

**T.C.**  
**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

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

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ,**  
**SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN KALİTE ANLAYIŞI**  
**(ANKARA İLİ ÖRNEĞİ)**

**Yeşim AKAR**

**Tez Danışmanı**

**Yrd. Doç.Dr.Yıldırım Beyazıt GÜLHAN**

**İSTANBUL, 2014**



**T. C.  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

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

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ,  
SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN KALİTE ANLAYIŞI  
(ANKARA İLİ ÖRNEĞİ)**

**Yeşim AKAR  
122009246**

**Tez Danışmanı  
Yrd. Doç.Dr. Yıldırım Beyazıt GÜLHAN**

**İSTANBUL, 2014**




T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S  
T E Z O N A Y I

**Adı ve Soyadı** : Yeşim Akar **Öğrenci No** : 122009246  
**Anabilim/Bilim Dalı**: Sağlık Yönetimi **Tez Savunma Tarihi** : 29.08.2014  
**Danışman** : Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. Gülhan **Tez Savunma Saati** :10.00

**Tez Konusu** : Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı (Ankara Örneği)

**TEZ SAVUNMA SINAVI**, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin **33.Maddesi** uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU 'ne **OYBİRLİĞİ/OYÇOKLUĞU** YLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. Gülhan		KABUL
Prof. Dr. Mithat Kıyak		Kabul
Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal		

## ÖZET

Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi (TKY), Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı, (Ankara İli Örneği) başlıklı bu araştırmanın amacı, Ankara ilindeki Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane yöneticilerinin TKY'ye ilişkin algılarını değerlendirmektir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket, A F. Al-Assaf ve Steven J. Gentling tarafından Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) bazı sağlık kuruluşlarında (Veterans Affairs Medikal Centers) çalışan üst düzey yöneticilerin TKY konusundaki algılarının araştırıldığı çalışmada kullanılan anket formudur. Anketler; Nisan-Ekim 2013 tarihleri arasında, Ankara ilinde bulunan, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde görev yapan, yöneticilere uygulanmıştır. Örneklem grubunda 204 yönetici bulunur, yöneticilerin %89.2'sine (182), anket çalışması uygulanarak TKY konusundaki algıları değerlendirilmeye çalışılmış, elde edilen sonuçlar çerçevesinde önerilerde bulunulmuştur.

Araştırmanın sonunda; hastanelerdeki yöneticilerin TKY'ye yönelik algıları genelde olumlu bulunmuştur. Yöneticilerin, hastanelerinde işleyen kalite sistemleri programının uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacağı düşüncesinde oldukları tespit edildi. Hastanelerdeki yöneticiler için önemli bazı eğitim ve deneyim alanları soruldu, yönetim eğitim\deneyimi en çok puanı aldı. Yöneticilerin %40,7'si (74) kalite sistemleri felsefeleri ve teknikleriyle ilgili şimdiki bilgi düzeyini orta olarak değerlendirmiştir. Yöneticilerin %46,7'si (85) TKY konusunda hiç eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Yöneticilerin %52,7'si (96) SKS sürecinin uygulanmaya başlamasından olumlu sonuçlar görülünceye kadar geçecek sürenin 1-2 yıl olacağını düşünmüşlerdir. Yöneticilerimize, Sağlıkta Kalite Standartlarının uygulanmasına neyi, neleri engel olarak gördüklerini sorduk ve açık uçlu olarak cevaplanmasını istediğimiz bu soruya genellikle; "sistemdeki bürokratik engeller, yeterli eğitim düzeyine sahip deneyimli personel eksikliği, fiziki koşulların uygunsuzluğuna rağmen mevzuatın yerine getirilmesinin istenmesi" cevaplarını aldık. Çalışmanın sonunda Sağlık Sektöründe kalite sistemlerinin uygulanmasına ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Toplam Kalite Yönetimi, Yönetici, Sağlık Sektörü,

## **ABSTRACT**

### **Total Quality Management In Health Care Industry And Health Care Managers’ Perception Of Quality (Case Of Ankara Province)**

The subject of this research which is total quality management in health care industry and health care managers’ perception of quality (case of Ankara province) is to evaluate the apprehension of managers of hospitals affiliated with ministry of health in Ankara province.

In our research, the survey that used to collect data is generated by imitation of a survey conducted by authors A F. Al-Assaf and Steven J. Gentling on the perception of top-level administrators concerning total quality management who work in some health care organizations (Veterans Affairs Medical Centers). Surveys were applied between April-October 2013 to managers of hospitals affiliated with ministry of health in Ankara province. 204 managers included in sample group and survey was applied to %89.2 (182) of them. Then, the managers’ perception of total quality management were tried to be evaluated and recommendations regarding the results were applied.

At the end of the experiment; positive reactions of hospital administrators over the subject of total quality management was obtained. It is found that, administrators were in opinion of ongoing quality system programs will increase quality of the service that is provided in long term. In addition, administrators were asked about some important education and field experience, at the end management education/experience took the highest score. %40.7 (74) of administrators designated themselves as medium for their knowledge level about quality systems philosophy and techniques. %46.7 (85) of administrators stated that they have never taken any education about total quality management. %52.7 (96) stated that it would take 1-2 years from the beginning of total quality management process until some positive results could be obtained. We also asked our administrators that what drawbacks they think about the implementations of service quality standards. Generally, administrators gave some examples of these obstacles as ‘bureaucratic obstacles in system, the lack of adequately trained/experienced staff, being obstinately insistent on following legislations despite

the inadequate conditions.’ In conclusion of the experiment we provided some suggestions for implementation of quality systems on health industry.

**Keywords:** Total quality management, Manager, Administrator, Health industry

## ÖNSÖZ

Sağlık sektörü, sağlık hizmeti almak isteyen kişiye, ayırım yapmadan hizmet veren, oldukça geniş bir yelpazede hizmetlerini sürdüren bir sektördür. Böyle kompleks bir organizasyonda, hizmetin sunumunda ilk aşamada çalışan görevliden, son aşamada çalışan kişiye kadar herkesin kaliteli hizmet vermesi, özellikle de organizasyonun tepesindeki yöneticinin bir yönetim ve kalite felsefesinin olması gereklidir. Buradan hareketle, bu çalışmada, sağlık yöneticilerinin kalite yönetimi konusundaki düşünceleri ve algıları ölçülmek istenmiştir.

Çalışmanın anket kısmında, ankete katılan yöneticilerin yoğun çalışma tempolarından dolayı zaman ayırmalarını sağlayabilmek ve iletişim kurabilmek oldukça güç olmuştur. Buna rağmen anket çalışmasına katılarak değerli zamanını ayıran, bilgi ve önerilerinden yararlandığım tüm hastane yöneticilerine teşekkür ederim.

Tez konusunun ve başlığının belirlenmesinde, içeriğinin oluşturulmasında, okunmasında ve düzeltmelerde desteğini eksik etmeyen, bilgi ve deneyimi ile her zaman yanımda olan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Yıldırım Beyazıt Gülhan'a çok teşekkür ederim.

Okan Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Araştırma Görevlisi Pınar Acar'a,

İstatistik çalışmamda yardımını esirgemeyen Hacettepe Üniversitesi Biyoistatistik Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi Selçuk Korkmaz'a,

Canım aileme ve son olarak, bütün çalışmam boyunca yardımını, desteğini ve sevgisini esirgemeyip; sürekli yanımda olan sevgili eşim Erkan Mehmet Akar'a,

Sonsuz Teşekkür Ederim.



## **BEYAN**

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

İmza

Yeşim Akar

# İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
TEZ ONAYI.....	IV
ÖZET.....	V
ABSTRACT.....	VI
ÖNSÖZ.....	VIII
BEYAN.....	IX
İÇİNDEKİLER.....	X
TABLO LİSTESİ.....	XIV
ŞEKİL LİSTESİ.....	XV
KISALTMALAR.....	XVI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. SAĞLIK SEKTÖRÜ ve TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ.....	3
2.1. SAĞLIK SEKTÖRÜ.....	3
2.1.1. Sağlık Tanımı.....	3
2.1.2. Sağlık Hizmetinin Amaçları.....	3
2.1.3. Sağlık Hizmetinin Özellikleri.....	4
2.1.4. Sağlık Ekonomisi.....	6
2.1.4.1. Sağlık Hizmeti Arzı.....	6
2.1.4.2. Sağlık Hizmeti Talebi.....	7
2.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Gruplandırılması.....	7
2.1.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	8
2.1.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	8

2.1.5.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri.....	8
2.1.5.4. Sağlığın Geliştirilmesi.....	9
2.1.6. Hastane ve Hastane Yönetimi.....	9
2.1.6.1. Hastanelerin Tanımı.....	10
2.1.6.2. Hastanelerin Amaçları.....	10
2.1.6.3. Hastanelerin Sınıflandırılması.....	10
2.2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ.....	11
2.2.1. Kalite Nedir?.....	11
2.2.2. Toplam Kalite Yönetimi.....	12
2.2.3 Toplam Kalite Yönetiminin Tarihçesi.....	13
2.2.4. Toplam Kalite Yönetiminin Öncüleri.....	16
2.2.4.1. Kaoru İshikawa Uygulamaları.....	16
2.2.4.2. William Edwards Deming Uygulamaları.....	16
2.2.4.3. Joseph M. Juran Uygulamaları.....	17
2.2.4.4. Crosby Uygulamaları.....	17
2.2.4.5. Armand V. Feigenbaum'un Uygulamaları.....	17
2.2.5. Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri.....	17
2.2.5.1. Müşteri odaklılık.....	18
2.2.5.2. Üst Yönetimin Desteği ve Liderlik.....	18
2.2.5.3. Tam Katılım (Çalışanların Katılımı).....	19
2.2.5.4. Sıfır hata.....	19
2.2.5.5. Sürekli Eğitim.....	20
2.2.5.6. Sürekli Gelişme (Kaizen).....	20
2.2.5.7. Ölçme ve Değerlendirme.....	20
2.2.5.8. Süreç Yönetimi Uygulama.....	21
2.2.5.9. İşbirliği ve Takım Çalışması.....	21

2.2.6. Toplam Kalite Yönetiminin Yararları.....	22
2.2.7. Toplam Kalite Yönetiminin Önündeki Engeller.....	23
2.2.8. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Başarı ile Uygulanmasının Yolları.....	24
2.2.9. Toplam Kalite Yönetiminde Kullanılan Kalite Güvence Sistemleri.....	25
2.2.9.1. Uluslararası Standartlar Organizasyonu .....	25
2.2.9.2. Akreditasyon ve JCI.....	27
2.2.9.3. Sağlıkta Kalite Standartları .....	29
2.2.10. Kalite Çalışmalarında Son Gelişmeler.....	32
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>33</b>
3.1. Araştırma Modeli.....	33
3.2. Hipotezler.....	33
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	34
3.5. Veri Toplama Yöntemi.....	36
3.6. Verilerin Toplanması.....	37
3.7. İstatistiksel Analiz.....	37
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>38</b>
4.1. Yöneticilere Ait Demografik Bulgular.....	38
4.2. Yöneticilerin TKY Algısına İlişkin Faktör Analizi Sonuçları.....	42
4.3. Ölçeğin Güvenirlik Analizi Sonuçları.....	61
4.4. Frekans Dağılımına İlişkin Sonuçlar.....	47
4.5. Hipotezlerin Analizleri.....	57
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>63</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>65</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>67</b>

<b>EK 1 ANKET FORMU.....</b>	<b>74</b>
<b>EK 2 ETİK KURUL KARARI.....</b>	<b>79</b>
<b>EK 3 KAMU HASTANELERİ KURUMU İZİN YAZISI.....</b>	<b>81</b>
<b>EK 4 KHK 1.BÖLGE İZİN YAZISI.....</b>	<b>82</b>
<b>EK 5 KHK 2. BÖLGE İZİN YAZISI.....</b>	<b>83</b>

