen fayda arasındaki orana bakmak suretiyle belirlenmesinin mümkün olabileceği ileri sürülmektedir. Hizmetin tüketimiyle elde edilen performans mevcut beklentileri en azından karşılıyorsa ya da aşıyorsa, hastaların tatmin olacağı; buna karşın, beklentilerin altında kalınıyorsa tatminsizlik duyacağı söylenebilir (Üzgül, 2006: 21).

Sağlık sektörü, işletmecilik ekseninde yer almasına karşılık, birçok hastanenin müşteri yönlü olmadığı görülmektedir. Bazı hastanelerin müşteri yönlü olmaya gerek duymamalarının en geçerli nedeni olarak talebin arzı aşmasıdır. Bazıları da müşteri yönlü olmayı istemelerine rağmen kaynak ve finansal güçlerinin yeterli olmayışı nedeniyle uygulanamamaktadırlar (Peynot, Cooger, 1993: 24-33).

ABD’de Ulusal Sağlık Örgütü tarafından yapılan bir araştırma, sağlık çalışmalarının hasta tatminini ciddi bir ölçüt olarak kabul edilmesi gerektiğini gözler önüne sermiştir. Bu gerekliliğin 3 ana nedeni olduğu belirtilmektedir. Öncelikle tatminin önemli bir “sonuç ölçütü” olduğu yolunda birçok kanıt ileri sürülmektedir. Hastaların önerilen tedaviyi izleyip izlemediklerini, tedavi için yeniden başvurup başvurmadıklarını ve sağlık hizmetlerini sağlayan kurum ya da kişiyi değiştirip değiştirmediklerinin bir göstergesi olarak değerlendirilmesi görüşü ağırlık kazanmaktadır. Ayrıca tatminin sağlık durumundaki gelişmelerle ilgili olduğuna dair kanıtlar çoğalmaya başlamıştır. İkinci olarak hasta tatmini iletişim modelleri oluşturma ve görüş alış verişinde bulunma için gidecek faydasını artıran bir ölçüt şeklinde ele alınmaktadır. (Bilgi verme, hastayı bakım ile ilgili kararlar ve sigortada olgunun içine katma vb.). Üçüncü olarak hastadan geri bildirim yoluyla elde edilen bilgilerin sağlık bakımı sağlama ve düzenlemede alternatif yöntemlerin seçiminde

sistematik olarak kullanabileceği yolunda görüşler öngörülmektedir (Konsültasyon süresi, bakımın saatlerinin ayarlanabilmesi vb.) (Fitzpatrick, 1991: 887-889).

Müşteriler, beklentileri ve gereksinimleri karşılandığı ölçüde tatmin edilmiş olacaklardır. Müşteri tatmini kısaca aşağıdaki şekilde formüle edilebilir (Sarp,2004: 11).

Müşteri Tatmini = Beklenti , Algılama

(MT) (B) (A)

$B > A$ ise müşteri tatmin olmamış,

$B < A$ ise müşteri tatmin olmuş,

$B = A$ ise tepki yok demektir.

Sağlık kurumlarında müşteri tatminini iki faktör belirlemektedir.

1- Müşteri beklentileri: Müşterilerin sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler; müşterilerin yaş, cinsiyet eğitim düzeyi, sosyal kültürel özelliklerine, kişilik yapısına, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır.

2- Müşterilerin aldıkları hizmete ilişkin algılamaları: Müşterilerin sağlık kurumlarında aldıkları hizmete ilişkin algıları; müşterinin yaş, cinsiyet, eğitim, daha önceki deneyimleri ve sosyal-kültürel özelliklerine ve kişilik yapısına göre farklılık gösterir.

Hasta/müşteri memnuniyeti, müşterinin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir.

Leebov ve Scott (1994:16) sağlık kurumlarında hasta tatmininin dört nedenden dolayı önem taşıdığını ileri sürmektedir . Bunlar ;

1- İnsancıl Nedenler: İyi ve kaliteli hizmeti alma hakkı, hastaların temel haklarının başında gelmektedir. Hastaneye gelen hasta; ağrılı, endişeli, gerilimli olabilir. Bu nedenle, sağlık kurumuna gelen hastaların, en iyi sonucu veren hizmetlerden yararlanma hakları bulunmaktadır. Hizmetlerin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli olması, hem de hastaların kişiliğine, düşüncelerine, değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gerekmektedir. Ayrıca, hastalara insancıl tarzda hizmet verilmesinin, hukuksal boyutu da bulunmaktadır. Çağdaş, demokratik

ve insan haklarına saygılı tüm toplumlarda , hasta hakları konusunda çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Ülkemizde de hasta hakları konusunda yasal düzenlemeler bulunmaktadır.

2 - Ekonomik Nedenler : Hastalar hizmetin alıcısıdır. Sağlık, birinci öncelikli olduğu için, hastalar içinde buldukları koşullar nedeniyle, verilen hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerdeki müşterilerden daha dikkatlidir. Ameliyat olması gereken bir hasta, hastane seçiminde, bir eşya alırken gösterdiği titizlikten daha fazlasını gösterir. Tercihini daha ciddi belirler ve ödediği ücretin karşılığını bekler. Ayrıca, giderek etkisi artan sigorta kurumları da, müşterilerinin aldıkları hizmetlerden tatmin olmalarına önem verirler. Sigorta kurumları, gerekirse sağlık kurumlarına baskı yapabilmektedirler. Müşteri tatmini, sağlık kurumunun müşteri ve kar potansiyelini önemli ölçüde artırmaktadır. Koç şirketler grubunca yapılan bir çalışmada, memnun olmayan her 10 müşteri 3500 potansiyel müşteri kaybına yol açmaktadır.

3 -Pazarlama Nedeni : Sağlık kurumları, müşteri potansiyelini artırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için hasta tatminine önem vermek zorundadırlar. Sağlık kurumları, hasta sadakatini sağlamak amacıyla hasta tatmini üzerinde odaklaşmalıdır. “Hasta Sadakati ”, hastaların gereksinimleri olduğunda, hizmetlerinden yararlandıkları sağlık kurumunu tekrar kullanmaları veya tercih etmeleridir. Hasta sadakati var olduğunda, ekonomik nedenler ikinci sırada yer alır. Hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça, hasta sadakati oranı da artmaktadır.

4 -Etkililik Nedeni :Tatmin edilen hastaların tedavi sürecinde daha olumlu davranışlar sergilediği bilinmektedir. Tatmin olan hastalar hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uymaktadırlar. Verilen ilaçları veya tedavi ile ilgili önerileri düzenli olarak yerine getirmektedirler.

2.9. Müşteri (Hasta) Tatminini Etkileyen Faktörler

Yapılan çalışmalar sonucunda, hasta tatminini etkileyen çeşitli faktörler saptanmıştır. Bunlar;

a. *Personel Hasta Etkileşimi*: Hekim davranışı: Hastalar hekimlerin verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, hekimin uzmanlık bilgisinden daha çok, dinleme, duyarlı olma yeterli zaman ayırma, nezaket, güler yüz ve saygı gösterme gibi davranışlarına dikkat ederler. Hekimin davranışı; hastanın tatmin olmasından

başka, verilen hizmetin etkililiğini de artırmaktadır. Hasta ve doktor arasında olumlu ilişki kurulması durumunda hastalar, hekimlerin önerilerine tamamen uymakta ve tedavilerine ara vermemektedirler. Hemşire davranışı; özellikle yataklı tedavi kurumlarında, hastaların tedavi süresi boyunca en fazla etkileşimde buldukları personel gurubu hemşirelerdir. Bu nedenle, hemşire davranışlarının hasta tatminindeki rolü son derece önemlidir. Hemşirelerin, güler yüz, nezaket ve saygılı davranışları, hasta memnuniyetini olumlu yönde etkiler.

b. Hasta Bakım Kalitesi: Sağlık kurumunda görevli hekimlerin, mesleki becerileri ve yeterliği, hastanede kalış süresi, hastanenin alanında yetkin olması, tedavi sonucu oluşan kalıcı rahatsızlıklar, hastaya zamanında müdahale, ileri teknolojiye dayalı hizmet sunulması, hizmetlerin yaygınlığı, konsültasyon hizmetlerindeki hız, acil servisin yeterliği hasta memnuniyetini etkiler.

c. Bilgilendirme: Hasta ve yakınlarının hekimler tarafından; yalın, teknik olmayan, anlaşılır bir dille bilgilendirilmesi, alacağı tedavi konusunda, hekimle beraber karar vermesi, kişinin hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmesini sağlamaktadır. Çünkü hastalar sağlık durumunu, rahatsızlığı ile ilgili nasıl bir tedavi sürecinden geçeceğini merak etmektedirler. Hastaların, sağlık durumları hakkında bilgilendirilmelerinin hasta tatminini etkilediği yapılan birçok araştırma ile saptanmıştır. Hastaların bilgilendirilmesi konusu, ülkemizde uygulanan hasta hakları yönetmeliğinin 15-20. maddelerinde düzenlenmiştir.

d. Ulaşılabilirlik ve Bulunabilirlik: Sağlık kurumunun fiziksel uzaklığı, ulaşım kolaylığı, gece ve tatil günleri hizmet verebilmesi, uzman bulundurması, hastanın istediği zaman doktoru ile görüşebilmesi, bekleme süresi (muayene öncesi, teşhis ve tedavi esnasında, yatışta) memnuniyeti etkilemektedir.

e. Beslenme Hizmetleri: Yapılan memnuniyet araştırmalarında, sağlık kurumundan taburcu olan hastaların, en fazla hatırladıkları bölüm beslenme hizmetleridir. Hastalar yemeğin sadece kalitesini değil, yemeği sunan kişilerden, sunulmuş biçiminden ve görüntüsünden de etkilenmektedirler. Hastaya sunulan yemek, diyet yemeği de olsa sunum biçimi iyi olduğunda, hastalar hizmetleri kaliteli olarak değerlendirmektedirler.

f. Örgütsel ve Fiziksel Çevre Koşulları: Sağlık kurumlarının örgüt içi ilişkileri, çalışma ortamı, , haberleşme olanağı, refakat ve ziyaret olanakları, sosyal ve kültürel etkinlikler, aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, aradığı yeri kolay bulma, otopark, bekleme odaları gibi fiziksel özelliklerinin de hasta tatminini etkilediği saptanmıştır. İbn-i Sina hastanesinde yaptığımız bir memnuniyet araştırmasında, hastaların en fazla şikayet ettikleri konuların başında “otoparkın yetersiz olması” gelmiştir.

g. Güven: Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararlarına katılmalarının sağlanması, onlarda güven duygusunun oluşmasına yol açmaktadır. Hasta, kendisine yapılan tedavinin, doğru ve yeterli olduğunu hissetmelidir. Ayrıca, hasta mahremiyetine özen gösterilmesi, hastalarda güven duygusunun gelişmesini sağlamaktadır. Mahremiyet, hastanın hastalığı hakkında hekim ve diğer personel tarafından edinilen bilgilerin gizliliğinin korunmasıdır. Hasta mahremiyetinin korunması temel hasta hakkıdır.

h. Ücret: Özellikle sosyal güvencesi olmayan hastalar için ücret önemlidir. Hastalar kaliteli hizmetleri en düşük ücretle almak isterler. Hizmetlerin maliyeti ve ödeme kolaylığı önemlidir. Yüksek hastane faturaları, hastaların tatminsizliğini artırmaktadır. Ancak sosyal güvencesi olan hastalar için , diğer faktörler daha önemlidir.

ı. Bürokrasi: Hastaların hastaneye başvururken ve hizmet alırken karşılaştıkları işlemlerin sayısı ve bu resmi işlemlerin tamamlanması için geçen süre, hasta tatminini etkilemektedir.

Örneğin; Türkiye’de bir devlet memurunun poliklinik hizmetlerinden yararlanabilmesi için genellikle şu aşamalardan geçmesi gerekmektedir.

- 1 - Randevu alma,
- 2 - Sevk kağıdının hazırlanması,
- 3- Sevk kağıdının onaylatılması ,
- 4 - Muayene olma,
- 5- Laboratuvar tetkiklerinin resmi yazılarda onaylanması,
- 6- Tetkiklerin yaptırılması,

7 - Laboratuvar sonuçlarının hekime gösterilmesi,

8 -Reçetenin onaylatılması (Sarp, 2004: 12).

Hasta tatmini, kalite çalışmalarında en çok kullanılan ölçüm yöntemidir. Bu yöntemler;

Nitel Yöntemler; Hastanın duygu ve düşünceleri doğrudan öğrenilir. Örn;

Direkt Yöntem: hasta anketleri

Endirekt Yöntem: Kalite İndikatörleri

Nitel Yöntemler : Müdahale olmadığı için rahatsız etmez, yönlendirilmemiş veri sağlar, objektif göstergeler kullanılır. Örn. Direkt Yöntem: Odak gruplar.

Endirekt Yöntem: şikayet-dilek kutusu kayıtları

Bu yöntemlerden en yaygın kullanılanlar ;

1. Anket Uygulaması

En yaygın kullanılan yöntemdir. Anket yöntemiyle de hasta tatminine yönelik, çok çeşitli ve son derece ekonomik bilgiler toplamak mümkündür. Yazılı olabilir, mektup (posta) yoluyla olabilir, görüşme yoluyla anketler yapılabilir.

2. Odak Grup Görüşmeleri

Sağlık kurumlarından yararlanan kişilerin deneyim ve önerilerinin öğrenilmesi amacıyla kullanılır. Önceden belirlenmiş konular etrafında ortalama 8 – 12 hasta, belli bir süre, belirli bir konuda tartışır. Bu tartışma sayesinde hasta tatmini etkileyen faktörler ayrıntılı olarak elde edilebilmektedir. Bu yöntemin tek sakıncası tartışma esnasında hastaların birbirlerinden etkilenmesidir.

3. Telefon Görüşmeleri

Sağlık kurumlarından yararlanmış kişilere telefonla ulaşılarak bilgi toplanmasıdır.

4. Diğer Nitel Yöntemler

Video, teyp kayıtları , gözlem teknikleri , hasta şikayetlerini ve önerilerini öğrenmek amacıyla kullanılan yöntemlerdendir (Sarp, 2004: 14).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA MEMNUNİYETİNİN İSTATİSTİKİ GÖSTERGELERLE KARŞILAŞTIRILMASI

3.1. Araştırmanın Amacı

Rekabetin esas olduğu çağımızda artık hastaneler de hastalarını birer müşteri olarak görmekte, hasta memnuniyetini en üst düzeyde tutmak istemektedirler. Bunun içinde Toplam Kalite Yönetimi çalışmalarına son derece önem verilmektedir.

Bu çalışmada; TKY uygulamalarının hastaneler tarafından ne derece benimsendiğinin göstergesi olarak, hastanelerimizden hizmet alan hastaların ne kadar memnun olduklarını ortaya koymak amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Kapsamı Ve Yöntemi

Sağlık Sektörü, devlete bağlı hastaneleri, özel hastaneleri, özel poliklinikleri, laboratuvar ve görüntüleme merkezlerini, ilaç ve medikal sanayi gibi çok geniş bir alanı kapsar. Araştırma Denizli il merkezindeki Denizli Devlet Hastanesi, Servergazi Devlet Hastanesi (eski adıyla Denizli SSK Hastanesi) ve bir özel hastane olan Tekden Hastanesi' ni kapsamaktadır.

Denizli Devlet Hastanesi 866 yataklı bir hastanedir, anketlerin yapıldığı şubat ayında toplam poliklinik sayısı; 121.069, yatan hasta sayısı ise; 3.968 olarak tespit edilmiştir. Servergazi Devlet Hastanesi ise; 304 yataklı bir hastanedir. Şubat ayı poliklinik sayısı 53.278, yatan hasta sayısı ise 2.697'dir. Özel Tekden Hastanesi, 2004 yılında faaliyete geçmiş, 17 yataklı, 11 polikliniği bulunan özel bir hastanedir. Günlük poliklinik sayısı ortalama 300 civarındadır. Halen kalite belgesi almamış, fakat kalite çalışmalarına devam etmektedir.

Çalışma sırasında elde edilen verilerin objektif olması ve bu verilerin değerlendirilmesi istatistiksel analiz tekniklerinden çıkarılan sonuçların anlaşılabilir olması için veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Konuyla ilgili olarak ilk önce Toplam Kalite Yönetimiyle ilgili kaynaklar taranmış, elde edilen veriler ışığında anket soruları hazırlanmıştır. Ana kütleyi temsil eden Denizli ve Servergazi Devlet Hastanelerinde poliklinik hastaları 50'şer, yatan hastaları 50'şer,

Tekden Hastanesinde ise poliklinik hastası 25, yatan hastası 25 olmak üzere toplam 250 hastaya uygulanmak üzere anket formu hazırlamıştır. Anket formlarının güvenilirliği test edilmiş, alpha; 0,74 olarak tespit edilmiştir. Hazırlanan anket formları İl Valilik Makamından(Sağlık Müdürlüğü) izin alınarak şubat ayında eğitimli anketör aracılığıyla hastalarla teker teker, yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Yatan hastalara 39 soruluk anket formu, poliklinik hastalarına ise 34 soruluk anket formu uygulanmıştır.

Elde edilen 250 anket formu sıra ile birden başlanarak numaralandırılmış ve her bir anket formu istatistik paket programına (SPSS 11,5) aktarılmış ve analiz edilmiştir. SPSS (Statistical Package For Social Sciences) anket ve araştırma uygulamalarından elde edilen verilerin analizinde kullanılan yaygın bir pakettir. Elde edilen verilerin analizi için bir takım tanımlayıcı (frekanslar ve yüzde analizi) ve açıklayıcı (varyans analizi) istatistikler kullanılmıştır.

3.3. Bulgu ve Değerlendirmeler

3.3.1. Poliklinik Hastalarına İlişkin Bulgular

Poliklinik hastalarının hastaneye göre dağılımları (frekans) ve hastaneye göre farklılık durumları (varyans) ve cinsiyete göre farklılık durumları (t-test) ayrı olarak incelenmiştir.

