

T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE
YÖNETİMİ İLE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ARSINDAKİ İLİŞKİ
ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Nurcan KÜÇÜKALBAY

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ali ÖZCAN

HAZİRAN – 2019

T.C.
NİŞANTAŞI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE TOPLAM KALİTE
YÖNETİMİ İLE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ
ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nurcan KÜÇÜKALBAY

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi

“Bu tez 11./06/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği /Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Ali ÖZCAN	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Selma Kaya	Başarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Güneş Yılmaz	Başarılı	

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Nurcan KÜÇÜKALBAY

11.06.2019



ÖNSÖZ

Bu tezin yazım aşamasında, desteklerini ve yardımını esirgemeyen, çalışmamın bütün aşamalarını ciddiyetle takip eden danışmanım Dr. Öğr. Üyesi ALİ ÖZCAN' a;

Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü hocalarıma ve bu süreçte desteklerini esirgemeyen kıymetli arkadaşlarıma;

Bugünlere gelmeme vesile olan, varlıklarımı maddi ve manevi her zaman hissettiren başta abim olmak üzere aileme;

Bu süreçte her zaman yanımda olan ve çalışmam boyunca desteğini esirgemeyen eşime şükranlarımı sunarım.

Nurcan KÜÇÜKALBAY

11.06.2019

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KALİTE	3
1.1. Kalite Kavramı ve Tarihsel Gelişimi.....	3
1.2. Kalitenin Boyutları.....	4
1.3. Kalite Yönetim Sistemlerinin Öğeleri	5
1.4. Toplam Kalite Yönetimi	6
1.4.1. Toplam Kalite Yönetiminin Amacı	8
1.4.2. Toplam Kalite Yönetiminin Temel Özellikleri	9
1.4.2.1. Müşteri Odaklılık.....	9
1.4.2.2. Tedarikçilerle İşbirliği.....	11
1.4.2.3. Çalışanların Geliştirilmesi ve Katılımcı Yönetim.....	11
1.4.2.4. Süreç Yönetimi	13
1.4.2.5. Sürekli Gelişim ve İyileştirme	14
1.4.2.6. Liderlik	14
1.4.3. Toplam Kalite Uygulamalarının Başarısızlık Nedenleri	16
1.4.4. Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Yararları.....	16
1.4.5. Kalite Araçları	18
1.4.5.1. Kalite Çemberleri.....	18
1.4.5.2. Neden- Sonuç Analizi	19
1.4.5.3. Pareto Analizi	21
1.4.5.4. Histogramlar	22
1.4.5.5. Beyin Fırtınası	23
1.4.5.6. Kaizen	24
1.4.5.7. 5S	24
1.4.5.8. Kalite Kontrol Grafikleri	25
1.4.6. İşletmelerin TKY'e Geçiş Süreci	25
1.4.6.1. Misyon, Vizyon ve Değerlerin Netleştirilmesi	26
1.4.6.2. Kritik Başarı Faktörlerinin Tanımlanması.....	26

1.4.6.3. Ölçümler ve Metriklerin Geliştirilmesi	27
1.4.6.4. Kilit Müşteri Gruplarının Belirlenmesi	27
1.4.6.5. İç ve Dış Müşteri Geri Bildirimleri.....	27
1.4.6.6. Gelişim Planlarının Hazırlanması	28
BÖLÜM 2: SAĞLIK YÖNETİMİNDE TOPLAM KALİTE	29
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	29
2.2. Sağlık Hizmetlerini Diğer Hizmetlerden Ayıran Özellikler	30
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	31
2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri	34
2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı	35
2.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti	35
2.3.4. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirmesi	37
2.3.5. Sağlık İşletmelerinde Rekabet	38
2.3.5. Özel ve Kamu Kurumlarındaki Sağlık Personeli Eğitim Durumu.....	39
2.4. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulama Aşamaları.....	40
BÖLÜM 3: İSTANBUL'DA BULUNAN ÜÇ ÖZEL HASTANEDE BİR UYGULAMA ...	42
3.1. Literatür Araştırması	42
3.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi	43
3.3. Araştırmanın Yöntemi	43
3.4. Demografik Özellikler.....	44
3.5. Güvenilirlik Analizi	47
3.6. Hipotezler ve Araştırma Bulguları	47
3.6.1. Hastane Çalışanlarının Cinsiyetleri İle Sürekli İyileştirme Arasındaki İlişki	48
3.6.2. Hastane Çalışanlarının Cinsiyetleri İle Takım Çalışması Arasındaki İlişki	48
3.6.3. Hastane Çalışanlarının Cinsiyetleri İle TKY Kapsamlı Eğitimler Arasındaki İlişki	49
3.6.4. Hastane Çalışanlarının Cinsiyetleri İle Müşteri Odaklılık Arasındaki İlişki	50
3.6.5. Hastane Çalışanlarının Cinsiyetleri İle Üst Yönetim Katılımı Arasındaki İlişki.....	50
3.6.6. Hastane Çalışanlarının Yaşları İle Sürekli İyileştirme Arasındaki İlişki	51
3.6.7. Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları İle Sürekli İyileştirme Arasındaki İlişki	52
3.6.8. Hastane Çalışanlarının Departmanları İle Sürekli İyileştirme Arasındaki İlişki	53
3.6.9. Hastane Çalışanlarının Tecrübeleri İle Sürekli İyileştirme Arasındaki İlişki.....	54
3.6.10. Hastanelerin Farklı Olması İle Sürekli İyileştirme Arasındaki İlişki.....	55
3.6.11. Hastane Çalışanlarının Yaşları İle Takım Çalışması Arasındaki İlişki	55
3.6.12. Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları İle Takım Çalışması Arasındaki İlişki.....	56
3.6.13. Hastane Çalışanlarının Departmanları İle Takım Çalışması Arasındaki İlişki	57
3.6.14. Hastane Çalışanlarının Tecrübeleri İle Takım Çalışması Arasındaki İlişki	58

3.6.15. Hastanelerin Farklı Olması İle Takım Çalışması Arasındaki İlişki	59
3.6.16. Hastane Çalışanlarının Yaşları İle TKY Kapsamlı Eğitimler Arasındaki İlişki	59
3.6.17. Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları İle TKY Eğitimleri Arasındaki İlişki	60
3.6.18. Hastane Çalışanlarının Departmanları İle TKY Kapsamlı Eğitimler Arasındaki İlişki	62
3.6.19. Hastane Çalışanlarının Tecrübeleri İle TKY Kapsamlı Eğitimler Arasındaki İlişki ...	63
3.6.20. Hastanelerin Farklı Olması İle TKY Kapsamlı Eğitimleri Arasındaki İlişki	64
3.6.21. Hastane Çalışanlarının Yaşları İle Üst Yönetim Katılımı Arasındaki İlişki	65
3.6.22. Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumu İle Üst Yönetim Katılımı Arasındaki İlişki ..	66
3.6.23. Hastane Çalışanlarının Departmanları İle Üst Yönetim Katılımı Arasındaki İlişki	67
3.6.24. Hastane Çalışanlarının Tecrübeleri İle Üst Yönetim Katılımı Arasındaki İlişki	68
3.6.25. Hastanelerin Farklı Olması Durumu İle Üst Yönetim Katılımı Arasındaki İlişki	69
3.6.26. Hastane Çalışanlarının Yaşları İle Müşteri Odaklılık Arasındaki İlişki.....	69
3.6.27. Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumu İle Müşteri Odaklılık Arasındaki İlişki.....	70
3.6.28. Hastane Çalışanlarının Departmanları İle Müşteri Odaklılık Arasındaki İlişki	71
3.6.29. Hastane Çalışanlarının Tecrübeleri İle Müşteri Odaklılık Arasındaki İlişki	73
3.6.30. Hastanelerin Farklı Olması İle Müşteri Odaklılık Arasındaki İlişki	74
KAYNAKÇA.....	78
EKLER.....	83
ÖZGEÇMİŞ.....	87

KISALTMALAR

TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
EOQC	:Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu
ASQC	:Amerikan Kalite Kontrol Derneği
SKİ	:Sürekli Kalite İyileştirme



TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Çeşitli faaliyetler için dayanak noktası olarak TKY	7
Tablo 2: Geleneksel ve Toplam Kalite Yönetimini Benimsemiş Örgütlerin Özellikleri	15
Tablo 3: Çetele Diyagramı	22
Tablo 4: Hizmetin Tarihsel Tanımları	29
Tablo 5: Sağlıkta Kalite Boyutlarına Ait Modeller	31
Tablo 6: Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı Tablosu	44
Tablo 7: Katılımcıların Yaşlarının Dağılımı Tablosu	45
Tablo 8: Katılımcıların Eğitim Durumu Dağılımı Tablosu.....	45
Tablo 9: Katılımcıların Tecrübe Durumu Dağılımı Tablosu.....	45
Tablo 10: Katılımcıların Departman Dağılımı Tablosu	46
Tablo 11: Katılımcıların Çalıştıkları Hastanelere Göre Dağılım Tablosu	46
Tablo 12: Güvenilirlik Analizi	47
Tablo 13: Cinsiyet ve Sürekli İyileştirme İlişkisi	48
Tablo 14: Cinsiyet ve Takım Çalışması İlişkisi.....	48
Tablo 15: Cinsiyet ve TKY Eğitimleri İlişkisi	49
Tablo 16: Cinsiyet ve TKY Eğitimlerinin Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 17: Cinsiyet ve Müşteri Odaklılık İlişkisi	50
Tablo 18: Cinsiyet ve Üst Yönetim Katılımı İlişkisi	51
Tablo 19: Yaş ve Sürekli İyileştirme İlişkisi.....	51
Tablo 20: Yaş ve Sürekli İyileştirme İlişkisi Tukey Testi	52
Tablo 21: Eğitim Durumu ve Sürekli İyileştirme İlişkisi.....	52
Tablo 22: Eğitim Durumu ve Sürekli İyileştirme İlişkisi Tukey Testi	53
Tablo 23: Departmanlar ve Sürekli İyileştirme İlişkisi.....	54
Tablo 24: Tecrübe ve Sürekli İyileştirme İlişkisi	54
Tablo 25: Farklı Hastaneler ve Sürekli İyileştirme İlişkisi	55
Tablo 26: Yaş ve Takım Çalışması İlişkisi	55
Tablo 27: Eğitim Durumu ve Takım Çalışması İlişkisi	56
Tablo 28: Eğitim Durumu ve Takım Çalışması İlişkisi Tukey Testi.....	57
Tablo 29: Departmanlar ve Takım Çalışması İlişkisi	58
Tablo 30: Tecrübe ve Takım Çalışması İlişkisi.....	58
Tablo 31: Hastanelerin Farklı Olması ve Takım Çalışması İlişkisi.....	59

Tablo 32: Hastane Çalışanlarının Yaşları ve TKY Eğitimleri İlişkisi	60
Tablo 33: Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları ve TKY Eğitimleri İlişkisi	60
Tablo 34: Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları ve TKY Eğitimleri İlişkisi Games Howel Testi	61
Tablo 35: Hastane Çalışanlarının Departmanları ve TKY Eğitimleri İlişkisi	62
Tablo 36: Hastane Çalışanlarının Departmanları ve TKY Eğitimleri İlişkisi Games Howel Testi	63
Tablo 37: Hastane Çalışanlarının Departmanları ve TKY Eğitimleri İlişkisi	64
Tablo 38: Hastanelerin Farklı Olması ve TKY Eğitimleri İlişkisi	64
Tablo 39: Hastanelerin Çalışanlarının Yaşları ve Üst Yönetim Katılımı İlişkisi	65
Tablo 40: Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları ve Üst Yönetim Katılımı İlişkisi .	66
Tablo 41: Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları ve Üst Yönetim Katılımı İlişkisi Tukey Testi.....	67
Tablo 42: Hastane Çalışanlarının Departmanları ve Üst Yönetim Katılımı İlişkisi	68
Tablo 43: Hastane Çalışanlarının Tecrübeleri ve Üst Yönetim Katılımı İlişkisi	68
Tablo 44: Hastanelerin Farklı Olması Durumu ve Üst Yönetim Katılımı İlişkisi.....	69
Tablo 45: Hastanelerin Çalışanlarının Yaşları ve Müşteri Odaklılık İlişkisi	70
Tablo 46: Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları ve Müşteri Odaklılık İlişkisi	70
Tablo 47: Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları ve Müşteri Odaklılık İlişkisi Tukey Testi	71
Tablo 48: Hastane Çalışanlarının Departmanları ve Müşteri Odaklılık İlişkisi	72
Tablo 49: Hastane Çalışanlarının Departmanları ve Müşteri Odaklılık İlişkisi Tukey Testi	73
Tablo 50: Hastane Çalışanlarının Tecrübeleri ve Müşteri Odaklılık İlişkisi.....	74
Tablo 51: Hastanelerin Farklı Olması Durumu ve Müşteri Odaklılık İlişkisi.....	74
Tablo 52: Hastanelerin Farklı Olması Durumu ve Müşteri Odaklılık İlişkisi Tukey Testi	75

ŞEKİL LİSTESİ

	Sayfa No
Şekil 1: Sebep Sonuç Diyagramı.....	20
Şekil 2: Bir Ürüne Ait Hata Frekansını Gösteren Histogram	23
Şekil 3: Kontrol Grafiği	25
Şekil 4: Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Belirleyicileri.....	34
Şekil 5: Sağlık Kurumu Tercih Yapılanması	36
Şekil 6: Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli.....	39



Tezin Başlığı: Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ile Sağlık Çalışanlarının Demografik Özellikleri Arasındaki İlişkisi Üzerine Bir Araştırma	
Projenin Yazarı: Nurcan KÜÇÜKALBAY Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ali ÖZCAN	
Kabul Tarihi: 11 Haziran 2019	Sayfa Sayısı: ix (ön kısım) + 82 (tez) + 5 (Ek)
Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi	Bilim Dalı: Sağlık Yönetimi
<p>Bu çalışmada, birinci bölümde kalite ve toplam kalite kavramları incelenmiştir. Kalite toplam kalite kavramlarının tanımları yapılmış, özellikleri açıklanmıştır. İkinci bölümde, sağlık sektörü ve kalite arasındaki ilişki araştırılmıştır. Ülkemizde ve dünyada sağlık sektöründe yapılan faaliyetler, sağlık sektöründeki yapılanma, sağlık sektörünün kaliteye bakış açısı, sağlık sektöründe müşteri ve hasta kavramları, müşteri ve hasta beklentileri araştırılmıştır.</p> <p>Üçüncü bölümde ise sağlık sektörü çalışanlarının toplam kalite yönetimine bakış açıları ve demografik özelliklerinin toplam kalite yönetimi üzerinde etkili olup olmadığı araştırılmıştır. Bu araştırma çalışması, ülkemizde ve dünyada her geçen gün artan kaliteye olan ihtiyacın bir yansımasıdır. Kalite herkes için ve her zaman kullanılacak bir araçtır ve sağlık sektörü insan hayatı ile ilgili olduğu için kalitenin önemi en az üretim yapan işletmelerde olduğu kadar önemlidir. Bu amaçla yapılan bu çalışma, ülkemizde ve dünyada konu ile ilgili yapılan araştırmaları derleyerek, kurumlarında toplam kalite yönetimi sistemi kurmak, ilkelerini hastanelerinde uygulamak isteyen kişilere ve araştırmacılara katkı sağlayacaktır. Araştırma çalışmasında, İstanbul'da faaliyet gösteren üç özel hastanenin tüm departmanlardaki sağlık çalışanlarına anket formları dağıtılarak sonuçlar SPPS programında veri analizi yapılmıştır. Sonuç olarak; hastane yönetimleri kalite çalışmalarına aktif katılarak çalışanlarına liderlik yapmalı ve teşvik ederek cesaretlendirmelidir. Yöneticiler, çalışanları ödüllendirmeli ve gereken uygun alt yapıyı kurmalıdır. Bu şekilde sağlık hizmetini sunanların memnuniyeti, hizmet alıcılarına da yansıtacaktır.</p>	
Anahtar Kelimeler: Kalite, Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Sektörü	

Title of the Thesis: A Research on the Relationship Between Total Quality Management in Health Services and Demographic Characteristics of Healthcare Professionals

Author: Nurcan KÜÇÜKALBAY

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Ali ÖZCAN

Date: 11 June 2019

Nu. of pages: ix (pre text) + 82 (main body)+ 5 (App.)

Department: Health Management

Subfield: Health Management

In this study, quality and total quality concepts are examined in the first chapter. Quality and total quality concepts have been defined and their features have been explained. In the second part, the relationship between health sector and quality is investigated. The activities carried out in the health sector in our country and in the world, the structuring in the health sector, the health sector's perspective on quality, the concepts of customer and patient in the health sector, the expectations of customers and patients were investigated.

In the third part, the perspectives of health sector employees on total quality management and whether demographic characteristics have an effect on total quality management were investigated. This research study is a reflection of the increasing need for quality in our country and in the world. Quality is a tool that will always be used for everyone and because the health sector is related to human life, the importance of quality is just as important as the production companies. For this purpose, this study will contribute to the individuals and researchers who want to establish the total quality management system in their institutions and apply the principles in their hospitals by compiling the researches conducted in our country and in the world. In the research study, questionnaires were distributed to health workers in all departments of three private hospitals operating in Istanbul and the results were analyzed in SPSS program. As a result; hospital administrations should actively participate in quality studies and lead and encourage their employees. Managers should reward employees and establish the appropriate infrastructure. In this way, the satisfaction of health service providers will be reflected to the service recipients.

Keywords: Quality, Total Quality Management, Health Sector

GİRİŞ

Sağlık kurumları, son derece büyük öneme sahip olan fonksiyonel ve yönetsel birçok parametreyi barındırır. Bu parametreler sağlık hizmetlerinin verilmesinden doğan hizmet/ürün sunumları farklılıkları ile bir araya geldiğinde de karmaşık bir denklem meydana gelmektedir. Sağlık kurumları ve işletmeleri, globalleşme ile acımasız rekabet çevresinde, yönetim sistemlerini ve uyumunu, faaliyetlerinin bir ana unsuru haline getirmektedir. Globalleşme dünya çapında önemli değişikliklere yol açar ve sağlık kurum ve kuruluşları, hayat kalitesindeki algının artmasıyla bu yapının en önemli unsurlarından biri olmuşturlar. Sağlık hizmetlerindeki kalite sistemlerinin ana hedeflerinden birisi hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını önleyerek çalışanların ve hastaların güvenliğini sağlamaktır. Sağlık kurumları ve işletmeleri yönetim yapısında kurumların kültürleri, kalite ve hastaların güvenlikleri üçlüsü birlikte sistemi tamamlayan elemanlardır. Süreçlerin hasta merkezli biçimde iyileştirilmesi için, içinde buldukları kurumun kültürleri, örgüt yapıları ve yönetim anlayışlarının da hasta merkezli biçimde inşa edilmesi gerekmektedir. Bundan dolayı kalite yönetim sistemlerinin sağlık kuruluşlarında hasta merkezli olması ve insan hatalarını önleyecek biçimde oluşturulması önemli hale gelmiştir (Coşkun, 2017: 411).

TKY uygulamalarından beklenen başarının sağlanabilmesi için, hastanelerin sadece çalışan ve malzeme merkezli iyileştirme çalışmaları yapmaları yeterli olmamaktadır. Hastanelerde görevli olan ve değer yaratan her çalışana TKY konularında eğitim verilmesi ve kendilerinden beklenen sorumlulukları yerine getirmeleri, hastanenin genel hizmet kalitesinin geliştirilmesini ve hasta memnuniyetinin temini bakımından stratejik önem arz etmektedir (Zerenler, 2007: 513).

Sağlık hizmetlerinin esas amacı, bireylerin ihtiyaç duyduğu farklı sağlık hizmetlerini, hastaların talep ettiği kalitede, talep ettiği zamanda ve olabildiğince düşük maliyetle vermektir. Bununla beraber, hızla gelişen teknoloji, maliyetlerin artması, hastaların şikâyetlerinin artması ve artan bakım talepleri ile sağlık hizmetleri daha karmaşık hale gelmiştir. Ülkemizdeki sağlık hizmetlerindeki kurum sayılarının arttığı gözlemlense de, nüfusun artışına göre yine de yeterli olmadığı bir gerçektir. Bireylerin gelir seviyesinin artması ile hastaların daha iyi hizmet beklemesi derecesi de artmaktadır. Sağlık kurumlarının sayıca az olması, hastanelerde çalışan tüm alanlardaki sağlık personelinin

sayılarının azlığı, malzeme ve ekipman ihtiyacını karşılamadaki yetersizlik bu sektörde düzeltici önlemlerin alınmasını ve hizmet kalitesinin artırılmasını zorunlu hale getirmektedir (Papatya, 2012: 91).

Bugünlerde sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli, verimli hizmet servisi için hastaların memnuniyeti, hastaların güvenliği gibi konularla beraber kalite konusu da ön plana çıkmaktadır. Hastaların beklenti ve bilgi seviyelerinin artması sonucu olarak kalite merkezli yönetim bakış açıları son derece önem kazanmaktadır (Doğan, 2017: 832).

Bu çalışmada, birinci bölümde kalite ve toplam kalite kavramları incelenmiştir. Kalite toplam kalite kavramlarının tanımları yapılmış, özellikleri açıklanmıştır. İkinci bölümde, sağlık sektörü ve kalite arasındaki ilişki araştırılmıştır. Ülkemizde ve dünyada sağlık sektöründe yapılan faaliyetler, sağlık sektöründeki yapılanma, sağlık sektörünün kaliteye bakış açısı, sağlık sektöründe müşteri ve hasta kavramları, müşteri ve hasta beklentilerinin neler olduğu araştırılmıştır.