## TABLO LİSTESİ

### SAYFA NO

Tablo 1. Demografik veriler tablosu .....	38
Tablo 2. Çalışılan alanların ve çalışma sürelerinin tanımlayıcı istatistikleri.....	40
Tablo 3. Yöneticilerin görevli oldukları hastaneler ile ilgili veriler tablosu.....	41
Tablo 4. Faktör Analizi Tablosu.....	42
Tablo 5. Faktör 1 Güvenirlik Analizi.....	43
Tablo 6. Faktör 2 Güvenirlik Analizi.....	44
Tablo 7. Faktör 3 Güvenirlik Analizi.....	44
Tablo 8. Faktör 4 Güvenirlik Analizi.....	45
Tablo 9. Faktör 5 Güvenirlik Analizi.....	45
Tablo 10. Güvenirlik Analizi.....	46
Tablo 11. Yöneticilerin TKY farkındalık tablosu .....	47
Tablo 12. Sağlık sektöründe kalite düzeyi beklenti tablosu.....	50
Tablo 13. TKY süreci tablosu.....	52
Tablo 14. TKY eğitimi tablosu .....	53
Tablo 15. TKY süreci engel faktörlerin dağılımı.....	54
Tablo 16. İlave Yorumlar Tablosu.....	55
Tablo 17. Unvan-TKY ilişkisi tanımlayıcı istatistikler.....	57
Tablo 18. TKY algısı ve unvanlar arasındaki ilişki.....	57
Tablo 19. Yaş-TKY ilişkisi tanımlayıcı istatistikler .....	59
Tablo 20. TKY algısı yaş grupları ilişkisi.....	59
Tablo 21. Cinsiyet-TKY ilişkisi tanımlayıcı istatistikler.....	60
Tablo 22. TKY algısı cinsiyet ilişkisi.....	61
Tablo 23. Eğitim-TKY ilişkisi tanımlayıcı istatistikler.....	62
Tablo 24. TKY algısı eğitim durumu ilişkisi.....	62

<b>Tablo 25. Çalışma süresi-TKY ilişkisi tanımlayıcı istatistikler .....</b>	<b>63</b>
<b>Tablo 26. TKY algısı çalışma süreleri ilişkisi.....</b>	<b>64</b>
<b>Tablo 27. TKY eğitimi-TKY ilişkisi tanımlayıcı istatistikler.....</b>	<b>65</b>
<b>Tablo 28. TKY algısı TKY eğitimi ilişkisi.....</b>	<b>65</b>
<b>Tablo 29. Hastane grupları-TKY ilişkisi tanımlayıcı istatistikler .....</b>	<b>66</b>
<b>Tablo 30. TKY algısı hastane türleri ilişkisi.....</b>	<b>67</b>

## ŞEKİL LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1. Kalite Anlayışının Gelişimi.....	14
Şekil 2. Yöneticilerin yaş dağılımı .....	39



## KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
b1	: Bölüm 1
b2	: Bölüm 2
b3	: Bölüm 3
DEP	: Değerlendirici Eğitim Programı
EAH	: Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ISO	: Uluslararası Standartlar Organizasyonu
ISQua	: International Society for Quality in Healthcare
JCI	: Joint Commission International
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
MÖ	: Milattan Önce
s	: Soru
SAS	: Sağlıkta Akreditasyon Sistemi
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
TSE	: Türk Standartları Enstitüsü
t.y	: Tarih Yok
WHO.	: World Health Organization- Dünya Sağlık Örgütü

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Hizmet sektörü, dünyada olduğu gibi, ülkemizde de en hızlı gelişen sektörler arasında yer almaktadır. Sağlık sektörünün de hizmet sektörü kategorisinde yer alması, hatta lokomotif görevi üstlenmesi, son yıllarda önemli gelişmeleri ortaya çıkarmıştır. Sağlık hizmetleri, yaşam standartlarını yükselten bir değer olması sebebiyle sağlıklı bir gelecek için gerçek bir rol üstlenmiştir. Sağlık Hizmetleri insan hayatının devamlılığının sağlanmasında (tedavi edici), yaşam kalitesinin yükseltilmesinde (rehabilitasyon edici) ve sağlığın korunmasında (koruyucu) önemli bir role sahiptir. Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmet güvenilir olmalıdır, çünkü hizmet insan odaklıdır ve yapılacak en ufak bir hata insan hayatını tehlikeye atabilir. Dolayısıyla verilen hizmetin etkinlik düzeyi oldukça önemlidir ve ülkenin gelişmişlik düzeyini yansıtmaktadır. Sağlık hizmetlerinin asıl amacı, verilecek hizmetin, hizmeti talep edenlerin istediği zamanda, istediği kalitede ve olabildiğince en düşük maliyetle sunmaktır.

Hizmet sektörünün hızla geliştiği ve yoğun rekabetin arttığı günümüzde, hangi sektörde olursa olsun hizmet sunanlar, rakipleri ile rekabet edebilmek, ayakta kalabilmek için sundukları hizmetin kalitesini artırmaya çalışmak zorunda kalmışlardır. Hizmet kalitesinin belirlenmesinde en önemli belirleyici müşteridir. Hizmeti alanların istekleri ile algıları hizmet kalitesinin belirleyicileridir

Sağlık sektöründe hizmet veren işletmelerden en önemlisi hastanelerdir. Hastaneler sağlık hizmetlerinin yapı taşıdır ve sağlık kamu harcamalarından en fazla payı alırlar. Sağlık hizmetine ihtiyacı olan hasta ve hasta yakınlarının tetkikte, tedavide iyi hizmet almasının yanı sıra güler yüze ve ilgiye de ihtiyacı vardır. Son yıllarda hasta memnuniyeti deyimi yerini müşteri memnuniyetine bırakmıştır, genel olarak ülkemizde sağlık kuruluşlarında müşteri memnuniyeti kavramı oldukça gelişmiştir. Dolayısıyla, sağlık kuruluşuna başvuran hastalar, artık müşteri olarak değerlendirilmektedir, verilen hizmetten memnun kalan bir hasta daha sonraki dönemlerde de olumsuz bir durum yaşanmadığı sürece o kuruluşun sadık müşterisi haline gelir. Sağlık kuruluşlarının bunu sağlayabilmesi hiç de kolay bir durum değildir, sunulan sağlık hizmetinin kaliteli olması gerekir, özellikle son yıllarda sayıları ve hizmet alanları hızla artan özel kuruluşların bu alandaki çabaları oldukça fazla olduğu

görülmektedir. Kalite önemli bir rekabet avantajıdır, hastaneler sadık müşterilerini kaybetmemek için kalite kavramına büyük önem vermeye başlamışlardır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığının bu konuda önemli çalışmaları vardır ve hastaneler zorunlu olarak kalite uygulamalarına katılmak zorunda, her hastanede bir kalite yönetim birimi kurulmakta ve kalite direktörleri atanmaktadır. Bakanlığın belirlediği Sağlıkta Kalite Standartlarına göre belirlenen kriterler çerçevesinde hareket etmeleri gerekmektedir. Kalite direktörleri tarafından iç denetimler yapılmakta ve ayrıca Bakanlığın, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından belirli periyotlarda Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri yapılmaktadır, dolayısıyla sağlık kuruluşlarının kalite yönetimini sistematik olarak gerçekleştirmesi ve toplam kalite yönetimini hizmetin üretiminde ve sunumunda esas almaları gerekmektedir.

Araştırmanın amacı; hastane yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi konusundaki görüşlerini saptayabilmek, başarıya ulaşabilmek için yönetici bilinç düzeyinin önemini vurgulayabilmek, sağlık sektöründe kalite çalışmalarının uygulanabilirliği düzeyinde hastane yöneticilerinin olumlu ya da olumsuz etkilerini ortaya koyabilmek ve Toplam Kalite Yönetiminin uygulanmasında yöneticilerden kaynaklı engeller var mı tespit edebilmek ve önerilerde bulunabilmektir.

Toplam Kalite Yönetimi, kurumun tüm paydaşlarının katılımını gerektiren, hizmeti veren ve hizmet alan tarafların memnuniyetini önemseyen, ekip çalışmasının gerekliliğine inanan ve yerinde saymayı değil sürekli gelişmeyi hedefleyen çağdaş bir yaklaşımdır. Toplam kalite yönetiminin kurumda başarılı olabilmesi için öncelikle sürecin içerisinde aktif olarak yer alan yöneticilere ihtiyaç vardır. Hastane yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi (TKY) konusundaki görüşleri, bilgileri, istek ve heves düzeylerinin üst seviyede olması, hastanelerde kalite çalışmalarının başarıya ulaşabilmesi açısından oldukça önemlidir.

## **2. SAĞLIK SEKTÖRÜ ve TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ**

### **2.1. SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN İRDELENMESİ**

#### **2.1.1. Sağlık Tanımı**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığı; “yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlar. WHO, 1946’da Anayasa’sına koyduğu sağlık tanımı olan “bedensel, ussal ve toplumsal açıdan tam iyilik durumunu”, 1981’de “kendilerine sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi: 2000 yılında herkes için sağlık” olarak yeniden belirler. Bunun anlamı şudur: “Herkes kendi sağlığından sorumludur. Bunun için de üretmek, kazanmak ve ödeme yapmak zorundadır” (1).

Yukarıda bahsettiğimiz tanımdan yola çıkarak sağlık; bedensel olarak vücut bütünlüğünde ve bütünlüğü oluşturan sistemlerde, herhangi bir bozukluk ya da enfeksiyon olmaması, ruhsal olarak, kişinin yaşına, konumuna ve kendisine uyumlu olarak hareket edebilmesi, sosyal olarak ise sorumluluklarını bilmesi ve çevresindeki insanlarla doğru iletişim kurabilmesidir.

Bir başka ifadeyle sağlık; belirlenebilir hastalık ve bozuklukların mortalite (ölüm oranı), morbidite (hastalık oranı) ve sakatlıklarının azaltılması ve sağlık seviyesinde fark edilebilir iyileşme sağlanmasıdır (2).

#### **2.1.2. Sağlık Hizmetinin Amaçları**

Sağlık hizmetleri, değişik görevde ve donanımdaki personelden yararlanarak toplumun ihtiyacına uygun hizmeti vermek üzere yurt çapında örgütlenmiş bir sistemdir.

Sağlık Hizmetlerinin Temel Amacı; kişi, aile ve toplumların sağlıklarının korunması, geliştirilmesi, hasta olanların tedavi edilmesi ve tedavi edilenlerin geri kalan yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürebilmelerini sağlamaktır. Bu amaçla, sağlık kuruluşlarınca yapılan çalışmalara, sağlık hizmetleri denilmektedir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı; sağlığı korumak, sağlık korunamadığında hastalığı erken fark etmek ve tedaviyi tam olarak uygulamaktır (3).

Bir toplumda yer alan sağlık göstergeleri, özellikle insan mutluluğunun ana kaynağını teşkil eden sağlıklı olma durumunu yansıtın temel göstergelerdir. Bu yönü ile; insanların sağlıklarını korumak ve toplumların sağlık statülerini geliştirmek önemli bir devlet görevi olarak hkmetleri ilgilendirdiği gibi kişilerin sağlık hizmetlerine olan taleplerinin ciddi artış göstermesi dünya çapında sağlık sektörü piyasalarının gelişme göstermesine katkı sağlamaktadır (4).