3.3.1.1. Poliklinik Hastalarının Hastaneye Göre Dağılımları (Frekans)

Tablo-3.3.1.1. Araştırmaya Katılan Poliklinik Hastalarının Bazı Sosyo-Demografik Değişkenlerin Hastaneye Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Denizli		Sergazisi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	31	62,0	31	62,0	15	60,0	77	61,6
	Erkek	19	38,0	19	38,0	10	40,0	48	38,4
Yaş	16-30	23	46,0	5	10,0	11	44,0	39	31,2
	31-50	23	46,0	23	46,0	13	52,0	59	47,2
	51 ve üzeri	4	8,0	27	44,0	1	4,0	27	21,6
Eğitim durumu	Okur yazar değil	1	2,0	2	4,0	0	0,0	3	2,4
	Okur yazar	0	0,0	6	12,0	0	0,0	6	4,8
	İlkokul	11	22,0	29	58,0	6	24,0	46	36,8
	Ortaokul	6	12,0	3	6,0	1	4,0	10	8,0
	Lise	22	44,0	8	16,0	13	52,0	43	34,4
	Yüksekokul	6	12,0	2	4,0	4	16,0	12	9,6
	Üniversite	4	8,0	0	0,0	1	4,0	5	4,0
Meslek	Memur	10	20,0	2	4,0	5	20,0	17	13,6
	Teknik çalışan- işçi	14	28,0	16	32,0	4	16,0	34	27,2
	Esnaf	4	8,0	2	4,0	1	4,0	7	5,6
	Serbest	5	10,0	9	18,0	2	8,0	16	12,8
	Ev hanımı	17	34,0	21	42,0	13	52,0	51	40,8
Sosyal güvence	Memur (çalışan)	6	12,0	1	2,0	7	28,0	14	11,2
	Emekli sandığı	5	10,0	4	8,0	3	12,0	12	9,6
	SSK	29	58,0	34	68,0	9	36,0	72	57,6
	Bağ-Kur	8	16,0	10	20,0	6	24,0	24	19,2
	Yeşil Kart	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Güvencem yok	2	4,0	1	2,0	0	0,0	3	2,4
	Diğer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Başvuru şekli	Doğrudan	48	96,0	46	92,0	25	100,0	119	95,2
	Kurumdan sevk	2	4,0	4	8,0	0	0,0	6	4,8
TOPLAM		50	100,0	50	100,0	25	100,0	125	100,0

Araştırmaya katılanların hastaneye göre bazı özellikleri incelendiğinde; Denizli Devlet Hastanesi'nden olan katılımcıların %62,0'sinin kadın, %46,0'sının 16-30yaş ve yine %46,0'sının 31-50 yaş arasında, %44,0'ünün lise mezunu, %34,0'ünün ev hanımı, %58,0'inin SSK üyesi, %96,0'sının doğrudan hastaneye başvurmuş olduğu belirlenmiştir. Aynı değişkenler Sergazisi Devlet Hastanesi'nde incelendiğinde; %62,0'mın kadın, %46,0'sının 31-50 yaş arasında, %58,0'inin

ilkokul mezunu, %42,0'sinin ev hanımı, %68,0'inin SSK üyesi, %92,0'sinin doğrudan hastaneye başvurduğu belirlenmiştir. Yine aynı değişkenler Özel Tekden Hastanesi açısından incelendiğinde ise; atılımcıların %60,0'ının kadın, %52,0'sinin 31-50 yaş arasında, %52,0'sinin lise mezunu, %52,0'sinin ev hanımı, %36,0'sinin SSK üyesi olduğu ve %100,0'ünün de doğrudan hastaneye başvurduğu belirlenmiştir.

Tablo- 3.3.1.2. Araştırmaya Katılan Poliklinik Hastalarının Fiziki Ortama İlişkin Görüşlerinin Hastanelere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Denizli		Servergazi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Kolay ulaşılabilme	Evet kolay	37	74,0	38	76,0	25	100,0	100	80,0
	Yönlendirme eksik	10	20,0	10	20,0	0	0,0	20	16,0
	Hayır, zor oldu	3	6,0	2	4,0	0	0,0	5	4,0
Polikliniğin temizliği	Çok temiz	16	32,0	14	28,0	10	40,0	40	32,0
	Temiz	19	38,0	28	56,0	14	56,0	61	48,8
	Fena değil	15	30,0	7	14,0	1	4,0	23	18,4
	Kirli	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	0,8
Poliklinik tuvaletleri temizliği	Çok temiz	4	8,0	8	16,0	5	20,0	17	13,6
	Temiz	22	44,0	20	40,0	8	32,0	50	40,0
	Fena değil	13	26,0	16	32,0	12	48,0	41	32,8
	Kirli	11	22,0	6	12,0	0	0,0	17	13,6
TOPLAM		50	100,0	50	100,0	25	100,0	125	100,0

Hastaneye göre poliklinik hastalarının fiziki ortam ve birimlerin durumuna ilişkin görüşleri incelendiğinde; Denizli Devlet Hastanesi'nden olan katılımcıların %74,0'ü polikliniklere ulaşmanın kolay olduğunu, %38,0'i polikliniklerin 'temiz' olduğunu, %44,0'ü poliklinik tuvaletlerinin 'temiz' olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı özellikler Servergazi Devlet Hastanesi açısından bakıldığında katılımcıların %76,0'sı polikliniklere ulaşmanın kolay olduğu, %56,0'sı 'temiz' olduğu, %44,0'ü poliklinik tuvaletlerinin 'temiz' olduğu ifade etmişlerdir. Özel Tekden Hastanesinde ise katılımcıların %100,0'ü polikliniklere ulaşımın kolay olduğu, %56,0'sı polikliniklerin 'temiz' olduğu, %48,0'i ise poliklinik tuvaletlerinin 'fena değil' derecesinde temiz olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo-3.3.1.3. Araştırmaya Katılan Poliklinik Hastalarının Doktor Muayenesine İlişkin Görüşlerinin Hastanelere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Denizli		Servergazi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Bürokratik işlem süresi	0-20 dakika	32	64,0	15	30,0	22	88,0	69	55,2
	21-40 dakika	10	20,0	9	18,0	2	8,0	21	16,8
	41-60 dakika	5	10,0	8	16,0	0	0,0	13	10,4
	1 saat ve üzeri	3	6,0	18	36,0	1	4,0	22	17,6
Hekimin muayene süresi	5 dakika kadar	21	42,0	24	48,0	3	12,0	48	38,4
	6-10 dakika	23	46,0	19	38,0	11	44,0	53	42,4
	11-15 dakika	6	12,0	4	8,0	4	16,0	14	11,2
	16-20 dakika	0	0,0	3	6,0	7	28,0	10	8,0
Hekimin tedavi için açıklaması	Evet tamamıyla	33	66,0	24	48,0	21	84,0	78	62,4
	Ève, kısmen	13	26,0	23	46,0	4	16,0	40	32,0
	Hayır	4	8,0	3	6,0	0	0,0	7	5,6
Hekimin dinleyişi ve yanıtı	Evet tamamıyla	36	72,0	28	56,0	20	80,0	84	67,2
	Evet, kısmen	11	22,0	18	36,0	5	20,0	34	27,2
	Hayır	3	6,0	4	8,0	0	0,0	7	5,6
Hekime güven	Evet elbette	39	78,0	35	70,0	21	84,0	95	76,0
	Evet kısmen	8	16,0	13	26,0	4	16,0	25	20,0
	Hayır	3	6,0	2	4,0	0	0,0	5	4,0
Hekimin ilgi ve nezaketi	Evet	36	72,0	38	76,0	24	96,0	98	78,4
	Kısmen	9	18,0	7	14,0	1	4,0	17	13,6
	Hayır	5	10,0	5	10,0	0	0,0	10	7,2
TOPLAM		50	100,0	50	100,0	25	100,0	125	100,0

Hastanelere göre poliklinik hastalarının hekimin muayenesiyle ilgili görüşleri incelendiğinde; Denizli Devlet Hastanesi'nde hastaneye geldikten sonra muayene olmak için bürokratik işlemlere harcanan süreyi %64,0'ü 0-20 dakika olduğunu, %46,0'sı hekimin muayene süresinin 6-10 dakika olduğunu, %66,0'sı hekimin tedavi hakkındaki açıklamasını 'evet tamamıyla', hekimin şikayetlerini dinlemesini %72,0'si 'evet tamamıyla', hekime güven duyduunuz mu sorusuna %78,0'i 'evet elbette', hekimin ilgi ve nezaketi sorusuna ise %72,0'si evet şeklinde görüş bildirmişlerdir. Aynı durum Servergazi Devlet Hastanesi açısından incelendiğinde; bürokratik işlem süresini %30,0'u 0-20 dakika, hekimin muayene süresini %48,0'i 5 dakika kadar olduğu, hekimin tedaviler için açıklamasını %48,0'i tamamıyla açıklandığını, %56,0'sı hekimin şikayetlerini tamamıyla dinlediğini, %70,0'i hekime tam güven duyduğunu, %76,0'sı ise hekimin ilgi ve nezaketine 'evet' şeklinde görüş bildirmişlerdir. Özel Tekden Hastanesi açısından ise; katılımcıların %88,0'i

bürokratik işlem süresinin 0-20 dakika olduğunu, %44,0'ü hekimin muayene süresinin 6-10 dakika olduğunu, %84,0'ü hekimin tedavi hakkında tamamiyle açıklama yaptığını, %80,0'i hekimin şikayetlerini tamamiyle dinleyip yanıtladığını, %84,0'ü hekime tam güven duyduğunu, %96,0'sı hekimin ilgili ve nezaketli davrandığını belirtmişlerdir.

Tablo-3.3.1.4. Araştırmaya Katılan Poliklinik Hastalarının Hekim Dışı Meslek Gruplarına İlişkin Görüşlerinin Hastanelere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Denizli		Sergazisi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
İlgilenen personel	Hemşire	23	46,0	15	30,0	16	64,0	54	43,2
	Fizyoterapist	0	0,0	1	2,0	0	0,0	1	0,8
	Röntgen tek.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Psikolog	2	4,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6
	Sosyal hiz.uzm.	0	0,0	1	2,0	1	4,0	2	1,6
	Diğer	25	50,0	33	66,0	8	32,0	66	52,8
Personelin sorulara yanıtı	Evet tamamiyle	39	78,0	32	64,0	20	80,0	91	72,8
	Evet kısmen	10	20,0	14	28,0	5	20,0	29	23,2
	Hayır	1	2,0	4	8,0	0	0,0	5	4,0
İlgilenen personele güven	Evet elbette	36	72,0	35	70,0	22	88,0	93	74,4
	Evet kısmen	14	28,0	12	24,0	3	12,0	29	23,2
	Hayır	0	0,0	3	6,0	0	0,0	3	2,4
Personel nezaketi	Evet	42	84,0	32	64,0	21	84,0	95	76,0
	Kısmen	7	14,0	15	30,0	4	16,0	26	20,8
	Hayır	1	2,0	3	6,0	0	0,0	4	3,2
TOPLAM		50	100,0	50	100,0	25	100,0	125	100,0

Hastanelere göre personelin nezaketi incelendiğinde Özel Tekden ve Denizli Devlet Hastanelerinde %84 evet olarak cevaplanırken Sergazisi Devlet Hastanesinde ise oran % 64 olarak belirlenmiştir.

Tablo-3.3.1.5. Araştırmaya Katılan Poliklinik Hastalarının Sağlık Kurumunu Genel Tıbbi Açıdan Değerlendirmesinin Hastanelere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Denizli		Servergazi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Tedavi hak. yeterli bilgilendirme	Yeterli verilmedi	6	12,0	17	34,0	7	28,0	30	24,0
	Yeterli verildi	42	84,0	31	62,0	18	72,0	91	72,8
	Hayır, verilmedi	2	4,0	2	4,0	0	0,0	4	3,2
Mahremiyete önem	Evet, kesinlikle	36	72,0	41	82,0	19	76,0	96	76,8
	Evet, kısmen	13	26,0	9	18,0	4	16,0	26	20,8
	Hayır	1	2,0	0	0,0	2	8,0	3	2,4
Tedavi hak. fikir soruldumu	Evet, tamamen	28	56,0	16	32,0	15	60,0	59	47,2
	Evet, kısmen	14	28,0	15	30,0	8	32,0	37	29,6
	Hayır	8	16,0	19	38,0	2	8,0	29	23,2
İlaçlar hakkında bilgilendirme	Evet, tamamıyla	34	68,0	31	62,0	19	76,0	84	67,2
	Evet, kısmen	15	30,0	15	30,0	5	20,0	35	28,0
	Hayır	1	2,0	4	8,0	1	4,0	6	4,8
Görevlilerin yaka kartı	Evet, hepsinin var	37	74,0	38	76,0	20	80,0	95	76,0
	Bir kısmının vardı	11	22,0	11	22,0	5	20,0	27	21,6
	Hiçbirinin yoktu	2	4,0	1	2,0	0	0,0	3	2,4
Hekim seçebilme	Evet	46	92,0	35	70,0	20	80,0	101	80,8
	Hayır	4	8,0	15	30,0	5	20,0	24	19,2
TOPLAM		50	100,0	50	100,0	25	100,0	125	100,0

Hastaneye göre genel poliklinik değerlendirmesi incelendiğinde; Denizli Devlet Hastanesi'nden katılımcıların %84,0'ü durum ve tedavi hakkında yeterli bilgi verildiğini, %72,0'si mahremiyete kesinlikle önem verildiğini, %56,0'sı tedavi hakkında fikrinin tamamen sorulduğunu, %68,0'i ilaçları hakkında tamamıyla bilgilendirildiğini, %74,0'ü bütün görevlilerin yaka kartı olduğunu, %92,0'si hekimin seçebildiğini belirtmişlerdir. Aynı değerlendirme Servergazi Devlet Hastanesinde ise; hastaların %62,0'si tedavisi hakkında yeterli bilgi verildiğini, %82,0'si mahremiyete kesinlikle önem verildiğini, %38,0'i tedavi hakkında fikrinin sorulmadığını, %62,0'si ilaçlar için tamamıyla bilgilendirildiğini, %76,0'sı bütün görevlilerin yaka kartının olduğunu, %70,0'i hekim seçebildiğini belirtmişlerdir. Özel Tekden Hastanesi'nde ise; hastaların %72,0'si tedavisi hakkında yeterli bilgi verildiğini, %76,0'sı mahremiyete kesinlikle önem verildiğini, %60,0'i tedavi hakkında fikrinin sorulmadığını, %76,0'sı ilaçlar için tamamıyla bilgilendirildiğini, %80,0'sı bütün görevlilerin yaka kartının olduğunu, %80,0'i hekim seçebildiğini belirtmişlerdir.

Tablo- 3.3.1.6. Araştırmaya Katılan Poliklinik Hastalarının Hizmetten Genel Memnuniyet Değerlendirmesinin Hastanelere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Denizli		Servergazi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Hekim seçimi bilgilendirme	Evet	36	72,0	34	68,0	19	76,0	89	71,2
	Hayır	14	28,0	16	32,0	6	24,0	36	28,8
Evdeki durum hakkında bilgilendirme	Evet, tamamıyla	25	50,0	25	50,0	16	64,0	66	52,8
	Evet, kısmen	18	36,0	18	36,0	6	24,0	42	33,6
	Hayır	7	14,0	7	14,0	3	12,0	17	13,6
İletişim no verildi mi	Evet	26	52,0	21	42,0	25	100,0	72	57,6
	Hayır	24	48,0	29	58,0	0	0,0	53	42,4
Hizmetten memnuniyet	Evet, tamamıyla	29	58,0	26	52,0	19	76,0	74	59,2
	Evet, kısmen	19	38,0	15	30,0	6	24,0	40	32,0
	Hayır	2	4,0	9	18,0	0	0,0	11	8,8
Poliklinik hizmetinin düzeni	Düzenli değildi	7	14,0	7	14,0	2	8,0	16	12,8
	Oldukça düzenli	34	68,0	36	72,0	21	84,0	91	72,8
	Çok iyi düzenlenmişti	9	18,0	7	14,0	2	8,0	18	14,4
Saygılı davranılma	Evet, her zaman	37	74,0	30	60,0	21	84,0	88	70,4
	Evet, bazen	12	24,0	18	36,0	4	16,0	34	27,2
	Hayır	1	2,0	2	4,0	0	0,0	3	2,4
Hizmeti genel Değerlendirme	Mükemmel	13	26,0	6	12,0	6	24,0	25	20,0
	Çok iyi	15	30,0	13	26,0	12	48,0	40	32,0
	İyi	15	30,0	18	36,0	5	20,0	38	30,4
	Orta	6	12,0	12	24,0	2	8,0	20	16,0
	Kötü	1	2,0	1	2,0	0	0,0	2	1,6
TOPLAM		50	100,0	50	100,0	25	100,0	125	100,0

Hastanelere göre hastanın bilgilendirilmesi ve genel değerlendirmesi ile ilgili dağılım incelendiğinde; Denizli Devlet Hastanesi'nden olan katılımcıların %72,0'si hekim seçme hakkında bilgilendirildiğini, %50,0'si evdeki yaşanabilecek durumlar hakkında tamamen bilgilendirildiğini, %52,0'si hastaneyle iletişime geçebileceği telefon numarasının verildiğini, %58,0'i hizmetten tamamıyla memnun olduğunu, %68,0'i poliklinik hizmet düzeninin oldukça düzenli olduğunu, %74,0'ü kendisine her zaman saygılı davranıldığını, hizmeti genel değerlendirme olarak ta; %30,0'u 'çok iyi' derece ve %30,0' u ise 'iyi' derecede değerlendirmişlerdir. Servergazi Devlet Hastanesi'nden olan katılımcıların %68,0'si hekim seçme hakkında bilgilendirildiğini, %50,0'si evdeki yaşanabilecek durumlar hakkında tamamen bilgilendirildiğini, %58,0'si hastaneyle iletişime geçebileceği telefon numarasının verilmediğini, %52,0'i hizmetten tamamıyla memnun olduğunu, %72,0'i poliklinik

hizmet düzeninin oldukça düzenli olduğunu, %60,0'ı kendisine her zaman saygılı davranıldığını, hizmeti genel değerlendirme olarak ta; %36,0'sı 'iyi' derece de değerlendirmişlerdir.

Özel Tekden Hastanesi'nden olan katılımcıların ise; %76,0'sı hekim seçme hakkında bilgilendirildiğini, %64,0'ü evdeki yaşanabilecek durumlar hakkında tamamen bilgilendirildiğini, %100,0'ü hastaneyle iletişime geçebileceği telefon numarasının verilmediğini, %76,0'sı hizmetten tamamıyla memnun olduğunu, %84,0'ü poliklinik hizmet düzeninin oldukça düzenli olduğunu, %84,0'ü kendisine her zaman saygılı davranıldığını, hizmeti genel değerlendirme olarak ta; %48,0'i 'çok iyi' derece de değerlendirmişlerdir.

İkiden fazla grup arasında fark olup olmadığını belirlemek için basit varyans analizi yöntemi kullanılmıştır. Fark varsa ($p < 0,05$ ise) farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için *Duncan* testi yapılmıştır.