Üçüncü bölümde ise sağlık sektörü çalışanlarının toplam kalite yönetimine bakış açıları ve demografik özelliklerinin toplam kalite yönetimi üzerinde etkili olup olmadığı araştırılmıştır. Bu araştırma çalışması, ülkemizde ve dünyada her geçen gün artan kaliteye olan ihtiyacın bir yansımasıdır. Kalite herkes için ve her zaman kullanılacak bir araçtır ve sağlık sektörü insan hayatı ile ilgili olduğu için kalitenin önemi en az üretim yapan işletmelerde olduğu kadar önemlidir. Bu amaçla yapılan bu çalışma, ülkemizde ve dünyada konu ile ilgili yapılan araştırmaları derleyerek, kurumlarında toplam kalite yönetimi sistemi kurmak, ilkelerini hastanelerinde uygulamak isteyen kişilere ve araştırmacılara katkı sağlayacaktır. Araştırma çalışmasında, İstanbul'da faaliyet gösteren üç özel hastanenin tüm departmanlardaki sağlık çalışanlarına anket formları dağıtılarak sonuçlar SPSS programında veri analizi yapılmıştır. Sonuç olarak; hastane yönetimleri kalite çalışmalarına aktif katılarak çalışanlarına liderlik yapmalı ve teşvik ederek cesaretlendirmelidir. Yöneticiler, çalışanları ödüllendirmeli ve gereken uygun alt yapıyı kurmalıdır. Bu şekilde sağlık hizmetini sunanların memnuniyeti, hizmet alıcılarına da yansıtacaktır.

BÖLÜM 1: KALİTE

1.1. Kalite Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Kalite, mal ya da hizmet alan müşteri ya da kullanıcıların ürün hakkında bir değerlendirmesi olup, beklenti ve ihtiyaçların karşılanabilme ölçüsüdür. Günümüz rekabet ortamı değerlendirildiğinde, müşteri beklentilerini tahmin edemeyen, beklenti yaratamayan, ihtiyaçların farkına varamayan ve kaliteden taviz veren kurumların hayatta kalabilmesi imkânsızdır.

Endüstri devriminin gerçekleşmesi ile emek yoğun zanaatkâr üretim yerini daha hızlı, kolay ve ucuza üretim yapabilen makinalara bırakmıştır. Taylorizm ile seri ve kitlesel üretim imkânları yakalanabilmiştir. Taylorizm ile planlama ve yürütme konuları birbirinden ayrılmış, iş bölümü ve uzmanlaşma kavramları ortaya çıkmıştır. Üretim miktarında artmaya neden olan bu yöntemler ne yazık ki kalitenin de gelişmesine aynı oranda etki edememiştir.

1924 yılında bir matematikçi olan Walter Shewhart, kitle üretim ortamında, kalitenin ekonomik olarak kontrolü için, bir metot olarak istatistiksel kalite kontrol kavramını gündeme getirmiştir. Kalitenin öncüleri olan Deming ve Juran'ın Shewart'ın görüş ve yöntemlerinden etkilendikleri, Shewart'ın yöntemlerini takip ederek, istatistiksel süreç kontrol ve istatistiksel kalite kontrol yöntemlerini geliştirdikleri bilinmektedir.

1946 yılında Edwards Deming Japonya'da sanayicilere ve yetkililere çeşitli konferanslar vermeye başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası ekonomisi ve sanayisi tükenme noktasına gelmiş Japonya için kalite araçları geliştirmiş ve Japonya sanayisinin bugünlere gelebilmesinin temelini atmıştır.

1960'lı yıllarda Japon bilim adamı Ishikawa sürekli iyileştirmelerde kullanılan kalite kontrol çemberleri çalışmaları ile işçilerin eğitimleri için çeşitli programlar başlatmıştır. Kök neden analizi olarak da bilinen balık kılıcı yöntemi bulan kişidir.

1979 yılında yayımlanan ve çok satan "Kalite Ücretsizdir" kitabını yazan Crosby, füze üretiminde sıfır hata programını başlatarak, yönetimin tam katılımı ile toplam maliyetleri düşürebilmek için sıfır hatayı bir araç olarak kullanmıştır. Crosby kaliteyi

mükemmellik olarak değil, ihtiyaca uygunluk olarak nitelemiş, herkesin kendi işindeki hatayı tespit etmesi ile denetimci, gözlemci, değerlendirmeci gibi sıfatların ortadan kalkabileceğini öne sürmüştür (Çiçek, 1997: 46).

Kalite işletmelerde sadece kalite departmanının ve kalite uzmanlarının sorumluluk alanına sıkışıp kalırsa ve işletmenin tamamına yayılamazsa, arzu edilen kalitenin yakalanması güçtür. Çünkü kalitenin sorumlusu tüm çalışanlardır ve sonuçlarından herkes etkilenir. Günümüzde bu bakış açısı ile yönetilen işletmeler, kaliteye toplam kalite misyonunu yükleyebilmekte ve çalışanlarının daha motive edilmiş, müşterilerinin daha memnun edilmiş olduğunu, azalan hata sayılarını ve artan karlılık oranlarını rahatlıkla gözlemleyebilmektedirler.

1.2. Kalitenin Boyutları

İnsan ihtiyaçlarının en münasip şekilde karşılanması gündeme geldiğinde akla gelen ilk soru, bu uygunluğun ölçütlerinin neler olması gerektiğidir. Standartlarla sınırları çizilebilen kalite, geliştirildiği ürünlerin belirli niceliksel gereksinimleri tam olarak karşılanmasını içeren ve ölçülebilen özellikleri barındırırken, genel ifade ile kalite, ölçülebilir özelliklerden ziyade, farklı boyutlarda algılanan soyut bir kavram olarak tariflenebilmektedir. Garvin'e göre kalitenin tüketiciler tarafından algılanan sekiz boyutu vardır (Karakuş, 2003: 8):

- Performans
- Özellikler
- Güvenilirlik
- Uygunluk
- Dayanıklılık
- Satış Sonrası Hizmetler
- Estetik
- Algılanan Kalite

1.3. Kalite Yönetim Sistemlerinin Öğeleri

Bir işletmeyi başarılı bir şekilde yönetmek, süreçlerini kontrol altında tutmakla mümkün olur. Süreçleri oturmamış, değişime ayak uyduramayan, teknolojiyi takip edemeyen, uygulamalarda standartlaşamayan, müşteriye merkezine yerleştiremeyen işletmeler maalesef yok olmaya mahkûmdurlar. Kullanılan ekipmanın verimli kullanılabilmesi, doğru malzemelerin doğru zamanda tedarik edilmesi, çalışanların gerekli prosedür, talimat ve yönergelerine ulaşabilmesi, aynı her uygulama için aynı faaliyetlerin yapılabilmesi ve yukarıdaki birçok faaliyet ancak ve ancak kalite yönetim sistemleri ve araçları ile mümkün olabilmektedir. Kayıp zaman veya malzemelerin önüne geçebilmek, zaman ve diğer kaynakların maksimum verimde kullanılmasını sağlayabilmek, pazarda etkili rekabet sağlayabilmek, maliyetleri kontrol altında tutabilmek, müşteri ihtiyaçlarının ve beklentilerinin araştırılmasını ve bu ihtiyaç ve beklentilerin karşılanmasını sağlayabilmek, müşteri şikâyetlerini minimuma indirmek var olan şikâyetleri yönetebilmek, hataları azaltmak, karlılığı arttırmak kalite yönetim sistemlerinin amaçları arasında sayılabilir. Kalite yönetim sistemleri aşağıdaki öğelerden oluşmaktadır:

- Kalite politikası
- Kalite hedefleri
- Kalite el kitabı
- Organizasyonel yapı ve sorumluluklar
- Müşterileri anlama ve memnuniyetlerini sağlama
- Süreçlerin sürekli iyileştirilmesi
- Çalışanların teknik ve kalite eğitimlerinin sağlanması
- Kalite araçlarının ve tekniklerinin kullanılması
- Dokümantasyon yönetimi
- Standartlaşma
- Kalite kontrol

1.4. Toplam Kalite Yönetimi

1930'lu yıllarda Amerika'da, Bell Telephone işletmesinde istatistik uzmanı olarak çalışan Walter A. Shewhart, toplam kalite yönetimi konusundaki ilk çalışmaların istatistiksel kalite kontrol faaliyetlerini geliştirmesi ile başlattığı söylenebilir. Üretime istatistiksel kontrol yöntemlerini uygulayan ilk kişilerden birisi Shewhart'tır. Deming, günümüzde birçok bilim insanı tarafından toplam kalite yönetiminin kurucusu şeklinde kabul edilmektedir. Armond V. Feigenbaum, 1950'li yıllarda toplam kalite kontrolü alanında önemli faaliyetler gerçekleştiren Amerikalı diğer önemli yönetim uzmanıdır. Deming'in hala yönetim felsefesi olarak kabul edilen 14 ilkesi aşağıdaki gibidir (Aktan, 2012: 236):

- Amaçta tutarlı olun
- Yeni yöntemlere/fikirlerle uyum sağlayın
- Düşük maliyetli sözleşmelerden kaçınmın
- Her süreci güçlendirin
- İş başında eğitimi geliştirin
- Korkularınızı yok edin
- Engelleri kaldırın
- Tutarsız hedefleri yok edin
- Keyfi sayısal hedefleri kaldırın
- İşçilikte gururlanmaya izin verin
- Eğitime önem verin, teşvik edin
- Faaliyetlere üst yönetim destek versin
- Kitlese kalite kontrolden uzak durun
- Liderliği benimseyin ve kurumsallaştırın

Kalite işletmelerde ne sadece kalite uzmanlarının tekelindedir ne de sadece departmanının sorumluluğundadır. Kalite, tedarikçiden alınan ürünleri, tedarikçi ilişkilerini, ar-ge departmanındaki araştırmacıdan tasarım departmanındaki tasarımcıya ve ambalaj yapan teknisyenden ürünün naklini sağlayan şoföre kadar herkesi kapsar. Toplam kalite yönetimindeki "toplam" kelimesinin anlamı da tam da budur. Kaliteye dokunan, ürüne veya hizmete temas eden, hizmete dokunan herkes iletmenin ya iç ya da

dış müşterisidir. Kalitenin de şartları arasında olmazsa olmazı müşteri ve onun memnuniyetidir. O halde toplam kalite yönetimi kapsayıcıdır ve oldukça kapsamlıdır.

Kaliteyi arttırarak rekabet gücünün geliştirilmesi, modern yönetim şekli Toplam Kalite Yönetimi (TKY)'dir. Doğru zamanda ve doğru biçimdeki üretim veya hizmeti, ilk seferde doğru yapmayı ve bunu her seferinde tekrarlamayı hedefleyen Toplam Kalite Yönetim Sistemi; organizasyonun bir bütün olarak etkinliğini sağlamayı, çevikliğe erişmesini ve rekabette güçlü olmayı amaçlayan bir yönetim aracıdır (Gökmen, 2001: 8).

Tablo 1'de görüleceği üzere toplam kalite yönetimi tüm çalışanların katılımını sağlayan ve diğer birçok faaliyet için bir dayanak noktası oluşturmaktadır.

Tablo 1
Çeşitli Faaliyetler İçin Dayanak Noktası Olarak TKY

	Faaliyetler
1	Üst yönetim ve tüm çalışanların katılımı ve taahhüdü
2	Müşteri gereksinimlerinin karşılanması
3	İyileşme süreci sürelerinde azalma
4	Ürün ve hizmet maliyetlerinde azalma
5	Değişimi teşvik edecek çerçeveler
6	Çalışan destekleme ve güçlendirme
7	Ölçülen hedeflerin test edilmesi ve kıyaslama
8	Prosedürler ve iyileştirme planları üzerinde yoğunlaşma

Kaynak: Kumar V., Singh J., Kumar D., Antil M, (2016), "Total Quality Management" , National Journal of Advanced Research, Volume 2; Issue 3; May 2016; Sayfa: 05-08

Toplam kalite yönetimi, sadece çalışanları değil yöneticileri de kapsamaktadır. Sistemin kurulması, süreçlerin tasarlanması bir yönetim işidir ve bir işletme ne kadar iyi yönetiliyorsa süreçleri o kadar iyi tasarlanmıştır demek yanlış olmayacaktır. Öyle ki, insanoğlu hata yapmaya meyillidir fakat tüm şartlar, koşullar belirli ise sınırlarının

dışına çıkmayan çalışanların hata sayısı da azalacaktır. Elbette bu makine ve ekipman için de geçerlidir. Sürekli ve periyodik bakımlarını yapan bir tezgâh ustası o tezgâhın ileride büyük bir hata vermesini, hattın duruşlarını önlemiş olacaktır. Böylelikle sadece tezgâhtan veya o tezgâhın ürünlerinden sorumlu gibi görünen bir çalışan dahi tüm sistemin doğru çalışmasını veya yanlış çalışmasını etkileyecektir. Doğru zamanda doğru ürün tezgâhtan çıkmadığı takdirde sürecin diğer müşterileri de üretimlerinde geri kalabilecektir. Bu da toplam kalite yönetiminin herkesi her an kapsadığının açık bir delilidir.

1.4.1. Toplam Kalite Yönetiminin Amacı

Toplam kalite yönetiminin esas amacı, kuruluşlara devamlı gelişmeyi öngören bir çevre sağlamaktır. TKY insan merkezli ve müşteri tatminini amaçlayan bir yönetim düşüncesi ve felsefesi olarak çalışanların salt işyerlerindeki çalışmalarını değil evlerinde, özel yaşamlarında ve tüm sosyal ilişkilerini içeren geniş bir etkileme alanına sahiptir. Bu geniş alanda faaliyetlere ilişkin geniş bir mantıksal düşünme şekli oluşturmak, kaliteyi iyileştirmek için çalışanlarda güdüleme sağlamak ve rekabeti öngören bir şirket kültürü oluşturmak amaçlarıyla faaliyette bulunur. Dolayısıyla klasik kalite yönetimi amaçları, belli bir standardı oluşturmak, bu standarda göre üretim yapmak ve bu süreçlerin denetlenmesini sağlamaktır. Ancak hizmetin ve hizmet kalitesinin soyut, değişken, tanımlanması ve ölçülmesi zor kavramlar olduğu bilmeli, standart bir hizmeti oluşturmanın ve bu standarda göre hizmet üretmenin oldukça zor olduğunun farkına varılmalıdır. Toplam kalite yönetimi, hizmetlere müşterinin katılımını, iki yönlü etkileşimi, dayanışmayı, müşterilerle beraber hizmet sunmayı, birtakım konularda onlara yetki vermeyi, hizmetin kalitesinin bizzat hizmetlerden yararlanan kişiler tarafından denetlenmesini sağlayarak, yukarıdaki olumsuzlukların önüne geçebilmektedir (Aykaç, 2006: 181).

Toplam kalite yönetimi bir çatıdır ve bu çatının altında süreçlerin içerisindeki tüm faaliyetler, bu faaliyetleri gerçekleştiren çalışanlar, çalışanların kullandığı araç gereçler, tedarikçiler, müşteriler ve rakipler vardır. Örneğin zamanı iyi yönetemeyen bir işletme doğru zamanda doğru adette üretim yapamayacaktır. Planlama eksikliği satışlarda da etkisini gösterecektir. İşletmenin satışları müşterilere verilen taahhütler ve bu

taahhütlerin gerçekleşmesi ile doğrudan etkilenecektir. Ne kadar sürede ne üretebileceğini bilmeyen bir işletmenin satış uzmanları, müşterilerine zamanlama konusunda yeterli ve doğru bilgiyi veremeyeceklerdir. Pazarda seçenek sayısının artması ile daha net bilgi paylaşan üreticiler veya hizmet sağlayıcıları müşterilere daha çok güven vereceklerdir. Müşteriler ise kendinden emin ve güven veren işletmeleri tercih edeceklerdir.

Toplam kalite yönetiminin asıl amacı, güvenli, mutlu, huzurlu, kazasız, hatasız, kaliteli, minimum maliyetli, müşteri memnuniyeti sağlanmış, doğru zamanda doğru özelliklerde mal veya hizmet üretebilmektir.

1.4.2. Toplam Kalite Yönetiminin Temel Özellikleri

1.4.2.1. Müşteri Odaklılık

TKY'nin birincil odağı müşteri ve müşteri tatminidir. İşletmeler hedefe pazarı ve kitleyi iyi araştırmalı, iyi tanımlamalıdır. Ürünlerini geliştirmek isteyen işletmeler, müşteri beklentilerini iyi anlayabilmelidir. TKY müşterileri, işletmenin çalışmalarının etrafında döndüğü ana eksen olarak kabul etmektedir. Bundan dolayı, iç ve dış olmak üzere tüm müşterilerin odak noktasına alınması ve memnuniyetlerinin sağlanması esasına dayanmaktadır. Müşteri odaklılık, müşterilerin değişen ve gelişen isteklerine cevap verirken üst yönetim dâhil tüm çalışanları kapsar. Dolayısı ile müşteri merkezli olmak ne sadece satıcıları ne de iç müşteri kavramını düşünürsek ne de sadece tüm çalışanları kapsamaz, üst yönetimi de kapsar. Satıcılar açısından düşünürsek, müşterilerin ihtiyaçlarını ön plana alarak artan satış rakamları anlamına gelir. Müşterilerin şikâyetlerini dinleyip çözüm bulmak müşteri merkezli olmanın temel prensipleri arasındadır.

TKY'nin başlıca prensibi müşteri merkezli olmaktır. TKY'nde müşteri memnuniyeti, esas amaç olup, işletmenin tüm çalışanlarını müşteri ihtiyacını karşılayacak mal ve hizmetlerin tasarlanması ve sunulmasına yönlendirilmesi ile bu amaca ulaşılabilir. Bu düşüncenin altında, uzun dönemli organizasyonel başarı için en önemli elementin müşteri tatmini olduğu ve bu tatminin, tüm işletmenin müşteri ihtiyaçlarına odaklanması

ile sağlanabileceği düşüncesi yatar. Müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerine büyük öncelik verilmesi ile organizasyonel başarı sağlanabilir. Müşterilerin memnuniyeti organizasyonun asıl amacı olmalıdır. İşletmelerin mal veya hizmetleri kusursuz olsa dahi, müşterilerinin ihtiyaçlarına uygun olmadığı durumda başarısızlık kaçınılmaz olur. Bu nedenle kalite, o ürün veya hizmet ile ilgili müşterilerin verdiği kararlardır (Erertem, 2000: 34).

Müşterilerin en yaygın ve en temel beklentilerinden bazıları aşağıda özetlenmiştir:

- Müşteriler her zaman en yüksek kalitede mal veya hizmet almak isterler.
- Müşteriler hızlı, doğru, zamanında ve yüksek verimde hizmet beklerler.
- Müşteriler artan rekabet ortamında fiyat konusunda bilinçlenmiştir ve kalite maliyet konusunda fikir sahibi oldukları için, yüksek kaliteyi ucuza isterler.
- Müşteriler aldıkları ürünlerde, taahhüt edilen performanstan sıfır sapma isterler.
- Müşteriler her zaman güler yüzlü ve sabırlı personel isterler.
- Müşteriler beklemek istemezler, işlerinin kısa sürede yapılmasını, sırada beklememeyi isterler.
- Müşteriler reklam ve pazarlamadan etkilenirler fakat internet sitelerindeki gereksiz reklamları görmek istemezler.

Müşteri günümüz dünyasında artık merkezde olmaktan ziyade tüm sürecin sahibi haline gelmiştir. Artık müşteriye sadece merkeze koymak değil, üretimden hizmete her aşamada işletmenizin içinde görmek gerekmektedir. Müşterinin ne istediğini, nasıl istediğini bilmeyen işletmeler müşteri ilişkileri yönetimi yerine sürekli şikâyet yönetimi yapmakla meşgul olmaktadır.

Müşteri ilişkilerinin işletmenin içerisinde birbirleri ile temas halinde olan her çalışan arasında olduğunu unutmamak gerekir. Birbirini müşteri gibi gören çalışanlar, maksimum müşteri memnuniyetini elde etmek için, birbirlerinin beklentilerini ve ihtiyaçlarını doğru belirleyebilmeli ve karşılayabilmelidirler.

1.4.2.2. Tedarikçilerle İşbirliği

Tedarik zinciri, malzeme, bilgi, parça, ürün, finansman, zaman, insan ilişkileri, depolama, lojistik gibi faaliyetleri kapsayan ve tedarikçiler ile sürekli iletişim halinde olmayı gerektiren kapsamlı süreçlerdir.

Tüm paydaşlar gibi tedarikçiler de toplam kalite yönetiminin önemli bir parçasıdır. Tedarikçi kalitesi tüm süreçlerin kalitesini etkileyecektir. Az tedarikçi ile çalışmak, işletmelerin kalite sistemleri açısından her zaman önemlidir. Çünkü tedarikçilerin şirket yapısını, kalite anlayışını, ürünlerini ve şirket kültürünü öğrenmeleri zaman alacaktır ve her yeni tedarikçi için bunlar zaman kaybına yol açacaktır.

Günümüz iş dünyasında birçok organizasyon, rekabet avantajı sağlamak için işletmeler arasındaki ilişkilerin çok fazla önemli olduğunu anlamış ve hem tedarikçileri hem de müşterileriyle olan ilişkilerini karşılıklı çıkar ve iş birliği esasına dayalı tekrar biçimlendirmeye başlamıştır (Cengiz, 2017: 7).

Doğru zamanda doğru malzeme tedarik edilmesi ile başlayan tedarikçi kalitesi, zamanında ve iyi iletişim kurabilmeyi dahi kapsamaktadır. Unutmamak gerekir ki, her ürünün kalitesi içerisinde tedarikçilerin de kalitesinin olduğu bir gerçektir. Tedarikçi kalitesi ürüne doğrudan yansıtacaktır.

1.4.2.3. Çalışanların Geliştirilmesi ve Katılımcı Yönetim

İşletmeler benzer pazar koşulları altında yapı ve stratejilerinde benzerlikler gösterse de, sahip oldukları insan kaynağı açısından taklit etmesi mümkün olmayan yetenek ve kaynaklar barındırmaktadır. Bu sebeple stratejilerle uyumlu kariyer yönetimi kapsamında uygulanan eğitim ve geliştirme programlarının işletme çıktıları açısından öneminin büyük olduğuna inanılmaktadır. Eğitim bireyin davranışlarında olumlu değişimlerin oluşmasını sağlayan planlı etkinlikler süreci olarak tanımlanmaktadır. İşletme açısından, personelin işe alıştırma (oryantasyon) süreci ile başlayan yetenek, bilgi, becerilerini arttırmaya, geliştirmeye ve eksik yönlerinin tamamlanmasına yönelik uygulamaya konulan eğitim programlarıdır. İşletmeler insana yaptığı yatırım ölçüsünde kaliteli insan kaynağına da sahip olabilmekte, aksi takdirde, çalışanın işletmeye vereceği

zarar, eğitim maliyetlerinden daha fazla olmaktadır. İyi planlanan eğitim ve geliştirme faaliyetlerinin ise bireysel ve örgütsel çıktılar açısından olumlu katkıları bulunmaktadır (Kahraman, 2018: 54).