### **2.1.3. Sağlık Hizmetinin zellikleri**

Temel sağlık hizmeti; sağlık sisteminin özü ve aynı zamanda toplumun sosyal ve ekonomik gelişmesinin önemli bir parçasıdır. Temel sağlık hizmeti, bireylerin yaşamlarını sürdürdüğü ve çalıştığı bölgelere imkanlar dahilinde yakın yerlerde sunulan, sürekli sağlık hizmeti sürecinin ilk basamağı, toplumun, ailelerin ve bireylerin ulusal sağlık sistemiyle karşılaştıkları ilk noktadır (5).

Sağlık hizmetleri, taşıdığı özelliklerden dolayı ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklıdır, bundan dolayı ayrı bir kategoride ele alınmak zorundadır. Sağlık hizmetlerinin taşıdığı dışsallık, belirsizlik altında tercih, hastalık riskinin ve tüketim miktarının önceden belirlenememesi gibi özellikleri bulunması nedeniyle bu hizmetlerin üretildiği sağlık hizmetleri piyasasına özgü koşullar ve farklı bir piyasa yapısı doğurmaktadır (6).

Sağlık hizmetleri, emek gerektiren, soyut hizmetler grubundadır. Sektör, emek gerektirdiği kadar, yoğun teknolojiye de gereksinim duyar. Aşılama hizmetlerinden, teşhise, tedaviye ve rehabilitasyona kadar her alanda teknolojiye ihtiyaç vardır. Eskiden yoğun ölümlere neden olan hastalıkların, günümüzde görülmeme nedeni, sektördeki ilerleme ve gelişen teknoloji sayesinde.

Sağlık hizmetlerinde, talep, önceden tahmin edilemez, ertelenemez, acildir; Sağlık hizmetleri için bireysel talebe ilişkin olarak ortaya çıkan en önemli nitelik düzensizlik ve ngrlemezliktir (7). Hizmete olan ihtiyaın ne zaman ortaya çıkacağı önceden bilinmemekte ve ikamesi bulunmamaktadır. Hatta, ihtiyaç ortaya çıktığı anda giderilmesi gerekebilir, ertelenmesi veya yerine başka bir hizmet konulması mümkün olmamaktadır. Kütlesel retim söz konusu olmadığı için, stoklanamaz ve anında üretilmesi ve tüketilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma düzeyi yüksektir. Birim üretimin esas olması ve teknolojinin yoğun kullanımı bu alanda uzmanlık alanlarının çoğalmasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde, hizmeti alanlar hizmeti verenlere birçok açıdan bağımlıdır. Bu hizmetlerin ileri derecede uzmanlık bilgisi gerektirmesi bu konuda taraflar arasında bilgisel eşitsizlik yaratmakta ve hizmet alıcısını sunucuya bağımlı hale getirmektedir. Bu bağımlılık, beraberinde daha başka bağımlılıklara da neden olmaktadır. Örneğin tüketicinin ihtiyacı olan hizmet hakkında bilgi sahibi olmaması nedeniyle hizmetin parasal bedeli de sunucu tarafından belirlenmektedir.

Sağlık hizmetlerinde çıktı ölçülemez. Hizmetin soyut olması nedeniyle, somut bir çıktı elde edilemez. Bu durum, hizmete ilişkin kalite çalışmalarını zorlaştırmasının yanında maliyet hesaplamaları konusunda da engel oluşturmaktadır (8).

Pazara girişte çeşitli sınırlamalar vardır. Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda yasal düzenlemeleri vardır. Öncelikle hizmet sunacak olan kişilerin diplomalı olması ve meslekten men edilmemiş olması gerekmektedir. Öte yandan hizmet sunulacak işletmenin niteliğine göre (poliklinik, klinik, hastane vb.) zorunlu şartlar ve gereklilikler tek tek ortaya konmuştur. Her isteyen istediği gibi bir sağlık kuruluşu açıp hizmet vermekte serbest değildir. Bunun en temel nedeni bilgi eksikliği olan hastayı ve meslek etiğini korumak aynı zamanda da hizmet kalitesinin belirli bir düzeyinin altına düşmesini engellemektir (9).

Bilgi asimetrisi vardır; Sağlık hizmetleri piyasasında tüketiciler, sağlık hizmetleri ile ilgili olarak yeterli bilgiye veya bilgiye ulaşma kapasitesine sahip değildirler (10). Sağlık hizmeti almak isteyen kişiler ne kadar hizmet almaları gerektiğini bilmediklerinden ne kadar hizmet talep edeceklerini bilemezler. Yani herhangi bir şikayetle sağlık kuruluşuna başvuran bir kişi kendisine hangi tetkik ve tahlillerin yapılması gerektiğini ve bunların ne düzeyde olması gerektiğini bilemez. Alıcıların, alacakları veya aldıkları hizmet hakkında tam bilgileri yoktur. Hasta adına çoğu zaman hangi hizmetleri alması gerektiğine sağlık personeli karar verir. Hastanın verilen hizmeti değerlendirmesi zordur, yani hizmeti sunan ve hizmeti alan arasında bilgi asimetrisi vardır.

Hizmetler homojen değildir. Hastalık yoktur, hasta vardır sözünden hareketle her hastalık aynı kefeye konulamaz. Aynı hastalık bir kişide hafif seyrederken bir başka kişide ağır seyredebilir. Bu kişinin bedensel ve psikolojik durumuna göre değişir. Böyle olduğu için aynı hastalık şikayetleriyle gelen kişilere aynı hizmet verilemez, hizmet tam olarak homojenlik arz etmez. Diğer hizmet sektörlerindeki gibi bir standardizasyon sağlamak güçtür, örneğin bankacılık sektöründe para yatırma, havale yapma gibi işlemler için her insana farklı bir uygulamada bulunulmaz (9).

Sağlık hizmetlerinde, garanti söz konusu değildir. En küçük bir enjeksiyon yapmanın bile riski vardır. Hiçbir sağlık personeli hizmet sunumunda kesin başarı garantisini veremez.

Sağlık hizmetleri önceden test edilemez. Hiçbir hasta ameliyat öncesi hastaneye gidip test etmek amacıyla ameliyat olmaz (9).

#### **2.1.4. Sağlık Ekonomisi**

Sağlık ekonomisi, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi için gerekli kaynakların optimum kullanımı sorunu ile ilgilenen bir araştırma alanıdır (11).

Sağlık Ekonomisi, İkinci Dünya Savaşı sonrasında, 1950'li yıllarda ilk defa ABD'de, tıp fakültelerinde bağımsız bir ders olarak okutulmaya başlanmış; eğitim, savunma, çevre ve enerji ekonomisinde olduğu gibi bu bilim dalı da Avrupa'ya geçmiş, bu yüzyılın son çeyreğinde gerek Amerika' da gerekse Avrupa'da, özellikle doğum yeri olarak ileri sürülen İngiltere'de beşeri sermayenin ön plana çıkmasıyla ekonomistlerin büyük ilgisini çeker bir duruma gelmiştir (2).

Sağlık sektörü alanında kaynakların verimli kullanımının sağlanması, hizmette devamlılığın sağlanabilmesi, hem çalışanların hem de tüketicilerin elde ettiği yararın artırılması amacıyla sağlık hizmetlerinin finansman, arz ve talebi ile ilgili faaliyetler sağlık ekonomisinin kapsamında yer almaktadır.

##### **2.1.4.1. Sağlık Hizmeti Arzı**

En genel tanımıyla arz, bir malın satmak amacıyla piyasaya çıkarılmasıdır (12). Sağlık hizmetleri arzını, bütçe, maliyetler, eğitim, toplumun yapısı, hastaneler, hastane çalışanları gibi pekçok değişken etkilemektedir.

Sağlık hizmetleri arzını beş temel faktör etkilemektedir. Bu faktörler; teknolojik değişim, sağlık personeli ücretleri, girdi fiyatları, sağlık yönetim sistemlerindeki değişimler ve sağlık sektörü yatırımlarıdır. Belirttiğimiz bu faktörler, kısa ve uzun dönemde sağlık hizmetleri arz miktarını değiştirmektedir (13).

#### **2.1.4.2. Sağlık Hizmeti Talebi**

En genel tanımıyla talep, satın alma isteğidir. Talep, ihtiyaçlar tarafından belirlenmektedir, ancak her ihtiyaç talep olarak ortaya çıkmaz. Bunun için ihtiyacın satın alma gücü ile desteklenmesi gereklidir. Özetle, talep, satın alma gücü ile desteklenmiş ihtiyacın piyasaya yönelmesidir. Her ihtiyaç talep değildir, yani ihtiyaç ile talep arasında bireysel, sosyal ve ekonomik nedenlerden kaynaklanan bir farklılaşma vardır.

İhtiyaçla talep arasındaki mesafenin en geniş olduğu alanlardan birisi sağlıktır. Kendini hasta olarak hissetme ve hastalığın algılanması, ağrı eşiği, kişisel duyarlılık, hasta rolünün benimsenmesi, koruyucu sağlık talebiyle ilgili kültürel düzey, fiyat, gelir gibi pek çok etmen sağlık talebini etkilemektedir. Tabii bu durumun tersine gereksiz talep yaratan etmenlerde vardır. Hizmet sunanlar ile hizmet alanlar arasındaki bilgi asimetrisinin büyüklüğü; hizmet sunanların, hizmet alanlar karşısında bilgi üstünlüğünün piyasa ortamında ticari kazanç kaygısıyla kullanılması gibi etmenler gereksiz talebi ortaya çıkarmaktadır (12).

#### **2.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Gruplandırılması**

Sağlık hizmetlerinin gruplandırılması, dünyada sağlık alanında en yetkili örgüt olan Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış ve ülkemizde sağlık hizmetlerinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığınca da kabul edilmiş koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hizmetler olarak gruplandırılmıştır.

Bugünkü anlayışa göre ise, sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini kapsamaktadır (14).



### **2.1.5.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişilerin sağlıkları bozulmadan önce sağlığı korumayı, amaçlayan ve önlemler alan sağlık hizmetleridir. Koruyucu hizmetler; kişiye yönelik veya çevreye yönelik olarak verilir.

Kişiye yönelik sağlık hizmetleri, insanları hastalık etkenlerine karşı korumayı amaçlamaktadır. Bu açıklama ile sadece bağışıklama hizmeti akla gelmemelidir. Bağışıklamanın (aşılama) yanı sıra, beslenmeyi düzenleme, teşhis ve tedavi, doğum kontrolü, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi hizmetleri de vermektedir.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri kişinin çevresinde bulunan, sağlığını olumsuz etkileyebilecek bütün faktörlerin sağlığa elverişli hale getirilme çabalarıdır. Bu hizmetler; yeterli ve temiz su sağlanması, atıkların zararsızlaştırılması, haşerelerle mücadele, hava kirliliği ve radyasyonla savaş, konut sağlığı ve sağlık açısından zararlı gıdalarının tüketilmesinin engellenmesi hizmetlerini içerir.

### **2.1.5.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık halinin ortaya çıkması durumunda teşhis konulması amacıyla yapılan işlemleri ve kişinin sağlık durumunun düzeltilmesi için verilen bütün hizmetleri kapsar. Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri grubunda maliyeti en yüksek sağlık hizmetidir. Hizmeti verenler açısından bakıldığında sağlık meslek üyelerinin, sağlık profesyonellerinin hizmet verdiği bir alandır.

### **2.1.5.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri**

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, doğuştan, ruhsal, geçirilen bir hastalık ya da kaza sonucu yaşam standartları bozulmuş kişinin eski sağlığına kavuşabilmesi, kişinin bedensel ve ruhsal yönden, kısıtlılığının giderilmesi ya da azaltılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla verilen sağlık hizmetlerini kapsar. Bu hizmetler yataklı ya da yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından verilmektedir.

Bu hizmetlerin verilmesiyle toplumdan uzaklaşan bireylerin sayısı azalacak, toplumsal refaha katkı sağlanacak, kişinin, ailesinin ve toplumun sağlık kalitesi korunmuş ve geliştirilmiş olacaktır.