3.3.1.2.Hastaneye Göre Farklılığın Araştırılması (Varyans Analizi)

Tablo- 3.3.1.7. Hastaneye Göre Farklılığın Araştırılması (ANOVA)

SORULAR	F	Anlam Düzeyi
SOSYALGÜVENCE	3.027	.052
HAST. BAŞVURU	1.220	.299
POLIKLINİK	1.425	.245
KOLAY ULAŞILABİLİRLİK	3.625	.030*
POL. TEMİZLİĞİ	1.891	.155
TUVALET TEMİZ.	1.429	.244
ILK. BÜROKRASİ	19.241	.000*
MUAYE. SÜRESİ	11.433	.000*
HEK. TEDAVİ AÇIKLAMASI	4.316	.015*
HEKİME SORU	2.733	.069
HEKİME GÜVEN	.950	.389
HEKİM NEZAKETİ	2.695	.072
ILGİLEN. PERSO.	4.035	.020*
PERSO. YANITI	2.396	.095
PERSO. GÜVEN	1.937	.149
PERSO. NEZAKETİ	3.614	.030*
TEDAVİ BİLGİSİ	3.075	.050
MAHREMIYET	1.015	.365
TED. HAK. FİKİR	6.462	.002*
ILAÇ BİLGİSİ	.972	.381
GÖREVLİ YAKA KARTI	.340	.712
HEK. SEÇEBİLME	4.067	.020*
HEK. SEÇ. BİLGİSİ	.268	.766
EVDEKİ. TEDAVİ BAK.	.494	.612
İLETİŞİM NO	14.515	.000*
HİZMETTEN MEMNUNİYET	3.704	.027*
HİZMET DÜZENİ	.086	.917
SAYGI. DAVRAN.	2.766	.067
GENEL DEĞERLENDİRME	4.271	.016*

* (p<0,05).

Yapılan varyans analizine göre kolay ulaşılabilirlik, ilk bürokrasi süresi, muayene süresi, hekim tedavi açıklaması, ilgilenen personel, personel nezaketi, tedavi hakkında fikir, hekim seçme hakkı, iletişim no, hizmetten memnuniyet ve genel değerlendirmeler yönünden hastaneler arasında fark vardır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Duncan testi yapılmıştır. Buna göre fark olan sorulara ait test sonuçları aşağıdaki gibidir.

Tablo- 3.3.1.8. Hastaneye Göre Kolay Ulaşılabilirlik Analiz Sonuçları (Duncan)

HASTANE	N	alpha =0.05	
		1	2
Özel Tekden Hastanesi	25	1.0000	
Servergazi Devlet Hastanesi	50		1.2800
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.3200
Sig.		1.000	.732

Hastaneye göre kolay ulaşılabilirlik karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$). Buna göre farklılık Özel Tekden Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. Tablo- 3.3.1.2.'ye göre Tekden Hastanesi'nde hastaların %100'ü soruya 'evet kolay' şeklinde yanıt vermişlerdir.

Tablo- 3.3.1.9. Hastaneye Göre İlk Bürokratik İşlemler İçin Bekleme Süresi Analiz Sonuçları (Duncan)

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Özel Tekden Hastanesi	25	1.2000	
Denizli Devlet Hastanesi	50	1.5800	
Servergazi Devlet Hastanesi	50		2.5800
Sig.		.111	1.000

Hastaneye göre bekleme süresi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0.05$). Buna göre farklılık Servergazi Devlet Hastanesinden kaynaklanmaktadır.

Tablo- 3.3.1.10. Araştırmaya Katılan Poliklinik Hastalarının Bürokratik Bekleme Süresine İlişkin Görüşlerinin Hastanelere Göre Dağılımı

DEĞİŞENLER		Denizli		Servergazi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Bürokratik işlem süresi	0-20 dakika	32	64,0	15	30,0	22	88,0	69	55,2
	21-40 dakika	10	20,0	9	18,0	2	8,0	21	16,8
	41-60 dakika	5	10,0	8	16,0	0	0,0	13	10,4
	1 saat ve üzeri	3	6,0	18	36,0	1	4,0	22	17,6

Denizli Devlet Hastanesi'nde 0-20 dakika aralığında bekleyen hasta oranı %64, Tekden Hastanesinde %88 iken bu oran Servergazi Devlet Hastanesinde %30 olarak belirlenmiştir.

Tablo-3.3.1.11. Hastaneye Göre Muayene Süresi Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Denizli Devlet Hastanesi	50	1.7000	
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.7200	
Özel Tekden Hastanesi	25		2.6000
Sig.		.917	1.000

Hastaneye göre bekleme süresi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p < 0.05$). Buna göre farklılık Tekden Hastanesinden kaynaklanmaktadır. Tablo- 3.3.1.3.' e göre 16-20 dakika muayene olan hastalar en yüksek %28 oranla Tekden Hastanesindedir.

Tablo- 3.3.1.12. Hastaneye Göre Hekimin Tedavi Hakkında Açıklaması Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Özel Tekden Hastanesi	25	1.1600	
Denizli Devlet Hastanesi	50	1.4200	1.4200
Servergazi Devlet Hastanesi	50		1.5800
Sig.		.057	.238

Hastaneye göre hekimin tedavi açıklaması karşılaştırıldığında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p < 0.05$). Farklılık Tekden Hastanesi ile Servergazi Devlet Hastanesi' nden kaynaklanmaktadır. Tablo- 3.3.1.3' göre Tekden Hastanesinde %84, Servergazi Devlet Hastanesi' nde %48 oranında hasta 'evet tamamıyla' yanıtını vermiştir.

Tablo 3.3.1.13. Hastaneye Göre İlgilenen Personel Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Özel Tekden Hastanesi	25	2.7600	
Denizli Devlet Hastanesi	50	3.6200	3.6200
Servergazi Devlet Hastanesi	50		4.4000
Sig.		.123	.162

Hastaneye göre ilgilenen personel karşılaştırıldığında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Tekden Hastanesi ile Servergazi Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. Tablo- 3.3.1.4' e göre; Tekden Hastanesi'nde % 64 oranla hemşire ilgilenirken, Servergazi Devlet Hastanesi'nde % 30 oranla hemşire ilgilenmiştir.

Tablo-3.3.1.14. Hastaneye Göre Personel Nezaketi Analiz

Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Özel Tekden Hastanesi	25	1.1600	
Denizli Devlet Hastanesi	50	1.1800	
Servegazi Devlet Hastanesi	50		1.4200
Sig.		.864	1.000

Hastaneye göre personel nezaketinde anlamlı farklılık belirlenmiş olup ($p < 0.05$), farklılık Servergazi Devlet Hastanesinden kaynaklanmaktadır. Tablo- 3.3.1.4'e göre Denizli Devlet Hastanesi ve Tekden Hastanesinde evet olarak cevaplayan hasta oranı %84 iken Servergazi Devlet Hastanesinde bu oran %64 olarak belirlenmiştir.

Tablo- 3.3.1.15. Hastaneye Göre Tedavi Hakkında Fikir Soruldu mu

Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Özel Tekden Hastanesi	25	1.4800	
Denizli Devlet Hastanesi	50	1.6000	
Servegazi Devlet Hastanesi	50		2.0600
Sig.		.503	1.000

Hastaneye göre tedavi hakkında fikir sorulmasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Servergazi Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. Servergazi Devlet Hastanesi'ndeki hastalar %38 en yüksek oranla 'hayır' yanıtını vermişlerdir.

Tablo-3.3.1.16. Hastaneye Göre Mahremiyete Özen Gösterme Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.1800	
Denizli Devlet Hastanesi	50	1.3000	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.3200	
Sig.		.248	

Hastaneye göre mahremiyete özen gösterme karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Tablo-3.3.1.17. Hastaneye Göre Hekim Seçebilme Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha =0 .05	
		1	2
Denizli Devlet Hastanesi	50	1.0800	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.2000	1.2000
Servergazi Devlet Hastanesi	50		1.3000
Sig.		.181	.264

Hastaneye göre hekim seçebilme karşılaştırıldığında Denizli Devlet Hastanesi ile Servergazi Devlet Hastanesi arasında farklılık belirlenmiştir. Tablo- 3.3.1.5.'e göre hekim seçebilme hakkına Denizli Devlet Hastanesi' nde en yüksek %92 oranla evet olarak cevap verilmiştir

Tablo- 3.3.1.18. Hastaneye Göre İletişim No. Verilme Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Özel Tekden Hastanesi	25	1.0000	
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.4800
Servergazi Devlet Hastanesi	50		1.5800
Sig.		1.000	.337

Hastaneye göre iletişi no. Verilmede Anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Tekden Hastanesi' nden kaynaklanmaktadır. En çok iletişim numarası veren Tekden Hastanesi' dir.

Tablo- 3.3.1.19. Hastaneye Göre Problemiyle İlgili Verilen

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Özel Tekden Hastanesi	25	1.2400	
Denizli Devlet Hastanesi	50	1.4600	1.4600
Servegazi Devlet Hastanesi	50		1.6600
Sig.		.140	.179

Hastaneye göre problemiyle ilgili verilen hizmetten memnun olma durumları karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p < 0.05$). Tekden Hastanesi ile Servegazi Devlet Hastanesi arasında farklılık vardır. Tablo-3.3.1.6' ya göre evet tamamıyla diye cevap veren hastaların oranı Servegazi Devlet Hastanesi'nde %52 iken, bu oran Tekden Hastanesinde %76 olarak belirlenmiştir.

Tablo-3.3.1.20. Hastaneye Göre Genel Değerlendirme Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Özel Tekden Hastanesi	25	2.1200	
Denizli Devlet Hastanesi	50	2.3400	2.3400
Servegazi Devlet Hastanesi	50		2.7800
Sig.		.347	.062

Hastaneye göre genel değerlendirme karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Tekden Hastanesi ile Servegazi Devlet Hastanesi arasında fark vardır. Tablo 3.3.1.6'ya göre çok iyi olarak cevaplayan hasta oranı Tekden Hastanesinde % 48 iken Servegazi Devlet Hastanesinde % 26' dir. Denizli Devlet Hastanesinde ise oran %30 olarak belirlenmiştir.

3.3.1.3. Cinsiyete Göre Farklılığın Araştırılması (t-test)

Poliklinik hastalarının cinsiyetine göre fark olup olmadığını araştırmak için t-test yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdadır.

Tablo- 3.3.1.21. Cinsiyete Göre Soru Yanıtlarının Ortalamaları (t-test)

SORULAR	CİNSİYET	N	ORTALAMA
SOSYAL GÜVENÇE	kadın	77	2.9740
	erkek	48	2.8958
HASTANE. GELİŞ	kadın	77	1.0390
	erkek	48	1.0625
POLİKLİNİK	kadın	77	8.1558
	erkek	48	9.3333
KOLAY ULAŞIM	kadın	77	1.2597
	erkek	48	1.2083
POL.TEMİZLİĞİ	kadın	77	1.9221
	erkek	48	1.8125
TUVA. TEMİZLİĞİ	kadın	77	2.5455
	erkek	48	2.3333
İLK.BÜROK. SÜRE	kadın	77	1.9740
	erkek	48	1.7917
MUAYENE SÜRE	kadın	77	1.9221
	erkek	48	1.8333
HEK.TEDA	kadın	77	1.3506
	erkek	48	1.5625
HEKİME SORU	kadın	77	1.2857
	erkek	48	1.5417
HEKİME GÜVEN	kadın	77	1.2208
	erkek	48	1.3750
HEKİM NEZAKETİ	kadın	76	1.2237
	erkek	48	1.3750
ILGI. PERSONEL	kadın	77	3.7792
	erkek	48	3.7292
PERSONEL YANIT	kadın	77	1.2208
	erkek	48	1.4583
PERSO. GÜVEN	kadın	77	1.2468
	erkek	48	1.3333
PERSO. NEZAKETİ	kadın	77	1.2857
	erkek	48	1.2500
TEDAVİ BİLGİSİ	kadın	77	1.7403
	erkek	48	1.8750
MAHREMİYET	kadın	77	1.2468
	erkek	48	1.2708
TEDAVİ HAKK.	kadın	77	1.7143
	erkek	48	1.8333
İLAÇ BİLGİSİ	kadın	77	1.3506

	erkek	48	1.4167
GÖR. YAKA KART	kadın	77	1.2987
	erkek	48	1.2083
HEKİM SEÇEBİL.	kadın	77	1.1688
	erkek	48	1.2292
HEK. SEÇİM BİL.	kadın	77	1.2727
	erkek	48	1.3125
EVDEKİ TEDAVİ	kadın	77	1.5974
	erkek	48	1.6250
İLETİŞİM NO	kadın	77	1.3377
	erkek	48	1.5625
HİZM. MEMNUNİ.	kadın	77	1.4545
	erkek	48	1.5625
HİZM. DÜZENİ	kadın	77	2.0260
	erkek	48	2.0000
SAYGILI DAVRA.	kadın	77	1.2987
	erkek	48	1.3542
GENEL DEĞER.	kadın	77	2.4156
	erkek	48	2.5625

Tabloda sorulara yanıt veren kadın ve erkek hastaların sayıları ve cevapların ortalamaları görülmektedir.

Tablo- 3.3.1.22. Cinsiyete Göre Farklılık Analiz Sonuçları
(Independent Samples Test)

SORULAR	t	df	Sig.(2tailed)
SOSYAL GÜVENLİK	.433	123	.666
HASTANEYE GELİŞ	-.595	123	.553
POLİKLİNİK	-1.093	123	.276
KOLAY ULAŞILABİLİRLİK	.542	123	.589
POLİKLİNİK TEMİZLİĞİ	.821	123	.413
TUVALET TEMİZLİĞİ	1.294	123	.198
İLK BÜROKRATİK SÜRE	.849	123	.398
MUAYENE SÜRESİ	.535	123	.594
HEK.TEDA	-1.941	123	.055
HEKİME SORU	-2.392	123	.018*
HEKİME GÜVEN	-1.583	123	.116
HEKİM NEZAKETİ	-1.391	122	.167
İLGİLENEN PERSONEL	.110	123	.912
PERSONEL YANITI	-2.416	123	.017*
PERSONELE GÜVEN	-.938	123	.350
PERSONEL NEZAKETİ	.377	123	.707
TEDAVİ BİLGİLENDİRMESİ	-1.534	123	.128
MAHREMİYET	-.266	123	.791
TEDA.HAK	-.801	123	.425
İLAÇ BİLGİLENDİRMESİ	-.620	123	.536
GÖREVLİNİN YAKA KARTI	.994	123	.322
HEKİM SEÇEBİLME	-.829	123	.409
HEKİM SEÇİMİ HAK. BİLGİ	-.474	123	.636
EVDEKİ TEDAVİ AÇIKLAMA	-.208	123	.835
İLETİŞİM NO	-2.516	123	.013*
HİZMETTEN MEMNUNİYET	-.895	123	.372
HİZMETİN DÜZENİ	.269	123	.789
SAYGILI DAVRANILMA	-.581	123	.562
GENEL DEĞERLENDİRME	-.770	123	.443

* $p < 0.05$.

Yapılan t-test' e göre hekime soru, personel yanıtı ve iletişim no.su sorularında cinsiyetler arasında farklılık belirlenmiştir. Tablo- 3.3.1.16' ya göre her üç soruda erkeklerin ortalamaları daha yüksek bulunmuş, diğer deyişle sorulara daha olumsuz cevap vermişlerdir.

3.3.2 Yatan Hastalara İlişkin Bulgular

Yatan hastaların hastaneye göre dağılımları (frekans) ve hastaneye göre farklılık durumları (varyans) ve cinsiyete göre farklılık durumları (t-test) ayrı olarak incelenmiştir.

3.3.2.1. Yatan Hastaların Hastaneye Göre Dağılımları

Tablo- 3.3.2.1 Araştırmaya Katılan Yatan Hastaların Bazı Sosyo Demografik Değişkenlerinin Hastanelere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Denizli		Servergazi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	33	66,0	27	54,0	15	60,0	75	60,0
	Erkek	17	34,0	23	46,0	10	40,0	50	40,0
Yaş Grupları	16-30	21	42,0	8	16,0	12	48,0	41	32,8
	31-50	13	26,0	10	20,0	11	44,0	34	27,2
	51 ve üzeri	16	32,0	32	64,0	2	8,0	50	40,0
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	7	14,0	3	6,0	0	0,0	10	8,0
	Okur yazar	2	4,0	3	6,0	1	4,0	6	4,8
	İlkokul	16	32,0	40	80,0	7	28,0	63	50,4
	Ortaokul	7	14,0	2	4,0	3	12,0	12	9,6
	Lise	14	28,0	0	0,0	5	20,0	19	15,2
	Yüksekokul	3	6,0	1	2,0	3	12,0	7	5,6
Meslek	Üniversite	1	2,0	1	2,0	6	24,0	8	6,4
	Memur	2	4,0	3	6,0	6	24,0	11	8,8
	Ev hanımı	21	42,0	22	44,0	7	28,0	50	40,0
	Teknik çalışan	15	30,0	2	4,0	1	4,0	18	14,4
	Esnaf	3	6,0	9	18,0	3	12,0	15	12,0
	Serbest	9	18,0	14	28,0	8	32,0	31	24,8
Sosyal Güvence	Memur çalışan	2	4,0	2	4,0	8	32,0	12	9,6
	Emekli sandığı	0	0,0	4	8,0	1	4,0	5	4,0
	SSK	27	54,0	22	44,0	13	52,0	62	49,6
	Bağ kur	8	16,0	17	34,0	3	12,0	28	22,4
	Yeşil kart	6	12,0	5	10,0	0	0,0	11	8,8
	Güvencem yok	7	14,0	0	0,0	0	0,0	7	5,6
	Diğer	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Başvuru Türü	Doğrudan hastaneye başvurma	40	80,0	49	98,0	25	100,0	114	91,2
	Başka kurumdan sevk edilme	10	20,0	1	2,0	0	0,0	11	8,8
TOPLAM		50	100,0	50	100,0	25	100,0	125	100,0

Araştırmaya katılanların hastaneye göre bazı sosyo-demeografik özellikleri incelendiğinde; Denizli Devlet Hastanesi'nden olan katılımcıların %66,0'ı kadın, %42,0'si 16-30 yaş arasında, %32,0'si ilkokul mezunu, %42,0'si ev hanımı, %54,0'ı SSK üyesi, %80,0'i doğrudan hastaneye başvurmuş olarak belirlenmiştir. Servergazi Devlet Hastanesi'nden olan katılımcıların %54,0'ü kadın, %64,0'ü 51 ve üzeri yaş arasında, %80,0'i ilkokul mezunu, %44,0'si ev hanımı, %44,0'ı SSK üyesi, %98,0'i doğrudan hastaneye başvurmuş olarak belirlenmiştir. Özel Tekden Hastanesi'nde ise aynı özellikler incelendiğinde; %60,0'ı kadın, %48,0'i 16-30 yaş arasında, %28,0'i ilkokul mezunu, %32,0'si serbest meslek sahibi, %52,0'si SSK üyesi, %100,0'ü doğrudan hastaneye başvurmuş olarak belirlenmiştir.