Çalışan katılımı, çalışanların desteklenmesi ve güçlendirilmesi kalitenin istenen seviyeye ulaşmasında önemli faktörlerdir. Tüm çalışanlar ortak hedefe ulaşmak için karar mekanizmasına dâhil edilirler. Çalışanların düzenli olarak eğitilmesi ve geliştirilmesi, kalitede istenen seviyeye ulaşmak ve bu seviyeyi koruyabilmek için son derece önemlidir.

Eğitim ve gelişim faaliyetleri her pozisyondaki çalışan ve yöneticilerin mevcut performans ve gelecekte beklenen performansları arasındaki boşluğu kapatmak için kullanılan araçlardır. İhtiyaçların belirlenmesi, ihtiyaçların karşılanması için uygun yöntemlerin ve kaynakların belirlenmesi, eğitimlerin nasıl uygulanacağını belirlemek gibi planlama faaliyetleri ile başlayan eğitim planlama süreci, eğitim değerlendirme ve bütçeleme faaliyetleri ile devam eder.

Performans belirleyicisi olan yetkinlikler eğitimler ile desteklenmedikçe hedeflenen performansa ulaşılabilmesi imkânsızdır. TKY kapsamında eğitimler yolu ile;

- Çalışanların moralleri, motivasyonları ve güven duyguları artar.
- Eğitimli çalışanlar malzemeyi daha iyi tanırlar ve daha verimli kullanarak, artık, hurda ve yeniden işleme maliyetleri azalır.
- Eğitim alan çalışanların kurumu bağlılıkları artar ve işten ayrılma oranı azalır.
- Eğitim alan çalışanlar değişime direnç göstermez, değişimi kabul eder ve kolay adapte olurlar. Değişim sürecine katılım ve kabulün artması, değişimin yönetilmesi ve sürdürülebilirliği açısından önemlidir.
- Eğitim alan çalışanların yetenekleri ve yetkinlikleri artacaktır. Dolayısı ile görev ve sorumluluklarında ve yetkilerinde artış olan çalışanın ücretinin de artması söz konusu olabilecektir.
- Kullandığı makinaların eğitimini alan çalışanlar, makinaları daha verimli ve kaliteli kullanabilecek, makine kaynaklı duruşlar veya üretim hatalarının önüne geçilebilecektir.

- Eğitim alan çalışanların kendilerine karşı da özgüvenleri artacak ve işlerini geliştirmek için çeşitli önerilerde bulunabileceklerdir.
- Eğitim alan çalışanlar iç ve dış müşteri kavramını öğrenecekler, müşteri ihtiyaç ve beklentilerini anlayacak ve karşılayabileceklerdir.
- Eğitim alan çalışanların kalite bilgisi ve bilinci artacak, her faaliyete bir sistem veya sistemin parçası olarak bakabilecekler, süreçleri geliştirmek için katkıda bulunabileceklerdir.
- Tüm bunların bir sonucu olarak, işletme cirosu artacak ve daha çok kar elde etmeye başlayan işletmede, çalışanların gördükleri itibar ve verilen değer de bir o kadar artacaktır.

1.4.2.4. Süreç Yönetimi

Süreç, girdinin çıktıya dönüştürülmesi için gereken faaliyetler ve bu faaliyetleri içeren çeşitli sistemlerden oluşmaktadır. Sistem, ortak bir amaç için bir araya gelmiş elemanlar ve bu elemanların ortak amaç için beraber çalışan elemanların oluşturduğu yapıdır.

Süreç yönetimi işletmelerin iş yapma metotlarını fonksiyonel hiyerarşi yapısına dayalı değil, süreçlerin ilerlemesine göre tasarlayan yeni bir yönetim biçimidir. Süreçler, düşey olarak organize edilmiş fonksiyonlar dâhilinde kalmayıp, yatayda fonksiyonun sınırlarını aşır, fonksiyonlar arası ilerlemeyi sağlar. Sonuçta katma değer yaratmayan faaliyetler ortadan kalkacaktır. Kaynakların daha verimli ve etkin kullanılması, maliyetlerin azalması ve kârın artması sağlanır. İşletmenin etkinliği ve verimliliği artar. Süreçlerle yönetimin en önemli amacı, müşteri ihtiyaçlarını ve dolayısıyla müşteri ihtiyaçlarını en doğru biçimde karşılamak amacıyla ile çıktılar arasındaki sürecin yarattığı ilişkinin doğru bir şekilde tanımlanmasıdır (Ertuğrul, 2016: 15).

Düşük kalite ile üretim sonucunda yüksek miktarda hurda çıkacaktır veya yeniden işleme maliyetleri artacaktır. Bunların sonucu olarak da işletmeler kaliteli mal veya hizmet üretmek için daha fazla kaynak tüketmek zorunda kalacaktır. Süreç yönetiminin en büyük amacı, kaliteyi tüm süreçlere yayarak, süreçteki değişkenlikleri minimumu indirmektir.

Süreçlerdeki değişkenliklerin azaltılmasının bir sonucu olarak ürün kalitesinin artacağı söylenebilir. Kalite problemlerinin derhal düzeltilmesi, yeniden işleme ve hurda maliyetleri gibi gereksiz maliyetlerin önüne geçebilmektedir.

1.4.2.5. Sürekli Gelişim ve İyileştirme

Sürekli gelişim, işletmelerin insan, makine, malzeme, teknoloji, yazılım alt yapısı gibi tüm kaynaklarının, doğru ve zamanında geliştirilmesi, değişen teknoloji, insan davranışları, müşteri beklentileri ve ihtiyaçları ve yeni yönetim anlayışlarına ayak uydurabilmesi anlamına gelmektedir.

İşletmelerin sürekli gelişimi tüm işletme kaynaklarını olduğu gibi insan kaynaklarını da kapsamaktadır. Bir işletmenin sürekli gelişimi hedefleniyor ise, o işletmeyi oluşturan her bireyin de geliştirilmesi gerekmektedir. İnsan kaynaklarını sürekli geliştirmeyi hedefleyen işletmeler, mevcut kaynaklarını koruyarak, çalışanlarının gelişimlerini desteklemelidirler.

Kalitede sürekli gelişim hiç bitmeyen bir süreçtir. İşletme yönetimleri kaliteyi sadece desteklememeli, tüm süreçlere dâhil olmalı ve beraber çalışmalıdır. Kalitesizlik nedenleri bulmaya ve çözmeye odaklanan yönetim, süreci sadece yönetici olarak izlememeli, çalışanlar ile bütünleşerek, kalitenin, sürekli gelişimin ve iyileşmenin herkesin sorumluluğunda olduğunu gösterebilmelidir.

Çalışanların sürekli geliştirilmeleri onları motive edeceği gibi ürün kalitesini olumlu yönde etkileyecek, hatasız ve kaliteli ürünlerin elde edilmesi ile müşteri memnuniyetini arttıracaktır.

1.4.2.6. Liderlik

Liderler herkesin katılımını sağlayarak çalışanların yapabildiklerinin en iyisini yapmalarını sağlayabilirler. Kalite yönetiminde, süreci tasarlanması, planlanması, uygulanması ve eksiklerin giderilerek sürecin devam ettirilmesi liderin sorumluluğundadır.

Hiç şüphesiz ki, liderlik belli bir konuda veya bölümde olabileceği gibi, bir işletmenin bütününe göz önüne aldığımızda şirket üst yönetimlerinin her birimin lideri, her sürecin lideri olduklarını söyleyebiliriz. Fakat kalite bilincinden uzak, kalite yönetim tekniklerini bilmeyen, çalışanlarını anlayamayan ve sürece dâhil edemeyen liderler, başarısız liderler olarak anılabilirler. İşletme yönetimi ve kalite açısından liderler, süreci idare eden değil, süreçleri planlayan, yöneten, biçimlendiren, risk analizi yapabilen, kavramsal düşünebilen, gerektiğinde kriz yönetimi yapabilen, çalışanlarını anlayabilen ve onlarla ortak amaca yönelik işbirliği yapabilen kişiler olmalıdır. Çalışanlarının ihtiyaç ve beklentilerini bilmeyen yöneticiler, iç müşterisi olan çalışanlarının memnuniyetini sağlayamayacak, işletme içerisinde huzur ve motivasyon kaybolacak, ürünlerde hata, iş gücünde kayıp veya çeşitli kazalar dahi meydana gelebilecektir. Toplam kalite yönetimi bakış açısı ile kalite sadece üretilen ürünlerde değil, sürece dâhil olan tüm unsurlarda aranmalıdır. Dolayısı ile işletme yönetimlerinin kalite bilincine sahip olmaları, TKY'nin olmazsa olmaz şartları arasındadır.

Tablo 2

Geleneksel ve Toplam Kalite Yönetimini Benimsemiş Örgütlerin Özellikleri

Geleneksel Örgütler	Modern (Toplam Kalite Yönetimi)
Standartlara Uymak	Tarafların Doyumu Ve Başarısı
Başkalarını Kontrol	Kendi Kendini Kontrol
Sistem Kaliteyi Belirler	Müşteri Kaliteyi Belirler
Öğrenenler Pasiftir	Öğrenenler Aktiftir
Sık Kontrol	Sürekli Gelişme
Maliyete Dayalı	Sonuca Dayalı
Bütçeye Göre Plan	Plana Göre Bütçe
Çalışıyorsa Değiştirme	Çalışıyorsa da <u>Değiştir</u>
Üretimden Sonra Kalite	Kalite Plan İle Başlar Ve Sürekli
Değişme Pahalıdır (Statiklik)	Değişme Karlıdır (Yenilikçilik)
Maliyet Unsuru Olarak Eğitim	Üretim Unsuru Olarak Eğitim
İç Rekabet	Dış Rekabet
Bireysel Görevler Üzerinde Odaklaşma	Takım Olarak Amaçlar Üzerinde Odaklaşma
<u>Otokratik</u> Yönetim	Katılmalı Yönetim
Başkalarının İkazı İle Çalışma	Kendiliğinden Çalışma
Bağımsız, Birbirine Katlanan Üyeler	Birbirine Bağlı, Birlikte Olmaktan Ve Çalışmaktan Hoşlanan Üyeler
Riskten Sakınma Tehditlere Meydan Okuma	Tehditlere Meydan Okuma
<u>Aciliyet</u> Duygusundan Yoksunluk	Doğal <u>Aciliyet</u> Duygusu

Kaynak: Servet Ö., “Eğitimde Verimlilik ve Toplam Kalite Yönetimi”, Eğitim Yönetimi Ders Notu, 1995

Toplam kalite yönetiminin önemli unsurlarından biri olan liderlik, yönetimin kaliteye olan desteğini ifade etmektedir. Kalite sadece operasyonel çalışanların veya kalite

uzmanlarının sorumluluğunda değildir. İyi bir yönetim, hatalara insan kaynaklı değil süreç kaynaklı bakar ve hatayı kişide değil süreçte arar. Unutmamak gerekir ki, kontrol edilemeyen süreçler yönetilemez. Kontrol edilebilmesi için de süreçlerin süreli ölçümlenmesi gerekmektedir. Tüm bu faaliyetlerin de doğru tasarlanması ve denetlenmesinden de yöneticiler sorumludur.

1.4.3. Toplam Kalite Uygulamalarının Başarısızlık Nedenleri

Toplam kalite yönetimi, yazıda kolay anlaşılacak onlarca yöntem ve kurallardan oluşsa da işletmelerde bunları uygulayabilmek ve başarılı bir toplam kalite yönetimi sistemi kurabilmek her zaman mümkün olmamaktadır. Toplam kalite yönetiminin başarısızlık nedenleri aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir (Kaya, 1997: 100):

- Üst yönetimin toplam kaliteyi tam olarak anlayamaması veya bilinçsiz şekilde desteklemesi veya hiç desteklememesi
- Yöneticilerin değişime direnç göstermesi, alışkanlıklarından vazgeçememesi
- Toplam kalite hedeflerinin açık olmaması
- Toplam kalite faaliyetlerine yeterince zaman ayrılmaması
- Kalite geliştirme gruplarının oluşturulmaması veya motivasyonunun sağlanamaması
- Uygulamaların zor, zaman alıcı olması fakat çıktılarının hemen görülmek istenilmesi
- Yeterli eğitim programlarının olmaması
- Ucuz hammadde, emek ve enerji kullanma alışkanlığı

1.4.4. Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Yararları

Toplam kalite yönetimi işletmelerde üst yönetim tarafından başlatılır. Problemleri daha doğmadan ön görebilen, mevcut problemleri hızlıca çözebilen, sürekli iyileştirmenin yapıldığı toplam kalite yönetiminde sistemi başlangıcı üst yönetim tarafından yapılmalıdır.

Toplam kalite yönetimi çalışmaları, ancak uzun süreli çalışmalar sonucunda başarıya ulaşabilir, işletmelerin pazardaki payının ve rekabet gücünün artması, çalışanların motivasyonu ve verimliliklerinin artması ile işletmelere sağlayacağı faydaları aşağıdaki şekilde özetleyebiliriz (Hatipoğlu, 2008: 10):

- Ürün kalitesindeki ilerleme
- Hurda, muayene ve şikâyet gibi kalitesizlik maliyetlerindeki azalma
- Daha iyi ürünler tasarlanması
- Birçok üretim kısıdının yok edilmesi
- Süreçlerde devamlı bir gelişme
- Üretim esnasında kalite düşüncesinin yayılması

Toplam Kalite Yönetimi ile işletmeler, çalışanları arasında karşılıklı güvene dayalı, çalışanların birbirine son derece saygılı olacağı bir çalışma ortamı yakalarlar. İşletmeler olan diğer faydaları aşağıda kısaca özetleyebiliriz:

- İşletme yönetimleri yeni fikirleri ve önerileri daha hızlı bir şekilde değerlendirip, hayata geçirebilirler.
- İşletmeler müşterilerinin ihtiyaç ve beklentilerini hızlı ve doğru bir biçimde anlayarak, bu ihtiyaç ve beklentilerin üstüne çıkabilirler.
- İşletmeler memnuniyetsiz müşteriye ve memnuniyetsizlik nedenini hızlıca belirleyebilir ve bütün müşterilerin koşulsuz memnuniyetini sağlamak için gerekli önlemleri hızlıca alabilirler.
- İşletmeler iç ve dış müşterilerine çeşitli taahhütlerde bulunurlar ve bunları eksiksiz yerine getirirler.
- İşletmeler karar alma mekanizmalarına yoğun eğitim programları ile desteklenen çalışanlarını dâhil ederler. Böylelikle çalışanlar mesleki anlamda güçlenmiş olurlar ve daha az hatalı üretim ile daha doğru zamanda ve doğru nitelikte ürün üretebilirler. Ayrıca karar alma mekanizmasına dâhil olan çalışanların moral ve motivasyonu artacak, dolayısı ile işletmeye bağlılıkları da artacaktır.
- Bilgi ve tecrübeleri artan çalışanların karar alma mekanizmasına katılması ile karar alma süresi kısıllacaktır.
- Kalite ve verimlilik ön plana çıkacak, çalışanlar sadece üretim yapma amacı ile çalışmayacak, ürünlerini de sahipleneceklerdir.

- Çalışma alanı ve ürünü ile ilgili sorumluluk sahibi çalışanlar bir şirket kültürü oluşturacaklardır.
- Üretimde veya hizmette hata, malzeme ve ekipmanda kayıp ve iş kazası gibi olumsuzlukların önüne geçilecek daha konforlu bir çalışma ortamı sağlanacaktır.

1.4.5. Kalite Araçları

1.4.5.1. Kalite Çemberleri

Toplam kalite yönetimi anlayışına göre, değişiklikler kaçınılmazdır ve her işletme çalışanı her an olabilecek bir değişime alışkın olmalıdır. Kalite kelimesi işletmede her çalışan tarafından sürekli kullanılan olağan bir kelime haline gelir. Toplam kalite yönetimi çalışanlar arası rekabeti değil işbirliğini destekler. Takım halinde çalışmayı öğrenen ve benimseyen üyeler, işletmenin yararına çeşitli gönüllü faaliyetlerde de bulunurlar. Tabii gönüllü faaliyetlerin bazıları, sonuçları işletme menfaatine oldukça olumlu katkılarda buluyor ise, yönetim tarafından ödüllendirilmeleri söz konusu olabilir. Toplam kalite yönetiminde beraber çalışmayı özendirilen, gönüllü faaliyetlerden biri de kalite çemberleridir.

Kalite çemberleri, aynı çalışma faaliyetleri içerisinde olan veya aynı birime bağlı olarak çalışan (atölye, ofis, servis, satın alma, satış, ARGE birimi gibi) sayıları 6 ila 12 kişi arasında değişen gönüllü çalışanların oluşturduğu küçük bir takımdır. Kalite çemberini oluşturan ekip üyeleri, problemlerle alakalı olarak düşünce sahibi olmaları için genellikle aynı yerde çalışmaları, benzer iş veya aynı işleri yapan kişilerden oluşması gerekir. Kalite kontrol çemberleri, bir lider tarafından yönlendirilen, düzenli ve sürekli aralıklarla toplanan, gönüllü bir iş gören grubudur. Liderin özendirme, yönlendirme ve desteğini gören bu grup işte karşılaşılmış sorunları inceler, netliğe kavuşturur, çözümler önerir ve çözüm sürecini takip eder (Ağbuğa, 2007: 43).

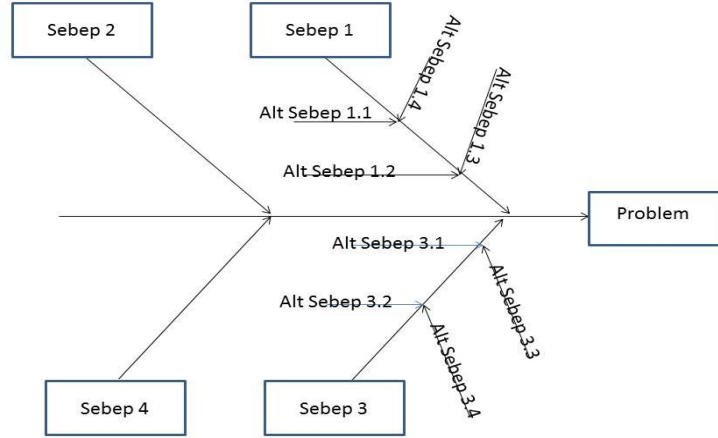
Kalite çemberleri, işleyiş açısından incelendiğinde beş aşama ile oluşuyor şeklinde düşünebiliriz (Beyazıt, 1998: 100):

İlk aşama, sorunların tespiti ve seçilmesi aşamasıdır. Kalite çemberlerinde görülecek sorunun belirlenmesinde çember üyeleri, tamamıyla serbest hareket ederler. Çember

üyeleri çözülmesini istedikleri sorunu kendileri seçmektedirler. Çember "beyin fırtınası" yöntemi, maliyet analizi, 80-20 diyagramları, balık kılıcı diyagramı gibi teknikleri kullanarak problemi belirleyebilir veya çözüme gidebilir. İkinci aşama, sorunların analizi aşamasıdır. Probleme neden olan kaynakların, problemle ilgili çözüm yöntemlerinin ve en ideal çözümünün ne olduğunun bulunması bu aşamada gerçekleşir. Üyeler probleme ilişkin sebepleri tespit ettikten ve açıkladıktan sonra kendilerine göre en önemli olanı seçerler. Esas sebep belirlendikten sonra ise sıra, nedeni ortadan kaldırmak için çözüm önerilerinin geliştirilmesi gerekir. Çözüme yönelik önerilerin geliştirilmesi olan üçüncü aşamada; esas sebebi belirleyen üyeler çeşitli çözümler ortaya atmaktadırlar. Bu çözümler çember üyeleri tarafından değerlendirilir ve sonra, tek bir çözüm üzerinde anlaşılır. Dördüncü aşama, yönetime sunma aşamasıdır. Hazırlanan rapor üst yönetimin de hazır bulunduğu bir toplantıda sunulur. Son aşama önerilerin incelenmesi ve ödüllendirilme aşamasıdır.

1.4.5.2. Neden- Sonuç Analizi

Neden-sonuç analizi, temelde yatan nedenleri anlamak için çalışma grubuna yardımcı olan bir tekniktir. Örnek olarak neden-sonuç diyagramı Şekil 1'de gösterilmektedir. Bu tekniğin uygulanması sorunun daha açık şekilde tanımlanmasını sağlayacaktır. Tekniğin bir diğer faydası da grafiksel olarak gösterilmesi ve anlaşılır olmasıdır. Bu grup üyelerinin potansiyel sebepler arasındaki ilişkiyi görmelerini sağlar. Üyelere, problemi kendilerine göre yorumlamaları için fırsat vermenin yanı sıra, beyin fırtınası ile katılımı teşvik eder ve problemin belirlenmesi, açıklığa kavuşturulması için imkân sağlar (Kazan, 2008: 170).



Şekil 1: Sebep Sonuç Diyagramı

Neden-sonuç diyagramı, olası nedenleri belirlemek için belirli bir problemin veya durumu incelemek amacı ile kullanılmaktadır. İstatistiksel yöntemlerle elde edilen sonuçlardan hareketle vakanın nedenlerine ulaşabilmekte ve elde edilen sonuçlarla bunları meydana getiren nedenler arasındaki karşılıklı ilişki görsel olarak ifade edilerek, ortaya çıkarılabilmektedir. Bu iş en basit neden-sonuç diyagramları ile yapılabilmektedir. Çizilen grafik, bir balığın iskelet sistemini andırdığı için, bu grafiğin balık kılıçığı grafiği olarak da ya da bulan kişinin adı ile de adlandırıldığı görülmektedir. Ishikawa diyagramı, belirli bir probleme sebep olan tüm unsurları ortaya çıkarmaya ve sonuca en fazla etki eden unsuru bularak iyileştirmeye odaklanan bir yöntemdir. Bu yöntem, Japon toplam kalite uzmanı Kaoru Ishikawa tarafından geliştirilerek karar verme bilimine sunulmuştur. Ishikawa diyagramı bireysel sorunlardan kurumsal boyutlara kadar herhangi bir konuda uygulanabilen, uygulaması basit, oldukça faydalı ve kapsamlı bir sorun çözme tekniğidir. Beyin fırtınası tekniği ile birleştirilerek daha etkili sonuçlar vermektedir (Atalay, 2016: 74).