#### **2.1.5.4. Sağlığın Geliştirilmesi**

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri; “kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan” hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireylere aittir. Sağlığın geliştirilmesinde, bedensel ve zihinsel sağlık durumu ile yaşam kalitesi ve yaşam süresinin artırılması amaçlanmaktadır. Günümüzde pek çok hastalık bireylerin yaşam tarzları ve alışkanlıklarından ortaya çıkmaktadır (14). Kişileri bu konuda bilinçlendirmek, sporun, sağlıklı beslenmenin, zararlı maddelerden uzak durmanın, toplumda farkındalık yaratmasını sağlamak sağlığın geliştirilmesi hizmetleri kapsamındadır. Son zamanlarda, tv kanallarında kamu spotu olarak yayınlanan, sigaranın zararlarını, obezitenin sağlığı nasıl olumsuz etkilediğine dair kısa filmler bu hizmete örnek gösterilebilir.

#### **2.1.6. Hastane ve Hastane Yönetimi**

Hastaneler her türlü sağlık hizmetinin verildiği, vazgeçilmez bir unsur olan sağlık ihtiyacını karşılamak üzere kurulmuş kompleks organizasyonlardır. Hastaneler tedavi edici sağlık bakım hizmetlerinde ikinci basamağı ve üçüncü basamağı oluşturan sağlık kuruluşlarıdır. Hastaneler, insana hizmet vermesi dolayısıyla önemlidir, yapılacak en ufak bir hata veya eksiklik insan hayatını etkileyeceğinden, dikkat ve özen hastane faaliyetlerinin odak noktasını oluşturur.

31.10.2012 tarihli, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge ile hastane yöneticilerinin görev tanımları belirlenmiştir ve bazı yönetim kadrolarının isimlerinde değişiklikler yapılmıştır. Yönerge ile Hastane Yöneticisi, Başhekim, Başhekim Yardımcısı, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Müdür Yardımcılarının görev tanımları yapılmıştır. Bunların dışında Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürlüğü yeni bir yönetim birimi olarak yerini almıştır. Yönergede yer alan Hastane Yöneticisi ve Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürü tamamen yeni kavramlar olup, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü, eski ismiyle Hastane Müdürlüğünü, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ise eski ismiyle Başhemşirelik veya Hemşirelik Müdürlüğünü ifade etmektedir.

### **2.1.6.1. Hastanelerin Tanımı**

Türk Dil Kurumuna göre hastane; hastalara yatarak veya ayakta tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları tarafından verildiği sağlık kuruluşudur (15).

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde hastaneler; "hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edilenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak tanımlanmaktadır.

Hastaneler, hizmet üreten kurumlar içinde kuruluş ve işletme sermayesi yüksek olan kurumlardan birisidir. Değişik hizmet grupları ile farklı eğitim düzeyine sahip personelleri ve sürekli gelişen teknolojiyi bünyesinde bulundurmaktadırlar (16).

### **2.1.6.2. Hastanelerin Amaçları**

Hastanelerin amaçlarını dört grupta özetlemek mümkündür (17);

- Tanı, tedavi ve bakım hizmetleri,
- Eğitim Hizmetleri: Değişik meslek grupları için öğrencilere staj olanakları ile tıpta uzmanlık için asistan eğitimleri ve yeni uygulamalarda personelinin gelişimini sağlamak üzere eğitim hizmetleri verilmektedir.
- Araştırma hizmetleri: Her kurumda olduğu gibi hastanelerin bütün bölümlerinin eğitim çabalarına koşut olarak araştırma yapmak görevleri de vardır.
- Koruyucu Hekimlik Hizmetleri: Hastanelerde yatan hastalarda tanı konan tüm enfeksiyonlar bulunabilir. Gerek hastaları ve personeli için, gerekse hasta yakınları için gereken koruyucu önlemlerin hastane yönetimlerince alınması gereklidir.

### **2.1.6.3. Hastanelerin Sınıflandırılması**

Hastaneleri, verilen hizmetlerin türüne göre, genel hastaneler, özel dal hastanesi hizmet verilen kişilerin cinsiyetine göre, kadın hastalıkları ve doğum hastanesi, yaşına göre, çocuk hastanesi, asistan yetiştirme durumuna göre eğitim ve araştırma hastanesi olarak sınıflandırmak mümkündür.

## 2.2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

### 2.2.1. Kalite Nedir?

Kalite sözcüğü günümüzde çok kullanılan bir kelimedir fakat standart bir tanımı yoktur. Kalite tanımı, kişiden kişiye, sektörden sektöre değişiklik gösterir. Bunun temel nedeni hizmet ve üretim gibi farklı sektörlerin farklı tanımlarının ve farklı algılamalarının olmasıdır.

Kalite, müşterilerin mal ve hizmetlerden belediklerinin karşılanması, hatta daha fazlasının verilmesinin sağlanmasıdır (18). Kalite, genellikle beledentilerin üzerinde mükemmel bir üretim ve hizmetle ilgili düşünceleri ifade etmekte kullanılmaktadır (19). Kişiyne veya topluma sunulan hizmetin, beledenen ve istenen seviyede olabilmesini sağlamak temel gerekliliktir.

Kalite kavramı ile ilgili birçok tanım yapılmaktadır. Bu tanımlardan, en fazla kullanılanları aşağıda sıralanmıştır (20):

- Kalite, bir ürünün ya da hizmetin değeridir,
- Kalite, önceden belirlenmiş özelliklere uygunluktur,
- Kalite, ihtiyaçlara uygunluktur,
- Kalite, kullanıma uygunluktur,
- Kalite, eksiklerden kaçınmaktır,
- Kalite, müşteri beledentilerini karşılamak veya onların ilerisine geçmektir,
- Kalite, müşterinin beledentilerini ve isteklerini sürekli karşılayacak ürün veya hizmet üretmektir,

Yapılan tanımlamalardan anlaşılacağı üzere, müşteri memnuniyeti kalitenin temelini oluşturmaktadır.

### 2.2.2. Toplam Kalite Yönetimi (TKY)

Toplam kalite yönetimi kısaca TKY, kalitenin sürekli artmasını ve gelişmesini öngören, organizasyonun en küçük birimlerinde bile kaliteyi hedefleyen, müşteri memnuniyetini önemseyen ve başarıya ulaşabilmek için müşteri memnuniyeti kadar çalışan memnuniyetine de önem verilmesi gerektiğini savunan çağdaş bir yönetim biçimidir.

Toplam kalite yönetimi, katılımcı bir yönetim anlayışdır ve kurumdaki başarısı yönetici ve çalışanların TKY felsefesini anlamasına ve TKY'ye inanmasına bağlıdır (21). TKY'de amaç, herkesin katılımının sağlanması suretiyle kalitenin devamlı iyileştirilmesi ve toplam maliyetlerin azaltılmasıdır (22). TKY, davranışsal ve metodolojik yollarla, rekabeti geliştirerek ve kaliteyi iyileştirerek son müşteriye teslim edildiğinde müşterinin tatmin ve memnuniyetinin amaçlandığı organizasyon aracılığıyla geliştirilen olumlu bir girişimdir (23).

Günümüzün rekabetçi pazarında kaliteyi talep etmek, işletmeler için sürekli genişleyen küresel pazarda ayakta kalabilmelerini sağlayacak en önemli, tek faktördür. Kalite, üretim ve hizmet organizasyonlarının ekonomik başarısını belirlemede hayati öneme sahiptir (24). Uzun bir geçmişe sahip olan kalite kavramı, gelişen ve rekabetin arttığı dünyamızda oldukça önemli bir yer bulmuş ve organizasyonların yaşamlarını sürdürebilmeleri için bir zorunluluk halini almıştır.

Kelime anlamı itibariyle, Toplam Kalite Yönetimini parçalara ayırdığımızda her bir kelimenin anlamı karşımıza şu şekilde çıkmaktadır (25).

**TOPLAM;** bu yönetim biçiminin, kurum içindeki tüm fonksiyon, faaliyet ve bireyleri kapsadığını belirtir. Toplam terimini en iyi vurgulayan ifade ise “herkesin katılımıdır”. Bir başka ifadeyle toplam kelimesi ile ifade edilmek istenen kalite olgusunun kurumda, topyekun oluşturulmasıdır.

**KALİTE;** kelime olarak sözlüklerde, “bir şeyin iyi veya kötü olma özelliği ile ilgili kılınıp, herhangi bakımdan üstünlük veya eksiksizlik olarak ve gelecekteki beklentilerini aşacak hizmetler sunmayı, tanımlanmaktadır.

YÖNETİM; kalitenin kendiliğinden olmayacağı ve yönetilmesi gerektiği bugün herkes tarafından kabul edilen bir olgudur. Üst yönetimin, çalışmalara liderlik yapması kalitenin başarıya ulaşmasında önemli ve gereklidir. Dolayısıyla kuruluştaki tüm çalışanları ilgilendirip etkilemesi ve tüm örgüte uygulanması gerekmektedir. Bir kalite zincirinin herhangi bir noktasının ihtiyaçlara yanıt vermemesi sistemin başka bir yerinde bir kusur veya arızaya neden olur. Bu ise kendiliğinden bir kısır döngüye yol açar. Kalitenin bedeli ihtiyaçların sürekli olarak incelenmesi ve bunlara yanıt verebilme yeteneğidir ve ancak bu yolladır ki “sürekli gelişme” süreci uygulama alanı bulabilir. Bu gelişmeyi de sağlayacak olan yönetim ve yönetimin değişim sürecinin oluşumuna olumlu katkısı ile mümkün olacaktır. Yönetimin bu süreçteki katkısı, yöneten, emreden değil çalışanların antrenörlüğü şeklindedir.

### **2.2.3. Toplam Kalite Yönetiminin Tarihçesi**

Kalite ile ilgili ilk çalışmalar M.Ö. 2150 yıllarına Hammurabi Kanunlarına dayanmaktadır. Hammurabi Kanunlarına göre görevini, hastasına zarar vermeden başarıyla uygulayan hekim ödüllendirilirken, başarısız tedaviye neden olan hekim cezalandırılır.

Bazı tarihçiler kaliteyi anlamaya, profesyonel hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale ile başladığını ileri sürmektedirler. Nightingale, XIX. yüzyılın sonlarında, İngiltere’de hastanede verilen bakım hizmetlerini iyileştirmek ve geliştirmek için ölüm oranlarını kullanarak, hastane istatistiklerini toplamak ve değerlendirmek için tekdüze bir sistem önererek, kalite programlarının temelini atmaya yardım etmiştir (26). ABD’de 1910 yılında tıp eğitimi veren okullardaki “eğitim kalitesini” ortaya çıkaran çalışmalar yapılmış, eğitim programlarının değiştirilmesi yoluna gidilmiştir (27).

1914 yılında Ernest Codman tarafından ABD’de, hastaların memnuniyetlerini birinci öncelik olarak ele alması bile, hastanelerin standartlarını belirleyecek istatistiki çalışmaların yapılması, sağlıkta kalite ölçümüyle ilgili ilk uygulama olarak kabul edilmektedir (28).