Tablo- 3.3.2.2. Araştırmaya Katılan Yatan Hastaların Hasta Kabul İşlemlerine Ait Görüşlerinin Hastanelere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Denizli		Sergergazi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Yatış yapan görevlinin ilgisi	Evet tamamen	30	60,0	44	88,0	19	76,0	93	74,4
	Evet kısmen	19	38,0	5	10,0	5	20,0	29	23,2
	Hayır	1	2,0	1	2,0	1	4,0	3	2,4
Hastane kuralları bilgilendirme	Evet tamamen	26	52,0	39	78,0	18	72,0	83	66,4
	Evet kısmen	14	28,0	6	12,0	3	12,0	23	18,4
	Hayır	10	20,0	5	10,0	4	16,0	19	15,2
Yatış için beklenen süre	Beklemedim	27	54,0	41	82,0	17	68,0	85	68,0
	1 saatten az	20	40,0	8	16,0	8	32,0	36	28,8
	1-4 saat arası	3	6,0	1	2,0	0	0,0	3	2,4
	4 saatten fazla	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
TOPLAM		50	100,0	50	100,0	25	100,0	125	100,0

Araştırmaya Denizli Devlet Hastanesi'nde katılanların %60,0'ı yatış yapan görevlinin tamamen ilgili davrandığını, %52,0'si hastane kuralları hakkında tamamen bilgilendirildiğini, %54,0'ü yatış işlemleri için beklemediğini belirtmişlerdir. Servergazi Devlet Hastanesi'nde katılanların %88,0'i yatış yapan görevlinin tamamen ilgili davrandığını, %78,0'i hastane kuralları hakkında tamamen bilgilendirildiğini, %82,0'si yatış işlemleri için beklemediğini belirtmişlerdir. Özel Tekden Hastanesi'nde ise; katılanların %76,0'sı yatış yapan görevlinin tamamen ilgili davrandığını, %72,0'i hastane kuralları hakkında tamamen bilgilendirildiğini, %68,0'i yatış işlemleri için beklemediğini belirtmişlerdir.

Tablo-3.3.2.3. Araştırmaya Katılan Yatan Hastaların Servislerin Durumuna İlişkin Görüşlerinin Hastanelere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Denizli		Servergazi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Gürültüye maruz kalma	Evet	8	16,0	3	6,0	4	16,0	15	12,0
	Kısmen	8	16,0	1	2,0	10	40,0	19	15,2
	hayır	34	38,0	46	96,0	11	44,0	91	72,8
Servis ve odanın temizliği	Çok temiz	11	22,0	27	54,0	5	20,0	43	34,4
	Temiz	25	50,0	18	36,0	18	72,0	61	48,8
	Vasat	9	18,0	2	4,0	2	8,0	13	10,4
	Pek temiz sayılmaz	3	6,0	1	2,0	0	0,0	4	3,2
	Hiç temiz değildi	2	4,0	2	4,0	0	0,0	4	3,2
Oda ısısı ve havalandırması	Evet	14	28,0	47	94,0	16	64,0	77	61,6
	Kısmen	12	24,0	2	4,0	8	32,0	22	17,6
	Hayır	24	48,0	1	2,0	1	4,0	26	20,8
Tuvalet ve banyo temizliği	Çok temiz	12	24,0	28	56,0	3	12,0	43	34,4
	Temiz	23	46,0	18	36,0	20	80,0	61	48,8
	Vasat	9	18,0	2	4,0	2	8,0	13	10,4
	Pek temiz sayılmaz	4	8,0	0	0,0	0	0,0	4	3,2
	Hiç temiz değildi	2	4,0	2	4,0	0	0,0	4	3,2
Yemekler	Çok iyi	9	18,0	33	66,0	3	12,0	45	36,0
	İyi	29	58,0	16	32,0	18	72,0	63	50,4
	Vasat	10	20,0	0	0,0	4	16,0	14	11,2
	Kötü	2	4,0	1	2,0	0	0,0	3	2,4
TOPLAM		50	100,0	50	100,0	25	100,0	125	100,0

Araştırmaya Denizli Devlet Hastanesi'nden katılan hastaların %38,0'i odalarında gürültüye maruz kalmadıklarını, %50,0'si odanın 'temiz' olduğunu, %48,0'i odanın ısı ve havalandırmasını yetersiz bulduklarını, %46,0'sı tuvalet ve banyo temizliğini 'temiz' olarak değerlendirdiklerini, %58,0'i yemekleri 'iyi' bulduklarını belirtmişlerdir. Servergazi Devlet Hastanesi'nden katılan hastaların %96,0'sı odalarında gürültüye maruz kalmadıklarını, %54,0'ü odanın 'çok temiz' olduğunu, %94,0'ü odanın ısı ve havalandırmasını yeterli bulduklarını, %56,0'sı tuvalet ve banyo temizliğini 'çok temiz' olarak değerlendirdiklerini, %66,0'sı yemekleri 'çok iyi' bulduklarını belirtmişlerdir.

Tablo- 3.3.2.4. Araştırmaya Katılan Yatan Hastaların Hekimlerle İlgili Görüşlerinin Hastanelere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Denizli		Servergazi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Hekim yanıtı	Evet her zaman	28	56,0	41	82,0	21	84,0	90	72,0
	Evet, bazen	19	38,0	9	18,0	4	16,0	32	25,6
	Hayır	3	6,0	0	0,0	0	0,0	3	2,4
Hekime güven	Evet her zaman	36	72,0	47	94,0	22	88,0	105	84,0
	Evet, bazen	12	24,0	3	6,0	3	12,0	18	14,4
	Hayır	2	4,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6
Hekim nezaketi	Evet	39	78,0	49	98,0	23	92,0	111	88,8
	Kısmen	9	18,0	1	2,0	2	8,0	12	9,6
	Hayır	2	4,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6
TOPLAM		50	100,0	50	100,0	25	100,0	125	100,0

Araştırmaya Denizli Devlet Hastanesi'nden katılan hastaların %56,0'sı hekim tarafından her zaman anlaşılır yanıt aldığını, %72,0'si hekime her zaman güvendiğini, %78,0'i hekimi ilgili ve nezaketli bulunduğunu belirtmişlerdir. Servergazi Devlet Hastanesi'nde hastaların %82,0'si hekim tarafından her zaman anlaşılır yanıt aldığını, %94,0'ü hekime her zaman güvendiğini, %98,0'i hekimi ilgili ve nezaketli bulunduğunu belirtmişlerdir. Özel Tekden Hastanesi aynı özellikler açısından incelendiğinde; hastaların %84,0'ünün hekim tarafından her zaman anlaşılır yanıt aldığını, %88,0'inin hekime her zaman güvendiğini, %92,0'inin hekimi ilgili ve nezaketli bulunduğunu belirlenmiştir.

Tablo- 3.3.2.5. Araştırmaya Katılan Yatan Hastaların Servisteki Hemşirelerle İlgili Görüşlerinin Hastaneye Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Denizli		Servergazi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Hemşire hizmetleri	Evet, her zaman	31	62,0	49	98,0	20	80,0	100	80,0
	Evet, bazen	16	32,0	1	2,0	5	20,0	22	17,6
	Hayır	3	6,0	0	0,0	0	0,0	3	2,4
Hemşire yanıtı	Evet, her zaman	34	68,0	48	96,0	19	76,0	101	80,8
	Evet, bazen	13	26,0	1	2,0	6	24,0	20	16,0
	Hayır	3	6,0	1	2,0	0	0,0	4	3,2
Hemşire güven	Evet, her zaman	31	62,0	48	96,0	20	80,0	99	79,2
	Evet, bazen	16	32,0	2	4,0	4	16,0	22	17,6
	Hayır	3	6,0	0	0,0	1	4,0	4	3,2
Hemşire nezaketi	Evet, her zaman	38	76,0	49	98,0	19	76,0	106	84,8
	Evet, bazen	7	14,0	1	2,0	6	24,0	13	10,4
	Hayır	5	10,0	0	0,0	0	0,0	6	4,8
TOPLAM		50	100,0	50	100,0	25	100,0	125	100,0

Araştırmaya Denizli Devlet Hastanesi'nden katılan hastaların %62,0'si hemşirelerin her zaman, zamanında hizmet verdiğini, %68,0'i her zaman hemşirelerden anlayacağı şekilde yanıt aldığını, %62,0'si hemşireye her zaman güven duyduğunu, %76,0'sı hemşirelerin her zaman nazik davrandığını belirtmişlerdir. Servergazi Devlet Hastanesi'nde ise; hastaların %98,0'i hemşirelerin her zaman, zamanında hizmet verdiğini, %96,0'sı her zaman hemşirelerden anlayacağı şekilde yanıt aldığını, %96,0'sı hemşireye her zaman güven duyduğunu, %98,0'i hemşirelerin her zaman nazik davrandığını belirtmişlerdir. Aynı özellikler Özel Tekden Hastanesinde incelendiğinde; hastaların %80,0'inin hemşirelerin her zaman, zamanında hizmet verdiğini, %76,0'sının her zaman hemşirelerden anlayacağı şekilde yanıt aldığını, %80,0'inin hemşireye her zaman güven duyduğunu, %76,0'sının hemşirelerin her zaman nazik davrandığı belirlenmiştir.

Tablo- 3.3.2.6. Araştırmaya Katılan Yatan Hastaların Kurumda Tedavi Ve Bakımına İlişkin Genel Değerlendirmesinin Hastanelere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Denizli		Servergazi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Hekim kararına katılım	Evet, her zaman	33	66,0	42	84,0	19	76,0	94	75,2
	Evet, bazen	16	32,0	8	16,0	6	24,0	30	24,0
	Hayır	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	8,0
Hemşire kararına katılım	Evet	33	66,0	46	92,0	18	72,0	97	77,6
	Kısmen	14	28,0	4	8,0	5	20,0	23	18,4
	Hayır	3	6,0	0	0,0	2	8,0	5	4,0
Durum hakkında bilgi verme	Hayır, verilmedi	2	4,0	1	2,0	2	8,0	5	4,0
	Yeterli verilmedi	15	30,0	6	12,0	2	8,0	23	18,4
	Yeteri kadar verildi	33	66,0	43	86,0	21	84,0	97	77,6
Hekimle konuşma fırsatı	Evet, her zaman	28	56,0	34	68,0	15	60,0	77	61,6
	Evet, bazı durumlarda	17	34,0	15	30,0	10	40,0	42	33,6
	Hayır	5	10,0	1	2,0	0	0,0	6	4,8
Muayene esnasında mahremiyet	Evet, her zaman	30	60,0	48	96,0	25	100,0	103	82,4
	Evet, bazen	11	22,0	2	4,0	0	0,0	13	10,4
	Hayır	9	18,0	0	0,0	0	0,0	9	7,2
Hemşire veya doktor çağrısına yanıt	Evet, hemen	31	62,0	49	98,0	20	80,0	100	80,0
	Evet, az sonra	13	26,0	1	2,0	5	20,0	19	15,2
	Evet, geç yanıt verildi	3	6,0	0	0,0	0	0,0	3	2,4
	30 dakikadan fazla	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
	Hayır	2	4,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6
TOPLAM		50	100,0	50	100,0	25	100,0	125	100,0

Araştırmaya Denizli Devlet Hastanesi'nden katılan yatan hastaların %66,0'sı her zaman hekim kararına katıldığını, %66,0'sı hemşire kararına katıldığını, %66,0'sı durumu hakkında yeterince bilgi verildiğini, %56,0'sı yakınlarının hekimle konuşma fırsatını her zaman bulduğunu, %60,0'ı muayene sırasında mahremiyetine her zaman önem verildiğini, %62,0'si çağrısına hemen yanıt aldığını belirtmiştir. Servergazi Devlet Hastanesi'nde yatan hastaların %84,0'ü her zaman hekim kararına katıldığını, %92,0'si hemşire kararına katıldığını, %86,0'sı durumu hakkında yeterince bilgi verildiğini, %68,0'i yakınlarının hekimle konuşma fırsatını her zaman bulduğunu, %96,0'sı muayene sırasında mahremiyetine her zaman önem verildiğini, %98,0'i çağrısına hemen yanıt aldığını belirtmiştir. Özel Tekden Hastanesi'nde ise; yatan

hastaların %76,0'sının her zaman hekim kararına katıldığını, %72,0'sinin hemşire kararına katıldığını, %84,0'ünün durumu hakkında yeterince bilgi verildiğini, %60,0'ının yakınlarının hekimle konuşma fırsatını her zaman bulduğunu, %100,0'ünün muayene sırasında mahremiyetine her zaman önem verildiğini, %80,0'inin çağrısına hemen yanıt aldığı belirlenmiştir.

Tablo- 3.3.2.7. Araştırmaya Katılan Yatan Hastaların Taburcudan Sonraki Oluşabilecek Sorunlar Hakkında Bilgilendirme Durumunun Hastanelere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Denizli		Servergazi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Evdeki sorunlar için izah	Evet, tamamiyle	20	40,0	46	92,0	18	72,0	84	67,2
	Evet, kısmen	25	50,0	4	8,0	7	28,0	36	28,8
	Hayır	5	10,0	0	0,0	0	0,0	5	4,0
İletişim no verilmesi	Evet	37	74,0	46	92,0	22	88,0	105	84,0
	Hayır	13	26,0	4	8,0	3	12,0	20	16,0
TOPLAM		50	100,0	50	100,0	25	100,0	125	100,0

Araştırmaya Denizli Devlet Hastanesinden katılan katılımcıların %50,0'si hastaneden ayrıldıktan sonra evde yaşayabileceği sorunlar için kısmen izah aldığını, %74,0'ü iletişim kurabileceği numara verildiğini belirtmişlerdir. Servergazi Devlet Hastanesi'nden olan katılımcıların %92,0'si hastaneden ayrıldıktan sonra evde yaşayabileceği sorunlar için tamamiyle izah aldığını, %92,0'si iletişim kurabileceği numara verildiğini belirtmişlerdir. Aynı özellikler Özel Tekden Hastanesi açısından incelendiğinde katılımcıların %72,0'sinin hastaneden ayrıldıktan sonra evde yaşayabileceği sorunlar için tamamiyle izah aldığı, %88,0'inin iletişim kurabileceği numara verildiği belirlenmiştir.

Tablo- 3.3.2.8. Araştırmaya Katılan Yatan Hastaların Hastane Hakkındaki Genel Değerlendirmesinin Hastanelere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Denizli		Servergazi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Saygı-hürmet içinde tedavi edilme	Evet, her zaman	27	54,0	47	94,0	21	84,0	95	76,0
	Evet, bazen	19	38,0	3	6,0	3	12,0	25	20,0
	Hayır	4	8,0	0	0,0	1	4,0	5	4,0
Hekim ve hemşirelerin ekip çalışması	Mükemmel	16	32,0	31	62,0	8	32,0	55	44,0
	Çok iyi	13	26,0	13	26,0	13	52,0	39	31,2
	İyi	9	18,0	5	10,0	4	16,0	18	14,4
	Vasat	11	22,0	0	0,0	0	0,0	11	8,8
	Kötü	1	2,0	1	2,0	0	0,0	2	1,6
Genel olarak alınan tedavi ve bakımı değerlendirme	Mükemmel	13	26,0	30	60,0	7	28,0	50	40,0
	Çok iyi	13	26,0	16	32,0	15	60,0	44	35,2
	İyi	14	28,0	4	8,0	3	12,0	21	16,8
	Vasat	9	18,0	0	0,0	0	0,0	9	7,2
	Kötü	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Elden gelenin yapıldığı	Evet, her zaman	33	66,0	46	92,0	18	72,0	97	77,6
	Evet, kısmen	13	26,0	4	8,0	7	28,0	24	19,2
	Hayır	4	8,0	0	0,0	0	0,0	4	3,2
TOPLAM		50	100,0	50	100,0	25	100,0	125	100,0

Araştırmaya katılan hastaların hastaneyi genel değerlendirmeleri incelendiğinde, hastaneye göre dağılımları; Denizli Devlet Hastanesi'nde katılımcıların %54,0'ü tamamen saygı hürmet içinde tedavi edildiğini belirtirken %8,0'i ise saygı hürmet görmediğini belirtmişlerdir. Hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasını %32,0'si mükemmel olarak değerlendirirken %22,0'si vasat olarak değerlendirmiştir. Genel olarak alınan tedavi ve bakımı aynı oranlarda %26,0 mükemmel ve çok iyi olarak değerlendirilmiş, %66,0'sı elden gelenin yapıldığını belirtmiştir. Servergazi Devlet Hastanesinde ise %94,0'ü tamamen saygı hürmet içinde tedavi edildiğini belirtirken saygı hürmet görmediğini belirten olamamıştır. Hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasını %62,0'si mükemmel olarak değerlendirirken %2,0'si kötü olarak değerlendirmiştir. Genel olarak alınan tedavi ve bakımı %60,0'ı mükemmel olarak değerlendirmiş, %92,0'si her zaman elden gelenin yapıldığını belirtmiştir. Özel Tekden Hastanesinde ki durum ise; hastaların %84,0'ü her zaman saygı hürmet içinde tedavi edildiğini, %52,0'si hekim ve hemşirelerin çok iyi derecede ekip çalışması içinde hareket ettiklerini, %60,0'ı genel olarak alınan tedavi

ve bakımı çok iyi olarak derecelendirdiğini,%72,0'si her zaman elden gelenin yapıldığını belirtmişlerdir.

Tablo- 3.3.2.9. Araştırmaya Katılan Yatan Hastaların Hastanenin Genel Kalitesi Hakkında Görüşlerinin Hastanelere Göre Dağılımı

DEĞİŞKENLER		Denizli		Servergazi		Tekden		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Hasta hakları bilgilendirmesi	Evet	25	50,0	43	86,0	8	32,0	76	60,8
	Hayır	25	50,0	7	14,0	17	68,0	49	39,2
Hastanenin genel temizlik düzeni	Mükemmel	14	28,0	23	46,0	6	24,0	43	34,4
	Çok iyi	12	24,0	16	32,0	10	40,0	38	30,4
	İyi	16	32,0	9	18,0	9	36,0	34	27,2
	Vasat	4	8,0	0	0,0	0	0,0	4	3,2
	Kötü	4	8,0	2	4,0	0	0,0	6	4,8
Hastanenin genel kalitesi	Mükemmel	11	22,0	22	44,0	5	20,0	38	30,4
	Çok iyi	13	26,0	21	42,0	15	60,0	49	39,2
	İyi	18	36,0	7	14,0	5	20,0	30	24,0
	Vasat	4	8,0	0	0,0	0	0,0	4	3,2
	Kötü	4	8,0	0	0,0	0	0,0	4	3,2
Tekrar tercih edermisiniz	Evet	47	94,0	49	98,0	25	100,0	121	96,8
	Hayır	3	6,0	1	2,0	0	0,0	4	3,2
TOPLAM		50	100,0	50	100,0	25	100,0	125	100,0

Araştırmaya Denizli Devlet Hastanesi'nden katılan katılımcıların aynı oranla %50,0 si hasta hakları hakkında bilgilendirildiğini,%50,0'si ise bilgilendirilmediğini belirtmişlerdir. Hastanenin genel temizlik ve düzenini %32,0'si iyi derecede bulurken,%36,0'sı hastanenin genel kalitesini iyi derecede bulmuşlardır. Hastaların %94,0'ü hastaneyi tekrar tercih edeceklerini belirtmişlerdir.