Daha çok operasyonel problemlerin tanımlanması ve çözümünde kullanılan bu teknik, problemlerin ana nedenlerini bulmak amacı ile problemleri, makine, malzeme, insan, metot, yönetim, çevre unsurları gibi ana nedenlere sınıflandırarak kök nedenler üzerine yoğunlaşır. Bir uygunsuzluğun, hatanın, problemin veya istenmeyen durumun analizi esnasında kullanılan bu diyagram, analiz sürecine katılan her bireyin sorunun kaynağını oluşturan nedenin ne olduğu söylemesi ile başlar. Çalışmaya katılan çalışanlar

tarafından ana nedenler sıralanarak, alt nedenlere geçilir. Her alt neden diyagramının detaylarını biraz daha ortaya çıkartırken meydana gelen şekil balık kılıçına benzediği için bu diyagrama balık kılıçlığı diyagramı da denilmektedir.

Kök neden bulunması aşamasında fikir birliğine varmak için beyin fırtınası, Pareto analizi gibi tekniklerin kullanılması faydalı olacaktır. Sonuç ile sonuca etki edebilecek her neden ve alt nedenin yazılması, nedenlerin kendi aralarındaki ilişkiyi ortaya çıkartabileceği gibi, ana nedene katkı sağlayan nedenlerin de görselleştirilerek incelenmesi kolaylaşır. Bilimsel bir yaklaşım olması, çalışmaya katılan her çalışanın fikirlerinin değerlendirilmesi, tüm sorunlara uygulanabilmesi, işletme içerisinde iletişimi kuvvetlendirmesi gibi nedenler bu yöntemin avantajları arasındadır.

1.4.5.3. Pareto Analizi

Pareto analizi temelde verilerin sınıflandırılması ile hangi konuya öncelik verilmesi gerektiğini belirleyen bir tekniktir. İtalyan ekonomist Wilfredo Pareto tarafından bulunan ve geliştirilen yöntem, 1926 yılında yayınladığı kitabında da açıklanmıştır.

Pareto analizine göre, hataların frekans dağılımı incelendiğinde, normal dağılımda nedenlerin en önemli %20'i sonuçların %80'ini, sonraki %30'luk neden sonuçların %15'ini, geriye kalan %50'lik neden ise sonuçların sadece %5'ini etkilemektedir. Bu oranlardan çıkan bir sonuç olarak bu yöntemin literatürdeki diğer adı da 80'e 20 kuralı olarak da karşımıza çıkmaktadır.

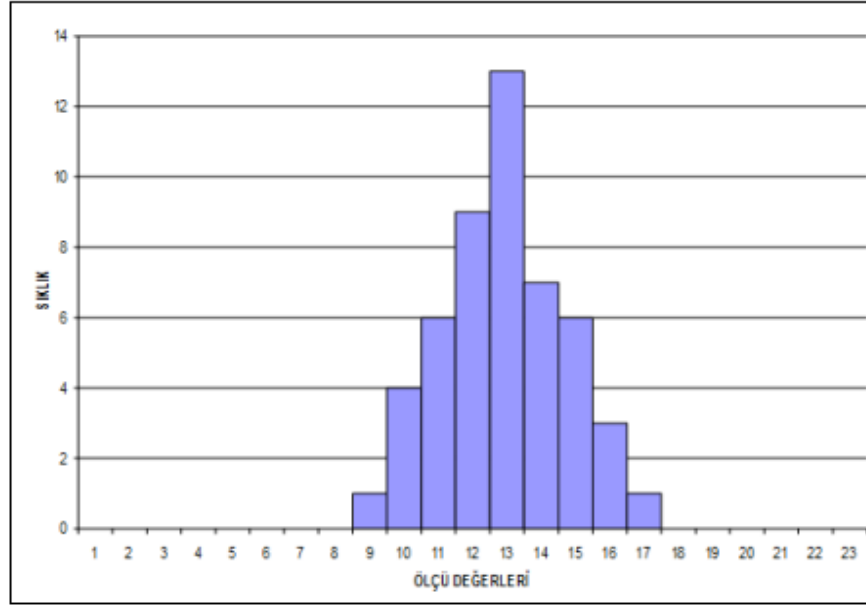
Analiz yapmak için gerekli olan frekans değerli genellikle bir çetele diyagramından yararlanılarak hesaplanır. Tablo 2'de örnek bir çetele diyagramı gösterilmektedir. Çetele diyagramları verileri anlamlı hale getiren, dağılımını görmemizi kolaylaştıran, uygulanması oldukça basit bir yöntemdir. Tablo 2'ye göre hataların çoğunluğunun 2. hata çeşidinde toplandığı görülmektedir. Bu frekans dağılımını bir histogram vasıtası ile göstererek Pareto analizi yapmak mümkün hale gelmiştir.

Tablo 3
Çetele Diyagramı

Hata Çeşidi	1. Gün Ölçümü	2. Gün Ölçümü	3. Gün Ölçümü	4. Gün Ölçümü
1. Hata Çeşidi	//	///	///	/
2. Hata Çeşidi	////////	//////////	////////	////////
3. Hata Çeşidi		/	/	/
4. Hata Çeşidi	//	/		//
5. Hata Çeşidi	//	//	/	/

1.4.5.4. Histogramlar

Histogramlar verileri görsel olarak incelenmeye ve değerlendirilmeye imkân veren grafiksel araçlardır. Histogram belirli bir zaman diliminde alınan ölçüm sonuçlarının sınıflandırılması ile değerlendirilmesi sürecinde kullanılırlar. Başka bir ifade ile tespit edilen örnek ortalamalarını ve değerlerinin nasıl bir dağılım gösterdiğini Histogramlar aracılığı ile açıklanabilir. Histogramlarda da, yatay ekseninde genelde ölçülen değerler tek tek ya da gruplar halinde, dikey ekseninde ise her sınıfın sıklıkları yer alır. Bir ürüne ait histogram elde edildikten sonra bu değerler, önceden müşteri istek ve ihtiyaçlarının da belirlenmesi ile belirlenen kabul aralıkları ile karşılaştırılıp ilgili değerlendirmeler yapılır. Böylece istenen özelliklerin olup olmadığı anlaşılır. Bir ürüne ait hata sıklığını gösteren histogram örneği Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2: Bir Ürüne Ait Hata Frekansını Gösteren Histogram

Kaynak: Özgüvenç D., (2011), “Kalite Problemlerinin Sınıflandırılmasında Çok Kriterli Pareto Analizi”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü

1.4.5.5. Beyin Fırtınası

Beyin fırtınası tekniği, genellikle minimum 5-6 kişiden başlayarak maksimum 10-12 kişi ile yapılan bir grup çalışmasıdır. Süresi 15-20 dakika ile 1,5 saat arasında tutulması etkinliğin verimini arttıracaktır. Teknikte bir moderatör aracılığı ile katılımcıların fikirlerini özgürce dile getirmesi söz konusu iken, moderatör eğer fikirler birbirine yakın ise katılımcılar ve fikir sahipleri ile istişare ederek fikirleri birleştirebilir fakat asla kendi yorumunu yapamaz.

Moderatörün görevi, konudan saptmayı önlemek, düzeni sağlamak, fikirleri açık şekilde genellikle tahtaya veya bilgisayar ortamında perdeye aktararak gerekli matematiksel işleri, sırası ile yaparak, katılımcılara söz hakkını vermektir. Söz hakkı, genellikle oturma sırasına göre bir uçtan başlayarak herkese sırası ile konuşma hakkının verilmesidir. Burada dikkat edilecek husus, katılımcıların bu teknik konusunda istekli olması, konuya hâkim olmaları, ön yargılı olmamaları gerekmektedir. Çalışma esnasında o anda söyleyecek fikri olmayan katılımcı pas diyerek sırasını yanındaki

arkadaşına verebilir fakat ilk tur bittikten sonra pas diyen katılımcılardan da görüşler alınarak ikinci tur görüş almaya geçilebilir. Fikirler bitinceye kadar bu sıra ile yöntem ilerler.

Fikirlerin söylenmesi, tahtaya yazılması işlerini takiben oylama süreci başlar. Oylama her fikrin sayısal bir değer ile her katılımcıdan değerlendirmelerinin alınması ile olur. En yüksek oy alan ilk üç veya dört fikir bir sonraki aşamaya kalır. Bu son aşamada ise herkesin bir defa oy kullanma hakkı vardır. Dolayısı ile sona kalan 3-4 fikir için son turda oylanan toplam oy sayısı en fazla katılımcı sayısı kadar olmak zorundadır. Bu turda da en yüksek oyu alan fikir, o konuda en değerli veya geçerli fikir olarak kabul edilir.

1.4.5.6. Kaizen

Kaizen sürekli gelişim anlamına gelen Japonca bir kelimedir. Kaizen kelimesi ilk defa Masaaki Imai tarafından 1986'da yazdığı "Japonya'nın Rekabetçi Başarısının Sırrı" adlı kitabında geçmiştir. Kaizen sürekli yavaş fakat temkinli adımlarla ilerlemeyi, gelişmeyi sembolize eder. Kaizen faaliyetleri üst yönetimden tüm çalışanlara kadar işini geliştirmek isteyen herkesi kapsar. Kaizen, düzenli fakat küçük ilerlemelerin işletmenin tamamında, uzun vadede başarı ve gelişim için büyük değişiklikler yapacağını ileri sürer. Kaizen, mükemmel bir sürecin olmadığını, herkesin katılımı ile sürekli gelişimin her faaliyette yapılabileceğini gösteren bir yoldur.

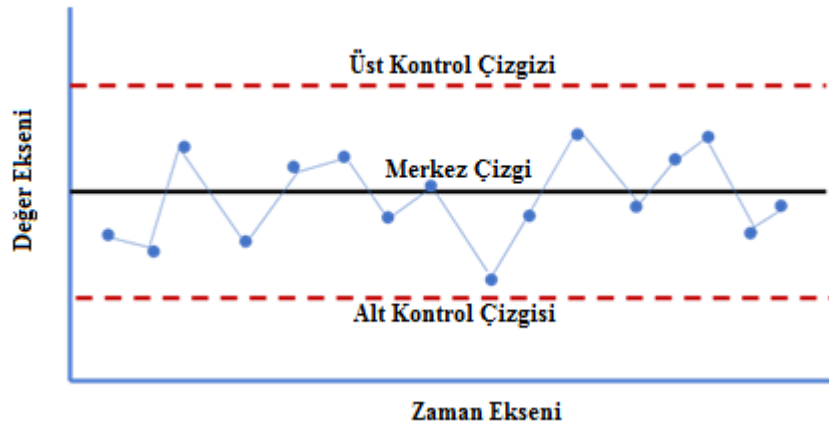
1.4.5.7. 5S

5S düzenli ve çalışması kolay, sağlıklı bir ortam yaratmak için bir metodolojidir. 5S yöntemleri uygulayarak, temiz, düzenli, hijyenik, güvenli, standartlaştırılmış çalışma ortamları yaratılır. Yöntem adını Japonca 5 kelimedenden almaktadır. Bunlar sırasıyla, ayıklama, düzenleme, temizlik, standartlaştırma ve sürdürme kelimeleridir. Gerekli ve gereksiz malzemelerin uzaklaştırılması ayıklama, gerektiğinde kullanılmak üzere malzemelerin düzenlenmesi düzenleme, çalışma ortamının kir, toz gibi yabancı maddelerden uzaklaştırılması temizlik, prosedür ve talimatlara destekleyerek benzer

süreçler için benzer yöntemlerin geliştirilmesi standartlaştırma ve bunların sürekli hale getirilebilmesi ise sürdürme olarak açıklanabilir.

1.4.5.8. Kalite Kontrol Grafikleri

Kalite kontrol grafikleri temelde üç ana yatay çizgiden oluşan grafiklerdir; üst kontrol, merkez, alt kontrol. Merkezdeki yatay çizgi kalite kontrolde bir istatistiksel verilerin kalite karakteristiklerinin ortalama değerini gösterir. Sürecin zaman içerisindeki değişimini görmek için alınan ölçümler merkez çizgi baz alınarak grafik içerisine yerleştirilir. Böylelikle süreçteki değişiklikler adım adım izlenebilir. Sapmalar üst kontrol çizgisi veya alt kontrol çizgisinin dışına çıkma anlamına gelmektedir. Kabul aralığı ise bu iki çizginin arasındadır. Sürecin tutarlı olup olmadığı, sapmaların nerelerde ne zaman meydana geldiğinin görülmesi, kontrol dışı veya kararsızlık yaratan durumların tespiti için kullanılabilir. Şekil 3'te kontrol grafiğinin bir örneği görülmektedir.



Şekil 3: Kontrol Grafiği

1.4.6. İşletmelerin TKY'ye Geçiş Süreci

TKY, organizasyonun tüm çalışanlarının kendilerini sürekli geliştirmeleri konusuna önem veren bir yönetim düşüncesi olduğundan dolayı, bu düşüncede öne çıkan konulardan birisi de tam katılımdır. TKY, işletme içerisindeki pozisyon farklılıklarını ortadan kaldıran ve çalışanları kendi fikirlerini söylemeye teşvik etmektedir. Toplam

kalite yönetiminin başarılı olabilmesi için, çalışanlara uygun çalışma şartlarının oluşturulmalı, eğitim ve rehberlik faaliyetleri sağlanmalı, arzu edilen davranışın oluşması için fırsatlar ortaya konulmalı, uygun davranışlar takdir edilmeli ve çalışanları ödüllendirilmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra, çalışanların motive edilmesi, doğru yönlendirmek, bilgi ve beceri düzeylerini yükseltici eğitimler vermek, iş zenginleştirmek gibi çalışmaların da yapılması gerekmektedir. İşletmenin etkililiğini ve verimliliği arttırmak için çalışanların kalitelerinin yükseltilmesi ve gelişmelerinin sağlanması gereklidir. Çalışanlarını birer müşteri şeklinde düşünen TKY felsefesi, müşteri merkezli hareket etme eğilimindedir. TKY’ de her bir çalışan, diğer çalışanları bir müşterisi olarak görmelidir. TKY sürecine dâhil edilmeyen müşteriler yani çalışanlar ile ya da beklentilerinin net belirlenememesi ile TKY uygulamalarının başarısız sonuçlanması gayet doğal bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır (Yıldız, 2015: 4).

1.4.6.1. Misyon, Vizyon ve Değerlerin Netleştirilmesi

Çalışanların ne yaptıklarını örgütsel strateji ve hedeflere nasıl bağladıklarını bilmeleri gerekir. Tüm çalışanlar kuruluşun nereye yönlendirildiğini (vizyonunu), neyi başarmayı umduğunu (görevini) ve önceliklerini ve karar vermelerini yönlendirecek çalışma ilkelerini (değerlerini) anlamalıdır. Çalışanları yeni çalışan oryantasyonu sırasında eğitmek için bir süreç geliştirmek ve misyon, vizyon ve değerleri öncelikli olarak öğretmek önemlidir.

1.4.6.2. Kritik Başarı Faktörlerinin Tanımlanması

Kritik başarı faktörleri, bir kuruluşun hedeflerine ulaşmasına ve misyonunu gerçekleştirmeye biraz daha yaklaşmasına yardımcı olan işlere odaklanmasına yardımcı olurlar. Bu performansa dayalı faktörler, kuruluşun hedefleri ne kadar iyi karşıladığını belirlemeye yönelik bir ölçüm sağlayacaklardır. Aşağıda örnek birkaç kritik başarı faktörü yazılmıştır:

- Finansal performans
- Müşteri memnuniyeti

- Süreç geliştirme
- Pazar payı
- alışan memnuniyeti
- rn kalitesi

1.4.6.3. Ölçümler ve Metriklerin Geliştirilmesi

Kritik başarı faktörleri tanımlandıktan sonra, ilerlemeyi görmek ve izlemek için ölçümler yapılmalıdır. Bu, belirtilen verileri toplamak ve üst düzey yöneticilerle bilgi paylaşmak için kullanılan bir raporlama işlemi ile yapılabilir. Örneğin, bir hedef müşteri memnuniyeti anketi puanlarını arttırmaksa, hedefin başarısını gösteren bir ölçüm ve yöntem olmalıdır.

1.4.6.4. Kilit Müşteri Gruplarının Belirlenmesi

Her organizasyonun müşterisi vardır. Kilit müşteri gruplarının kim olduğunu anlayan işletmeler, müşteri gereksinimlerine göre ürün ve hizmetler yaratabilirler. Birçok kuruluşun yaptığı en büyük hata, çalışanları kilit bir müşteri grubu olarak kabul etmemektir.

1.4.6.5. İ ve Dış Müşteri Geri Bildirimleri

Bir kuruluşun müşteri gereksinimlerini ne kadar iyi karşıladığını bilmesinin en basit yolu, onlara ve kendilerine çeşitli sorular sormaktır. Kendileri için neyin önemli olduğunu belirlemek için her müşteri grubundan geri bildirim almak üzere yapılandırılmış bir süreç oluşturulmalıdır. Örgütler genellikle müşterileri için neyin önemli olduğunu bildiklerini düşünme hatasını yaparlar.

1.4.6.6. Gelişim Planlarının Hazırlanması

İyileştirme planları, hedeflerin belirli, tutarlı, ölçülebilir, ulaşılabilir ve zaman sınırlı olma kurallarına uymalıdır, aksi takdirde o planlar tutmayacağı gibi hedefler de zaten başta hatalı yazılmış olur. Gerçekleştirilemeyecek iyileştirme planları hazırlamak zaman kaybı olabilir. Bunu önlemek için iç ve dış müşterilerin iyi belirlenmesi, onları ihtiyaçlarının iyi belirlenmesi ve karşılanması gerekmektedir.



BÖLÜM 2: SAĞLIK YÖNETİMİNDE TOPLAM KALİTE

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Tablo 4'deki "Hizmetin Tarihsel Tanımları"na incelendiğinde 18. yy. da hizmet biçimlerini tarım haricindeki diğer faaliyetler veya somut bir çıktı ile sonuçlanmamış olan tüm eylemler biçiminde görebilmekteyiz. Yakın zamana doğru geldiğimizde üzerinde bir değişikliğe yol açmadığımız mal için gerçekleştirilen faaliyetler olarak görmekteyiz. Hizmet bir malın üzerinde örneğin imalat kaynaklı değişiklik yapılmaması ve müşteri beklentilerinin karşılanabilmesi için gerçekleştirilen çeşitli operasyonel faaliyetlerdir (Dalgıç, 2013: 4).

Tablo 4
Hizmetin Tarihsel Tanımları

Fizyokratlar (-1750)	Tarımsal üretim dışındaki tüm faaliyetler
Adam Smith (1723-1790)	Somut bir ürünle sonuçlanmayan tüm faaliyetler
J.B. Say (1767-1832)	Ürünlere fayda ekleyen, tüm imalat dışı faaliyetler
<u>Alfred Marshall</u> (1842-1924)	Yaratıldığı anda varlık bulan mallar (hizmetler)
Batı ülkeleri (1925-1960)	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan hizmetler
Çağdaş	Bir malın biçiminde değişikliğe yol açmayan <u>birfaaliyet</u>

Kaynak: Dalgıç A., (2013), "Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü Ve Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler Antalya'da Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama", Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üç ana konu altında toplanabilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri; bireyin ve toplumun sağlığının korunarak geliştirilmesi amacıyla bireye ve çevreye yönelik olarak alınabilecek önlemlerin tamamını ifade etmektedir. Bu hizmetlerin maliyetleri düşük, etkileri yüksek olup tipik birer kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilmektedirler. Koruyucu sağlık hizmetleri çevresel risk etmenlerinin belirlenmesi ve denetimi, anne ve çocukların sağlığının takibi, bebeklerin ve su ve yiyecek gibi çeşitli ürünlerin

denetlenmesi, sıtma, verem, frengi gibi hastalıkların denetlenmesi birçok hastalıkta erken teşhis şeklindeki faaliyetleri koruyucu sağlık hizmetleri olarak belirtebiliriz. Tedavi edici sağlık hizmetleri; hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda sunulan sağlık hizmetleridir. Tedavi hizmetlerini ayakta ve yataklı tedavi veya evde bakım biçiminde sınıflandırılabiliriz. Bunlar arasında yataklı tedavi biçimi en maliyetli hizmet çeşididir. Rehabilitasyon hizmetleri ise sakatlanmış ve çalışma işgücünü kaybetmiş ve bu tür kişiler için çalışma imkânı sağlanmasına yönelik hizmetler olarak tanımlanabilir (Çıraklı, 2009: 2).

2.2. Sağlık Hizmetlerini Diğer Hizmetlerden Ayıran Özellikler

Sağlık sektöründe tüketim pozisyonundaki bireyin özgürlüğü limitli kalmaktadır. Hekimler, hastalara gerekli olan malzeme çeşidi ve teşhis veya tedavi yöntemlerini belirlerken, maliyet, ücret kazanç biçimli parasal değişkenleri değil, tıbbi imkânlarını göz önüne almalıdır. Hastalar diğer sektörlerdeki tüketicilerin bağımsız davranışlarının tersine, doktor, hastane yönetimi ve ilaç şirketlerine göre “mutlak bağımlı” pozisyonundadır (Karabulut, 1999: 35).

Sağlık hizmetlerini satın alan veya hizmet alan kişiler bir ürün aldıklarını düşünmemekte, konu özellikle sağlık ile ilgili olduğu için doğru hizmetin verilmesine bir mecburiyet gözü ile bakmaktadırlar. Örneğin üretim yapan bir işletmede hatalı bir ürün üretilmesi çoğu zaman telafisi olabilen bir konu iken, sağlık ile ilgili bir kararın yanlış alınması, teşhis ve tedavide yanlış bir kararın alınması hastaların canlarına dâhil mal olabilmektedir. Yani konunun ciddiyeti, hizmetin konusunun insan sağlığı ile ilgili olduğu için oldukça önemlidir. Teşhis ve tedavide yanlış bir karar alınması insan sağlığını son derece olumsuz etkileyebilmektedir.