II. Dünya savaşı sonrasında Japonya’nın yeniden yapılanması için Amerikalı Deming ve Juran, Japonya’ya davet edilerek görüşlerine başvurulmuştur. Onların önerileri doğrultusunda Japonlar, Amerikan orijinli bir yönetsel yaklaşımı ele alarak onu

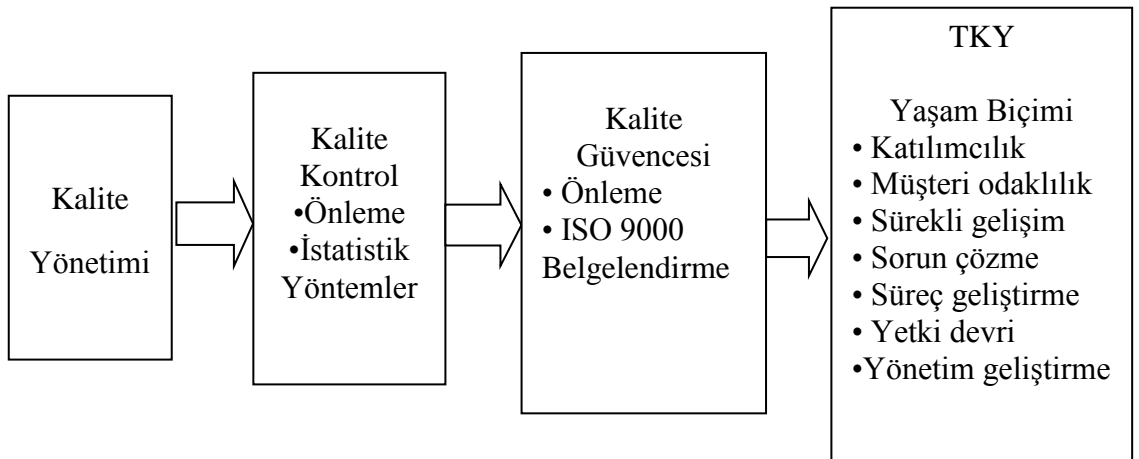
kendi ortamlarında değerlendirip geliştirmişler ve oldukça başarılı olmuşlardır. 1950 yılında Deming’le başlayan toplam kalite çalışmalarını, 1954 yılında Juran tarafından ortaya atılan “kalite yönetimin sorumluluğudur” anlayışı izlemiş; 1961 yılında ise Crosby "sıfır hata" yaklaşımını uygulamaya geçirmiş; ardından 1962 yılında Ishikawa “kalite herkesin işidir” diyerek kalite çemberi çalışmalarını başlatmış; daha sonra Imai sürekli gelişme kavramını toplam kalite yönetimine kazandırmıştır. 1970’li yıllarda Amerikalılar kendi ülkelerinde pazar paylarını kaybetmeye başladıklarında olayın geç de olsa farkına varmışlar ve 1980’lerin başında TKY konusuna önem vermeye, üzerinde çalışmalar yapmaya başlamışlardır. İlk imalat sektöründe uygulanmaya başlayan TKY, daha sonra bankacılık, sigorta, süper market, ulaşım, güvenlik, eğitim, sağlık ve diğer sektörlerde de yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır (29).

1990’lı yıllardan başlayarak dünya genelinde sağlık sektöründe kalite yönetimine önem verilmiş ve kalite çalışmaları hız kazanmıştır.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık sektöründeki ilk uygulama özel sektörde gerçekleşmiş, daha sonraki uygulamalar kamuya ait sağlık kuruluşlarında devam etmiştir. 1996 yılında Ankara’da faaliyet gösteren iki özel hastane ülkemizde ilk kalite belgesi (ISO 9001 belgesi) alan sağlık kuruluşları olmuştur (29).

Kalite anlayışının gelişimi şekil 1’de gösterildiği gibidir.

**Şekil 1:** Kalite Anlayışının Gelişimi (30)



Yukarıdaki şekilden anlaşılacağı üzere kalite yönetimi, kalite kontrol ile başlayıp kaliteyi yaşam biçimine uyarlayan TKY anlayışına doğru bir gelişim ve değişim göstermiştir. Bu değişim kısa bir süre içerisinde olmamış uzun zaman almıştır.

1998 yılında Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “Kalite Yönetimi Şube Müdürlüğü” kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı’na bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulan bütün hizmetlerin ve yürütülen faaliyetlerin, TKY anlayışı ile; kalite, güven, yüksek verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütülmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanan “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” 30 Ekim 2001 tarihinde yürürlüğe girmiştir. 17.3.2003 tarihinde Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kalite Daire Başkanlığı” kurulmuştur. Daha sonra ise, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatlarında Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Yönetimi Sistemi ile ilgili çalışmaların planlanmasını ve koordinasyonunu sağlamak üzere bir müsteşar yardımcısı başkanlığında tüm birim amirlerinin katılımıyla 12.01.2004 tarihinde “Kalite Konseyi” kurulmuş ve kalite çalışmalarını planlamak, organize etmek ve yürütmekle görevlendirilmiştir (31).

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biri olan “Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” hedefi çerçevesinde Mayıs 2007 tarihinde Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı adı altında faaliyetlerine başlayan Daire Başkanlığı Kasım 2007 tarihinden itibaren müstakil Daire Başkanlığı olarak hizmetini sürdürmüş daha sonra aynı isim ve görevle Eylül 2009 tarihinden itibaren Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde çalışmalarını yürütmüştür.

663 sayılı KHK ile oluşturulan yeni yapılanma sonucu 19 Mart 2012 tarihinden itibaren Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı biriminin varlığı sona ermiş ve Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuştur.

Yeni kurulan Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı;

- İnsan sağlığını odak noktası yapma,
- Sağlıkta hizmet kalitesinin standartlarını yükseltme,
- Faaliyetlerinde hasta ve çalışan güvenliğini sağlama,



- Sağlığın tüm paydaşları ile birlikte hareket etme,
- Dinamik yapısıyla yeniliklere öncülük etme,

İlkeleri çerçevesinde sağlık hizmetlerinde kalite standartları geliştirme, kalite değerlendirme, kalite eğitimleri, uluslar arası çalışmalar ve sağlık kurumlarının akreditasyonu alanlarında faaliyetlerini yürütüp, hizmetlerine devam etmektedir (32).

#### **2.2.4. Toplam Kalite Yönetiminin ncleri**

TKY'nin gelişiminde birçok kişinin katkısı bulunmaktadır. Bu çalışma içerisinde Kaoru İşhikawa, Dr. W. Edwards Deming, J. M. Juran, Phill Crosby, ve Armand V. Feigenbaum, isimleri ele alınacaktır.

##### **2.2.4.1. Kaoru İşhikawa Uygulamaları**

İşhikawa, Amerikalı kalite uzmanlarının anlattıklarını kendi ülkesine (Japonya'ya) uyarlayıp daha yeni yöntemler geliştiren Japon kalite öncülerinden biridir. İşhikawa'ya göre yapılacak ilk çalışma, var olan sistemin tanımlanmasıdır. Bu durumda yapılması gerekenler; kurumun temel değerleri ve teknolojesi, örgüt yapısı ve yönetim şekli, amaç, hedef ve misyonu, müşteri beklentileri ve değerlendirmesi, eğitim faaliyetlerinin durumu, problemlerin belirlenmesi, aksaklıklar ve kullanılan performans ölçütlerinin tanımlanmasıdır (33).

##### **2.2.4.2. William Edwards Deming Uygulamaları**

Deming, uzun yıllarını toplam kalite alanında çalışmalar yaparak geçirmiş ve 1950 yılında Japon Bilim Adamları ve Mühendisler tarafından Japonya'ya davet edilmiştir. Deming, Japonlara toplam kalite yönetimini öğreten kişi olarak anılmaktadır. Bu ülkede her yıl, "Deming dlleri" adı altında, kalite dlleri verilmektedir. 1930-1950 yılları arasında, istatistiksel süreç kontrol kavramını, kalite ve verimliliğin iyileştirilmesi ve maliyetlerin azaltılması amacıyla geliştirmiştir (33). Japonya'da kalite yönetimi konusunda eğitimler vermiş ve bu eğitimler ilerleyen dönemlerde M. Juran tarafından verilecek kalite eğitimlerine önemli bir alt yapı sağlamıştır.

#### **2.2.4.3. Joseph M. Juran Uygulamaları**

1950 yılında "Kalite Kontrol El Kitabı" adlı eserini yazmış, 1988'de Kalite Planlama, 1989'da Kalite Liderliği ve 1991'de Yeni Kalite Yol Haritası'nı yazmıştır. II. Dünya Savaşı'ndan sonra bağımsız bir hoca, danışman ve yazar olarak çalışmalarına devam etmiştir. Juran hataların ve kayıpların, çalışanlar tarafından yapılan yanlışlıklarından çok, sistemdeki hatalarından kaynaklandığını vurgulamıştır (33). M. Juran ikinci dünya savaşı sonrasında Japonya'nın gelişimi açısından önem arzeden kalite çalışmalarına önemli katkıda bulunmuştur.

#### **2.2.4.4. Crosby Uygulamaları**

Toplam Kalite Yönetimi'ne Crosby'nin yaklaşımı, standart uygulamaların ya da paket yaklaşımların tamamının geniş çapta batıda uyarlanıp uygulanmasından ibaret gibi görünmektedir. TKY konusundaki önemli katkısı "sıfır hata" kavramıdır. Kalite uygulamaları ile ilgili fikirlerinin çoğu 1965-1979 yılları arasındaki 14 yıllık deneyimlerinden kaynaklanmaktadır (33).

#### **2.2.4.5. Armand V. Feigenbaum'un Uygulamaları**

Feigenbaum, "Kalite Kontrol" ve "Toplam Kalite Kontrol" kavramının isim babası olarak bilinir. Feigenbaum, kalite sorumluluğunun üretim bölümünden çok daha ötelere kadar uzandığı yaklaşımını geliştirerek, kalite yolculuğuna önemli katkılarda bulunmuştur. Armand V. Feigenbaum'a göre; kalite standartlarının oluşturulması, standartlara uygunluğun değerlendirilmesi, standartlara ulaşılmadığında düzeltici önlemlerin alınması ve standarttan da iyileştirmeler yapılması için planlama yapılması kontrol sürecinin aşamalarını oluşturmaktadır (33).

#### **2.2.5 Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri**

TKY, çeşitli yönetim ilkelerini içermektedir. Bu ilkelerin birçoğu yukarıda bahsettiğimiz kalite öncüleri tarafından ortaya çıkarılmıştır, aralarında yer yer farklılıklar olmasına rağmen temelde aynı fikir ve ilkeleri öne sürmektedirler.

Günümüzün rekabet ortamında, kurumların başarıya ulaşabilmeleri için kalite yönetimi ilkelerini dikkate almaları gerekmektedir. Aşağıda, müşteri odaklılık, üst yönetimin desteği ve liderlik, tam katılım, sıfır hata, sürekli eğitim, sürekli gelişme,

ölçme ve değerlendirme, ilkeleri, süreç yönetimi uygulama, işbirliği ve takım çalışması anlatılacaktır.

### **2.2.5.1 Müşteri odaklılık**

Müşteri odaklılık, TKY felsefesinin en temel ögesidir. Kurumun rekabet avantajı sağlayabilmesi açısından müşteri beklentileri dikkate alınmalıdır. Şunu unutmamak gerekir ki, TKY’de kalite, müşterilerin ihtiyaçları, beklentileri açısından tanımlanır ve müşterinin memnun edilmesi başarının anahtarıdır. TKY’de müşteri odaklılığı ve memnuniyeti, bir örgütün en önemli amacı olarak değerlendirilmektedir.

Müşteri odaklılık, vizyon, amaç ve hedeflerle değişimi ve gelişimi sağlamış açık bir hizmet stratejisine sahip olmak şeklinde ifade edilebilir ve ürün, hizmet, beklenti, tatmin ve yeterlilik boyutunda düzenli bir ilişkiyi gerektirir (34). Müşteri memnuniyeti bir tüketim sonrasında beklenen kalite ile algılanan kaliteyi karşılaştıran bir deneyimdir. Bir şirket, ürün ve hizmetlerin nasıl olduğunu ölçerek, müşteri istek ve beklentilerinin karşılanmasını sağlar. Bir firmanın önemli bir rekabet avantajı ve performans göstergesidir. Müşteri memnuniyeti, hizmet kalitesi, fiyat, zamanlılık, verimlilik ve firmanın fiziksel çevresine bağlıdır (35).