Servergazi Devlet Hastanesinde ise; hastaların %86,0'sı hasta hakları konusunda bilgilendirildiklerini, hastanenin genel temizlik ve düzenini %46,0'sı mükemmel bulurken %4,0'ü kötü bulduklarını belirtmişlerdir. Hastanenin genel kalitesini değerlendirirken hastaların %44,0'ü mükemmel olarak değerlendirmişlerdir.%98,0'i ise tekrar tercih edeceklerini belirtmişlerdir.

Aynı özellikler Özel Tekden Hastanesi açısından incelendiğinde; katılımcıların %68,0'i hasta hakları hakkında bilgilendirilmediğini, hastanenin genel temizlik ve düzenini %40,0'ı çok iyi bulduğunu, hastanenin genel kalitesi için ise

%60,0'ı çok iyi olarak değerlendirdiğini ve %100,0'ü hastaneyi tekrar tercih edeceğini belirtmişlerdir.

3.3.2.2. Yatan Hastaların Hastaneye Göre Farklılıkları (Varyans Analizi)

Tablo- 3.3.2.10. Yatan Hastaların Hastaneye Göre Farklılıkları (ANOVA)

SORULAR	F	Anlam düzeyi
SERVİS	3.691	.028*
YAT. GÖR. İLGİSİ	4.089	.019*
HAST. KURALLARI	3.065	.050
BEKLENEN SÜRE	3.644	.029*
ODA GÜRÜLTÜSÜ	7.123	.001*
ODA TEMİZLİĞİ	4.484	.013*
ISINMA	39.920	.000*
BANYO TEMİZLİĞİ	6.041	.003*
YEMEKLER	17.571	.000*
HEKİM YANITI	6.692	.002*
HEKİME GÜVEN	5.362	.006*
HEKİM NEZAKETİ	5.610	.005*
HEMŞİRE HİZMETİ	11.593	.000*
HEMŞİRE YANITI	5.768	.004*
HEMŞİREYE GÜVEN	9.104	.000*
HEMŞİRE NEZAKETİ	4.724	.011*
HEK. KARAR. KATIL.	2.479	.088
HEM. KAR. KATIL.	5.526	.005*
TED. HAK. BİLGİ	2.266	.108
KONUŞMA FIRSATI	1.512	.225
MAHREMIYET	17.506	.000*
ÇAĞRIYA YANIT	9.962	.000*
EVDE SORUN İZAHİ	20.567	.000*
İLETİŞİM NO	3.291	.041*
SAYGI HÜRMET	12.434	.000*
EKİP ÇALIŞMASI	8.868	.000*
GENEL TED. BAKIM	15.441	.000*
ELDEN GELENİ YAP.	6.138	.003*
HASTA. HAK. BİLGİ	14.848	.000*
GENEL TEMİZLİK	4.050	.020*
GENEL KALİTE	10.836	.000*
TEKRAR TERCİH	1.156	.318

* (p<0.05).

Yapılan varyans analizine göre servis, yat. yap. gör ilgisi, bekleme süresi, oda gürültüsü, oda temizliği, ısınma, banyo temizliği, yemekler, hekim yanıtı, hekime güven, hekim nezaketi, hemşire hizmeti, hemşire yanıtı, hemşireye güven, hemşire

nezaketi, hemşire kararına katılma, mahremiyet, çağrıya yanıt, evde sorun izahı, iletişim no, saygı hürmet, ekip çalışması, genel tedavi bakım, elden geleni yap, hasta hak. bilgi, genel temizlik ve genel kalite yönünden hastaneler arasında fark vardır. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Duncan testi yapılmıştır. Buna göre fark olan sorulara ait test sonuçları aşağıdaki gibidir.

Tablo- 3.3.2.11. Hastaneye Göre Servis Analiz Sonuçları (Duncan)

HASTANE	N	alpha =0.05	
		1	2
Özel Tekden Hastanesi	25	10.2800	
Servergazi Devlet Hastanesi	50	11.1600	11.1600
Denizli Devlet Hastanesi	50		13.5800
Sig.		.500	.065

Hastaneye göre servis analiz sonuçları karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Tekden Hastanesi ile Denizli Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır.

Tablo- 3.3.2.12. Hastaneye Göre Yatış Yapan Görevlinin İlgisi Analiz Sonuçları (Duncan)

HASTANE	N	alpha=0.05	
		1	2
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.1400	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.2800	1.2800
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.4200
Sig.		.218	.218

Hastaneye göre yatış yapan görevlinin ilgisinde anlamlı farklılık olup ($p<0.05$), farklılık Servergazi Devlet Hastanesi ile Denizli Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. Tablo- 3.3.2.2'ye göre (evet, tamamen) şeklinde yanıtlayan hastaların oranı Servergazi Devlet Hastanesinde %88 iken Denizli Devlet Hastanesinde bu oran %60 olarak belirlenmiştir.

Tablo-3.3.2.13. Hastaneye Göre Beklenen Süre Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha =0 .05	
		1	2
Servegazi Devlet Hastanesi	50	1.2200	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.3200	1.3200
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.5200
Sig.		.442	.126

Hastaneye göre yatış işleminin tamamlanması için beklenen süre arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Farklılık Servegazi Devlet Hastanesi İle Denizli Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. Bekleme süresi en fazla olan Denizli Devlet Hastanesi' dir.

Tablo- 3.3.2.14. Hastaneye Göre Oda Gürültüsü Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Özel Tekden Hastanesi	25	2.2800	
Denizli Devlet Hastanesi	50	2.5200	
Servegazi Devlet Hastanesi	50		2.8600
Sig.		.119	1.000

Hastaneye göre oda gürültüsü karşılaştırıldığında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Servegazi Devlet Hastanesi' nden kaynaklanmaktadır. En sessiz hastane Servegazi Devlet Hastanesi' dir.

Tablo- 3.3.2.15. Hastaneye Göre Oda Temizliği Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha =0.05	
		1	2
Servegazi Devlet Hastanesi	50	1.6600	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.8800	1.8800
Denizli Devlet Hastanesi	50		2.2000
Sig.		.294	.128

Hastaneye göre oda ve servis temizliğinde anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Farklılık Servegazi ve Denizli Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. En temiz olan Servegazi Devlet Hastanesi' dir.

Tablo- 3.3.2.16. Hastaneye Göre Isınma Analiz Sonuçları (Duncan)

HASTANE	N	alpha = 0.05		
		1	2	3
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.0800		
Özel Tekden Hastanesi	25		1.4000	
Denizli Devlet Hastanesi	50			2.2000
Sig.		1.000	1.000	1.000

Üç hastanede, hastaneye göre ısınma arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık vardır ($p < 0.05$). Isınması en iyi olan Servergazi Devlet Hastanesi'dir.

Tablo-3.3.2.17. Hastaneye Göre Banyo Temizliği Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.6000	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.9600	1.9600
Denizli Devlet Hastanesi	50		2.2200
Sig.		.084	.210

Hastaneye göre banyo temizliği karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Servergazi Devlet Hastanesi ile Denizli Devlet Hastanesi arasındadır. Tablo-3.3.2.3.' e göre Denizli Devlet Hastanesi' nde 'çok temiz' olarak yanıtlayan hasta oranı %24 iken Servergazi Devlet Hastanesi' nde %56'dır.

Tablo- 3.3.2.18. Hastaneye Göre Yemeklerin Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.3800	
Özel Tekden Hastanesi	25		2.0400
Denizli Devlet Hastanesi	50		2.1000
Sig.		1.000	.689

Hastaneye göre yemeklerde farklılık vardır. Farklılık Servergazi Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. Yemekleri en iyi olan Servergazi Devlet Hastanesidir.

Tablo-3.3.2.19. Hastaneye Göre Hekim Yanıtı Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha =0 .05	
		1	2
Özel Tekden Hastanesi	25	1.1600	
Servegazi Devlet Hastanesi	50	1.1800	
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.5000
Sig.		.860	1.000

Hastaneye göre hekim yanıtı arasında anlamlı farklılık vardır. Farklılık Tekden Hastanesi ile Denizli Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. Tekden Hastanesi'nde hekim'in soruları yanıtlanması daha iyi bulunmuştur.

Tablo- 3.3.2.20. Hastaneye Göre Hekime Güven Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha =0 .05	
		1	2
Servegazi Devlet Hastanesi	50	1.0600	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.1200	
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.3200
Sig.		.526	1.000

Hastaneye göre hekime güven karşılaştırıldığında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Denizli Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. En çok güvensizlik Denizli Devlet Hastanesi'ndedir.

Tablo- 3.3.2.21. Hastaneye Göre Hekim Nezaketi Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servegazi Devlet Hastanesi	50	1.0200	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.0800	
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.2600
Sig.		.480	1.000

Hastaneye göre hekim nezaketi karşılaştırıldığında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Denizli Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. Denizli Devlet Hastanesi'nde hekimin nazik davranmadığını belirten hasta oranı en yüksektir.

Tablo- 3.3.2.22. Hastaneye Göre Hemşire Hizmeti Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.0200	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.2000	
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.4400
Sig.		.077	1.000

Hastaneye göre hemşirelik hizmetleri karşılaştırıldığında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Denizli Devlet Hastanesi' nden kaynaklanmaktadır. Tablo 3.3.2.5.' e göre hemşirelik hizmetlerinin zamanında alınması sorusuna 'evet, her zaman' şeklinde yanıt verenlerin oranı diğer hastaneler göre daha düşüktür.

Tablo- 3.3.2.23. Hastaneye Göre Hemşire Yanıtı Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.0600	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.2400	1.2400
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.3800
Sig.		.101	.201

Hastaneye göre hemşire yanıtı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Servergazi Devlet Hastanesi ile Denizli Devlet Hastanesi' nden kaynaklanmaktadır. Tablo- 3.3.2.5.' e göre Servergazi Devlet Hastanesi' nde hastaların %96' sı evet her zaman hemşireden yanıt alabiliyorum derken , bu oran Denizli Devlet Hastanesi' nde % 68 olarak belirlenmiştir.

Tablo- 3.3.2.24. Hastaneye Göre Hemşireye Güven Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.0400	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.2400	1.2400
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.4400
Sig.		.067	.067

Hastaneye göre hemşireye güven karşılaştırıldığında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Servergazi Devlet Hastanesi ile Denizli Devlet Hastanesi' nden kaynaklanmaktadır. Tablo- 3.3.2.5.' e göre 'her zaman' şeklinde yanıtlayan hastaların oranı Servergazi Devlet Hastanesi' nde % 96 iken Denizli Devlet Hastanesi' nde % 62 olarak belirlenmiştir.

Tablo- 3.3.2.25. Hastaneye Göre Hemşire Nezaketi Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.0400	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.2400	1.2400
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.3400
Sig.		.082	.382

Hastaneye göre hemşireye güven duyma karşılaştırıldığında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Servergazi Devlet Hastanesi ile Denizli Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. Nezaketli davranılmadığını belirten en yüksek hasta oranı Denizli Devlet Hastanesi'ndedir.

Tablo- 3.3.2.26. Hastaneye Göre Hemşire Kararına Katılım Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.0800	
Özel Tekden Hastanesi	25		1.3600
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.4000
Sig.		1.000	.734

Hastaneye göre hemşire kararına katılım karşılaştırıldığında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Servergazi Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. Servergazi Devlet Hastanesi'nde hastaların karara katılımları daha yüksek orandadır.

Tablo- 3.3.2.27. Hastaneye Göre Tedavi Hakkında Bilgilendirme Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05
		1
Denizli Devlet Hastanesi	50	2.6200
Özel Tekden Hastanesi	25	2.7600
Servergazi Devlet Hastanesi	50	2.8400
Sig.		.086

Hastaneye göre tedavi hakkında bilgilendirmede istatistiki olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo- 3.3.2.28. Hastaneye Göre Mahremiyet Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Özel Tekden Hastanesi	25	1.0000	
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.0400	
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.5800
Sig.		.736	1.000

Hastaneye göre mahremiyet karşılaştırıldığında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Denizli Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. Denizli Devlet Hastanesi'nde mahremiyete daha az önem verildiği belirlenmiştir.

Tablo- 3.3.2.29. Hastaneye Göre Çağrıya Yanıt Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.0200	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.2000	
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.6000
Sig.		.239	1.000

Hastaneye göre çağrıya yanıtta anlamlı farklılık belirlenmiştir. Buna göre farklılık Denizli Devlet Hastanesi'nde kaynaklanmıştır ve çağrıya hemen yanıt verme Denizli Devlet Hastanesi'nde daha düşüktür.

Tablo- 3.3.2.30. Hastaneye Göre Evdeki Sorunlar İçin İzah Verme Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.0800	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.2800	
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.7000
Sig.		.079	1.000

Hastaneye göre evdeki sorunlar için izah verme durumu karşılaştırıldığında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Farklılık Denizli Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmıştır. En az izah verilen hastane Denizli Devlet Hastanesi'dir.

Tablo- 3.3.2.31. Hastaneye Göre İletişim No. Verme Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Sergazî Devlet Hastanesi	50	1.0800	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.1200	1.1200
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.2600
Sig.		.633	.096

Hastaneye göre iletişim no. verme karşılaştırıldığında anlamlı farklılık belirlenmiş olup farklılık Sergazî ve Denizli Devlet Hastane' lerinden kaynaklanmaktadır. En çok iletişim no. su veren hastane Sergazî Devlet Hastanesi' dir.

Tablo- 3.3.2.32. Hastaneye Göre Saygı-Hürmet İçinde Davranılma Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha =0 .05	
		1	2
Sergazî Devlet Hastanesi	50	1.0600	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.2000	
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.5400
Sig.		.218	1.000

Hastaneye göre saygı hürmette anlamlı farklılık vardır. Farklılık Denizli Devlet Hastanesi' nden kaynaklanmaktadır. Tablo- 3.3.2.8.'e göre her zaman saygı-hürmet içinde bakıldıkları belirten hastaların oranı Sergazî Devlet Hastanesi' nde %94 olarak belirlenmiştir.

Tablo- 3.3.2.33. Hastaneye Göre Ekip Çalışması Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Sergazî Devlet Hastanesi	50	1.5400	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.8400	
Denizli Devlet Hastanesi	50		2.3600
Sig.		.188	1.000

Hastaneye göre ekip çalışması karşılaştırıldığında anlamlı farklılık olduğu, farklılığın Denizli Devlet Hastanesi' nden kaynaklandığı belirlenmiştir. Ekip çalışmasının en kötü olduğu hastane Denizli Devlet Hastanesi' dir.

Tablo- 3.3.2.34. Hastaneye Göre Genel Tedavi Bakım Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.4800	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.8400	
Denizli Devlet Hastanesi	50		2.4400
Sig.		.075	1.000

H

Hastaneye göre genel tedavi bakım arasında farklılık vardır. Farklılık Denizli Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır.

Tablo- 3.3.2.35. Hastaneye Göre Elden Gelenin Yapıldığı Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.0800	
Özel Tekden Hastanesi	25	1.2800	1.2800
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.4200
Sig.		.078	.215

Hastaneye göre elden gelenin yapılıp yapılmadığı karşılaştırıldığında hastaneler arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Servergazi ve Denizli Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. Elden gelenin yapıldığını düşünen hastaların en yüksek oranı Servergazi Devlet Hastanesi'ndedir.

Tablo- 3.3.2.36. Hastaneye Göre Hasta Hakları Hakkında Bilgilendirme Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servergazi Devlet Hastanesi	50	1.1400	
Denizli Devlet Hastanesi	50		1.5000
Özel Tekden Hastanesi	25		1.6800
Sig.		1.000	.081

Hastaneye göre hasta hakları konusunda bilgilendirme karşılaştırıldığında anlamlı fark belirlenmiş olup, farklılık Servergazi Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. Buna göre en çok bilgilendirme Servergazi Devlet Hastanesi'nde yapılmaktadır.

Tablo- 3.3.2.37. Hastaneye Göre Genel Temizlik Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servegazi Devlet Hastanesi	50	1.8400	
Özel Tekden Hastanesi	25	2.1200	2.1200
Denizli Devlet Hastanesi	50		2.4400
Sig.		.253	.191

Hastaneye göre genel temizlik karşılaştırılmış olup, anlamlı farklılık belirlenmiştir. Farklılık Servegazi ve Denizli Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. Genel temizliği en iyi bulunan hastane Servegazi Devlet Hastanesi'dir.

Tablo- 3.3.2.38. Hastaneye Göre Genel Kalite Analiz Sonuçları

HASTANE	N	alpha = 0.05	
		1	2
Servegazi Devlet Hastanesi	50	1.7000	
Özel Tekden Hastanesi	25	2.0000	
Denizli Devlet Hastanesi	50		2.5400
Sig.		.156	1.000

Hastaneye göre genel kalite arasında anlamlı farklılık vardır. Farklılık Denizli Devlet Hastanesi'nden kaynaklanmaktadır. Kalitesi en yüksek olan tablo- 3.3.2.9.'a göre %44 oranla mükemmel olarak cevaplanan Servegazi Devlet Hastanesi olarak belirlenmiştir.

3.3.2.3. Cinsiyete Göre Farklılık (t-test)

Yatan hastaların sorulara yanıtta cinsiyetine göre fark olup olmadığını araştırmak için t-test yapılmıştır. Sonuçlar aşağıdadır.

Tablo- 3.3.2.39. Cinsiyete Göre Soru Yanıtlarının Ortalamaları (t-test)

SORULAR	CİNSİYET	N	ORTALAMA
SERVİS	kadın	75	12.9333
	erkek	50	10.4800
YAT.İLGİ	kadın	75	1.2667
	erkek	50	1.3000
HAST.KURALLARI	kadın	75	1.5467
	erkek	50	1.4000
BEKLENEN SÜRE	kadın	75	1.3067
	erkek	50	1.4400
GÜRÜLTÜ	kadın	75	2.5600
	erkek	50	2.6800
ODA TEMİZLİĞİ	kadın	75	2.0267
	erkek	50	1.7600
ISINMA	kadın	75	1.6267
	erkek	50	1.5400
BANYO TEMİZLİK	kadın	75	1.9467
	erkek	50	1.8800
YEMEKLER	kadın	75	1.8133
	erkek	50	1.7800
HEKİM YANITI	kadın	75	1.2933
	erkek	50	1.3200
HEKİME GÜVEN	kadın	75	1.1733
	erkek	50	1.1800
HEKİM NEZAKETİ	kadın	75	1.1600
	erkek	50	1.0800
HEMŞİRE HİZMET.	kadın	75	1.1867
	erkek	50	1.2800
HEMŞİRE YANITI	kadın	75	1.2133
	erkek	50	1.2400
HEMŞİRE GÜVEN	kadın	75	1.2533
	erkek	50	1.2200
HEMŞİRE NEZAK.	kadın	75	1.1733
	erkek	50	1.2400
HEKİM KAR. KAT.	kadın	75	1.2400
	erkek	50	1.2800
HEM. KAR. KAT.	kadın	75	1.1867
	erkek	50	1.3800
TEDAVİ HAK.	kadın	75	2.7600
	erkek	50	2.7000
KONUŞ. FIRSATI	kadın	75	1.4533

	erkek	50	1.4000
MAHREMİYET	kadın	75	1.1733
	erkek	50	1.3600
ÇAĞRIYA YANIT	kadın	75	1.2000
	erkek	50	1.4200
EVDEKİ SORUN.	kadın	75	1.3733
	erkek	50	1.3600
İLETİŞİM NO	kadın	75	1.1467
	erkek	50	1.1800
SAYGI HÜRMET	kadın	75	1.2933
	erkek	50	1.2600
EKİP ÇALIŞMASI	kadın	75	1.8800
	erkek	50	2.0000
GENEL TEDAVİ	kadın	75	1.9067
	erkek	50	1.9800
ELD. GELEN YAP.	kadın	75	1.2133
	erkek	50	1.3200
HASTA HAKLARI	kadın	75	1.4267
	erkek	50	1.3400
GENEL TEMİZLİK	kadın	75	2.1867
	erkek	50	2.0600
GENEL KALİTE	kadın	75	2.0533
	erkek	50	2.1600
TEKRAR TERCİH	kadın	75	1.0400
	erkek	50	1.0200

Tabloda sorulara yanıt veren kadın ve erkek hasta sayıları ve yanıtlarının ortalamaları görülmektedir.