Diğer taraftan birçok sektörde ücretini peşin ödeyen müşteri mal veya hizmetin satın alınması veya elde edilmesi için belli bir süre beklemeye tahammül edebilirken, sağlık işlerinde hastaların beklemeye tahammülü oldukça azdır. Bazı hastalıkların hızlı teşhisi ve tedavisinin hızlı başlaması, hastalığın başlamasına veya ilerlemesine engel olabilirken, zaman kayıplarının yaşandığı bir süreçte can kaybı dâhil yaşanabilir.

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite

2003 yılında İzmir’de özel bir hastanenin 105 hastası ile gerçekleştirilen uygulamada, hastanın demografik özelliğinin hizmet kalitesini değerlendirme ile olan ilişkilerini incelenmiş ve genç hastaların yaşlılara göre, yüksek eğitim seviyelerindeki hastaların düşük eğitim seviyeli hastalara göre, düşük gelir düzeyindeki hastaların yüksek gelire sahip hastalara göre ve sadık olmayan hastaların sadık olanlara göre hizmet kalitesini daha olumsuz değerlendirdikleri görülmüştür. Çalışmada sağlık işletmelerine uyarlanmış Servqual ölçeği kullanılarak hastaların en çok güvenilirlik ve güven ölçeklerine öncelik verdikleri tespit edilmiştir (Savaş, 2014: 5).

Tablo 5
Sağlıkta Kalite Boyutlarına Ait Modeller

Chakrapani'nin boyutları (Chakrapani, 1998: 132) <ul style="list-style-type: none">• Hizmet güvenilirliğindesteği• Beklentileri aşma	Evans ve Lindsay'in boyutları (Evans ve Lindsay, 1999: 52) <ul style="list-style-type: none">• Zaman• Bütünlük• Nezaket• Tutarlılık• Ulaşılabilirlik ve uygunluk• Doğruluk• Sorumluluk	Parasuraman'ın SERVQUAL boyutları (Zeithamlı vd., 1990: 25) <ul style="list-style-type: none">• Elle tutulurluk• Sorumluluk• Güvenlik• Empati• Güvenilirlik
Palmer'in boyutları (Palmer, 1997: 306) <ul style="list-style-type: none">• Bakıma ulaşılabilirlik• Doğru teşhisin konması• Tedavinin uygulanması• Hastanın eğitilmesi• Hastalıkları izleme• Hastalıkları önleme	Coddington'un boyutları (Sower vd., 2001: 49) <ul style="list-style-type: none">• İçtenlik/bakım/ilgi• Tıbbi personel• Teknoloji/ekipman• Uzmanlık/hizmetlerin ulaşılabilirliği• Çıktılar	JCAHO standardı (JCAHO Manual) <ul style="list-style-type: none">• Fayda• Doğruluk/uygunluk• Ulaşılabilirlik• Süreklilik• Etklilik• Etkinlik• Saygı ve bakım• Güven• Dakiklik
Maxwell'in boyutları (Brannan, 1998: 2) <ul style="list-style-type: none">• Ulaşılabilirlik• İhtiyaçlara uygunluk• Etklilik• Adillik• Sosyal kabul edilebilirlik• Verimlilik• Ekonomiklik	Sower'in boyutları (Sower vd., 2001: 50) <ul style="list-style-type: none">• Saygı ve bakım• Etklilik• Süreklilik• Uygunluk• Bilgi• Verimlilik• İlk izlenim• Çalışan farklılığı	Jun, Peterson ve Zsidisin'in boyutları (Jun vd., 1998: 85) <ul style="list-style-type: none">• Elle tutulurluk• Güvenilirlik• Sorumluluk• Yeterlilik• Nezaket• İletişim• Ulaşım• Bakım• Hasta çıktıları• Hastanın anlaşılması• İşbirliği
Çoruh'un boyutları (Çoruh, 1994: 116) <ul style="list-style-type: none">• Bilgilendirme• Hastayı eğitme• Hizmete kolay ulaşılma• Güvenli hizmet• Seçme hakkı sağlama• Gizlilik• Güven• Karar vermeye yardım• Hizmeti geliştirme• Rahatlık sağlama• Saygı gösterme• Düzenli olma• Süreklilik	Bowers'in boyutları (Bowers vd., 1994: 53) <ul style="list-style-type: none">• Elle tutulurluk• Güvenilirlik• Sorumluluk• Yeterlilik• Nezaket• İletişim• Ulaşım• Dürüstlük• Güvenlik• Bakım• Hasta çıktıları• Müşteriyi anlama ve bilme	

Kaynak: Pakdil F., (2007), “Hastanelerde Sürekli Performans İyileştirme Sürecinin Kalite Maliyetlerine Odaklanması Ve Bir Ölçüm Modeli Önerisi”, Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, S: 40, Cilt XXVI, Sayı 1, 2007, s. 35-54

Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesini genelde hastanın tatmin seviyesi belirler. Hastaların memnuniyeti de verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılama ya da hastaların verilen hizmeti algılama düzeylerine göre değişmektedir. Bundan dolayı bu hizmet sürecinde sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde hastanın başvuru aşamasından, muayene edilmesi, hastalığın teşhisi, hastalığın tedavisi ve tedavinin sonuçlarının alınmasına kadar gerçekleşen tüm çalışmalar önemli bir rol oynar. Sağlıkta hizmetin kalitesini belirleyen faktörler; hizmetin sunulacağı ortam, hastanenin ve çalışanların görünümü, hizmetin doğru zamanda verilmesi, hizmet edenlerin alanlarında bilgili olması, hizmetlerin devamlılığının olması, güven duyulan bir hizmet olması, hizmetin doğru ve çevik olması gibi faktörlerdir (Kıdak, 2015: 487).

Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı hizmet kalite standartları ana başlıkları aşağıda belirtilmiştir (Aktürk, 2010: 4):

1. Poliklinik hizmetleri
2. Laboratuvar hizmetleri
3. Görüntüleme hizmetler
4. Ameliyathane hizmetler
5. Klinikler
6. Yoğun bakım üniteleri
7. Diyaliz hizmetleri
8. Acil servis hizmetleri
9. Ambulans ve ambulans hizmetleri
10. Eczane hizmetleri

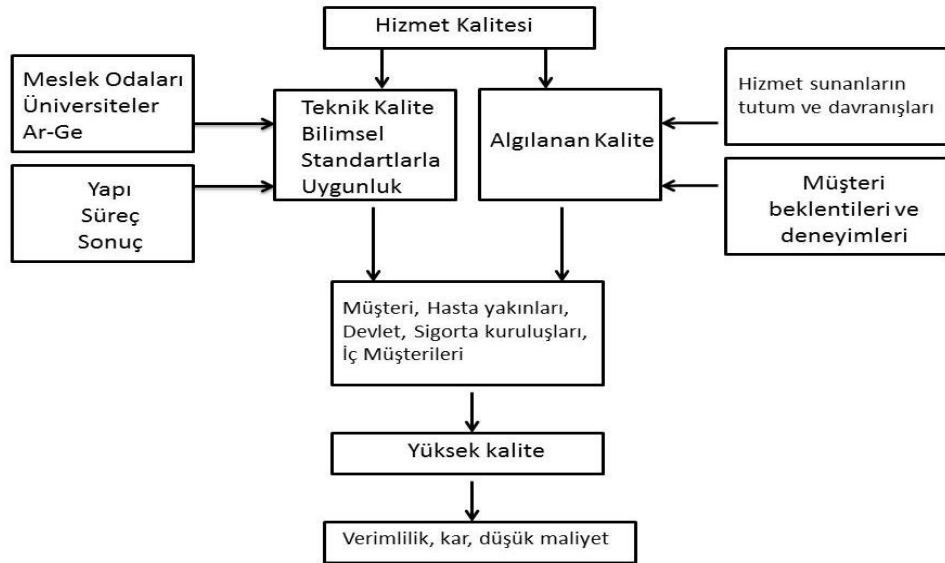
11. Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi
12. Hasta ve çalışan güvenliği
13. Kurumsal hizmet yönetimi
14. Hastane bilgi sistemi
15. Hasta kayıtları ve dosyası
16. Arşiv
17. Tesis yönetimi ve güvenlik
18. Depolar
19. Mutfak
20. Çamaşırhane
21. Morg

Sağlık hizmet kalitesi denilince hastane ortamının teşhis ve tedaviye uygun olması, estetik olması, çalışanlarının davranışı, bilgi teknolojileri, teknolojik alt yapı, bekletilmeme, bilgilendirilme gibi konular akla gelmektedir. Bunlara ilave olarak hastaların esas beklentileri olan hastalığın teşhisi, tedavisi ve bakımının doğru olması şüphesizdir ki bu konuların en önemlileri arasındadır. Başka koşullar sağlanmasına rağmen hastalığın hatalı teşhisi, tedavisi ve bakımının uygulandığı sağlık kurum ve kuruluşlarında kalitenin sağlanması söz konusu değildir. Hastalığın teşhisi, tedavisi ve çeşitli bakım hizmetleri olan laboratuvarlar, poliklinikler, klinikler, ameliyathaneler, acil servis gibi hizmetler birbiri ile son derece önemli ilişkiler içerisindedirler (Şahin, 2017: 33).

2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Sağlıkta hizmet kalitesinin özellikleri şöyle sıralanabilir;

- Etkenlik, sağlık kurum veya kuruluşunun mevcudu yani, sahip olduğu teknolojiyi ve bilime dayalı bilgiye bağlı olarak en iyi yapabileceği faaliyetlerin tamamını içermektedir.
- Etkililik, insan hayatı ile yakından ilişkili olup verilen hizmetlerin hastanın sağlık durumunda yaptıkları değişimin ideal hizmetler verildiğinde ortaya çıkan sonuçlarla mukayesesıyla ölçülür.
- Verimlilik, en etkili hizmetin en az maliyetle alıcısına verilmesini ifade etmektedir.
- Uygun olma, verilen hizmet ile maliyeti ve hastaya sağladığı yarar arasındaki dengenin sağlanmasıdır.
- Kabul edilebilirlik, verilen hizmetin hem hastanın kendisinin hem de yakınlarının beklentileri ile uyumlu olması gerektiğini belirtmektedir.
- Yasallık, sağlık hizmetinin sosyal toplumun kuralları ve gereklilikleri ile uygun bir biçimde bütün bireyler tarafından onaylanmasıdır.
- Eşitlik, bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması anlamına gelir (Aygır, 2017: 28).



Şekil 4: Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Belirleyicileri

Kaynak: Şahin K., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara Siyasal Kitabevi, 2000, s: 271

2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı

Sağlık sektöründeki müşterilerin diğer sektörlerdeki müşterilere göre birtakım farklılıkları bulunmaktadır. Bunlardan biri; sağlık sektöründe hizmet alanlarla hizmet verenler arasında muhakkak karşılıklı ilişki durumunda olması gerekliliğidir. Diğeri; sağlık sektöründeki müşteri, fiziksel veya psikolojik rahatsızlıklar hissetmektedir. Bu durum kalite ölçümlerinde özellikle dikkate alınmalıdır. Hastaneler müşterilerini tatmin edemezlerse yaşayamazlar (Derin, 2013: 1116).

Toplam kalite yönetimi bakış açısı ile ele alırsak, birbirini tamamlayan süreçler birbirlerinin müşterisi olacaktır. O halde sağlık hizmetlerinde kalite çok boyutlu bir süreç olarak görülmeli ve aşağıdaki beş unsuru içine almalıdır (Gök, 2006: 12):

- Hasta bireyler olmadan sağlık hizmetlerinden söz edilemez. Bu yüzden sağlık süreçlerinin en önemli elemanı hastalardır. Kendilerine ne gibi işlemler yapılacağına bilgisi hastalara verilmelidir.
- Hizmet sağlayan kişi ve kurumlar; hastalığın tedavisi ve hasta bakımı için gereken ciddiyeti özeni göstermelidir ve sağladıkları sağlık hizmetlerinin doğru ve amaca yönelik olması gerekir.
- Hizmeti satın alanların anlaşma yaptığı konular; sorumlu oldukları birey ve hastalıkların ihtiyaçlarının değerlendirilerek, sağlık hizmeti sağlayanlar ile belli tedavi hizmetleri konularıdır. Bu anlaşmalar belirli hizmetlerin uygun fiyatla en iyi kalitede sunumu ile ilgilidir.
- Sağlık çalışanları arasında sağlık hizmetlerinin sunumu ve uygulamaları konularında kendi aralarında görüş farklılıklar olabilir.

2.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti

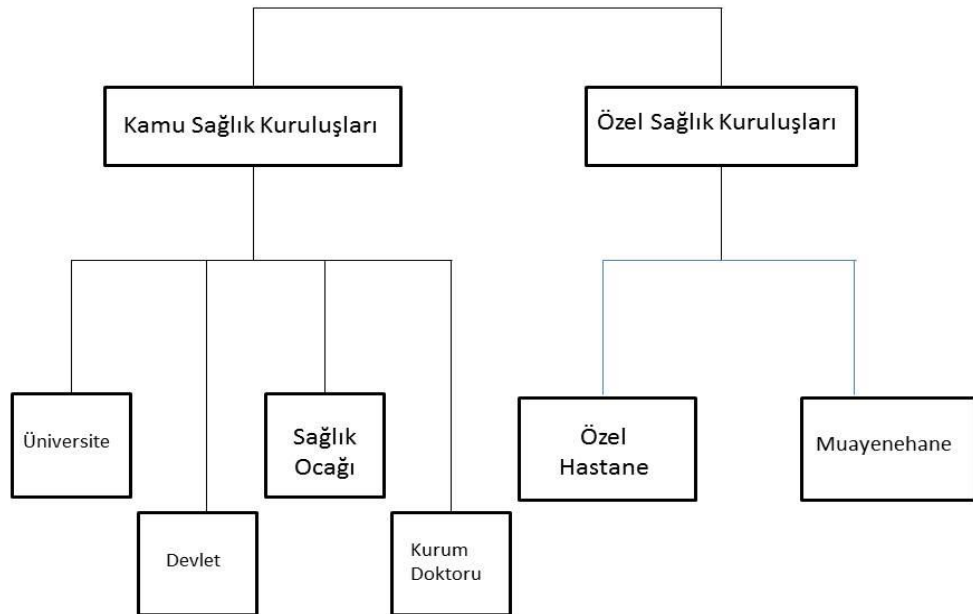
Sağlıkta hizmet kalitesi, kişilerin arzu ettikleri sağlık sonuçlarının etkili, verimli ve satın alınabilir biçimde sunulma seviyesi olarak tanımlanabilmektedir. Diğer bir açıklama ile

kullanılan kaynakların ve gerçekleştirilen çalışmaların özel bir göstergesi diyebiliriz. Teknolojinin ilerlemesi ve değişmesi, maliyetlerin artması ve hastaların şikâyetlerinin artması ve çeşitlenmesi, yaygınlaşan iyi bakım talepleri sağlıkta hizmet kalitesine yönelimi arttırmıştır.

Sağlık sektöründe müşteri memnuniyeti diğer sektörlerde göre oldukça zordur. Çünkü diğer sektörlerde daha henüz problem yokken, müşteriler temel ihtiyaçlarını veya zevk için olan ihtiyaçlarını karşılamak için mal veya hizmet satın alması yaparken, sağlık sektöründe müşteriler bir problemlerinden şikâyet ettikleri için problemlerine çare aramak amacı ile o sağlık kurumuna müracaat etmişlerdir. Dolayısı ile diğer birçok sektörde müşteri memnuniyetini sağlamak çok daha kolayken, sürekli bir baskı altında, stresli bir ortamda hastaların memnuniyetini sağlamak zordur.

Hastane veya çeşitli sağlık kurumu yöneticileri hastaları memnun etmek isterler ve hizmetin planlama ve tasarım aşamalarından başlayarak hizmet vereceği hastaların kendi hizmetleriyle ilgili ihtiyaç ve beklentilerini bilmek zorundadırlar. Hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamayan bir sağlık hizmeti, bilimsel kural ve yöntemlere göre verilirse verilsin toplum tarafından benimsenmeyecektir (Zafer, 2017: 115).

Şekil 5’te, hastaların sağlık kurumu yapılanması görülmektedir.



Şekil 5: Sağlık Kurumu Tercih Yapılanması

Kaynak: Özkoç H., (2013), “Hastaların Sağlık Kurumu Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Uygunluk Analizi Ve Nested Logit Model”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 15, Sayı: 2

Hasta tatmin araştırmalarının üzerinde durdukları boyutların incelenmesi sonucu, literatürde, hastaların tatminlerini değerlendirmelerinde, dokuz boyutun sıklıkla kullanıldığı izlenmiştir (Tükel, 2004: 206).

- a. Hasta-doktor ilişkisi
- b. Hasta-hemşire ilişkisi
- c. Hasta-diğer hastane iş görenleri davranışı
- d. Bilgilendirme
- e. Beslenme hizmetleri
- f. Fiziksel ve çevresel koşullar
- g. Bürokrasi
- h. Güven
- i. Ücret

2.3.4. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirmesi

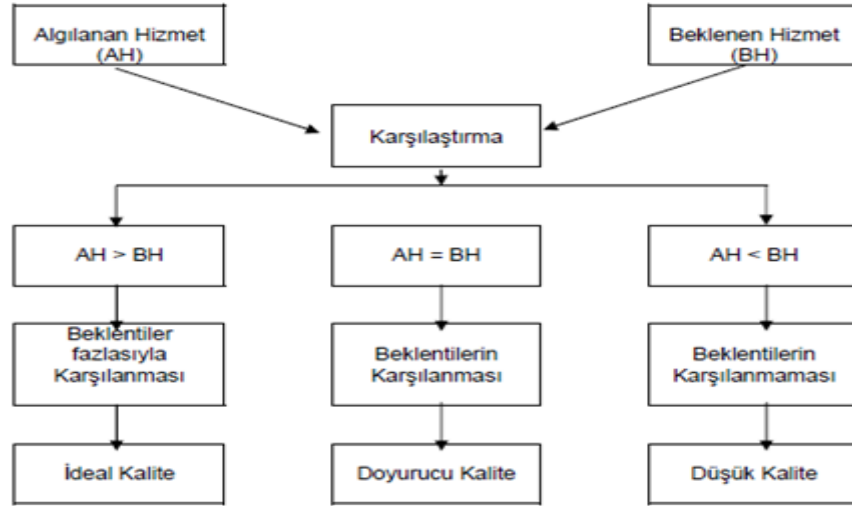
Sürekli kalite iyileştirmeleri alanında yapılan birçoğ çalışma, sağlık hizmetlerindeki sürekli kalite iyileştirmeleri sonucunda kronik rahatsızlığı olan hastalar arasında hastaneye başvuruların azaldığını ve yaşlı hastalar arasında acil servis ziyaretlerinin azaldığını, hasta memnuniyetinin arttığını göstermektedir. Kalitenin sürekli iyileştirilmesi ile örgütsel verimlilikte artma aynı zamanda, mevcut işgücü, yöntem, ekipman ve süreçlerdeki tüm kaynakları daha etkili bir şekilde kontrol ederek kalite eksenli sorunları tanıma, analiz etme ve iyileştirme gibi konuların hastaların beklentilerini karşılayabilecek temel süreçlerin iyileştirilmesi ile sağlanabileceği açıktır. Sürekli iyileştirme kalitenin temel felsefelerinden birisidir ve sağlık sektöründe kaliteden söz edebilmek için olmazsa olmaz sağlıkta kalite unsurudur.

2.3.5. Sağlık İşletmelerinde Rekabet

Ekonomik hareketlenmeyi arttırıcı bir gücü olduğu da zamanla ortaya çıkmıştır. Sağlık işletmelerinde rekabet kavramı 1970'lerin ortalarına kadar olan süreçte varlığı söz konusu değilken bu gün, rekabet; "oyunun adı" olarak görülmektedir. Bunu sağlamaya yönelik stratejiler geliştirilmeye başlanmıştır. Bazı araştırmacılara göre sağlık hizmetlerinde rekabetin, bir takım nedenlerden ileri geldiği öne sürülmektedir. Bunlardan biri, kapasite fazlalığı diğeri ise tüketim eğilimi olarak gösterilmiştir. Bunun sonucunda sağlık işletmeleri de bu zorlu rekabet karşısında önlemini, hasta gereksinimleri ve memnuniyeti konularına önem vererek almaktadır. Bir hizmet işletmesini rakiplerinden ayıran en önemli unsurlardan biri, daha yüksek kalitede hizmet sunmasıdır. Bunu sağlayabilmek için girişimde buldukları tüm çabalar birer strateji olarak belirlenmekte olup rakiplerinin bir adım önüne geçerek gelişip büyümeye devam etmektedirler. Literatür incelendiğinde Howard'ın (1999) yapmış olduğu çalışmada, rekabet faktörünün müşteri hizmetlerinde bir değişim yarattığı sonucuna vararak, müşteri talebini arttırabilmek için hastane yöneticilerinin müşteri hizmet planı oluşturulabileceği konusunda açıklama yaptığı görülmektedir (Taş, 2009: 36).

Sağlık kuruluşları arasındaki rekabet hastaları kuruluşlarına çekmekle başlayan, hastaların da sürekliliğini sağlamaya çalışan bir süreçtir.

Hastanelerin veya diğeri sağlık kuruluşlarının günden güne artması hastalar tarafından seçeneklerin artması anlamına gelmektedir. Pazardaki payını korumak isteyen özel işletmeler ise ücreti fiyat avantajı olarak kullanabilmekle beraber, iyi ve doğru hizmetin zamanında verilebilmesi yine rekabet avantajı sağlamaktadır. Günümüzde teknolojik alt yapısını destekleyen ve geliştiren sağlık kurumları hastalar tarafından tercih sebebi olabilmektedir. Hastalar ihtiyaç duydukları tüm hizmetleri kısa sürede, ucuza ve doğru sonuçlarla almak istemektedirler. Tüm beklentileri minimum zamanda, en az bekleme ile sunabilen sağlık kurumları pazardaki rekabet üstünlüklerini kullanabilmektedirler. Tüm bunlarla beraber sağlık çalışanlarının da kalitesi yani bilgi birikimi ve hastaya davranış biçimleri de elbette rekabette büyük üstünlükler sağlamaktadır.