Müşteri kavramı, öncelikle kurumun içerisinde çalışanlarla başlar, bunlar “iç müşteri” olarak adlandırılır. Sağlık kurumunda çalışan personelin, kurum içerisinde muayene olması tetkikler yaptırması ve tedavi olması örnek olarak gösterilebilir. Kurum çalışanı olmayan birinin sağlık hizmetlerinden yararlanması ise “dış müşteri” olarak adlandırılabilir.

### **2.2.5.2 Üst Yönetimin Desteği ve Liderlik**

Kalite çalışmaları için üst yönetimin desteği bir ön gerekliliktir (36). TKY’ nin uygulanmasına geçişte kurum kültürünün TKY’ ye uygun hale getirilmesi gereklidir. Kurum kültürünün değişimini kısa sürede gerçekleştirmek için kararlı, liderlik vasıflarına sahip, planlı hareket eden, planlarını başarıyla uygulayabilen ve sürece aktif katılımında bulunan bir yöneticiye ihtiyaç vardır (37).

Toplam Kalite Yönetiminin işlevlerini yerine getirebilmesi, başarıya ulaşabilmesi için üst yönetimin TKY’ yi anlaması ve desteklemesi gereklidir.

Günümüzde sağlık sektöründe kalite konusunda yapılması gerekenleri Sağlık Bakanlığı belirlemektedir. Sağlıkta Kalite Standartlarını yayınlamakta, ve kurumları hedeflere ulaşılması yönünde denetlemektedir. Hastanelerdeki yöneticilerin yapması gerekenler ise çalışanları desteklemek, doğru kişilere sorumluluk vermek ve rahat çalışılabilecek ortamlar yaratmaktır.

### **2.2.5.3. Tam Katılım (Çalışanların Katılımı)**

Katılım, yönetim biliminde üzerinde çok durulan, önem verilen kavramlardan birisidir. Katılım, çalışanların örgüt ve yönetimle bütünleşmelerini, örgütsel ve yönetsel kararlarda söz sahibi olmalarını ve sorumluluk üstlenmelerini ifade eder. Katılım aynı zamanda paylaşımda bulunmayı ifade eder (38).

Tam katılım bir organizasyon için olmazsa olmazlardandır. Organizasyonların gelişmesinde, başarı elde etmelerinde gerekli olan, biz duygusuna sahip çalışanlardır. Her kademedeki işi yapmaktan, görev ve sorumluluk almaktan kaçmayacak, çalıştığı kurum için faydalı olmaktan mutluluk duyan, ve başarı sağlandığında heyecanlanan çalışanlar, kurum için gereklidir.

### **2.2.5.4. Sıfır hata**

Toplam kalite yönetiminin temelinde hataları ayıklamak yerine, hata yapmamak yaklaşımı vardır. Önlemeye dönük yaklaşımın genel bir anlatımı, planlamanın doğru yapılması şeklinde özetlenebilir. Her yönü ile düşünölmüş, kapsamlı titiz bir planlama çalışması ile sonradan oluşabilecek hataların çok büyük bir bölümü ortadan kaldırılabilir. Tüm hata kaynaklarını öngörmek mümkün değilse de olası sürprizlere önceden hazırlanmak, tamamen hazırlıksız yakalanmaya kıyasla büyük avantaj sağlar. Sağlık sektöründe “hata” kelimesi çok daha önemli ve ağır bir kelime halini alır çünkü sağlık sektöründe insana hizmet verildiği için ve en ufak bir hata insan sağlığını tehlikeye atacağından sıfır hata önemlidir.

Hataları önlemede, öncelikli unsur planlamadır. Planlamaya harcanan her dakika son derece değerlidir. Planlamada harcanan bir dakika, uygulamada aylara hatta yıllara bedeldir.

Önlemede ana fikir, sorunlar ortaya çıkmadan önce çözümleri oluşturmak, riskleri ortadan kaldırmak, ürün ve hizmetlerin yapısında tasarım yoluyla üstünlük ve kusursuzluk yaratmaktır. Kaliteye ulaşmanın yolu, düzeltme değil önlemedir, hata içermeyen hizmetin başarısı tartışılmaz (25).

#### **2.2.5.5. Sürekli Eğitim**

TKY' nin bir başka önemli ilkesi sürekli eğitimidir, eğitim ve öğrenmenin sürekli olması gerekir. Bunun nedeni ise, bilgi birikiminin sürekli artması, yeni yöntem ve tekniklerin ortaya çıkması ve bunların kalifiye insan gücünü gerekli kılmasıdır.

Eğitim, geliştirme ve değerlendirme faaliyetleri, kurumların çalışanlarını geliştirmek için yaptığı yatırım olarak görülmelidir (39). TKY açısından eğitim, çalışanların işlerini doğru yapabilmelerini sağlayacak bilgi, birikim ve bilinç oluşturmak, kendilerini geliştirebilmelerini sağlamak amacındadır. TKY eğitimi, en üst düzeydeki yöneticiden, en alt kademedeki çalışana kadar herkesi kapsamalıdır.

#### **2.2.5.6. Sürekli Gelişme (Kaizen)**

Kaizen stratejisi, Japon yönetim biliminde, en önemli kavramdır ve Japonya'nın rekabetteki başarısının anahtarıdır (40). Kaizen yöneticilerden işçilere herkesi kapsayan sürekli bir iyileştirmedir. Kaizen felsefesi iş yaşamında, sosyal ilişkilerde veya aile yaşantısında, yaşam tarzının sürekli iyileştirilmesi gerektiğini ifade eder (41). Gelişme ve iyileşme bütün kademelerde çalışan bireyleri ilgilendirir, her birimde çalışanın çalışma alanıyla ilgili mutlaka iyileştirme, gelişme yapacağı bir durum söz konusudur. Küçük iyileştirmeler bile kurumun kalitesini arttıracaktır.

Sürekli gelişme (P-D-C-A/Plan-Do-Check-Act) "Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al" çevirimini ilk ortaya atan Dr. W.A. Shewhart' tır. Bu çevrimi özümseyerek 1950 yılında Japonlara aktaran ise Dr. E. Deming olmuştur. Sürekli gelişme kavramı Japonya'da o kadar yerleşmiştir ki, her alanda hemen her faaliyet için Kaizen (sürekli geliştirme) grupları kurulmuş ve başarıyla uygulanmıştır (25).

#### **2.2.5.7. Ölçme ve Değerlendirme**

TKY' de ölçme ve değerlendirme oldukça önemlidir. Eğer değerlendirme yapmazsanız, neyi, ne kadar doğru yaptığınızı anlayamazsınız. Organizasyonlarda bütün

birimlerin mevcut durumlarını bilmek gerekir, durum değerlendirmesi yapabilmek için mevcut durumun tanımlanması, yapılacakların belirlenmesi, eksiklikler giderildikten sonra ise amaçlara ulaşıp ulaşılamadığı yönünde değerlendirme yapılmalıdır. Ölçemediğimiz bir şeyi değerlendirme ve geliştirme olanağımız yoktur.

Sağlık Sektöründe kalite çalışmalarında ölçme ve değerlendirme işlemleri önce hastanelerin kendi içerisinde kalite yönetim birimleri tarafından iç denetim, daha sonra bakanlık tarafından dış denetim şeklinde yapılmakta ve hastanelere puan verilmektedir. Bu puanlamalarla hastaneler, kendilerini değerlendirebilme, diğer hastanelerle kıyaslayabilme, eksiklerini tamamlayabilme imkanı bulmaktadır.

#### **2.2.5.8. Süreç Yönetimi Uygulama**

Süreç yönetimi, işletmenin amaçlarına ulaşabilme düzeyinin kontrol edilmesini ve bu süreç içerisinde üretimden, sunuma kadar olan herşeyin temininin sağlanmasından sorumludur. Sürecin başarıyla tamamlanabilmesi için, yukarıda saydığımız ilkelerden yararlanmak, yani hata yapmamak, müşteri ve çalışan memnuniyetine önem vermek, sürekli gelişmenin önemi ve gerekliliğine inanmak gereklidir. Bu şekilde, sürecin başarıyla kontrol edilip, yönetilmesi sağlanır.

#### **2.2.5.9. İşbirliği ve Takım Çalışması**

Takım, belirli bir amaç için bir araya gelmiş insan topluluğudur. Takım olmak, amaç birliğini ve biz olma duygusunu gerektirir.

Takım çalışması sırasında çalışanlarla, çok iyi iletişim sağlanmalı, çalışanlara söz hakkı verilmeli, bireylere değil, problemlere, fırsatlara, amaçlara ve göreve odaklanılmalıdır (42).

İşbirliği, kişilerin tek başlarına başaramayacakları şeyleri aynı amaç doğrultusunda bir araya gelmiş insanların bereberce çalışarak sonuca ulaştırmalarıdır. İşbirliği yaparken, verimli bir iletişim, karşılıklı saygı, yanlış beklentileri önleyici gerçekçi hedefler ve planlar, yenilenme ve empati gereklidir.

### 2.2.6. Toplam Kalite Yönetiminin Yararları

Toplam Kalite Yönetimi işletmenin rekabet gücünü artırabilmesi için en önemli yaklaşımlardan biridir. Küreselleşme ile sertleşen rekabet koşullarında kurumlara sağladığı yararları şöyle sıralayabiliriz (43):

- Mal ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesi
- Müşteri tatmininin artması
- Kaynak israfının azalması
- Ürün oluşturma ve geliştirme süresinin kısılması
- Verimliliğin artması
- Pazar talebinin karşılanmasında esnekliğin artması
- Süreç içi işlem sayısının azalması
- Yönetimle işgören arasında iletişim ve işbirliği artacaktır.
- Karlılığı ve örgütsel etkililiği artırır, yeni müşteriler kazanma kabiliyeti verir, örgüt içinde iletişimi geliştirir ve pekiştirir, daha etkili rekabet edebilme kabiliyeti kazandırır, sürekli gelişmeyi sağlar (44).
- TKY problem çıktığında problemi çözmeye yönelik hareket etmez, problemden önce önlem almaya yönelik hareket eder. Dolayısıyla çıkabilecek sorunlar en aza indirilmiş olur.
- Ekip çalışmasına dayalı çalışmayı pekiştirir.
- TKY sürekli gelişmeyi önemsediğinden dolayı kurum içinde eğitim programları ile personelin gelişmesine yönelik hareket eder. Eğitimli personel ile hizmet kalitesi artacaktır.

Yukarıda saydığımız bu görünür yararların dışında Toplam Kalite Yönetimi ile örgütün kendini geliştirmesi geleceğe hazırlanabilmesi daha da kolaylaşmaktadır. TKY ile işletmeler hem kalite üstünlüğü hem de maliyet üstünlüğü elde edebilmektedir.

Özellikle çalışanların katılımıyla gerçekleşen yeni öneriler ve yeni tekniklerle rekabet gücünün artırılmasında önemli kazanımlar sağlanabilmektedir.

TKY'nin işletmeye sağlayacağı yararlar konusunda dikkat edilmesi gereken husus, bu yönetim felsefesinin bu sonuçları hemen vermemesidir. 1991 yılında Amerika Genel Muhasebe Bürosu tarafından yapılan bir çalışmada TKY'nin işletme tarafından anlaşılıp uygulamaya konulmasından ortalama 2,5 yıl sonra yararlarının ve sonuçlarının ortaya çıkacağı bulunmuştur (45).