**Tablo-3.3.2.40. Cinsiyete Göre Farklılık Analiz Sonuçları
(Independent Samples Test)**

SORULAR	t	df	Sig.(2-tailed)
SERVİS	2.381	123	.019*
YATIŞ YAP. İLGİSİ	-.363	123	.717
HAST. KURALLAR	1.076	123	.284
BEKLENEN SÜRE	-1.276	123	.204
GÜRÜLTÜ	-.946	123	.346
ODA TEMİZLİĞİ	1.580	123	.117
ISINMA	.581	123	.562
BANYO TEMİZLİK	.391	123	.696
YEMEKLER	.249	123	.804
HEKİM YANITI	-.284	123	.777
HEKİME GÜVEN	-.086	123	.932
HEKİM NEZAKETİ	1.153	123	.251
HEMŞİRE HİZMET	-1.082	123	.281
HEMŞİRE YANITI	-.297	123	.767
HEMŞİRE. GÜVEN	.365	123	.716
HEMŞİ. NEZAKETİ	-.717	123	.474
HEKİM KARARI	-.479	123	.633
HEM. KARARI	-2.039	123	.044*
TEDAVİ HAK.	.623	123	.534
KONUŞ. FIRSATI	.496	123	.620
MAHREMİYET	-1.787	123	.076
ÇAĞRIYA YANIT	-1.723	123	.087
EVDEKİ SORUN	.130	123	.897
İLETİŞİM NO	-.495	123	.622
SAYGI HÜRMET	.341	123	.733
EKİP ÇALIŞMASI	-.630	123	.530
GENEL TEDAVİ	-.415	123	.679
ELD. GELENİ YAP.	-1.155	123	.250
HASTA. HAKLARI	.968	123	.335
GENEL TEMİZLİK	.641	123	.523
GENEL KALİTE	-.595	123	.553
TEKRAR TERCİH	.618	123	.537

* $p < 0.05$

Yapılan t-test' e göre servis ve hemşire kararına katılımında cinsiyetler arasında farklılık belirlenmiştir. Tablo- 3.3.2.39' a göre erkeklerde hemşire kararına katılım yanıtları ortalaması daha yüksek olup, daha olumsuz yanıtlar alınmıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

- Sonuçlar

Bu çalışmada; TKY uygulamalarının hastaneler tarafından ne derece benimsendiğinin göstergesi olarak, hastanelerimizden hizmet alan hastaların ne kadar memnun olduklarını ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu amaçla Denizli İl merkezinde iki Devlet Hastanesi ve bir özel hastanede poliklinik ve yatan ayrı ayrı olmak üzere toplam 250 hastaya anket uygulanmıştır. Hastaneler arasında bazı farklılıklar mevcuttur.

Denizli Devlet Hastanesi; 26.09.2006 tarihinde TSE-ISO-EN 9000 kalite belgesini almış, 866 yataklı ilin en büyük ve tarihi en eski hastanesidir. Binasının da eski olmasından dolayı sürekli iyileştirme tadilatları yapılmaktadır. Anketlerin yapıldığı şubat ayında toplam poliklinik sayısı; 121.069, yatan hasta sayısı ise; 3.968 olarak tespit edilmiştir. Servergazi Devlet Hastanesi ise 01.02.2008 tarihinde ISO 9001-2000 kalite belgesini almış, 304 yataklı hastanedir. Şubat ayı poliklinik sayısı 53.278, yatan hasta sayısı ise 2.697'dir. Eski SSK Hastanesi olarak bilinmesine karşın yeni yapılan binasına 2005 yılında taşınmış, Sağlık Bakanlığına devredilerek, Servergazi Devlet Hastanesi adını almıştır. Özel Tekden Hastanesi, 2004 yılında faaliyete geçmiş, 17 yataklı, 11 polikliniği bulunan özel bir hastanedir. Günlük poliklinik sayısı ortalama 300 civarındadır. Halen kalite belgesi almamış, fakat kalite çalışmalarına devam etmektedir.

- Poliklinik Hastalarına İlişkin Sonuçlar

Sonuçlara poliklinik hastaları açısından bakacak olursak; polikliniğe müracaat eden hastalardan Servergazi ve Denizli Devlet Hastanelerinde % 62' sini, Tekden Hastanesi' nde ise %60' ını kadın hastalar oluşturuyor. Hastaların Servergazi ve Denizli Devlet Hastane'lerinde %46' sı (31-50) yaş aralığında, bu yaş aralığı Tekden Hastanesi' nde ise hastaların %52' sini oluşturuyor. Denizli Devlet Hastanesi' nde hastaların %44' ünü, Tekden Hastanesi' nde %52' sini Lise mezunu hastalar oluştururken, Servergazi Devlet Hastanesi' nde ise %58' ini İlkokul mezunu hastalar oluşturuyor. Eğitim seviyesinin yükselmesiyle hastaların sağlık kurumundan beklentilerinin yükseleceğini, bu durumda memnuniyetlerine yansıtacağını

söyleyebiliriz. Meslek olarak sa hastaların Denizli Devlet Hastanesi' nde %34, Servergazi Devlet Hastanesi' nde %42, Tekden Hastanesi' nde ise %52' sini Ev Hanımı oluşturuyor. Sosyal güvenceleri ise her üç hastanede de çoğunluğu SSK'lı hastalar oluşturuyor; Denizli Devlet Hastanesi %58, Servergazi Devlet Hastanesi %68, Tekden Hastanesi ise %36 oranla SSK' lı hastalara hizmet veriyor.

Poliklinik ve poliklinik tuvaletlerinin temizliği açısından hastaneler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamasıyla birlikte tarihi olarak en eski ve en büyük, hasta sirkülasyonunun en yoğun olduğu hastane olarak Denizli Devlet Hastanesinin TKY uygulamalarının hasta memnuniyeti üzerine olumlu etkisi olduğunu şeklinde değerlendirilebilir.

Muayene olmak için ilk bürokratik işlem süresi için 20 dakika bekleyen hasta oranı Denizli Devlet Hastanesi' nde %64, Tekden Hastanesi' inde %88 iken, Servergazi Devlet Hastanesin' nde bu oran % 30 dur. Hızlı sirkülasyon kalitenin düşürüldüğü fikrini akıllara getirebilir, bu çalışmayla biz bunu tıbbi açıdan belirleyemeyiz. Hasta yoğunluğunun Denizli Devlet Hastanesi kadar olmamasına rağmen işlemlerin yavaş olması hasta memnuniyetini Servergazi Devlet Hastanesi' nde düşürmektedir, bu da TKY eksikliğinin bir görüntüsüdür. Yine Dinçer' in yapmış olduğu araştırmada; iş yükü daha fazla ve eski bir hastane olan Kartal Devlet Hastanesi'nde ilk 20 dakikada muayene olabilen hasta oranı %36 iken yeni ve iş yükü daha az bir hastane olan Ümraniye Devlet Hastanesi' nde bu oran %10 olarak tespit edilmiştir.

Hekimin Muayene süreleri karşılaştırıldığında 16-20 dakikayla en uzun muayene %28 oranla Tekden Hastanesi' nde gerçekleşiyor. 11-15 dakika arasında muayene süresi Denizli Devlet Hastanesinde %12 oranla, Servergazi Devlet Hastanesi' nde ise %8 hasta oranıyla tespit edilmiştir. Dinçer' in çalışmasında Kartal SSK'da yeterli zaman ayrılmadı diyen hiç yokken, Ümraniye Hastanesi'nde bu oran % 25 tir. Hekimin tedavi hakkında açıklamasından memnuniyet Tekden Hastanesi' nde %84, Denizli Devlet Hastanesi' nde %66, Servergazi Devlet Hastanesi' nde ise %48' dir. Görüldüğü gibi her iki Devlet Hastanesi karşılaştırıldığında iş yükünün fazla olmamasına rağmen Servergazi Devlet Hastanesinin TKY uygulamalarını eksikliği belirgindir. Hızlı sirkülasyonun kaliteyi düşürmediği hastaların memnuniyet

oranlarından görülmektedir. Hekimin hasta sorularını dinleyip yanıtlaması, hekime güven, hekimin nezaketi konularında hastaneler arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir.

Hekim dışı personelin nezaketi karşılaştırıldığında, memnuniyet oranı Tekden ve Denizli Devlet Hastanesi' nde %84 iken, Servergazi Devlet Hastanesi' nde %64 tür. Tekden Hastanesi ve Denizli Devlet Hastanesi bu konuda önemli aşama kaydetmişlerdir. TKY' nin özünde tüm çalışanların katılımı yatmaktadır. Dinçer' in çalışmasında ise her iki hastane'de de hekim dışı personel nezaket oranı %50 ve aşağısında bulunmuştur.

Hekimin tedavi hakkında hastayı bilgilendirmesi ve mahremiyet konularında hastaneler arasında anlamlı farklılık yoktur. Ancak tedavi hakkında hastanın fikrinin sorulmasında farklılık belirlenmiştir. Tekden hastanesi %60, Denizli Devlet Hastanesi %56, Servergazi Devlet Hastanesi %32 oranla hastalar 'evet tamamen' şeklinde yanıt vermişlerdir. Servergazi Devlet Hastanesi' nde hastalarla etkileşimin yetersiz olduğu TKY' nin amacına tam olarak ulaşamadığı görülmektedir.

Poliklinikte hekim seçebilme durumuna bakıldığında Denizli Devlet Hastanesinde hekimini seçebilen hasta oranı %92, Tekden Hastanesi' nde %80, Servergazi Devlet Hastanesi' nde ise %70 'tir. Denizli Devlet Hastanesi sirkülasyonun fazla olmasına rağmen alt yapıyı güçlendirmiş, yönetim TKY uygulamasında etkinliğini başarılı biçimde göstermiştir. Tekden Hastanesi' de özel hastane olmanın avantajını hastalarına hissettirmiş, hekim seçimi hakkını tanıyarak hastalarının kendilerinden beklentilerini karşılamış, memnuniyet oranlarını artırmışlardır. Hekim seçilebileceğine dair bilgi verme durumu ve evdeki tedavi bakım konularında hastaneler arasında anlamlı fark yoktur. İletişim numarası verilme durumuna ise hastalar Tekden Hastanesi' nde %100, Denizli Devlet Hastanesi' nde %52, Servergazi Devlet Hastanesi ise %42 oranında evet şeklinde yanıtlamışlardır. TKY açısından Servergazi Devlet Hastanesi' nin bu durumu bir eğitim ve davranış eksikliği olarak değerlendirilmektedir. Hastayı memnun bir şekilde hastaneden evine yollamak amaçlanmaktadır.

Poliklinikte problemiyle ilgi verilen hizmetten memnuniyet karşılaştırıldığında hastaneler arasında farklılık bulunmaktadır. Tekden Hastanesi'

nde %76, Denizli Devlet Hastanesi' nde %58, Servergazi Devlet Hastanesi' nde ise %52 oranla hastalar 'evet tamamıyla' yanıtını vermişlerdir. Tekden Hastanesinde 'hayır' yanıtını veren hiç olmamıştır. Özel Hastane için amaçlanan gerçekleşmiş, planlı bir çaba gösterilmiş denebilir. Polikliniğin hizmet düzeni ve saygı hürmet görme konularında farklılık belirlenmemiştir.

Hizmetin genel değerlendirilmesinde ise hastaneler arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Tekden Hastanesinde %48, Denizli Devlet Hastanesinde %30 oranında hasta 'çok iyi' olarak değerlendirirken, Servergazi Devlet Hastanesi' nde ise %26 oranında 'çok iyi' olarak değerlendirmişlerdir. Bunun yanında Denizli Devlet Hastanesi' nde mükemmel olarak yanıtlayanların oranı %26 iken, Tekden Hastanesinde bu oran %24 olarak belirlenmiştir. Bu da iş yükünün çok yoğun olduğu, hitap ettiği kesimin çok yaygın olduğu bir Devlet Hastanesinin özel hastaneyle hemen hemen aynı kalitede hizmet verebileceğini, TKY uygulamalarında çok başarılı olduğunu, dolayısıyla hasta memnuniyetinin üst seviyelere çıkartabildiğini göstermektedir. Yine Dinçer' in yapmış olduğu araştırmada Kartal SSK'da genel memnuniyet %90'a ulaşmışken, Ümraniye Hstanesi' nde bu ran %87'de kalmıştır.

- Yatan Hastalara İlişkin Sonuçlar

Yatan hastalara ilişkin bulgular değerlendirildiğinde Denizli Devlet Hastanesi' nde hastaların %66' sı, Servergazi Devlet Hastanesi' nde %54' ü, Tekden Hastanesi' nde ise %60' sı kadın hastalardan oluşmaktadır. Hastaların Denizli Devlet Hastanesi' nde %42' si '16-30', Servergazi Devlet Hastanesi' nde %64'ü '51 yaş ve üzeri', Tekden Hastanesi' nde ise %48'i '16-30' yaş grupları arasındadır. Eğitim durumları incelendiğinde ise Denizli Devlet Hastanesi' nde hastaların %32' si, Servergazi Devlet Hastanesi' nde %80' i, Tekden Hastanesi' nde ise %28' i ilkokul mezunudur. Meslek gruplarının dağılımı Denizli devlet Hastanesi' nde %42 ve Servergazi Devlet Hastanesinde %44 oranla hasta Ev Hanımı, Tekden Hastanesi' nde ise %32' si serbest meslek çalışanıdır. Sosyal güvenceleri ise Denizli Devlet Hastanesi' nde %54, Servergazi Devlet Hastanesi' nde %44, Tekden Hastanesi' nde ise %52 oranla SSK' lı olan hastaya hizmet vermektedirler.

Hastaneler arasında yatışı yapan görevlinin ilgisi konusunda anlamlı farklılık belirlenmiştir. (evet, tamamen) şeklinde yanıtlayan hastaların oranı Servergazi Devlet

Hastanesinde %88 iken Denizli Devlet Hastanesinde bu oran %60 olarak belirlenmiştir. Tekden hastanesi' nde ise bu oran %76' dır. Yatış için hastaların beklediği süre %6 oranla en fazla Denizli Devlet Hastanesi' nededir. Denizli Devlet Hastanesi' nin tüm çalışanlara TKY uygulamalarını benimsetemediği, yönetimin eksik kaldığı görülmektedir.

Hastanelerin otelcilik hizmetleriyle (oda, banyo temizliği, yemekler, gürültü, ısınma) ilgili hastaların görüşleri arasında farklılıklar mevcuttur. Tekden Hastanesi ile Denizli Devlet Hastanesi hastaları %16 oranla gürültüye maruz kaldıklarını belirtirken, Servergazi Devlet Hastanesi' nde bu oran %6 dır. Oda temizliğini Tekden Hastanesi' nde %72 ve Denizli Devlet Hastanesi' nde %50 oranla 'temiz' bulurlarken, Servergazi Devlet Hastanesi' nde hastalar %54 oranla 'çok temiz' bulmuşlardır. Oda ısı ve havalandırmasından memnuniyete yatan hastalar Servergazi Devlet Hastanesi %94, Tekden Hastanesi %64 oranla 'evet' derken, Denizli Devlet Hastanesi' nde bu oran %28 olarak belirlenmiştir. Banyo ve tuvalet temizliğini hastalar Denizli Devlet Hastanesi %46, Tekden Hastanesi %80 oranla 'temiz' bulurken, Servergazi Devlet Hastanesi' nde %56 oranla 'çok temiz' bulmuşlardır. Yemekleri Denizli Devlet Hastanesi' nde ki hastalar %58, Tekden Hastanesi' nde %72 oranla 'iyi' bulurken, Servergazi Devlet Hastanesinde hastalar %66 oranla 'çok iyi' olarak değerlendirmişlerdir.

Hastaneler komplike kurumlardır ve özellikle yatan hastalar açısından otelcilik hizmetlerine daha dikkatli olmak gerekmektedir. Tekden Hastanesi, hastaların özel hastanede daha rahat edebileceklerine dair yaygın yüksek beklentilerini karşılayamamış olarak görünmektedir. Denizli Devlet Hastanesi' nin ise yatak kapasitesinin yüksekliği, hasta sirkülasyonunun fazla olması ve sürekli bina iyileştirme tadilatları sebebiyle gürültü ve temizlikte hasta memnuniyetinde geride kaldığı düşünülebilir. Rekabetin esas olduğu çağımızda müşteri (hasta) memnuniyetini en üst seviyede tutmak TKY' nin ana amacıdır.

Hekim ve hemşirelik hizmetleri ile ilgili görüşlerde hastaneler arasında farklılıklar mevcuttur. Hekimin hastanın sorduğu sorulara anlaşılır cevap verme durumuna 'evet, her zaman' cevabı, Servergazi Devlet Hastanesi' nde %82, Tekden Hastanesi' nde % 84 iken, Denizli Devlet Hastanesi' nde %56' dır. Hekime 'her

zaman' güven Servergazi Devlet Hastanesi' nde %94, Tekden Hastanesi' nde %88 iken Denizli Devlet Hastanesi' nde %72 dir. Hekimin nezaket durumuna 'evet' diyen hastaların oranı Servergazi Devlet Hastanesi' nde %98, Tekden Hastanesi' nde %92, Denizli Devlet Hastanesi' nde ise %78 olarak belirlenmiştir. Servergazi Devlet Hastanesi ile Tekden Hastanesi arasında benzer sonuçlar çıkmasına rağmen Denizli Devlet Hastanesinde memnuniyet düşük çıkmıştır. Denizli Devlet Hastanesi' nde TKY uygulamaları bu açılardan yetersiz görünmekte, iyileştirmeye ihtiyacı bulunmaktadır.

Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet, hemşirenin yanıtı, hemşireye güven duyma, genel olarak Servergazi Devlet Hastanesi ile Tekden Hastanesi' nde benzer sonuçlar doğurmaktadır. Hemşire nezaketine 'her zaman' diyen hasta oranı Denizli Devlet Hastanesi ile Tekden Hastanesi' nde %76, Servergazi Devlet Hastanesi' nde ise %98 orandadır. Hastalar hastanelerde hekimlerini gördüklerinden daha çok hemşireleri ile görüşürler. Servergazi Devlet Hastanesi' nin iş yükünün daha hafif, rahat bir çalışma ortamının olması sebebiyle servis hemşireleri yatan hastaları ile daha iyi iletişim içinde ve nazik oldukları düşünülebilir. Dinçer' in çalışmasında sorulara anlaşılır cevap vermeyen hemşire oranı %1 iken Kartakl SSK da bu oran %24 tür. Kartal hastanesi' nde ihmalkarlık söz konusudur.

Hekim kararına katılım, tedavi hakkında bilgi verilme, konuşma fırsatı verilme konularında hastaneler arasında farklılık belirlenmemiştir. Muayene esnasında mahremiyete dikkat edilme, hemşire ve doktor çağrısına yanıt, evde çıkabilecek sorunlar için izah edilme, saygı hürmet içinde tedavi edilme, hekim ve hemşirelerin ekip çalışması, elden gelenin yapıldığı konularında hastaneler arasında farklılık belirlenmiş, farklılık genel olarak Denizli Devlet Hastanesinden kaynaklanmıştır. Denizli Devlet Hastanesinde yatan hasta memnuniyeti bu konularda diğer iki hastaneye göre düşük çıkmıştır.

Genel olarak alınan tedavi ve bakımın değerlendirilmesinde hastaneler arasında fark vardır. Servergazi Devlet Hastanesi %60 mükemmel oranıyla hasta memnuniyetinin en yüksek olduğu hastanedir.

Genel temizlik düzen açısından Servergazi Devlet Hastanesi ile Denizli Devlet Hastanesi arasında fark vardır. Servergazi Devlet Hastanesi' nde temizliği

mükemmel bulan hasta oranı % 46, Denizli Devlet Hastanesi' nde ise %28' dir. Servergazi Devlet Hastanesi' nde yatak kapasitesinin ve hasta yoğunluğunun az olması temizliğe katkı sağlayabilir.

Hastanenin genel kalitesi karşılaştırıldığında yine hastaneler arasında fark vardır. Servergazi Devlet Hastanesi'nin hizmetini mükemmel olarak değerlendiren yatan hasta oranı %44 olarak belirlenmiştir. Diğer hastanelere göre memnuniyetin en yüksek bulunduğu Servergazi Devlet Hastanesi' nde TKY uygulamalarının katkısı yadsınamaz düzeydedir.

Bunun yanında Denizli Devlet Hastanesi' hastalar açısından bütün olumsuzluklarına rağmen talebin en yoğun olduğu hastanedir. Denizli Devlet Hastanesi polikliniklerdeki hasta memnuniyet oranını yatan hastada yakalayamamıştır. Aynı şekilde Servergazi Devlet Hastanesi' de yatan hastalardaki memnuniyet oranını polikliniklerde yakalayamamıştır. Her iki hastanenin de TKY kapsamında iyileştirmeye açık alanları mevcuttur. Tekden hastanesi ise henüz kalite belgesi almamış olmasına rağmen uygulamalarında başarılı bulunmuştur. Dinçer' in yapmış olduğu araştırmada ise genel memnuniyet Kartal SSK Hastanesi' nde yüksek bulunmuştur.

- Öneriler

Ülkemizde halkın beklentilerine ve ihtiyaçlarına cevap vermekte zorlanan kamu yönetimini yeni yüzyıllara hazırlamak için, yeniden yapılandırılması ve etkinliğinin artırılması çalışmalarına gereksinim duyulmaktadır. Devletin yani merkezi yönetimin üstlendiği bir kısım görevleri, müşteri tatmini, kalite ve sürekli iyileştirme üzerine odaklanan toplam kalite felsefesini tek başına yürütmesi mümkün olmadığından, yerel yönetim kuruluşları ve hastanelerin de kendi gelişimleri için benimsemesi ve uygulaması gerekmektedir.

Denizli il merkezindeki devlet hastaneleri ve özel hastaneler kalite yolunda uzun süren çalışmalar yapmışlar ve devlet hastaneleri kalite belgelerini almışlardır. Toplam Kalite Yönetiminde felsefe sürekli iyileştirme olduğuna göre hastaneler durmaksızın iyileştirme çalışmaları yapmalıdırlar.

Servergazi Devlet Hastanesi özellikle hekim dışı personeline iletişim becerileri konusunda eğitim vermeli, hastalara karşı daha nazik ve güler yüzlü davranma konusunda motive etmelidir. Hastanenin hekimlerden ibaret olmadığı, tüm personelin birlikte hareket etmesi gerektiği benimsetilmelidir.

Servergazi Devlet Hastanesi polikliniklerinde, hekimler hastalarını mümkün olduğunca iyi dinleyip daha uzun sürelerde muayene etmeli, uygulanacak tedavi hakkında hastanın anlayacağı biçimde daha ayrıntılı açıklamalarda bulunmalıdır.

Tekden Hastanesi ve Denizli Devlet Hastanesi yatan hastalarına yönelik otelcilik hizmetlerinde daha özenli olmalı, hastaları hastanede kaldıkları süre içinde rahat ettirecek önlemleri almalıdırlar.

Bir hastanenin poliklinik hizmeti ve yataklı servis hizmeti birbirinden ayrı düşünülmediğinden her iki hizmet alanına eşit ağırlık verilmelidir, iyileştirmeler ve hasta memnuniyeti her alanda sağlanmalıdır.

Kurum yöneticileri mevcut durumu kapsamlı bir şekilde masaya yatırıp olumlu ve olumsuz yanları belirlemeli, lüzumsuz bulunan iş süreçleri çıkartıp, iyileştirilecek olanlara ağırlık vermelidir. Hizmet nitelikleri belirlenirken toplumu sürekli gözlemlemeli, geri bildirim almalı, değişen ihtiyaçlara göre uyarlama yapmalıdırlar.

TKY' yi hızlandıran, yaygınlaştıran, çalışanları kuruluşun tümünden iyileştirilmesine entegre eden çeşitli grupsal ve bireysel katılım yöntemleri hayata geçirilmelidir.

4. KAYNAKÇA

1. Acar, N. (1993). '*Tam Zamanında Üretim Ortamında Kalite Kontrol*', Verimlilik Dergisi, Özel Sayı, s. 83-102.
2. Akalın, D., Kocakaplan, R., Yılmaz, A. (2002). '*Yönergeler*', T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
3. Akat, İ. ve Diğerleri (1999). '*İşletme Yönetimi*', Barış Yayınları, İzmir Akreditasyon", Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
4. Aktan, C. (1998). '*Organizasyonel Performansta Atılım İçin Yeni Bir Yönetim Tekniği; Benchmarking*', Mercek Dergisi, Sayı:11, S.28.
5. Argüden, Y. (2006). '*Altı Sigma ve Toplam Kalite Yönetimi*', KalDer.
6. Asunakutlu, T. (2005). '*Sağlık Hizmetlerinde Kalite*', T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
7. Aydın, A. H. (1999). '*Yönetimde Çağdaş Yaklaşımlar*', Türk İdare Dergisi, Yıl 71, Sayı 422, S. 13-20.
8. Bozkurt, R. (1996). '*Toplam Kalite Uygulamasında Performans Ölçümü*', Önce Kalite Dergisi, Kalder Yayını, Sayı:26, Ankara, S.33.
9. Bozkurt, R. Ve Asil, N., "*Kalite Politikası Oluşturma Süreci*", Verimlilik Dergisi, Cilt 24, Sayı 3, S.31-42.
10. Bumin, B., Erkutlu, H. (2002). "*Toplam Kalite Yönetimi Ve Kıyaslama İlişkileri Politikaları*", Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 1, S.83-100
11. Burnak, N. Ve Çelik, C. (1992). "*Potansiyel Verimlilik Araştırma Aracı Olarak Kalite Geliştirme*", Verimlilik Dergisi, Cilt 21, Sayı 4, S.51-64.
12. Çakırcer, M. (2003). '*Sağlık Hizmetlerinde TKY'nin Başarıya Ulaşmasında Dış Kaynaklardan Yararlanma (OUTSOURCİNG) Yönteminin Etkisi Ve Bir Uygulama*', Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.

13. Çavuşoğlu, E. (1990). '*Kalite Güvenliği Sistemi Uygulamasında Etkenler*', Kalite Güvenliği Ve Uluslar Arası Standartlar Türk- Alman Sempozyumu (22-23 Kasım), İrfan Yayımcılık, İstanbul.
14. Çelik, C. (1993). '*Kalite Yönetiminde İnsan Faktörü*', Verimlilik Dergisi, Özel Sayısı, S.119-132.
15. Çetin, C. (1998). '*Toplam Kalite Yönetimi Ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi*', İstanbul.
16. Çoban, S. (2004). "*Toplam Kalite Yönetimi Perspektifinde İçsel Pazarlama Anlayışı*", Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi, Sayı:22.
17. Çoruh, M. (1995). '*1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde TKY*', 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde TKY Sempozyumu Kitapçığı, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara.
18. Demir, C. (1999). '*Gata Eğitim Hastanesi Polikliniklerinde Hasta Tatmin Düzeyinin Saptanması*', 11. Sağlık Kuruluşu Ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Bildirileri, 15-16 Mayıs, Ankara.
19. Diken, A. (1998). '*Sanayi Ve Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi*', Konya Ticaret Odası Yayınları, Konya.
20. Dinçer, C. (2005). '*Kamu Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Sağlık Sektöründeki Uygulaması*', Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
21. Efil, İ. (1997). '*Yönetimde Kalite Çemberleri Ve Uygulama Örnekleri*', 4.Baskı,Uludağ Üniversitesi Yayın No: 23, Bursa.
22. Ekin, B. (1972). '*Prodüktivite Artırıcı Bir Faaliyet-Kalite Kontrolü*', Verimlilik Dergisi, Cilt 1, Sayı 1, S. 58-67.
23. Ekin,B. (1993). '*Bir Endüstri İşletmesi İçin Kalite Kontrolü*', Verimlilik Dergisi, Cilt 2, Sayı 4, S.1115-1113.
24. Ersen, H. (1997). '*Toplam Kalite Ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi*', İstanbul: Sim Matbaacılık.

25. Fitzpatrick, R. (1991). ‘*Surveys Of Patient Satisfaction: I- İmportant General Considerotions*’, British Nadicial Journal, 302, S: 887-889.
26. Gencel, U. (2001). “*Yüksek Öğretim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Akreditasyon*”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:3, Sayı: 3 s.164-218.
27. Gençyılmaz, G., Zaim, S.(1999). “*Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi*”, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, Cilt: 28, Sayı: 2, S.10-11.
28. Gökmen, C. (2001). ‘*Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi*’, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
29. Gürlek, T. B. (1992). ‘*Tam Zamanında Üretim, Esnek Üretim Sistemleri, Toplam Kalite Yönetimi: Yönetimde Rönesans Mı?*’, Verimlilik Dergisi, Cilt 21, Sayı 2, S.105- 118.
30. İmai, M. (1997). ‘*Kaizen, Japonya’nın Rekabette Başarısının Anahtarı*’, (Çev. BRİSA), Brisa Yayınları, İstanbul.
31. İshikawa, K. (1997). “*Toplam Kalite Kontrol*”, 2.B, Kal-Der Yayınları, İstanbul.
32. Kasa, H. (1990). ‘*Çağdaş Kalite Güvenliği İçin Koşullar*’, Kalite Güvenliği Ve Uluslar Arası Standartlar Türk-Alman Sempozyumu (22-23 Kasım), İrfan Yayımcılık, İstanbul.
33. Kavrakoğlu, İ. (1990). ‘*Toplam Kalite Kontrolünün Getirdikleri*’, Kalite Güvenliği Ve Uluslar Arası Standartlar Türk- Alman Sempozyumu (22-23 Kasım), İrfan Yayımcılık.
34. Kavrakoğlu, İ. (1993). ‘*Kalite Güvencesi ISO 9000 Ve Toplam Kalite*’, Dünya Yayınları, İstanbul.
35. Korkusuz, D. (2005). ‘*Toplam Kalite Yönetimi Ve Kamu Yönetiminde Uygulanabilirliği: Sakarya Derfterdarlığı Örneği*’, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.

36. Köseoğlu, M.D.K. Harrison Ve D. Link, (1994), '*Toplam Kalite Yönetimi Sistemi Uygulamasının Arkasındaki İnsan Faktörü*', Verimlilik Dergisi, Cilt 23, Sayı 4, S.19-38.
37. Kuş, M. (1999). '*Kalite Kavramı, AB Kalite Politikası Ve Türkiye'de Ki Kalite Faaliyetleri*', T.C. Sanayi Ve Ticaret Bakanlığı-Avrupa Topluluğu Koordinasyon Genel Müdürlüğü Yayın No:48, Ankara.
38. Leebow, W., Scott, G (1994). '*Service Quality Improvement-The Customer Satisfaction Strategy For Health Care*', American Hospital Publishing, Inc.
39. Mucuk, İ. (2000). *Modern İşletmecilik*, İstanbul: Türkmen Kitabevi.
40. Muluk, Z., Burcu, E., Danacıoğlu, N. (2000). '*Türkiye'de Kalite Olgusunun Gelişimi*', Ankara: Kalder Yayınları.
41. Naktiyok, A., Küçük, O. (2003). "KOBİ'lerde *TKY Kritik Faktörlerinin Örgütsel Performans Üzerine Etkileri*", Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi, Sayı:21, s.43-65.
42. Özgülbaş, N. (1995). '*Hastanelerde Finansal Yönetim: Sorunlar Ve Çözüm Önerileri*', Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
43. Özkan, Y. (2001). '*Toplam Kalite*', Sakarya Kitabevi, Sakarya.
44. Öztürk, N. (1993). '*Toplam Kalite Yönetiminde Motivasyon, Eğitim Ve Katılımın Önemi*', Verimlilik Dergisi, Özel Sayı, S. 61-66.
45. Peker, Ö. (1993). '*Toplam Kalite Yönetimi Ve ISO 9000 Standartları*', Verimlilik Dergisi, Özel Sayı, S. 47-60.
46. Peker, Ö. (1996). '*Toplam Kalite Yönetimi Ve Kamu Hizmetinde Kalite*', Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi, Cilt 8, Sayı 6, Kasım, S. 43-57.
47. Peşkirioğlu, N. (1994). '*Toplam Kalite Yönetim Sistemi Ve ISO 9000 Standartları*', Verimlilik Dergisi, Cilt 23, Sayı 1, S.95-116.
48. Peyrot, M. – Cooger, P.P. (1993). '*Schnapf To Consumer Satisfaction And Received Quality Of Outpatient Health Services*', Journal Of Health Care Marketing. Winter, S: 24-33.

49. Pınar, İ.(2007). “*Kalite Kavramı Ve Önemi*”, (Ed: Gümüőođlu Ő., Pınar İ., Akan P., Akbaba A.), Hizmet Kalitesi, Detay Yayıncılık, İstanbul, S.38.
50. Saran, U. Ve Göçerler, A. (1998). ‘*Kamu Hizmetlerinde Ve İçişleri Bakanlığı’nda Toplam Kalite Yönetimi*’, Türk İdare Dergisi, Yıl 70, Sayı 421, Aralık, S. 225-282.
51. Sarp, N. (2004). ‘*Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*’, Ankara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, Ankara.
52. Seçkin, C. (2007). ‘*Mükemmelliğin Temel Kavramları Ve ODÇ/CAF*’,8. Kamu Kalite Sempozyumu (23-24 Mayıs), Ankara.
53. Sorgun, T. (1993). ‘*Ultima Yönetim Ve Danışmanlık*’, Kalite El Kitabı, İstanbul.
54. Soylu, K. Ve Diğerleri (1998). ‘*Toplam Kalite Yönetimi Sözlüğü*’, Beyaz Yayınları, İstanbul.
55. Şahin,Ü. (1999). ‘*Hastane İşletmeciliğinde Kalite*’, Eskişehir.
56. Şahin,Ü. (2006). ‘*Sağlık Hizmetlerinde Kalite*’, Zonguldak.
57. Őekerkeya, A.K. (1997). ‘*Bankacılık Hizmetlerinde Algılanan Toplam Kalite Ölçümü*’, Sermaye Piyasası Kurulu Yayın No: 87, Ankara.
58. Şirvancı, M. (1993). ‘*Toplam Kalite Yönetiminin Temel Temel Öğeleri*’, Önce Kalite Dergisi, Kal Der Yayını, S.5. Ekim, S.19-32.
59. Takan, M. (2000). *Bankalarda Toplam Kalite Yönetimi*, Türkiye Bankalar Birliği Yayın No:217, İstanbul.
60. Thomas H. L.(1995). ‘*Toplam Kalite Yönetiminde Liderlik*’, Verimlilik Dergisi, Kalite Özel sayısı, Ankara, s. 17-24.
61. Tokathloğlu, M. (2005). ‘*Temel Kalite Kavramları Ve Toplam Kalite Yönetimi*’.
62. Us, A. T. (2007). ‘*Öğrenen Bir TKY Organizasyonu Yaratmak*’, Kal-Der.
63. Üzgöl, A. (2006). ‘*Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Müşteri Memnuniyeti*’, T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Gazi Devlet Hastanesi, Ankara.
64. Yamak, O. (1998). *Kalite Odaklı Yönetim*, Panel Matbaacılık, İstanbul.

65. Yetiş, N. (1993). '*Kalite Kontrolü Ve Toplam Kalite yönetimi: Kalite Organizasyonu, Eğitimi Ve İnsan Gücü Geliştirme*', ISO-9000 Ve Kalite Sistemleri Semineri, İstanbul Sanayi Odası Yayın No: 1993/13, İstanbul.
66. Yıldırım, E. (2000). '*Türkiye'de Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının İşçiler Ve Endüstri Üzerine Etkileri*', Toplum Ve Bilim Ve Bilim Dergisi, Sayı 86,S.26-273.
67. Zaludova, A. (1972). '*Kalite Ve Kalite Kontrol Kavramları Ve Tanımları İçin Kriterler*', Çev.,Bilge Ekin,Verimlilik Dergisi, Cilt2 Sayı 1, S.313-342.