Şekil 6: Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: Bulgan U., (2002), “Kütüphanecilik Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Bir Üniversite Kütüphanesi Uygulaması”, Yüksek Lisans Tezi, S:6, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

2.3.5. Özel ve Kamu Kurumlarındaki Sağlık Personeli Eğitim Durumu

Kamu hastanelerinin sağlık personeli öğrenim durumu bakımından özel hastanelerde çalışan sağlık personelinin gerisinde kalmaktadır. Özel hastaneler sağlık personeli seçiminde öğrenim durumu kriterine önem vermekte, her geçen gün değişen, gelişen sağlık standartlarına bağlı olarak personelin öğrenim durumu en önemli faktörlerin arasındadır. Özel hastanelerin ticari işletmeler olması nedeniyle rakip işletmelerle rekabete girmekte, mevcut standartlarını üst seviye çekmektedir. Burada TKY kriterlerinin uygulanması bakımından özel hastaneler sağlık personelinin öğrenim durumunun standartlarını yüksek tutması rekabet ortamında önemli bir yere sahiptir. Kamu hastanelerinin çalışanlarının eğitim seviyesini özel hastaneler gibi üst seviyede tutması gerekir (Doğan, 2013: 146).

Özel sağlık kurum ve kuruluşları, çalışanlarına yüksek ücret ve yan haklar sağlayarak daha kaliteli çalışanları kurumlarına çekebilmektedirler. Her sektörde olduğu gibi, sağlık sektöründe de eğitim seviyesi artan çalışanlar yüksek ücret talep etmekte, bu yüksek ücreti devlet bütçesinin sağlayamaması nedeni ile bu çalışanlar özel hastaneleri

tercih etmektedirler. Ekonomik özgürlüğü artan özellikle branşlarında araştırma ve geliştirme yapabilen sağlık çalışanları kendileri daha çok geliştirebilmekte ve alanlarında daha uzman olmaktadır.

2.4. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulama Aşamaları

TKY uygulamasının planlanma çalışmalarından önce, toplam kalite yönetimi sürecinin kurum kültürü ile birleşmesi için yeterli zaman gerektiren uzun vadeli bir stratejik girişim olduğu bilinmesi gerekir. Bir servis hastanesinde tipik bir Kalite Yönetim Sürecinin genel sırası aşağıdaki şekilde kısaca özetlenebilir.

Hastanede kalite komisyonu kurulmalı ve bu komisyon üst yönetim ile iletişimi sağlamaktan ve kurumun toplam kalite girişimi için politika, prosedür, talimat ve çeşitli kılavuzlarını düzenlemekten sorumlu olmalıdır. Kalite komisyonu, çalışan ve yönetim arasında iki yönlü iletişimden ve süreç iyileştirme ekiplerinin genel denetiminden sorumlu olmalıdır.

Kalite bilincini arttırmak için mesleki eğitimler kalite eğitimleri ile birleştirilerek kalite anlayışı geliştirilmeli ve kalite ile ilgili ayrıca eğitimler verilmelidir. Kalite eğitimlerini iç eğitimciler verecek ise eğiticinin eğitimlerini almalı, kalite bilincine ve bilgilerine sahip kişiler arasından eğitimciler yetiştirilmelidir.

Hastanenin her kademedeki, tüm çalışanların misyon ve vizyon kavramları öğretilmeli, tüm çalışanlar bu kavramlar doğrultusunda çalışmalıdır. Ayrıca hastanenin misyon ve vizyonu açıkça görülebilecek şekilde çeşitli panolarda hem hastalara hem de çalışanlara ilan edilmelidir.

Süreçlerin analizleri yapılmalı, gerekirse birçok süreç için ekipler oluşturularak süreçler yeniden incelenmeli, yeni süreçler yazılı hale getirilerek ilan edilmelidir. Yeni süreçlere uyum için çalışanların eğitilmesi şarttır. Bu ekipler, kalite çemberi olarak görev yapacak ise kalite çemberi eğitimlerini almış, gönüllü ve alanında uzman kişiler tarafından oluşturulmalıdır. Takım çalışması çalışanların kalite faaliyetlerine doğrudan katılımı demektir.

Hem iç hem de dış müşteriler belirlenmeli, süreç analizleri ile müşteriler süreçlerinin girdileri, kullanacakları kaynaklar, sürecin çıktıları, her sürecin müşterisi net olarak belirlenmeli ve bilgilendirmeler yapılmalıdır.

Doğrudan hasta bakımı ile ilgili olmasa da hastane çalışanlarının tamamını kapsayan bir kültür oluşturulmalıdır. Kullanılacak kalite araçlarının neler olduğu belirlenmeli, bu araçlar için ilgili çalışanlara eğitimler verilmeli ve yapılan her değişiklik her kademedeki çalışanın fikrini özgürce ifade edebileceği ortamlarda geliştirilmelidir.

Görev tanımlarının net yazılması için iş analizleri yapılmalı, çalışanlara görevleri ve kullanacakları araç gereçler ile ilgili bilgilendirmeler yapılmalı gerekirse her duruma özel eğitimler düzenlenmelidir.

BÖLÜM 3: İSTANBUL’DA BULUNAN ÜÇ ÖZEL HASTANEDE BİR UYGULAMA

3.1. Literatür Araştırması

Sağlık kurum ve kuruluşlarında toplam kalite yönetimine ilgi günden güne artmaktadır. Bu ilginin artmasının en büyük nedeni ekonomik koşullardır. 1970’lerden başlayarak yanlış tedavilere yönelik şikâyetler artmış ve artan davalar nedeni ile kalite konusu gittikçe önem kazanmış, tek seferde ve ilk seferde doğru teşhis ve tedavi için kaliteye verilen önem artmıştır. Türkiye’de ise, sağlık hizmetlerine ilişkin uygulamalarda, dünyadaki söz konusu gelişmelerin gerisinden takip edildiği görülmektedir. Bu bağlamda, Ankara’da faaliyet gösteren iki özel hastane ilk defa 1996 yılında, ISO 9001 belgesi almışlardır (Bekaroğlu, 2005: 20).

2000 yılında Chow-Chua and Goh, orta ölçekli hastanelerin TKY ve sürekli iyileştirmeye az önem verdiklerini fakat büyük ölçekli veya devlet hastanelerinin sürekli kalite geliştirme ve iyileştirme çalışmalarına daha yatkın olduklarını tespit etmiştir. 2002 yılında Horng ve Huarng, Taiwan’da 76 hastaneyi kapsayan, TKY’nin hastanelerde kabulü konusunda çalışmalar yapmışlardır. 2007 yılında Lee ve arkadaşları, TKY sisteminin hastanelerde uygulanmasına yönelik ve performans yönetimi, kalite iyileştirme programları gibi konularda başarılı çalışmalar yapmışlardır (Talib, 2011: 235).

Ülkemizde “Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” için 2003 yılında uygulamaya başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı başlamıştır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014). 2005 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından kaliteli sağlık hizmetini hedefleyen “sağlık kurumlarında kalite ve akreditasyon” çalışmalarını kurumsal ve sistematik bir şekilde hayata geçirilmiştir (Kömürcü, 2014: 111).

Sunulan sağlık hizmetinin etkili, verimli ve kaliteli hizmet anlayışını taşıyabilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından kalite yönetimi projelerinin koordinasyonunu ve ülkemizdeki ulusal sağlık akreditasyonu konusunda birlik sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı Kalite koordinatörlük birimi kurulmuştur, bununla beraber Performans yönetimi ve Kalite Ölçütlerini Geliştirme Daire Başkanlığı kurulmuştur. Bu zamana kadar kalite özel hastanelerin yaptığı çalışmalarla sınırlı kalmıştır fakat Sağlık

Bakanlığı'nın bu konularda aktif rolü ile tüm sağlık kuruluşlarına sağlıkta kalite kavramı yerleşmiş ve akreditasyon çalışmaları başlamıştır.

Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme Yönergesi uygulamaya geçerek ülke genelinde standart bir uygulama oluşturulmuştur. Böylece hastanelerde veya dışarıdan hastaların sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması, özellikle internet ve telefon altyapılarının kurulması ve hizmet süreçlerinin ölçülmesi ve kontrol edilmesi, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin ölçülmesi gibi birçok sistemin kurulması gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen denetimlere göre hastaneler puanlanmakta ve her denetim döneminde bu puanlamalar yenilenmektedir (Karaca, 2014: 48).

3.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu yüksek lisans tezinde, sağlık sektörü çalışanlarının toplam kalite yönetimine bakış açıları ve demografik özelliklerinin toplam kalite yönetimi üzerinde etkili olup olmadığı araştırılmıştır.

Bu araştırma çalışması, ülkemizde ve dünyada her geçen gün artan kaliteye olan ihtiyacın bir yansımasıdır. Kalite herkes için ve her zaman kullanılacak bir araçtır ve sağlık sektörü insan hayatı ile ilgili olduğu için kalitenin önemi en az üretim yapan işletmelerde olduğu kadar önemlidir. Bu amaçla yapılan bu çalışma, ülkemizde ve dünyada konu ile ilgili yapılan araştırmaları derleyerek, kurumlarında toplam kalite yönetimi sistemi kurmak, ilkelerini hastanelerinde uygulamak isteyen kişilere ve araştırmacılara katkı sağlayacaktır.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmamızda kullanılan anket, Emad A. Al-Shdaifat'in "Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları" adlı çalışmasında geliştirdiği anketin Türkçeye çevrilmesi ile İstanbul'da bulunan, toplam kalite yönetimi uygulayan 3 özel hastanede uygulanmıştır. Anketler doldurulmadan önce çalışmaya katılan herkese tek tek konu hakkında

bilgilendirme yapılmış, konunun önemi açıklanmıştır. Hastane yönetimleri ile hastane isimleri ve çalışan isimlerinin gizli kalması konusunda protokoller yapılmıştır.

Anket formları, üç hastanedeki toplam 1250 çalışan arasından, anket doldurmaya gönüllü olan ve her kademedeki, her görevde çalışan toplam 380 sağlık çalışanına rastgele örneklem yolu ile 02.03.2019-01.04.2019 tarihleri arasında dağıtılmış ve toplanılmıştır. 25 anket eksik doldurulduğu için dikkate alınmamış, 29 anket ise SPSS programında veri analizi sonucu soruların okunmadan işaretlendiğinin anlaşılması üzerine araştırmaya dâhil edilmemiş ve bu çalışma 326 sağlık çalışanının verdiği bilgiler ile 326 anket sonucuna göre yapılmıştır.

Anket formlarında 5’li likert tip ölçek kullanılmış sırası ile 1: Hiç katılmıyorum ve 5: Tamamen katılıyorum şeklinde olumsuzdan olumluya doğru düzenlenmiştir.

Emad A. Al-Shdaifat’in geliştirdiği ölçeklere göre hazırladıkları ankete göre yapılan bu araştırmada 5 adet faktör kullanılmıştır. Bunlar, sürekli iyileştirme, üst yönetim katılımı, takım çalışması, müşteri odaklılık ve eğitimidir.

3.4. Demografik Özellikler

Tablo 6

Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı Tablosu

Cinsiyet	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Toplam Yüzde
Erkek	120	36,8	36,8	36,8
Kadın	206	63,2	63,2	100
Toplam	326	100	100	

Tablo 6’den görüleceği üzere araştırmaya katılan 120 kişi erkek, 206 kişi de kadındır.

Tablo 7

Katılımcıların Yaşlarının Dağılımı Tablosu

Yaş	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Toplam Yüzde
30 yaş ve altı	99	30,4	30,4	30,4
31 yaş ve 40 yaş arası	133	40,8	40,8	71,2
41 yaş ve üstü	94	28,8	28,8	100
Toplam	326	100	100	

Tablo 7’den görüleceği üzere araştırmaya katılanlardan 99 kişi 30 yaş ve altı, 133 kişi 31 ve 40 yaş arası, 94 kişi de 41 yaş ve üstüdür.

Tablo 8

Katılımcıların Eğitim Durumu Dağılımı Tablosu

Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Toplam Yüzde
Lise ve altı	43	13,2	13,2	13,2
Ön Lisans	74	22,7	22,7	35,9
Lisans	95	29,1	29,1	65
Lisans Üstü	114	35	35	100
Toplam	326	100	100	

Tablo 8’den görüleceği üzere, katılımcılardan 43 kişi lise ve altı, 74 kişi ön lisans, 95 kişi lisans ve 114 kişi lisansüstü eğitim derecesine sahiptir.

Tablo 9

Katılımcıların Tecrübe Durumu Dağılımı Tablosu

Tecrübe	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Toplam Yüzde
5 yıl ve altı	122	37,4	37,4	37,4
6-11 yıl	128	39,3	39,3	76,7
12 yıl ve üstü	76	23,3	23,3	100
Toplam	326	100	100	

Tablo 9’den görüleceği üzere katılımcılardan 122 kişi 5 yıl ve daha az, 128 kişi 6 yıl ve 11 yıl arası, 76 kişi ise 12 yıl ve üstü tecrübeye sahiptir.

Tablo 10

Katılımcıların Departman Dağılımı Tablosu

Departman	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Toplam Yüzde
Cerrahi Tıp Bilimleri	142	43,6	43,6	43,6
Dâhili Tıp Bilimleri	80	24,5	24,5	68,1
Temel Tıp Bilimleri	50	15,3	15,3	83,4
İdari Birimler	25	7,7	7,7	91,1
Diğer	29	8,9	8,9	100
Toplam	326	100	100	

Tablo 10’den görüleceği üzere, katılımcılardan 142 kişi Cerrahi Tıp Bilimleri bölümlerinde, 80 kişi Dâhili Tıp Bilimleri bölümlerinde, 50 kişi Temel Tıp Bilimleri bölümlerinde, 25 kişi İdari Birimler bölümlerinde ve 29 kişi ise diğer birim veya bölümlerde çalışmaktadırlar.

Tablo 11

Katılımcıların Çalıştıkları Hastanelere Göre Dağılım Tablosu

Hastane Adı	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Toplam Yüzde
A Hastanesi	107	32,8	32,8	32,8
B Hastanesi	118	36,2	36,2	69
C Hastanesi	101	31	31	100
Toplam	326	100	100	

Tablo 11’den görüleceği üzere, katılımcılarımızdan 107 kişi A Hastanesi’nde, 118 kişi B Hastanesi’nde, 101 kişi de C Hastanesi’nde çalışmaktadır.

3.5. Güvenilirlik Analizi

Tablo 12
Güvenilirlik Analizi

Cronbach's Alpha	Standardize Edilmiş Cronbach's Alpha	
0,823	0,811	40
	N	%
Geçerli	326	100
Geçersiz	0	0
Toplam	326	100

SPSS25 programı kullanılarak anketimizin güvenilirliği hesap edildi ve Cronbach's Alpha değeri Tablo 12'den de görüleceği üzere 0,811 çıktığı için, diğer hesaplara devam edilebilir ve anketimiz güvenlidir sonucu çıkmıştır.

Cinsiyet, yaş, departman, hastane, tecrübe ve eğitim bağımsız değişkenlerimiz ile anketimizde kullandığımız 5 ölçek arasında yapılan normallik testlerinde verilen cevapların Skewness ve Kurtosis değerlerinin -1.5 ile +1.5 arasında olduğu gözlemlendiği için verilerimizin normal dağıldığı görülmüştür ve demografik özellikler ile toplam kalite yönetimi arasındaki ilişkiyi saptayabilmek için, demografik özellikler ve ölçekler arasında ANOVA ile t testleri yapılmıştır.

3.6. Hipotezler ve Araştırma Bulguları

Bu bölümde tüm demografik özellikler ve ölçekler birbirleri ile karşılaştırılmış, aralarında ilişki olup olmadığı tespit edilmiştir.

3.6.1. Hastane Çalışanlarının Cinsiyetleri İle Sürekli İyileştirme Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının cinsiyetleri ile sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının cinsiyetleri ile sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 13

Cinsiyet ve Sürekli İyileştirme İlişkisi

	N	Ortalama	Std. Sapma	T	p
Erkek	120	4,71	0,18	0,246	0,806
Kadın	206	4,71	0,25		

Tablo 13'ten de görüleceği üzere, cinsiyet değişkenine göre, sig> 0,05 olarak bulunduğu için hastane çalışanlarının cinsiyeti ve sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir farklılık görünmemektedir (T değeri= 0,0246 p=0,806>.05). Dolayısı ile H0 hipotezi kabul edilir.

3.6.2. Hastane Çalışanlarının Cinsiyetleri İle Takım Çalışması Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının cinsiyetleri ile takım çalışması arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının cinsiyetleri ile takım çalışması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 14

Cinsiyet ve Takım Çalışması İlişkisi

	N	Ortalama	Std. Sapma	T	p
Erkek	120	4,63	0,19	0,703	0,483
Kadın	206	4,64	0,22		

Tablo 14'ten de görüleceği üzere, $\text{sig} > 0,05$ olarak bulunduğu için hastane çalışanlarının cinsiyeti ve takım çalışması arasında anlamlı bir farklılık görünmemektedir (T değeri= 0,703 $p=0,483 > .05$). Dolayısı ile H_0 hipotezi kabul edilir.

3.6.3. Hastane Çalışanlarının Cinsiyetleri İle TKY Kapsamlı Eğitimler Arasındaki İlişki

H_0 : Hastane çalışanlarının cinsiyetleri ile TKY kapsamlı eğitimler arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastane çalışanlarının cinsiyetleri ile TKY kapsamlı eğitimler arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 15
Cinsiyet ve TKY Kapsamlı Eğitimler İlişkisi

	N	Ortalama	Std. Sapma	T	p
Erkek	120	4,51	0,257	5,111	0,000
Kadın	206	4,35	0,267		

Tablo 15'ten de görüleceği üzere, $\text{sig} < 0,05$ olarak bulunduğu için hastane çalışanlarının cinsiyeti ve TKY kapsamlı eğitimleri arasında anlamlı bir farklılık görünmektedir (T değeri= 5,111 $p=0,000 < .05$). Dolayısı ile H_1 hipotezi kabul edilir. Bu farklılığı Tablo 16'dan da ayrıca incelersek, erkek çalışanların kadın çalışanlara göre TKY kapsamlı eğitimlerine verdikleri önem düzeyi artmaktadır.

Tablo 16
Cinsiyet ve TKY Eğitimlerinin Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma
Erkek	120	4,5133	0,25763
Kadın	206	4,3583	0,26797

3.6.4. Hastane Çalışanlarının Cinsiyetleri İle Müşteri Odaklılık Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının cinsiyetleri ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının cinsiyetleri ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 17

Cinsiyet ve Müşteri Odaklılık İlişkisi

	N	Ortalama	Std. Sapma	T	p
Erkek	120	4,25	0,299	0,829	0,408
Kadın	206	4,23	0,278		

Tablo 17'ten de görüleceği üzere, sig> 0,05 olarak bulunduğu için hastane çalışanlarının cinsiyeti ve müşteri odaklılık arasında anlamlı bir farklılık görünmemektedir (T değeri= 0,829 p=0,408>.05). Dolayısı ile H0 hipotezi kabul edilir.

3.6.5. Hastane Çalışanlarının Cinsiyetleri İle Üst Yönetim Katılımı Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının cinsiyetleri ile üst yönetimin katılımı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının cinsiyetleri ile üst yönetimin katılımı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 18'ten de görüleceği üzere, sig<0,05 olarak bulunduğu için hastane çalışanlarının cinsiyeti ve üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir farklılık görünmektedir. Dolayısı ile H0 hipotezi reddedilir, H1 hipotezi kabul edilir. Elde edilen verilere göre erkek ve kadınların görüşleri, üst yönetimin TKY uygulamalarını teşvik etmesi, kararlılık ve katılım gibi konularda farklılık göstermektedir ve kadın çalışanlar üst yönetimin katılımını daha önemli olarak görmektedirler.

Tablo 18
Cinsiyet ve Üst Yönetim Katılımı İlişkisi

	N	Ortalama	Std. Sapma	T	p
Erkek	120	4,68	0,201	2,575	0,01
Kadın	206	4,74	0,235		

3.6.6. Hastane Çalışanlarının Yaşları İle Sürekli İyileştirme Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının yaşları ile sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının yaşları ile sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 19
Yaş ve Sürekli İyileştirme İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
30 Yaş ve Altı 31-40 Yaş 41 Yaş ve Üstü	Gruplar arası	0,431	2	0,215	4,112	0,017
	Grup içi	16,911	323	0,052		

Tablo 19'dan da görüleceği üzere, $\text{sig} < 0,05$ olarak bulunduğu için hastane çalışanlarının yaşları ve sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir farklılık görünmektedir. Bu farklılığın hangi yaş grupları arasında olduğunu anlayabilmek için varyansların homojenliği testi yapılarak, homojen olduğu görülmüş ve Tukey testi yapılmıştır. Tablo 20'den de görüleceği üzere %95 güven aralığında, 30yaş ve altı çalışanlar ile 31 ve 40 yaş arası çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Dolayısı ile H0 hipotezimiz reddedilmiş, H1 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 20**Yaş ve Sürekli İyileştirme İlişkisi Tukey Testi**

Sınıf Değişkenleri			Ortalamalar Farkı	p
Tukey HSD	30 yaş ve altı	31 ve 40 arası	-,08670*	0,013
		41 ve üstü	-0,05745	0,191
	31 ve 40 arası	30 yaş ve altı	,08670*	0,013
		41 ve üstü	0,02926	0,610
	41 ve üstü	30 yaş ve altı	0,05745	0,191
		31 ve 40 arası	-0,02926	0,610

3.6.7. Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları İle Sürekli İyileştirme Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının eğitim durumları ile sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının eğitim durumları ile sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 21**Eğitim Durumu ve Sürekli İyileştirme İlişkisi**

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Lise ve altı Ön Lisans Lisans Lisans Üstü	Gruplar arası	1,170	3	0,390	7,767	0,000
	Grup içi	16,172	322	0,050		

Tablo 21'den de görüleceği üzere, sig<0,05 olduğundan dolayı hastane çalışanlarının eğitim durumları ile sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir farklılık vardır. Bu farklılığın nereden kaynaklandığını görebilmek için Tukey testi yapılmıştır.