### **2.2.7. Toplam Kalite Yönetiminin Önündeki Engeller**

Sağlık sektöründe kalite yönetimi daha önce de belirttiğimiz gibi bir katılım kararı değil bir zorunluluktur. Bakanlık tarafından yayınlanan kriterlere kurumlar uymak zorundadır. Kalite çalışmaları bir zorunluluk olmasına, değerlendirmelerde hastanelere puan verilmesine rağmen yine de kalite çalışmalarının uygulanabilirliğinde bazı sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu konuda çalışmalar sırasında karşılaşılan engellerden bahsedeceğiz. Bu engeller:

- Çalışanların kalite çalışmalarını ekstra yük olarak görmeleri
- Kaliteye olan inançsızlık: Kalite çalışmalarına karşı olmanın temel nedeni, çalışanların mevcut durumda yapılanın zaten kaliteli olduğuna ve kalitenin ek maliyet getireceğine inanmasıdır (33):
- Değişime direnç: Kendi konumlarının tehdit edildiğine inanan kişiler değişime karşı çıkacaklardır. Değişime karşı çıkanlar genellikle; geçici bir moda olduğunu, kısa sürede sonuç alınamayacağı, uzun bir süre gerektiğini, kendi kurumlarına uygun olmadığını, esas işlerinin aksayacağını, kişisel başarıyı engelleyeceğini savunarak direnç gösterirler (33).
- TKY'de, kalite çalışmalarının başlamasından, sonuçlar görülünceye kadar olan sürenin uzun olması çalışanların kaliteye olan inancını azaltacaktır.



- Kalitenin belirli bir grubun görevi olarak görülmesi. Bazı çalışanların kalite çalışmalarına kayıtsız kalması konuyla ilgili yapılan çalışmaları sekteye uğratacaktır.
- TKY ekip çalışmasını ve işbirliğini gerektirir, ekip çalışmalarında yaşanabilecek sıkıntılar TKY başarısını engelleyecektir.
- Konuyla ilgili eğitim programlarının yetersiz kalması konuyu anlayamama ve gereksiz bürokrasi olarak görülmesine neden olur.
- Düşük beklentilere sahip olma: TKY ile ilgili yapılacak değişikliklerin her zaman olduğu gibi alelade şeylerden olduğuna inanmak TKY' nin önündeki önemli bir engel olarak örgütün çabalarını olumlu yönde harekete geçirmeyecektir (33).
- Kalitenin gelecek dönemlerde popülaritesi azalacak geçici bir heves olarak görülmesi.
- Kaliteyi sağlama amacıyla gereksiz masraf yapma ve zaman ayırma korkusu.
- Başarı değerlendirme ve ödüllendirmede başarısızlık: Kişilerin motivasyonlarını etkileyen uygulamaların başında, özverili çalışmaların görmezden gelinmesidir. Tekrar motive olabilmeleri için doğru yapılanların desteklenmesi ve hedeflere ulaşılması durumunda ödüllendirme mekanizmaları oluşturulması gerekmektedir (33).

#### **2.2.8. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Başarı ile Uygulanmasının Yolları**

Sağlık sektöründe başarıyı sağlayabilmek için öncelikle kalitenin prensipleri bilinmelidir. Ayrıca başarıya ulaşabilmek için bazı konuların üzerinde özellikle durulması gerekir. Bu konular aşağıda belirtilmiştir;

- Öncelikle kurum içinde çalışanlara, üst yönetimden başlanmak üzere TKY'nin ne olduğu ve felsefesi anlatılmalıdır.

- TKY çalışmalarına üst yönetimin desteği ve liderliğinde başlanmalıdır ve kurum içerisinde TKY felsefesine uygun hareket ederek diğer çalışanlara örnek olunmalıdır.
- TKY' nin sağlık kurumunda kurumsallaşması gerekir. Sağlık kuruluşlarının, stratejik plan, yönetim ve liderlik anlayışını TKY'nin felsefesine uyarlamaları gereklidir (46).
- TKY felsefesi insana önem veren bir felsefe olmasından dolayı hizmeti alanların memnuniyeti kadar hizmeti verenlerinde memnuniyeti önemsenmelidir.
- Hizmetiçi eğitim programlarının düzenli ve sistemli bir şekilde devam etmesi sağlanmalıdır.
- Toplam Kalite Yönetimi bir değişim olarak algılanmalı ve kurum çalışanları sürekli bu yönde geliştirmeye çalışılmalıdır (46).
- Sağlık sektöründe hizmet kalitesinin ölçümünde kriterlerin; zaman, doğruluk ve nezaket, sıfır hata, doğru teşhis ve tedavi olduğunu bilmek gereklidir (46).
- Kurum çalışanlarının çalışma koşullarını iyileştirerek motivasyonu artırmak, ekip çalışmasını teşvik etmek.

## **2.2.8. Toplam Kalite Yönetiminde Kullanılan Kalite Güvence Sistemleri**

### **2.2.8.1. Uluslararası Standartlar Organizasyonu (ISO)**

Uluslararası Standartlar Organizasyonu'nun (International Standards of Organization) kısaltılmışı olan ISO 23 Şubat 1947 tarihinde kuruldu. Merkezi İsviçre'nin Cenevre kentinde bulunmaktadır. Uluslararası Standartlar Teşkilâtına üye ülkelerin sayısı 162' dir. Teşkilât üyesi olan millî birimler kendi ülkelerinde standartlar konusunda en yetkili kuruluşlardır (47).

Standartlaştırma tüm sektörlere uygulanabilir, aletlerin, işlemlerin malzemelerin özellikleri ve hizmete sunulma biçimleri Uluslararası Standartlar Teşkilatının faaliyet konusudur.

Her ülke teşkilatta yetkili bir organ tarafından temsil edilir. Türkiye'deki üyesi Türk Standartları Enstitüsüdür (TSE). TSE, ülkemizin rekabet gücünü artırmak, ulusal ve uluslararası düzeyde ticaretini kolaylaştırmak ve toplumun yaşam düzeyini yükseltmek için; standardizasyon, uygunluk değerlendirme, deney ve kalibrasyon faaliyetlerini tarafsız, bağımsız, etkin ve güvenilir olarak sağlamayı kendisine misyon olarak belirlemiş ve bu doğrultuda hizmet veren bir kuruluştur (48).

Kurumuna, verdiği hizmete güvenen, hizmet ve ürün kalitesine inanan, markalaşmak ve kurumsallaşmak isteyen, rekabet avantajı kazanmak isteyen işletmeler kalite belgesi almak amacıyla başvururlar ve standartları yerine getirerek, belgelerini alırlar. Yasal bir zorunluluk söz konusu değildir. Şu anda hiçbir ülkede kuruluşları ISO belgesi almaya zorlayan bir yasa bulunmamaktadır.

Sağlık sektöründe ISO9000, ISO 9001 standartları kullanılmaktadır.

ISO 9000, Kalite Standartları Serisi Kalite Yönetimi ve Kalite Güvencesi Standartları seçim ve kullanım kılavuzudur. Standartların nasıl kullanılacağı izah edilmektedir.

ISO 9000' ler TKY' nin uygulanmasında bir adımdır. Ancak bölünmez bütünlüğe sahip olan bu iki unsur arasındaki ilişki çoğu zaman kopuktur. Yani TKY, ISO 9000 sisteminin varlığını zaruri kılmaz. Bununla birlikte ISO 9000 sistemini kullanan her örgütün de TKY uyguluyor olması şart değildir. TKY, bütün yönetim biçimlerini kapsayan bir yönetim biçimi ve felsefesidir. İstatistiki süreç kontrol, kalite güvence sistemleri olan ISO 9000 Kalite Standartları ve kalite çemberleri, toplam kalite kapsamında oluşturulmuş yönetim biçimleridir (33).

ISO 9001 Kalite Sistemleri: Tasarım, geliştirme, üretim, tesisi ve servis aşamalarında kullanılmaktadır (Tasarımdan başlayarak sunulan hizmetin sonuçlandırılmasına kadar olan aşamaları kapsadığından hizmet ve üretim kurumları tarafından sıklıkla kullanılan modeldir.). ISO 9001:2000 standartları, tüm sektörlerde uygulanacak şekilde hazırlanmıştır. 2000 versiyonunu farklı kılan ise yeni standartlarda TKY ilkelerinin daha hissedilir boyutta olmasıdır. Boyutuna veya sektörüne bakılmaksızın faaliyet gösterme ve yönetilme şeklini geliştirmek isteyen tüm kuruluşlara uygundur.

ISO 9001 standardı son olarak Kasım 2008’de revizyona uğramıştır. Bu revizyonda standardın bazı maddelerinde değişiklikler yapılmış, bazı maddelere de esneklikler getirilmiştir. 2008 revizyonu öncesinde danışmanlık firmalarının çalışanlarından yardım alınabilmekte, bu çalışan başka pek çok işletmeye danışmanlık hizmeti verebilmekteydi. İşletmeler tetkik dönemi geldiğinde parasını vererek rahat bir tetkikle, kolayca belge alabiliyorlardı. ISO 9001 Kalite Yönetim Sisteminin oluşturulması ve devam ettirilmesi, kalite yöneticisi veya yönetim temsilcisi ile üst yönetimin kontrolü altında devam eder. Revizyon sonrasında bu yönetim temsilcisinin, kurumun resmi çalışanı olması zorunluluğu getirildi. Bu değişiklikle kurumun içinde bu işi yapabilecek yeterliliğe ve donanıma sahip kişiler görevlendirilecektir. Bu sayede örgütün iklimini ve kültürünü bilen kişilerle sistemin etkinliğe ve başarıya ulaşması sağlanmış olacaktır.

Standardın bu versiyonu, önceki versiyonlardaki konulara ilave olarak sürekli iyileşme, gelişme ve verimliliğin artırılmasını hedefleyen süreç tabanlı, müşteri odaklılığını daha ön planda tutan bir yönetim modeli sunmaktadır (49).

#### **2.2.8.2. Akreditasyon ve JCI**

Akreditasyon bir organizasyonun, programın veya grubun standartlar ile uyumunun, konusunda yetkili bir kuruluş tarafından, incelenmesi ve onaylanmasını içeren resmi işlemler bütünüdür (50). Akreditasyonun kelime anlamı “denklik”dir. Amacı, kuruluşlarının yüksek nitelikte hizmet vermesini sağlayacak standartlarla buluşturmak ve bunun sürekliliğini sağlamaktır. Bunun sonucunda çalışanlarının ve müşterilerin memnuniyet düzeyinin yükseltilmesi hedeflenmektedir.

Akreditasyon; bir sağlık kurumunun önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygunluğunun, herkesçe kabul gören bir tüzel kişilik tarafından değerlendirilip onaylandığı resmi işlemlerden oluşan bir süreçtir (51).

Akreditasyon kısaca; bir ürünün yada hizmetin, piyasanın talep ettiği şartlara, standartlara, yönetmeliklere uygunluğunu göstermek üzere o ürün veya hizmet için yapılan deney, analiz, muayene ve belgelendirme işlemlerini yapan kuruluşların (Uygunluk Değerlendirme Kuruluşları) resmi bir otorite tarafından uluslararası

kriterlere göre denetlenerek teknik ve idari yeterliliklerinin onaylanması ve belli aralıklarla denetlenmesi işlemidir.

Ve son olarak akreditasyon 4457 sayılı Tük Akreditasyon Kurumu kuruluş ve görevleri hakkında kanunda, “Türk Akreditasyon Kurumu tarafından; laboratuvarların, muayene ve belgelendirme kuruluşlarının ulusal ve uluslararası kabul görmüş teknik kriterlere göre değerlendirilmesi, yeterliliğinin onaylanması ve düzenli aralıklarla denetlenmesi” olarak tanımlanmıştır.