İNTERNET KAYNAKÇASI

1. <http://www.kobitek.com/tky>
2. <http://www.medimagazin.com.tr/sağlıkta> tky
3. <http://www.tkgm.gov.tr/turkcedosyalar/diger%5içerikdetay>
4. <http://www.Akdeniz.Edu.Trtkyyonetim>

5. EKLER

POLİKLİNİK HİZMETLERİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Sayın Bay/Bayan,

Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanelerimizin bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu anket, sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi ve hasta memnuniyetinin istatistiki göstergelerle karşılaştırılması (Denizli il merkezi örneği) amacıyla Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi çalışmam için hazırlanmıştır. Şimdiden zaman ayırdığınız için teşekkür eder geçmiş olsun dileklerimi sunarım.

Saygılarımla

Hatice HAYTA

1-Anketin /...../

Doldurulduğu Tarih:

2.Cinsiyet 1-Kadın

2.Erkek

3-Yaşınız

4- Eğitim Durumunuz

1- OkurYazar Değil

2- Okur Yazar

3- İlkokul

4- Ortaokul

5- Lise

6- Yüksekokul

7- Üniversite

5- Mesleğiniz

6- Sosyal Güvenceniz

1. Memur
- 2- Emekli Sandığı
- 3- SSK
- 4- Bağ-Kur
- 5- Yeşil Kart

- 6- Güvencem 7- Diğer
Yok

7- Hastaneye geliş şekliniz

- 1- Doğrudan hastaneye başvurduğum
- 2- Başka kurum tarafından sevk edildim

8- Hizmet Aldığınız Bölüm (ler)

- | | | |
|----|---|-----------------------|
| 1 | İç Hastalıkları | |
| 2 | Kardiyoloji | <input type="radio"/> |
| 3 | Kalp ve Damar Cerrahisi | <input type="radio"/> |
| 4 | Nöroloji | <input type="radio"/> |
| 5 | Psikiyatri | <input type="radio"/> |
| 6 | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | <input type="radio"/> |
| 7 | Dermatoloji | <input type="radio"/> |
| 8 | Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon | <input type="radio"/> |
| 9 | Genel Cerrahi | <input type="radio"/> |
| 10 | Çocuk Cerrahisi | <input type="radio"/> |
| 11 | Göğüs Hastalıkları | <input type="radio"/> |
| 12 | Beyin ve Sinir Cerrahisi | <input type="radio"/> |
| 13 | Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi | <input type="radio"/> |
| 14 | Ortopedi ve Travmatoloji | <input type="radio"/> |
| 15 | Üroloji | <input type="radio"/> |
| 16 | Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları | <input type="radio"/> |
| 17 | Göz Hastalıkları | <input type="radio"/> |
| 18 | Kadın Hastalıkları ve Doğum | <input type="radio"/> |
| 19 | Romatoloji | <input type="radio"/> |
| 20 | Acil Tıp | <input type="radio"/> |
| 21 | Hematoloji | <input type="radio"/> |
| 22 | Nefroloji | <input type="radio"/> |
| 23 | Endokrin | <input type="radio"/> |
| 24 | Onkoloji | <input type="radio"/> |
| 25 | Gastroenteroloji | <input type="radio"/> |

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| 26 Gastroenteroloji Cerrahi | <input type="radio"/> |
| 27 Diabet | <input type="radio"/> |
| 28 Enfeksiyon | <input type="radio"/> |

FİZİKİ ORTAM ve BİRİMLER

9- Polikliniklerin bulunduğu yere ve muayene odalarına kolay ulaşılabilir mi (işaret levhaları var mı)?

- 1- Evet, kolay ulaşıyor
- 2- Yönlendirme eksik
- 3- Hayır, zor oldu

10- Size göre, polikliniklerin temizliği nasıldı?

- 1- Çok temiz
- 2- Temiz
- 3- Fena değil
- 4- Kirli

11- Polikliniklerde bulunan tuvaletlerin (lavaboların vb.) temizliği nasıldı?

- 1- Çok temiz
- 2- Temiz
- 3- Fena değil
- 4- Kirli

HEKİM MUAYENESİ

Aldığınız hizmetlerle ilgili olarak aşağıdaki soruları cevaplayınız.

12- Hastaneye geldikten sonra muayene olmak için bürokratik işlemlere (hasta kabul, kayıt vb.) harcadığınız toplam süre ne kadardı?

- 1- 0-20 dakika
- 2- 21-40 dakika
- 3- 41-60 dakika
- 4- 1 saat ve üzeri

13- Hekimin sizi muayene etmesi ne kadar sürdü?

- 1- 5 dakika kadar
- 2- 6-10 dakika
- 3- 11-15 dakika
- 4- 16-20 dakika

14- Hekim tarafından, size verilen tedavi veya yapacağınız egzersizler için anlayacağınız şekilde açıklama yapıldı mı?

- 1- Evet, tamamıyla

2- Evet, kısmen

3- Hayır

15- Hekim şikâyetlerinizi dinleyip, hastalığınızla ilgili sorularınıza anlayacağınız şekilde yanıt verdi mi?

1 - Evet, tamamıyla

2- Evet, kısmen

3- Hayır

16- Sizi muayene eden hekime güven duydunuz mu?

1- Evet, elbette

2- Evet, kısmen

3- Hayır

17- Hekimler size karşı yeterince ilgili ve nezaketli miydi?

1- Evet

2- Kısmen

3- Hayır

DiĞER MESLEK GRUPLARI

18- Sizinle ilgilenen personel aşağıdakilerden hangisiydi?

1- Hemşire

2-Fizyoterapist

3-Röntgen teknisyeni

4-Psikolog

5-Sosyal Hizmet Uzmanı

6- Diğer

19- Sizinle ilgilenen personel, önemli olduğunu düşündüğünüz bir soruya anlayacağınız şekilde yanıt verdi mi?

1 - Evet, tamamıyla

2- Evet, kısmen

3- Hayır

20- Sizinle ilgilenen bu sağlık görevlisine güven duydunuz mu?

1 - Evet, elbette

2 - Evet, kısmen

3 - Hayır

21- Sizinle ilgilenen personel yeterince ilgili ve nezaketli miydi?

1-Evet

2-Kısmen

3- Hayır

22- Poliklinikte durumunuz ve tedaviniz hakkında yeterli bilgi verildi mi?

- 1- Yeterli bilgi verilmedi
- 2- Yeterli bilgi verildi
- 3- Hayır, bilgi verilmedi

23- Hastalığınızla ilgili sizinle yapılan görüşmelerde mahremiyete dikkat edildi mi?

- 1- Evet, kesinlikle
- 2- Evet, kısmen
- 3- Hayır

24- Size önerilen tedavi ve diğer uygulamalar hakkında fikriniz soruldu mu?

- 1- Evet, tamamen
- 2- Evet, kısmen
- 3- Hayır

25- Hekim, ilaçları neden yazdığı ve nasıl kullanacağınız konusunda anlayacağınız şekilde bilgi verdi mi?

- 1 - Evet, tamamıyla
- 2- Evet, kısmen
- 3- Hayır

26- Muayeneniz sırasında sizinle ilgilenen görevlilerin kendilerini tanıtan yaka kartı var mıydı?

- 1 - Evet, hepsinin vardı
- 2- Bir kısmının vardı.
- 3- Hiçbirinin yoktu

27- Hekiminizi kendiniz seçebildiniz mi?

- 1- Evet
- 2- Hayır

BİLGİLENDİRME

28- Hekiminizi seçebilmeniz için bilgilendirildiniz mi?

- 1- Evet
- 2- Hayır

29- Hekiminiz tarafından, eve gittiğinizde hastalığınızın tedavisi boyunca yaşanabilecek durumlar için bilgi verildi mi?

- 1- Evet, tamamıyla
- 2- Evet, Kısmen

30- Durumunuzun kötüleşmesi halinde veya endişeye kapıldığınız anda hastaneden iletişime geçebileceğiniz bir telefon-iletişim adresi verildi mi?

- 1- Evet
- 2- Hayır

GENEL DEĞERLENDİRME

31 - Hastaneye başvurduğunuz probleminizle ilgili olarak size verilen hizmetten memnun kaldınız mı?

- 1-Evet, tamamıyla
- 2-Evet, kısmen
- 3-Hayır

32- Polikliniklerde verilen hizmetler düzenli işliyor muydu?

- 1-Düzenli değildi.
- 2-Oldukça düzenliydi.
- 3-Çok iyi düzenlenmişti

33- Genel olarak ifade edecek olursanız, polikliniklerde aldığınız hizmetlerde size karşı saygılı davranıldı mı?

- 1-Evet, her zaman
- 2-Evet, bazen
- 3-Hayır

34- Polikliniklerde aldığınız hizmeti genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

- 1-Mükemmel
- 2-Çok iyi
- 3-İyi
- 4-Orta
- 5-Kötü

YATAKLI SERVİS HİZMETLERİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Sayın Bay/Bayan,

Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanelerimizin bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu anket, sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi ve hasta memnuniyetinin istatistiki göstergelerle karşılaştırılması (Denizli il merkezi örneği) amacıyla Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi çalışmam için hazırlanmıştır. Şimdiden zaman ayırdığınız için teşekkür eder geçmiş olsun dileklerimi sunarım.

Saygılarımla

Hatice HAYTA

1- Anketin Doldurulduğu Tarih

2- Cinsiyetiniz

- 1- Kadın
- 2- Erkek

3- Yaşınız

4- Eğitim Durumunuz

- 1- Okur Yazar Değil
- 2- Okur Yazar
- 3- İlkokul
- 4- Ortaokul
- 5- Lise
- 6- Yüksekokul
- 7- Üniversite

5- Mesleğiniz

6- Sosyal Güvenceniz

- | | | |
|-------------------|-----------------|----------|
| 1- Memur(çalışan) | 4- Bağ-Kur | 7- Diğer |
| 2- Emekli Sandığı | 5- Yeşil Kart | |
| 3- SSK | 6- Güvencem Yok | |

7- Hastaneye geliş şekliniz

- 1- Doğrudan hastaneye başvurdum
- 2- Başka kurum tarafından sevk edildim

8- Hizmet Aldığınız Servis (ler)

- | | |
|--|-----------------------|
| 1-İç Hastalıkları | <input type="radio"/> |
| 2-Kardiyoloji | <input type="radio"/> |
| 3-Kalp ve Damar Cerrahisi | <input type="radio"/> |
| 4-Nöroloji | <input type="radio"/> |
| 5-Psikiyatri | <input type="radio"/> |
| 6-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | <input type="radio"/> |
| 7-Dermatoloji | <input type="radio"/> |
| 8-Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon | <input type="radio"/> |
| 9-Genel Cerrahi | <input type="radio"/> |
| 10-Çocuk Cerrahisi | <input type="radio"/> |
| 11-Göğüs Hastalıkları | <input type="radio"/> |
| 12-Beyin ve Sinir Cerrahisi | <input type="radio"/> |
| 13-Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi | <input type="radio"/> |
| 14-Ortopedi ve Travmatoloji | <input type="radio"/> |
| 15-Üroloji | <input type="radio"/> |
| 16-Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları | <input type="radio"/> |
| 17-Göz Hastalıkları | <input type="radio"/> |
| 18-Kadın Hastalıkları ve Doğum | <input type="radio"/> |
| 19-Romatoloji | <input type="radio"/> |
| 20-Acil Tıp | <input type="radio"/> |
| 21-Hematoloji | <input type="radio"/> |
| 22-Nefroloji | <input type="radio"/> |
| 23-Endokrin | <input type="radio"/> |
| 24-Onkoloji | <input type="radio"/> |
| 25-Gastroenteroloji | <input type="radio"/> |
| 26-Gastroenteroloji Cerrahi | <input type="radio"/> |
| 27-Diabet | <input type="radio"/> |
| 28-Enfeksiyon | <input type="radio"/> |

HASTA KABUL

Yatış sırasındaki işlemlerle ilgili olarak aşağıdaki sorulara cevaplayınız.

9- Servise yatış işlemlerini yapan görevli bana karşı ilgili ve nazikti.

- 1- Evet, tamamen
- 2- Evet, kısmen
- 3- Hayır

10- Yatış işlemi yapılmadan önce, hastane kuralları (ziyaret saatleri, sigara yasağı vb.) hakkında yeterli bilgi verildi mi?

- 1- Evet, tamamen
- 2- Evet, kısmen
- 3- Hayır

11- Yatış işlemlerinin tamamlanması için ne kadar beklediniz?

- 1- Beklemedim
- 2- 1 saatten az
- 3- 1 ile 4 saat arası
- 4- 4 saatten fazla

SERVİSLER

Yattığımız serviste aldığımız hizmetlerle ilgili olarak aşağıdaki sorulara cevaplayınız.

12- Yattığımız odada gürültüye maruz kalıyor muydunuz?

- 1- Evet
- 2- Kısmen
- 3- Hayır

13- Size göre, kaldığınız servis ve odanın temizliği nasıldı?

- 1- Çok temiz
- 2- Temiz
- 3- Vasat (idare eder)
- 4- Pek temiz sayılmazdı
- 5 Hiç temiz değildi

14- Odanın ısı ve havalandırma sistemini yeterli buldunuz mu?

- 1. Evet
- 2. Kısmen
- 3. Hayır

15- Kullandığınız tuvaletler ve banyo temiz miydi?

- 1- Çok temiz
- 2- Temiz
- 3- Vasat (idare eder)
- 4- Pek temiz sayılmazdı
- 5- Hiç temiz değildi

16- Hastane yemeklerini nasıl buldunuz?

- 1- Çok iyi
- 2- İyi
- 3- Vasat (idare eder)
- 4- Kötü

HEKİMLER

Hekimlerin size karşı davranışlarıyla ilgili olarak aşağıdaki sorulara cevaplayınız.

17- Sizin için önemli olduğunu düşündüğünüz sorulara hekimler tarafından anlayacağınız şekilde yanıt verildi mi?

- 1 - Evet, her zaman
- 2- Evet, bazen
- 3- Hayır

18- Sizi tedavi eden hekimlere güven duyduunuz mu?

- 1- Evet, her zaman
- 2- Evet, bazen
- 3- Hayır

19- Hekimler size karşı yeterince ilgili ve nezaketli miydi?

- 1-Evet
- 2-Kısmen
- 3-Hayır

HEMŞİRELER

Hemşirelerin size karşı davranışlarıyla ilgili olarak aşağıdaki sorulara cevaplayınız.

20-Size, hemşireler tarafından yeterince ve zamanında hizmet verildimi?

- 1- Evet, her zaman
- 2- Kısmen
- 3- Hayır

21-Sizin önemli olduğunu düşündüğünüz sorulara hemşireler tarafından anlayacağınız şekilde yanıt verildi mi?

- 1- Evet, her zaman
- 2- Evet, bazen
- 3- Hayır

22-Sizin tedavinizde yer alan hemşirelere güven duyduunuz mu?

- 1-Evet, her zaman
- 2-Evet, bazen
- 3-Hayır

TEDAVİ ve BAKIM

Tedavi sürecinde aldığınız hizmetlerle ilgili soruları cevaplayınız.

23- Hemşireler size karşı yeterince ilgili ve nezaketli miydi?

- 1- Evet
- 2- Kısmen
- 3-Hayır

24- Tedaviniz süresince hekimler tarafından sizin için verilen kararlara katıldınız katıldınız mı?

- 1- Evet, her zaman
- 2- Evet, bazen
- 3- Hayır

25- Tedaviniz süresince hemşireler tarafından sizin için verilen kararlara katıldınız mı?

- 1-Evet
- 2-Kısmen
- 3-Hayır

26- Durumunuz ve size uygulanan tedavi hakkında ne kadar bilgi verildi?

- 1- Hayır, bilgi verilmedi
- 2- Yeterli bilgi verilmedi
- 3- Yeteri kadar bilgi verildi

27- Sizin yakınlannızdan veya arkadaşlarınızdan biri hekimle konuşmak istediği zaman fırsat veriliyor muydu?

- 1- Evet, her zaman
- 2- Evet, bazı durumlarda
- 3- Hayır

28- Muayene edildiğiniz zaman yeterli ölçüde mahremiyet sağlandı mı?

1 - Evet, her zaman

2- Evet, bazen

3- Hayır

29- İhtiyacınız olduğunda, hemşireyi veya hekimi çağırdığınız zaman çağrıya yanıt veriliyor muydu?

1- Evet, hemen (5-10 dakika içinde)

2- Evet, az soma (15-20 dakika içinde)

3- Evet, geç yanıt veriliyordu (20-30 dakika içinde)

4- 30 dakikadan fazla

5- Hayır

HASTANEDEN AYRILMA

30- Hekim veya hemşirelerden, eve gittiğinizde karşılaşılabileceğiniz sorunları size izah eden oldu mu?

1- Evet, tamamıyla

2- Evet, kısmen

3- Hayır

31- Tedavi olduğunuz servisten, ihtiyacınız olduğunda iletişim kurulabilecek bir telefon numarası verildi mi?

1- Evet

2- Hayır

GENEL DEĞERLENDİRME

32- Hastanede kaldığınız süre içinde saygı ve hürmet içinde tedavi edildiğinizi düşündünüz mü?

1- Evet, her zaman

2- Evet, bazen

3- Hayır

33- Tedavi gördüğünüz servisteki hekimlerin ve hemşirelerin ekip çalışmasını nasıl değerlendiriyorsunuz?

1- Mükemmel

2- Çok iyi

- 3- İyi
- 4- Vasat (idare eder)
- 5- Kötü

34- Genel olarak, aldığınız tedavi ve bakımı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1- Mükemmel
- 2- Çok iyi
- 3- İyi
- 4- Vasat (idare eder)
- 5- Kötü

35- Hekimlerin ve hemşirelerin sizin için elinden geleni yaptığını düşünüyor musunuz?

- 1- Evet her zaman
- 2- Evet, kısmen
- 3- Hayır

DİĞER HUSUSLAR

36- Hasta hakları birimi hakkında bilgilendirildiniz mi?

- 1- Evet
- 2- Hayır

37- Hastanenin genel temizlik ve düzenini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1- Mükemmel
- 2- Çok iyi
- 3- İyi
- 4- Vasat (idare eder)
- 5- Kötü

38- Hastanenin genel kalitesi hakkında ne düşünüyorsunuz?

- 1- Mükemmel
- 2- Çok iyi
- 3- İyi
- 4- Vasat (idare eder)
- 5- Kötü

39- Eğer ihtiyaç duyarsanız tekrar bu hastaneyi tercih eder misiniz?

- 1- Evet
- 2- Hayır

6. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Hatice HAYTA

Doğum Yeri :Çal- Denizli

Doğum Yılı : 1980

Medeni Hali : Evli

EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER

Lise 1994-1998 : Eğirdir Sağlık Meslek Lisesi

Lisans 1998-2003 : Muğla Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

Yabancı Dil : İngilizce

MESLEKİ BİLGİLER

2001 : Adapazarı Toyota-SA Acil Yardım Hastanesi - Hemşirelik

2002-2003 : Muğla Devlet Hastanesi - Hemşirelik

2003-2007 : Denizli Devlet Hastanesi – Hemşirelik

2007-.....: Denizli Devlet Hastanesi – Müdür Yardımcılığı