Tablo 22**Eğitim Durumu ve S¼rekli İyileştirme İlişkisi Tukey Testi**

Sınıf Değişkenleri		Ortalamalar Farkı	P	
Tukey HSD	Lise ve altı	Ön Lisans	-0,07752	0,273
		Lisans	0,03652	0,812
		Lisans Üstü	-0,10237	0,054
	Ön Lisans	Lise ve altı	0,07752	0,273
		Lisans	,11404*	0,006
		Lisans Üstü	-0,02485	0,880
	Lisans	Lise ve altı	-0,03652	0,812
		Ön Lisans	-,11404*	0,006
		Lisans Üstü	-,13889*	0,000
	Lisans Üstü	Lise ve altı	0,10237	0,054
		Ön Lisans	0,02485	0,880
		Lisans	,13889*	0,000

Tablo 22'den de gör¼leceęi üzere, %95 güven aralığında ön lisans ve lisans mezunları arasında, lisansüstü ve lisans mezunları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmektedir. Bu nedenlerle H0 hipotezi reddedilmiş, H1 hipotezi kabul edilmiştir.

3.6.8. Hastane Çalışanlarının Departmanları İle S¼rekli İyileştirme Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının departmanları ile s¼rekli iyileştirme arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının departmanlar ile s¼rekli iyileştirme arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 23'ten de gör¼leceęi, sig>0,05 olduğundan dolayı üzere, hastane çalışanlarının departmanları ve s¼rekli iyileştirme arasında anlamlı bir farklılık görünmemektedir. Dolayısıyla ile H0 hipotezi kabul edilir.

Tablo 23**Departmanlar ve Sürekli İyileştirme İlişkisi**

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Cerrahi Tıp Bilimleri Dâhili Tıp Bilimleri Temel Tıp Bilimleri İdari Birimler Diğer	Gruplar arası	0,428	4	0,107	2,029	0,09
	Grup içi	16,914	321	0,053		

3.6.9. Hastane Çalışanlarının Tecrübeleri İle Sürekli İyileştirme Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının tecrübeleri ile sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının tecrübeleri ile sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 24**Tecrübe ve Sürekli İyileştirme İlişkisi**

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
5 yıl ve altı 6-11 yıl 12-17 yıl 18 yıl ve üstü	Gruplar arası	0,355	2	0,178	3,379	0,055
	Grup içi	16,987	323	0,053		

Tablo 24'ten de görüleceği üzere, $\text{sig} > 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının tecrübeleri ile sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Dolayısı ile H0 hipotezi kabul edilir.

3.6.10. Hastanelerin Farklı Olması İle Sürekli İyileştirme Arasındaki İlişki

H0: Hastanelerin farklı olması ile sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastanelerin farklı olması ile sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 25

Farklı Hastaneler ve Sürekli İyileştirme İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
A Hastanesi B Hastanesi C Hastanesi	Gruplar arası	0,312	2	0,156	2,962	0,053
	Grup içi	17,030	323	0,053		

Tablo 25'ten de görüleceği üzere, $\text{sig} > 0,05$ olduğundan dolayı hastanelerin farklı olması durumu ile sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Dolayısı ile H0 hipotezi kabul edilir.

3.6.11. Hastane Çalışanlarının Yaşları İle Takım Çalışması Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının yaşları ile takım çalışması arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının yaşları ile takım çalışması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 26

Yaş ve Takım Çalışması İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
30 Yaş ve Altı 31-40 Yaş 41 Yaş ve Üstü	Gruplar arası	0,030	2	0,015	0,324	0,723
	Grup içi	14,792	323	0,046		

Tablo 26'dan da görüleceği üzere, $\text{sig} > 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının yaşları ile takım çalışması arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Dolayısı ile H_0 hipotezi kabul edilir.

3.6.12. Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları İle Takım Çalışması Arasındaki İlişki

H_0 : Hastane çalışanlarının eğitim durumları ile takım çalışması arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastane çalışanlarının eğitim durumları ile takım çalışması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 27
Eğitim Durumu ve Takım Çalışması İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
Lise ve altı Ön Lisans Lisans Lisans Üstü	Gruplar arası	0,410	3	0,137	3,053	0,029
	Grup içi	14,412	322	0,045		

Tablo 27'den de görüleceği üzere, $\text{sig} < 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının eğitim durumu ile takım çalışması arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir. Bu farklılığın nereden kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi yapılmıştır. Tablo 28'den görüleceği üzere, ön lisans ve lisans mezunları, lisans ve lisansüstü mezunları arasında anlamlı farklılıklar mevcuttur. Dolayısı ile H_0 hipotezi reddedilir, H_1 hipotezi kabul edilir.

Tablo 28**Eğitim Durumu ve Takım alışması İlişkisi Tukey Testi**

Sınıf Değişkenleri		Ortalamalar Farkı	p	
Tukey HSD	Lise ve altı	Ön Lisans	0,01292	0,989
		Lisans	0,07173	0,254
		Lisans Üstü	-0,01446	0,981
	Ön Lisans	Lise ve altı	-0,01292	0,989
		Lisans	0,05880	0,279
		Lisans Üstü	-0,02738	0,822
	Lisans	Lise ve altı	-0,07173	0,254
		Ön Lisans	-0,05880	0,279
		Lisans Üstü	-,08618*	0,019
	Lisans Üstü	Lise ve altı	0,01446	0,981
		Ön Lisans	0,02738	0,822
		Lisans	,08618*	0,019

3.6.13. Hastane alışanlarının Departmanları İle Takım alışması Arasındaki İlişki

H0: Hastane alışanlarının departmanları ile takım çalışması arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane alışanlarının departmanları ile takım çalışması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 29

Departmanlar ve Takım Çalışması İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Cerrahi Tıp Bilimleri Dâhili Tıp Bilimleri Temel Tıp Bilimleri İdari Birimler Diğer	Gruplar arası	0,360	4	0,090	1,995	0,095
	Grup içi	14,462	321	0,045		

Tablo 29'dan da görüleceği üzere, $\text{sig} > 0,05$ olduğundan dolayı departman ve takım çalışması arasında anlamlı bir farklılık yoktur ve H_0 hipotezi kabul edilir.

3.6.14. Hastane Çalışanlarının Tecrübeleri İle Takım Çalışması Arasındaki İlişki

H_0 : Hastane çalışanlarının tecrübeleri ile takım çalışması arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastane çalışanlarının tecrübeleri ile takım çalışması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 30

Tecrübe ve Takım Çalışması İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
5 yıl ve altı 6-11 yıl 12-17 yıl 18 yıl ve üstü	Gruplar arası	0,062	2	0,031	0,675	0,610
	Grup içi	14,760	323	0,046		

Tablo 30'dan da görüleceği üzere $\text{sig} > 0,05$ olduğundan dolayı tecrübe ve takım çalışması arasında anlamlı bir farklılık yoktur ve H_0 hipotezi kabul edilir.

3.6.15. Hastanelerin Farklı Olması İle Takım Çalışması Arasındaki İlişki

H0: Hastanelerin farklı olması ile takım çalışması arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastanelerin farklı olması ile takım çalışması arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 31

Hastanelerin Farklı Olması ve Takım Çalışması İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
A Hastanesi	Gruplar arası	0,018	2	0,009	0,195	0,823
B Hastanesi						
C Hastanesi	Grup içi	14,804	323	0,046		

Tablo 31'den de görüleceği üzere, $\text{sig} > 0,05$ olduğundan dolayı hastanelerin farklı olması ile takım çalışması arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Dolayısı ile H0 hipotezi kabul edilir.

3.6.16. Hastane Çalışanlarının Yaşları İle TKY Kapsamlı Eğitimler Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının yaşları ile TKY kapsamlı eğitimler arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının yaşları ile TKY kapsamlı eğitimler arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 32

Hastane Çalışanlarının Yaşları ve TKY Kapsamlı Eğitimler İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
30 Yaş ve Altı	Gruplar arası	0,123	2	0,061	0,814	0,444
31-40 Yaş 41 Yaş ve Üstü	Grup içi	24,321	323	0,075		

Tablo 32'den de görüleceği üzere, $\text{sig} > 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının yaşları ile TKY Kapsamlı eğitimler arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Dolayısı ile H_0 hipotezi kabul edilir.

3.6.17. Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları İle TKY Eğitimleri Arasındaki İlişki

H_0 : Hastane çalışanlarının eğitim durumları ile TKY kapsamlı eğitimler arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastane çalışanlarının eğitim durumları ile TKY kapsamlı eğitimler arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 33

Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları ve Eğitimler İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Lise ve altı Ön Lisans	Gruplar arası	1,074	3	0,358	4,932	0,002
Lisans Lisans Üstü	Grup içi	23,369	322	0,073		

Tablo 33'den de görüldüğü üzere, $\text{sig} < 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının eğitim durumları ile TKY kapsamlı eğitimleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 34

**Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları ve TKY Kapsamlı Eğitimleri İlişkisi
Games Howel Testi**

Sınıf Değişkenleri			Ortalamalar Farkı	p
Games-Howell	Lise ve altı	Ön Lisans	-0,06499	0,651
		Lisans	0,02218	0,971
		Lisans Üstü	-0,11326	0,126
	Ön Lisans	Lise ve altı	0,06499	0,651
		Lisans	0,08717	0,165
		Lisans Üstü	-0,04827	0,670
	Lisans	Lise ve altı	-0,02218	0,971
		Ön Lisans	-0,08717	0,165
		Lisans Üstü	-,13544*	0,001
	Lisans Üstü	Lise ve altı	0,11326	0,126
		Ön Lisans	0,04827	0,670
		Lisans	,13544*	0,001

Bu farklılığın nereden kaynaklandığını tespit etmek için, varyansların homojen olmamasından dolayı Games-Howel testi yapılmıştır. Bu testin sonuçlarına göre, Tablo 34'ten de anlaşılacağı üzere, $\text{sig} < 0,05$ olması nedeni ile, lisans ve lisans üstü eğitimlere sahip çalışanlar arasında farklılık bulunmaktadır. Dolayısı ile H_0 hipotezi reddedilir, H_1 hipotezi kabul edilir.

3.6.18. Hastane Çalışanlarının Departmanları İle TKY Kapsamlı Eğitimler Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının departmanları ile TKY kapsamlı eğitimleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının departmanları ile TKY kapsamlı eğitimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 35

Hastane Çalışanlarının Departmanları ve TKY Kapsamlı Eğitimleri İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Cerrahi Tıp Bilimleri Dahili Tıp Bilimleri Temel Tıp Bilimleri İdari Birimler Diğer	Gruplar arası	0,865	4	0,216	2,943	0,021
	Grup içi	23,579	321	0,073		

Tablo 35'ten de görüldüğü üzere, $\text{sig} < 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının departmanları ile TKY eğitimleri arasında anlamlı bir farklılık vardır. Bu farklılığın nereden kaynaklandığını tespit etmek için, varyansların homojen olmamasından dolayı Games-Howel testi yapılmıştır. Bu testin sonuçlarına göre, Tablo 36'dan da anlaşılacağı üzere, $\text{sig} < 0,05$ olması nedeni ile, cerrahi tıp bilimleri departmanlarında çalışanlar ile diğer departmanlarda çalışanlar arasında farklılık bulunmaktadır. Dolayısı ile H0 hipotezi reddedilir, H1 hipotezi kabul edilir.

Tablo 36**Hastane Çalışanlarının Departmanları ve TKY Kapsamlı Eğitimleri İlişkisi Games Howel Testi**

Sınıf Değişkenleri		Ortalamalar Farkı	p
Cerrahi Tıp Bilimleri	Dahili Tıp Bilimleri	-0,06849	0,270
	Temel Tıp Bilimleri	-0,09899	0,222
	İdari Birimler	-0,00699	1,000
	Diğer	-,15512*	0,039
Dahili Tıp Bilimleri	Cerrahi Tıp Bilimleri	0,06849	0,270
	Temel Tıp Bilimleri	-0,03050	0,967
	İdari Birimler	0,06150	0,907
	Diğer	-0,08664	0,485
Temel Tıp Bilimleri	Cerrahi Tıp Bilimleri	0,09899	0,222
	Dahili Tıp Bilimleri	0,03050	0,967
	İdari Birimler	0,09200	0,762
	Diğer	-0,05614	0,893
İdari Birimler	Cerrahi Tıp Bilimleri	0,00699	1,000
	Dahili Tıp Bilimleri	-0,06150	0,907
	Temel Tıp Bilimleri	-0,09200	0,762
	Diğer	-0,14814	0,377
Diğer	Cerrahi Tıp Bilimleri	,15512*	0,039
	Dahili Tıp Bilimleri	0,08664	0,485
	Temel Tıp Bilimleri	0,05614	0,893
	İdari Birimler	0,14814	0,377

3.6.19. Hastane Çalışanlarının Tecrübeleri İle TKY Kapsamlı Eğitimler Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının tecrübeleri ile TKY kapsamlı eğitimleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının tecrübeleri ile TKY kapsamlı eğitimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 37

Hastane Çalışanlarının Tecrübeleri ve TKY Kapsamlı Eğitimleri İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
5 yıl ve altı 6-11 yıl 12-17 yıl 18 yıl ve üstü	Gruplar arası	0,488	2	0,244	3,293	0,068
	Grup içi	23,955	323	0,074		

Tablo 37'den de görüldüğü üzere, $\text{sig} > 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının tecrübeleri ile TKY eğitimleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur. H_0 hipotezi kabul edilir.

3.6.20. Hastanelerin Farklı Olması İle TKY Kapsamlı Eğitimleri Arasındaki İlişki

H_0 : Hastanelerin farklı olması ile TKY kapsamlı eğitimleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastanelerin farklı olması ile TKY kapsamlı eğitimleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 38

Hastanelerin Farklı Olması ve TKY Kapsamlı Eğitimleri İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
A Hastanesi B Hastanesi C Hastanesi	Gruplar arası	0,138	2	0,069	0,914	0,402
	Grup içi	24,306	323	0,075		

Tablo 38'den de görüldüğü üzere, $\text{sig} > 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının departmanları ile TKY eğitimleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur. H0 hipotezi kabul edilir.

3.6.21. Hastane Çalışanlarının Yaşları İle Üst Yönetim Katılımı Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının yaşları ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının yaşları ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 39

Hastanelerin Çalışanlarının Yaşları ve Üst Yönetim Katılımı İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
30 Yaş ve Altı 31-40 Yaş 41 Yaş ve Üstü	Gruplar arası	0,174	2	0,087	1,722	0,180
	Grup içi	16,327	323	0,051		

Tablo 39'dan da görüldüğü üzere, $\text{sig} > 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının yaşları ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir farklılık yoktur. H0 hipotezi kabul edilir.

3.6.22. Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumu İle Üst Yönetim Katılımı Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının eğitim durumları ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının eğitim durumları ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 40

Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları ve Üst Yönetim Katılımı İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
Lise ve altı Ön Lisans Lisans Lisans Üstü	Gruplar arası	1,119	3	0,373	7,808	0,000
	Grup içi	15,382	322	0,048		

Tablo 40'tan da görüldüğü üzere, $\text{sig} < 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının eğitim durumları ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir farklılık vardır. Bu farklılığın nereden kaynaklandığını tespit etmek için, varyansların homojen olmasından dolayı Tukey testi yapılmıştır. Bu testin sonuçlarına göre, Tablo 41'den de anlaşılacağı üzere, $\text{sig} < 0,05$ olması nedeni ile, lise ve altı eğitim durumu olanlar ile lisans eğitimi olanlar, ön lisans ve lisans eğitimleri olanlar, lisans ve diğer eğitim seviyelerinde olanlar, lisans üstü eğitimi olanlar ile lisans eğitimi olanlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Dolayısı ile H0 hipotezi reddedilir, H1 hipotezi kabul edilir.

Tablo 41**Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları ve Üst Yönetim Katılımı İlişkisi Tukey Testi**

Sınıf Değişkenleri			Ortalamalar Farkı	p
Tukey HSD	Lise ve altı	Ön Lisans	0,03563	0,830
		Lisans	,15517*	0,001
		Lisans Üstü	0,03522	0,805
	Ön Lisans	Lise ve altı	-0,03563	0,830
		Lisans	,11954*	0,003
		Lisans Üstü	-0,00041	1,000
	Lisans	Lise ve altı	-,15517*	0,001
		Ön Lisans	-,11954*	0,003
		Lisans Üstü	-,11996*	0,001
	Lisans Üstü	Lise ve altı	-0,03522	0,805
		Ön Lisans	0,00041	1,000
		Lisans	,11996*	0,001

3.6.23. Hastane Çalışanlarının Departmanları İle Üst Yönetim Katılımı Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının departmanları ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının departmanları ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 42

Hastane Çalışanlarının Departmanları ve Üst Yönetim Katılımı İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
Cerrahi Tıp Bilimleri Dahili Tıp Bilimleri Temel Tıp Bilimleri İdari Birimler Diğer	Gruplar arası	0,432	4	0,108	2,159	0,073
	Grup içi	16,068	321	0,050		

Tablo 42'den de görüldüğü üzere, $\text{sig} > 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının yaşları ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir farklılık yoktur. H_0 hipotezi kabul edilir.

3.6.24. Hastane Çalışanlarının Tecrübeleri İle Üst Yönetim Katılımı Arasındaki İlişki

H_0 : Hastane çalışanlarının tecrübeleri ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastane çalışanlarının tecrübeleri ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 43

Hastane Çalışanlarının Tecrübeleri ve Üst Yönetim Katılımı İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
5 yıl ve altı 6-11 yıl 12-17 yıl 18 yıl ve üstü	Gruplar arası	0,246	2	0,123	2,444	0,088
	Grup içi	16,255	323	0,050		

Tablo 43'ten de görüldüğü üzere, $\text{sig} > 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının tecrübeleri ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir farklılık yoktur. H_0 hipotezi kabul edilir.

3.6.25. Hastanelerin Farklı Olması Durumu İle Üst Yönetim Katılımı Arasındaki İlişki

H_0 : Hastanelerin farklı olması durumu ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastanelerin farklı olması durumu ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 44

Hastanelerin Farklı Olması Durumu ve Üst Yönetim Katılımı İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
A Hastanesi B Hastanesi C Hastanesi	Gruplar arası	0,361	2	0,181	3,614	0,578
	Grup içi	16,139	323	0,050		

Tablo 44'ten de görüldüğü üzere, $\text{sig} > 0,05$ olduğundan dolayı hastanelerin farklı olması ile üst yönetim katılımı arasında anlamlı bir farklılık yoktur. H_0 hipotezi kabul edilir.

3.6.26. Hastane Çalışanlarının Yaşları İle Müşteri Odaklılık Arasındaki İlişki

H_0 : Hastane çalışanlarının yaşları ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastane çalışanlarının yaşları ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 45

Hastanelerin Çalışanlarının Yaşları ve Müşteri Odaklılık İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
30 Yaş ve Altı 31-40 Yaş 41 Yaş ve Üstü	Gruplar arası	0,097	2	0,049	0,592	0,554
	Grup içi	26,512	323	0,082		

Tablo 45'ten de görüldüğü üzere, $\text{sig} > 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının yaşları ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir farklılık yoktur. H_0 hipotezi kabul edilir.

3.6.27. Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumu İle Müşteri Odaklılık Arasındaki İlişki

H_0 : Hastane çalışanlarının eğitim durumları ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastane çalışanlarının eğitim durumları ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 46

Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları ve Müşteri Odaklılık İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
Lise ve altı Ön Lisans Lisans Lisans Üstü	Gruplar arası	3,311	3	1,104	15,252	0,000
	Grup içi	23,298	322	0,072		

Tablo 46'dan da görüldüğü üzere, $\text{sig} < 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının eğitim durumları ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir farklılık vardır. Bu farklılığın

nereden kaynaklandığını tespit etmek için, varyansların homojen olmasından dolayı Tukey testi yapılmıştır. Bu testin sonuçlarına göre, Tablo 47’den de anlaşılacağı üzere, sig<0,05 olması nedeni ile, lise ve altı eğitim durumu olanlar ile ön lisans eğitimi olanlar ve lisans üstü eğitimi olanlar, ön lisans eğitimi olanlar ile lise ve altı ve lisans eğitimi olanlar, lisans eğitimleri olanlar ile ön lisans ve lisans üstü eğitimi olanlar, lisans üstü eğitimi olanlar ile lise ve altı ile lisans eğitimi olanlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Dolayısı ile H0 hipotezi reddedilir, H1 hipotezi kabul edilir.

Tablo 47

Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumları ve Müşteri Odaklılık İlişkisi Tukey Testi

Sınıf Değişkenleri		Ortalamalar Farkı	p	
Tukey HSD	Lise ve altı	Ön Lisans	-,17580*	0,004
		Lisans	0,06007	0,618
		Lisans Üstü	-,14659*	0,013
	Ön Lisans	Lise ve altı	,17580*	0,004
		Lisans	,23587*	0,000
		Lisans Üstü	0,02921	0,886
	Lisans	Lise ve altı	-0,06007	0,618
		Ön Lisans	-,23587*	0,000
		Lisans Üstü	-,20667*	0,000
	Lisans Üstü	Lise ve altı	,14659*	0,013
		Ön Lisans	-0,02921	0,886
		Lisans	,20667*	0,000

3.6.28. Hastane Çalışanlarının Departmanları İle Müşteri Odaklılık Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının departmanları ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının departmanları ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 48

Hastane Çalışanlarının Departmanları ve Müşteri Odaklılık İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
Cerrahi Tıp Bilimleri Dahili Tıp Bilimleri Temel Tıp Bilimleri İdari Birimler Diğer	Gruplar arası	1,000	4	0,250	3,135	0,015
	Grup içi	25,609	321	0,080		

Tablo 48'den de görüldüğü üzere, $\text{sig} < 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının departmanları ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir farklılık vardır. Bu farklılığın nereden kaynaklandığını tespit etmek için, varyansların homojen olmasından dolayı Tukey testi yapılmıştır. Bu testin sonuçlarına göre, Tablo 49'dan da anlaşılacağı üzere, $\text{sig} < 0,05$ olması nedeni ile, idari bilimler ve temel tıp bilimleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Dolayısı ile H_0 hipotezi reddedilir, H_1 hipotezi kabul edilir.

Tablo 49**Hastane Çalışanlarının Departmanları ve Müşteri Odaklılık İlişkisi Tukey Testi**

Sınıf Değişkenleri		Ortalamalar Farkı	p	
Tukey HSD	Cerrahi Tıp Bilimleri	Dahili Tıp Bilimleri	-0,02278	0,978
		Temel Tıp Bilimleri	-0,11628	0,092
		İdari Birimler	0,10772	0,400
		Diğer	-0,06994	0,743
	Dahili Tıp Bilimleri	Cerrahi Tıp Bilimleri	0,02278	0,978
		Temel Tıp Bilimleri	-0,09350	0,355
		İdari Birimler	0,13050	0,260
		Diğer	-0,04716	0,939
	Temel Tıp Bilimleri	Cerrahi Tıp Bilimleri	0,11628	0,092
		Dahili Tıp Bilimleri	0,09350	0,355
		İdari Birimler	,22400*	0,012
		Diğer	0,04634	0,956
	İdari Birimler	Cerrahi Tıp Bilimleri	-0,10772	0,400
		Dâhili Tıp Bilimleri	-0,13050	0,260
		Temel Tıp Bilimleri	-,22400*	0,012
		Diğer	-0,17766	0,146
	Diğer	Cerrahi Tıp Bilimleri	0,06994	0,743
		Dâhili Tıp Bilimleri	0,04716	0,939
		Temel Tıp Bilimleri	-0,04634	0,956
		İdari Birimler	0,17766	0,146

3.6.29. Hastane Çalışanlarının Tecrübeleri İle Müşteri Odaklılık Arasındaki İlişki

H0: Hastane çalışanlarının tecrübeleri ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Hastane çalışanlarının tecrübeleri ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 50

Hastane Çalışanlarının Tecrübeleri ve Müşteri Odaklılık İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
5 yıl ve altı 6-11 yıl 12-17 yıl 18 yıl ve üstü	Gruplar arası	0,185	2	0,092	1,129	0,325
	Grup içi	26,425	323	0,082		

Tablo 50'den de görüldüğü üzere, $\text{sig} > 0,05$ olduğundan dolayı hastane çalışanlarının tecrübeleri ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir farklılık yoktur. H_0 hipotezi kabul edilir.

3.6.30. Hastanelerin Farklı Olması İle Müşteri Odaklılık Arasındaki İlişki

H_0 : Hastanelerin farklı olması ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 : Hastanelerin farklı olması ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 51

Hastanelerin Farklı Olması Durumu ve Müşteri Odaklılık İlişkisi

	Varyans Kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
A Hastanesi B Hastanesi C Hastanesi	Gruplar arası	0,896	2	0,448	5,626	0,004
	Grup içi	25,713	323	0,080		

Tablo 51'den de görüldüğü üzere, $\text{sig} < 0,05$ olduğundan dolayı hastanelerin farklı olması durumu müşteri odaklılık arasında anlamlı bir farklılık vardır. Bu farklılığın nereden kaynaklandığını tespit etmek için, varyansların homojen olmasından dolayı Tukey testi yapılmıştır. Bu testin sonuçlarına göre, Tablo 52'den de anlaşılacağı üzere,

sig<0,05 olması nedeni ile, A hastanesi B ve C hastanesi ile, B hastanesi A hastanesi ile, C hastanesi A hastanesi ile aralarında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Dolayısı ile H0 hipotezi reddedilir, H1 hipotezi kabul edilir.

Tablo 52

Hastanelerin Farklı Olması Durumu ve Müşteri Odaklılık İlişkisi Tukey Testi

Sınıf Değişkenleri			Ortalamalar Farkı	P
Tukey HSD	A Hastanesi	B Hastanesi	-,10653*	0,014
		C Hastanesi	-,11681*	0,009
	B Hastanesi	A Hastanesi	,10653*	0,014
		C Hastanesi	-0,01029	0,961
	C Hastanesi	A Hastanesi	,11681*	0,009
		B Hastanesi	0,01029	0,961

SONUÇ

İşletme yönetimleri, kalite çalışmalarına önderlik etmeli, örnek davranışlarıyla aktif katılımı teşvik ederek çalışanlarını cesaretlendirmelidir. Yöneticiler tarafından çalışanların kararlara katılımlarını sağlamak için uygun çevre düzenlenmeli, ödüllendirme faaliyetleri devreye sokularak ve katılım için gereken yapı oluşturulmalıdır. Kalite yönetimi düşüncesi kuruma yerleştikten sonra artık herkes kaliteyi başkalarının görevi olarak görmemeli kendi görevi olarak benimsemeli, herkes birer kalite denetleyecisi ve uygulayıcı olabilmelidir. Sağlık sektörü, sürekli değişime açık, teknolojinin hızlı geliştiği, beklentilerin yüksek olduğu bir sektör olarak nitelendirilebilir. Dolayısıyla ile çalışanlarının memnuniyetine özellikle önem verilmelidir. Çünkü hizmeti sunanların memnuniyeti, hizmeti temin edenlere de yansıtacaktır. Çalışanların memnuniyeti ile hastaların memnuniyetlerine de önem verilmeli, memnuniyetsizliğe sebep olabilecek etmenler ortadan kaldırılarak, hastaların memnuniyeti devamlı yükseltilmelidir (Yeşim, 2015: 80).

326 katılımcı ile, 3 ayrı özel hastanede 1 ay veri toplanarak yapılan bu çalışmada, hastane çalışanlarının;

Cinsiyet ile sürekli iyileştirme ve takım çalışması arasında bir ilişki saptanmamıştır. Dolayısıyla ile TKY kapsamında hastanelerde yapılan sürekli iyileştirme faaliyetleri ve takım çalışması faaliyetleri ile cinsiyet birbirinden bağımsız olarak tespit edilmiştir.

Cinsiyet ile TKY kapsamlı eğitimler, müşteri odaklılık, üst yönetimin katılımı arasında anket sonuçlarına göre anlamlı farklılıklar görülmüştür. Buna göre, kadınlarda ve erkeklerde bu değişkenler arasında, farklılıklar mevcuttur. Erkekler TKY kapsamlı eğitimlere daha çok önem verirken, kadınlar müşteri odaklılık ve üst yönetimin katılımına daha çok önem vermektedirler.

Yaş ve eğitim düzeyleri ile sürekli iyileştirme arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmiş olup, çeşitli yaş ve eğitim durumlarındaki çalışan grupları arasında sürekli iyileştirmeye verilen önem değişmektedir.

Departman farklılığı, tecrübe ve hastanelerin farklı olması durumları ile sürekli iyileştirme arasında demografik değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Yaş, departman farklılığı, tecrübe, hastanelerin farklı olması ile takım çalışması arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Dolayısı ile takım çalışması bu değişkenlere göre demografik açıdan bağımsızdır fakat, eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

Yaş, tecrübe ve hastanelerin farklı olması ile TKY kapsamlı eğitimler arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Fakat eğitim durumları ve departmanlara göre farklılaşma mevcuttur.

Yaş, departman, tecrübe ve hastanelerin farklı olması açısından üst yönetimin katılımı ile anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Fakat eğiti durumuna göre bir farklılık tespit edilmiştir.

Yaş ve tecrübe ile müşteri odaklılık arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Fakat departmanlara göre, eğitim durumuna ve hastane farklılığına göre müşteri odaklılığa verilen önem değişmektedir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

KAVUNCUBAŞI Ş., (2000), “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Ankara Siyasal Kitabevi

Sürelî Yayınlar

AKTAN C. C., (2012), “Organizasyonlarda Toplam Kalite Yönetimi”, Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi, Cilt: 4, Sayı:2

AKTÜRK Z., SET T., (2010). “Aile Hekimliği ve Kalite: Fırsatlar ve Uygulanmayı Bekleyen Araçlar” Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC), 4(1), 1-7.

AYGAR H., ÖNSÜZ M. F., (2017), “Sağlık Hizmetlerinde Kalite yönetimi”, Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2017; 2(1),26-32.

AYKAÇ B., ÖZER M. A., (2006), “Toplam Kalite Yönetiminin Kamu Kuruluşlarında Uygulanması: Sorunlar Ve Yeni Arayışlar”, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 8/3, (2006), 171-202

ATALAY O., KILIÇ Ö., “Balık Kılıçığı Yöntemi ile Mobil Vinç Kazası Olası Nedenlerinin İncelenmesi”, Çukurova Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi 30 (2016): 73-78

BAYAZIT Ö., (1998), “Toplam Kalite Yönetimi’nin Yürütülmesinde Önemli Bir Araç: Kalite Çemberleri”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 53(01)

BEKAROĞLU Ş. B., (2005), “Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının ve ISO 9000 Kalite Güvencesine Sahip Olmanın Hastane Performansına Etkileri: İstanbul’daki Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma”, Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi (9) 2005, 18-32

CENGİZ E., AKSOY H., “Tedarik Zinciri Elemanları Arasında Güven İlişkisi, Etik Kurallar Ve Bilgi Paylaşımının Tedarik Zinciri Performansı Üzerine Etkisi”, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 18, Sayı: 2, 2017

COŞKUN S., GÜLHAN Y., (2017), “TS EN 15224 Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetimi Standardının, Sağlık Hizmetlerindeki Diğer Kalite Standartları İle Karşılaştırılması”, Research Journal of Business and Management – (RJBM) ISSN: 2148-6689, Cit: 4, Sayı: 3

ÇIRAKLI Z. L., SAYIM F., (2009), “Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi”, Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi, Antalya

DERİN N., DEMİREL E. T., (2013), “Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması”, International Journal of Social Science Volume 6 Issue 2, p. 1111-1130

DOĞAN İ. F., BAKAN İ., HAYVA S., (2017), “Sağlık Sektörünün Temel Aktörleri Olan Hastanelerde Rekabet Stratejilerinin Kaliteye Etkisi”, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:16, Sayı:62 (817-835)

EMAD A. S., (2015), “Implementation Of Total Quality Management In Hospitals”, Journal of Taibah University Medical Sciences (2015) 10(4), 461e466

ERTUĞRUL İ., TEKİN B., (2016), “Meslek Kuruluşlarında Süreç Yönetimi: Denizli Ticaret Odası'nda Uygulanması”, Pamukkale İşletme ve Bilişim Yönetimi Dergisi, Cilt: 3, Sayı:1

KAHRAMAN H. B., FINDIKLI M.A., (2018), “Kariyer Yönetimi Kapsamında Eğitim Ve Geliştirme Faaliyetlerine Yönelik Algıların Çalışan Memnuniyet Üzerindeki Etkileri”, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 11, Sayı: 2

KARABULUT K., (1999), “Sağlık Ekonomisi: Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi”, Haberal Eğitim Vakfı Yayını Ankara: Hebaral Eğitim Vakfı Yayını.

KAZAN H., ERGÜLAN A., (2008), “Toplam Kalite Yönetim Araç Ve Tekniklerinin Üretimde Etkin Kılınması : Kosi Uygulaması”, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13 (1), 159-182

KIDAK L. B., NİŞANCI Z. N., BURMAOĞLU S., (2015), “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü: Kamu Hastanesi Örneği”, Yönetim ve Ekonomi Dergisi, Cit: 22, Sayı: 2, Manisa

KÖMÜRÇÜ N., DURMAZ A, BAYRAM N, GENÇ KOYUCU R., KARAMAN Ö, TOKER E., "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları ve Modelleri", Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 7 (2014): 95-114

KUMAR V., SINGH J., KUMAR D., ANTIL M, (2016), "Total Quality Management", National Journal of Advanced Research, Volume 2; Issue 3; May 2016; Page No. 05-08

ÖZKOÇ H., (2013), "Hastaların Sağlık Kurumu Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Uygunluk Analizi Ve Nested Logit Model", Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 15, Sayı: 2

PAKDİL F., (2007), "Hastanelerde Sürekli Performans İyileştirme Sürecinin Kalite Maliyetlerine Odaklanması Ve Bir Ölçüm Modeli Önerisi", Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, S:40, Cilt XXVI, Sayı 1, 2007, s. 35-54

PAPATYA G., PAPATYA N., HAMŞIOĞLU A. B., "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede Karşılaştırmalı Bir Araştırma", Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:2, Sayı:1

SAVAŞ H., KESMEZ A.G., (2015), "Hizmet Kalitesinin Servqual Modeli İle Ölçülmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma", Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 17, 2014, Sayfa 1-13

ŞAHİN H., ÇİHDAĞ S., ÇELEBİ M., (2017), "Klinik Kalite Yönetimi Uygulamalarına Hekimlerin Yaklaşımı", Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2016;(12) 27-51

TALIB F., RAHMAN Z., AZAM M., (2011), "Best Practices of Total Quality Management Implementation in Health Care Settings", Health Marketing Quarterly, 28:232–252

TÜKEL B., ACUNER A.M., ÖNDER Ö.R., ÜZGÜL A., "Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği)", Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt: 57, Sayı: 4, 2004

YEŞİM A., BEYAZIT G. Y., PINAR A., (2015), "Sağlık Sektöründe Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı (Ankara İli örneği)", Sağlık Akademisyenleri Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 2

YILDIZ, G., MESCI, M., (2015), “Toplam Kalite Yönetiminin Başarısında Rol Oynayan Kilit Faktörler”, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, (27).

ZAFER İ., ÜNAL E., (2017), “Yatan Hastaların Hizmet Kalitesi Algılarının Servqual Skoruna Göre İncelenmesi”, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2016;(12) 27-51

ZERENLER M., OĞÜT A., (2007), “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 18: 501-519.

Diğer

AĞBUĞA O., (2007), “Toplam Kalite Yönetiminde Kalite Çemberleri Ve İki Farklı İşletmede Kalite Çemberi Uygulaması”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü

BULGAN U., (2002), “Kütüphanecilik Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Bir Üniversite Kütüphanesi Uygulaması”, Yüksek Lisans Tezi, S:6, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

ÇİÇEK E., (1997), “Toplam Kalite Yönetimi ve Konya Sanayi Bölgesindeki Örnek Uygulamalar”, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, 1997

DALGIÇ A., (2013), “Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü Ve Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler Antalya’da Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

DOĞAN S., (2013), “Özel Ve Kamu Hastanelerindeki Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Çalışan Sağlık Personeli Tarafından Algılanması (Malatya İli Örneği)”, İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

ERERTEM D., (2000), “Bir Toplam Kalite Yönetimi Değerlendirme Modeli: Türkiye Uygulaması” Yayınlanmış Doktora Tezi

GÖK, Ş., (2006), “Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Personelin Kalite Çalışması Öncesi ve Sonrası Memnuniyet Durumu”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

GÖKMEN C., (2001), “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi”, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

HATİPOĞLU C. B., (2008), “Toplam Kalite Yönetiminde Kalite Maliyetlerinin Önemi Ve Kalite Maliyetlerinin Raporlanması Sürecinde Muhasebenin Rolü”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

KARACA Ş. B., (2014), “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hast Beklentileri Konusunda Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, SBE

KARAKUŞ H., (2003), “İnşaat Sektöründe Kalite Yönetimi ve Bir Uygulama Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü

KAYA A., (1997), “Toplam Kalite Yönetimi”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü

ÖZDEMİR S., “Eğitimde Verimlilik ve Toplam Kalite Yönetimi”, Eğitim Yönetimi Ders Notu, 1995

ÖZGÜVENÇ D., (2011), “Kalite Problemlerinin Sınıflandırılmasında Çok Kriterli Pareto Analizi”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü

TAŞ D., (2009), “Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

EKLER

EK 1: ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu anket, Toplam Kalite Yönetimi ve hastane çalışanlarının demografik özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla hazırlanan akademik tez çalışması için kullanılacaktır. Anketten elde edilen veriler toplu olarak değerlendirilecek ve sadece çalışmanın amacına uygun olarak kullanılacaktır. Bu nedenle ankete isminizi yazmanıza gerek yoktur. Ankete içtenlikle vereceğiniz cevaplar araştırmanın amacına ulaşmasına katkı sağlayacaktır.

Değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Nurcan KÜÇÜKALBAY

Dr. Öğr. Üyesi Ali ÖZCAN

KİŞİSEL BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz?

Kadın () Erkek ()

2. Yaşınız?

30 yaş ve altı () 31 - 40 yaş ()

41 ve üstü ()

4. Mezuniyet durumunuz?

Lise ve altı () Ön Lisans ()

Lisans () Lisansüstü ()

5. Çalıştığınız Departman?

Cerrahi Tıp Bilimleri ()

Dâhili Tıp Bilimleri ()

Temel Tıp Bilimleri ()

İdari Birimler ()

Diğer ()

6. Mesleki tecrübeniz ne kadardır?

5 yıldan az () 6-11 yıl ()

12 yıl ve üstü ()

7. Çalıştığınız hastanenin adı nedir? (.....)

	Hiç Katılmıyorum	Az Katılıyorum	Orta Düzeyde Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1- Farklı yönetim seviyelerindeki çalışanlar karar almaya katılabilir.	1	2	3	4	5
2- Çalışanların yetkilendirilmesi, kaliteyi iyileştirmek için TKY'ni kapsar.	1	2	3	4	5
3- Üst yönetim, tüm çalışanları hastanedeki hizmetler kalitesini artırmak için planlama sürecine dahil eder.	1	2	3	4	5
4- Çalışanlar, kaliteyi yükseltmek için problem çözme süreçlerine katılabilir.	1	2	3	4	5
5- Kalite politikaları açık ve bilinirdir.	1	2	3	4	5
6- Hastane, çalışanlarını TKY konusunda eğitmektedir.	1	2	3	4	5
7- Çalışanlara hastanenin başarıları hakkında bilgi verilir.	1	2	3	4	5
8- Diğer sektörlerle benchmarking çalışmaları yapılır.	1	2	3	4	5
9- Hastane TKY kavramını tüm yönetim seviyelerde uygulama konusunda oldukça kararlıdır.	1	2	3	4	5
10- Çalışanların memnuniyeti, sağlıkları ve çalışma ortamı çok önemlidir.	1	2	3	4	5
11- Sağlık hizmetlerinin planlanmasında istatistiksel teknikler kullanılır.	1	2	3	4	5
12- Kalite sorunları genellikle çözülür.	1	2	3	4	5
13- Takım çalışması, çalışanlar arasındaki ilişkiyi geliştirir.	1	2	3	4	5
14- Takımlar işleri geliştirirler ve yeni fikirler yaratırlar.	1	2	3	4	5

15- Takım çalışması iş süreçlerini geliştirir.	1	2	3	4	5
16- Takım çalışması, hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini geliştirir.	1	2	3	4	5
17- Takım halinde çalışmak bireysel çalışmadan daha önemlidir.	1	2	3	4	5
18- Hizmet kalitesini artırmak ve sorunları çözmek için farklı ekip çalışması geliştirilir.	1	2	3	4	5
19- Takım üyeleri hastanede tüm idari ve klinik seviyelerde çalışırlar.	1	2	3	4	5
20- Sorunlar takım çalışması ile çözülür.	1	2	3	4	5
21- Sunulan eğitim programları çalışanların ihtiyacına uygundur.	1	2	3	4	5
22- Her çalışanın eğitim programlarına katılma şansı vardır.	1	2	3	4	5
23- Çalışanların sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma konusunda eğitime şansı vardır.	1	2	3	4	5
24- Çalışanların performansının iyileştirilmesine yönelik eğitim çalışmaları vardır.	1	2	3	4	5
25- Çalışanlar görev ve becerileri konusunda eğitilirler.	1	2	3	4	5
26- Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik eğitim çalışmaları yapılır.	1	2	3	4	5
27- Üst yönetim, çalışanlarda toplumdaki sorumlu hastane hakkında güçlü bir his yaratır.	1	2	3	4	5
28- Üst yönetim TKY'yi uygulamak konusunda kararlıdır.	1	2	3	4	5
29- Üst yönetim, TKY'ye inanmakta ve TKY düşüncelerini ve prensiplerini sergilemek için sürekli çaba göstermektedir.	1	2	3	4	5

30- Üst yönetim, çalışanları TKY konusunda eğitir.	1	2	3	4	5
31- Üst yönetim, TKY'yi hastane ve çalışanlar için uygulamanın avantajlarını göstermektedir.	1	2	3	4	5
32- Üst yönetim, çalışanların sağlık hizmet kalitesini iyileştirme önerilerini desteklemektedir.	1	2	3	4	5
33- Üst yönetim, karar vermeye tüm yönetim kademelerini teşvik eder.	1	2	3	4	5
34- Üst yönetim, çalışanlar için eğitim programlarını desteklemektedir.	1	2	3	4	5
35- Süreçler hastaları memnun etmek ve ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanır.	1	2	3	4	5
36- Hastane yönetimi, hastaların şikayetlerini ve bildirimlerini dikkate alır.	1	2	3	4	5
37- Üst yönetim hizmetlerin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapar.	1	2	3	4	5
38- Hastaların memnuniyeti hastanenin her aktivitesinde dikkate alınır.	1	2	3	4	5
39- Anketler gibi birçok araç hastaların memnuniyetini öğrenmek için kullanılır.	1	2	3	4	5
40- Hastane yönetimi, hastaların memnuniyetini sağlamak için sağlık hizmetlerini periyodik olarak değerlendirir.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

24.11.1988 doğumlu Nurcan KÜÇÜKALBAY, 28.05.2012 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu; Hemşirelik bölümünden mezun oldu. 09.02.2016 yılında Nişantaşı Üniversitesi Sağlık Yönetimi dalında tezli yüksek lisans programına başladı. 2013 yılı Özel Giresun Ada Hastanesi, 2014-2017 yılları arası İstanbul Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinde çalışan Nurcan KÜÇÜKALBAY, 2018 yılından itibaren Başakşehir Devlet Hastanesi'nde Müdür Yardımcısı olarak çalışmaktadır.