Joint Commission International (JCI) ise 1997 yılında kurulmuş olan ve bugün itibarıyla 60’den fazla ülkede sağlık kuruluşlarını denetleyerek akredite eden bir kuruluştur. JCI akreditasyonu özellikle sağlık kuruluşlarında Hasta Güvenliği, Tesis Güvenliği, Enfeksiyonların Önlenmesi, Yanlış Uygulamaların Önlenmesi, Hasta ve Yakınlarının Korunması ve Bilgilendirilmesi, Kişisel Hak ve Gizliliklerin Korunması, Olumsuz Olayların Kayıt Altına Alınması ve Sürekli İzlenerek Düzeltilmesi gibi konularda standartlar geliştirmekte ve bu standartların sağlık kurumu tarafından uygulanabilirliğini denetleyerek başarılı olanları akredite etmektedir (52).

Ülkemizde sağlık sektöründe en çok bilinen ve akreditasyon hizmeti veren kurum JCI’dir. Uluslararası standartlara uygunluk sağlamak amacıyla, Sağlık Bakanlığı ile JCI arasında bir işbirliği protokolü imzalanmıştır. Birçok özel hastane ve üniversite hastanesi de JCI ile birlikte çalışmaktadır.

JCI Haziran 2011 tarihinde Uluslararası Sağlık Hizmetleri Kalite Topluluğundan (ISQua) dört yıllık akreditasyon aldı. ISQua akreditasyonu, sağlık hizmetleri organizasyonlarının çalışmasını denetlemek ve geliştirmek amacıyla JCI tarafından kullanılan standartların, eğitimin ve süreçlerin akreditasyon kuruluşları için en yüksek uluslararası temel ölçütleri karşılamaını garanti etmektedir (53).

Akreditasyon bugün bir dünya akımı olmuştur. Üretim veya hizmetin minimum kalite standartlarını belirlemek ve belgelemek amacıyla, birçok ülkede ve farklı sektörlerde akreditasyon kuruluşları oluşturulmuştur. Ülkemizde, sağlık sektöründe akreditasyon işlemlerinin yapılmasında ve sonuçlandırılmasında Sağlık Bakanlığı öncülük etmektedir. Bu sürecin başlamasında ve yapılandırma sürecinde bakanlığın;

paydaşların katılımını sağlamak, özel sektör ve kamu kuruluşlarının hazırlanmalarını sağlamak gibi sorumlulukları vardır.

Haziran 2014 itibari ile, ülkemizde faaliyet gösteren 48 adet sağlık kuruluşu, JCI standartlarını uygulamaya koymuş ve JCI'nın ilan ettiği akredite sağlık kuruluşları listesine girmiştir (54).

### **2.2.8.3. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)**

Sağlıkta kalite; sağlık hizmetinin, bireylere ve topluma, üst düzey özveri, teknoloji ve standartlarla beklenen sonuçlara ulaşılabilecek şekilde sunulmasıdır.

Ülkemizde, sağlık alanında tüm ülke çapında kalite sistemi oluşturulurken, kamu hastaneleri ve özel hastaneler için oluşturulmuş iki farklı standart seti kullanılmakta idi. Daha sonra, sektördeki kurumlar arasında farklı uygulamaların önüne geçmek, belirli bir düzeni sağlamak, ulusal bir sistem oluşturmak, başarılı uygulamalara imza atabilmek amacıyla, kamu hastanelerini, üniversite hastanelerini ve özel hastaneleri kapsayacak şekilde sağlık hizmetlerinde kalite standartları oluşturulma çalışmaları başlatılmıştır.

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS); sağlık hizmetlerine ilişkin süreçleri farklı açılardan sistematik bir şekilde ele alan, uygulayıcılara yol gösterici özellik taşıyan ve uygulamaların değerlendirilmesinde kullanılan standartlar bütünüdür. Etkin, etkili, verimli ve güvenli sağlık hizmeti hedefleri doğrultusunda geliştirilmiştir ve bu hedeflere ulaşma noktasında hasta ve çalışan memnuniyetini öncelemektedir (55).

SKS'ye yönelik çalışmaların temelini 2003 yılında tüm kamuoyuna ilan edilen "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın ilkeleri oluşturmaktadır. Bu programın 8 ilkesinden kalite ile bağlantılı olarak "nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon" ilkesine yer verilmiştir (55).

Kalite çalışmalarında SKS öncesine kadar temel yaklaşım; kurumların önüne birbirinden bağımsız bazı hedeflerin konması ve bazı uygulamaların gerçekleştirilmesinin beklenmesi idi. Bu hedeflerin nasıl yerine getirileceği ise kurumda bu işlerden sorumlu kimselerin yetenek veya tecrübesine bağlı olarak değişmekteydi. Böylece, benzer teknik alanlarda bile çok farklı uygulamalarla

karşılaşmak olası idi. SKS sonrası kurumlarda uygulamaların zaman içinde yerine getirilmesi aşamasında hedeflerin gerçekleştirilmesine dair yollar tariflenmiştir.

Hedefe ulaşmada temel ve ana unsur olarak yer alan Sağlıkta Kalite Standartlarının gelişim sürecini 5 döneme ayırabiliriz (55):

- Birinci Dönem; 2003 yılında başlamış olup, “*politik kararlılık dönemi*” olarak adlandırılabilir. Bu dönemde belirlenen yol haritasında temel ilkeler olarak;

-Sağlık hizmetleri sunumunda hizmet kalitesinin artırılması,

-Sürekli gelişimin ve değişimin sağlanması,

-Sağlık kurumlarının kendilerine yönelik belirlenen hedeflere ulaşması için karşılaştırılabilir hizmet sunum kriterlerinin belirlenmesi,

-Kalite kültürü içinde hizmetlerin yürütülerek halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması ilkeleri ön plana çıkmış ve çalışmaların yönünü belirlemiştir.

- İkinci Dönem; Sağlıkta Kalite Standartlarının ilk oluşmaya başladığı zamanları ifade etmektedir. 2005 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ilk defa 100 kriterden oluşan bir soru seti yayınlanmıştır. Bu soru seti kalite çalışmalarının başlangıç dönemi olarak karşımıza çıkmaktadır.
- Üçüncü Dönem; 2007 yılı ile başlayan ve 2009 yılına kadar süren dönemi ifade etmektedir. Bu dönemde sayıca 100 kriterden oluşan soru seti hem içerik, hem de sayısal olarak daha da geliştirilerek 150 standarttan oluşan bir set haline almıştır.
- Sağlıkta Kalite Standartlarında en önemli kırılma noktası Dördüncü Dönemdir.

2009 yılında 358 standartlık bir set yayınlanarak Sağlıkta Kalite Standartlarının ana iskeleti oluşturulmuştur.

- 2011 yılında Sağlıkta Kalite Standartları açısından milad kabul edilebilecek olan Beşinci Dönem başlamıştır. Standart sayısı 621’e çıkarılmış olup; Kamu, Özel ve Üniversite ayırımı yapılmaksızın tüm hastanelere yönelik olarak “*Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane*” seti oluşturulmuştur. Sağlıkta Kalite

Standartlarının dönüm noktası 2009 yılıdır. Bu gelişim sürecindeki en özel ve en orijinal versiyon Beşinci Dönem diye adlandırılan 2011 versiyonudur.

SKS üç temel hedefe odaklanmaktadır (56):

- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması
- Hasta ve Çalışan Memnuniyetinin Sağlanması
- Etkinlik ve Etkililiğin Sağlanması

SKS bu açıdan bakıldığında, kurumlar için adeta bir pusula olmuştur. SKS hedeflerinin yerine getirilmesinde süreçlerin ABC'si ortaya konmuş ve sağlık kurumlarında süreçlerin başarıyla uygulanması hedeflenmiştir (56).

SKS'nin 6 temel yapıtaşı bulunmaktadır (57):

- Liderlik: Kalite çalışmalarına kurum yöneticilerinin liderlik etmesi,
- Güvenlik: Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması,
- Memnuniyet: Hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması,
- Tam Katılım: Kalite çalışmalarına, kurumun tüm çalışanlarının dahil edilmesinin sağlanması,
- Süreç Yönetimi Yaklaşımı: Hastanede sunulan tüm hizmetlerin süreç yönetimi yaklaşımı ile değerlendirilmesi,
- Gelişim: Sürekli gelişim ve iyileştirme felsefesinin kuruma yerleştirilmesi

Sonuç olarak ülkemizde sağlık sektöründe uygulanan Kalite Standartları ile hizmet kalitesinin artırılması amaçlanmış, hasta ve çalışan memnuniyeti ve güvenliğine önem verilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programıyla başlayan değişimler sağlıkta kalite çalışmalarlarıyla hız kazanmıştır. 10 yıllık bir süreçte, yapılan çalışmalar sürekli yenilenmiş, revizyonlar yapılmış ve bugünkü şeklini almıştır. Oluşturulan standartlarla, farklı alanlarda hizmet veren sağlık kuruluşlarının belirli kriterler çerçevesinde hizmet vermesi sağlanmış ve standartlar sağlık kuruluşlarına yol gösterici olmuş, belirli periyotlarla yapılan denetimlerle de sürecin sağlıklı işlemesi sağlanmıştır.



### **2.2.9. Kalite Çalışmalarında Son Gelişmeler**

Son dönemde Sağlık Bakanlığı International Society for Quality in Healthcare (ISQua) ile anlaşma yapmış ve oluşturduğu standartları ISQua'ya akredite ettirmek istemiştir. ISQua; kökeni 1984 yılına dayanan Dünya Sağlık Örgütünün partnerlerinden olan Sağlık Hizmetlerinde Kalite Derneğidir.

Sağlıkta Akreditasyon Sisteminin (SAS) oluşturulabilmesi için ilk önce SAS Hastane Setinin akredite edilmesi gerekli idi, bununla ilgili olarak gerekli çalışmalar yapılmış Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Setine son şekli verilmiştir.

Yapılan tüm bu çalışmalar aynı zamanda ISQua'nın değerlendirme takvimine uygun olarak raporlanmış ve 26.08.2013 tarihinde final raporu ve ekleri ISQua Değerlendirme Ekibinin incelemesi amacıyla ISQua'ya gönderilmiştir. ISQua değerlendirme ekibi tarafından 16-27 Eylül 2013 tarihleri arasında yapılan değerlendirme 1 Kasım itibariyle ISQua üst kuruluna Değerlendirme Raporunun incelenmesi amacıyla sunulmuştur. ISQua Akreditasyon Üst Kurulu tarafında yapılan inceleme 09 Ocak 2014 tarihinde sonuçlanmış ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti'nin uluslararası düzeyde akredite edildiğine dair karar 17 Ocak 2014 tarihi itibariyle Sağlık Bakanlığına bildirilmiştir (58).

Sistemin diğer bir aşaması olan Değerlendirici Eğitim Programının (DEP) Akreditasyonunda önemli gelişmeler meydana gelmiş ve 13 Haziran 2014 tarihinde ISQua tarafından Türkiye SAS Değerlendirici Eğitim Programının standartları tamamen karşıladığı belirtilmiştir (58). Sistemin son aşaması olan Kurumsal Yapının Akreditasyonuna ilişkin çalışmalar ise devam etmektedir.

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırma Modeli**

Bu araştırma amacına göre uygulamalı, yöntemine göre hipotez test eden (sonuç çıkarıcı) araştırma modelindedir (59).

#### **3.2. Araştırmanın Hipotezleri**

H1: Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin unvanlarına göre değişiklikler gösterir.

H2: Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin yaşlarına göre değişiklikler gösterir.

H3: Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin cinsiyetlerine göre değişiklikler gösterir.

H4: Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin eğitim durumuna göre değişiklikler gösterir.

H5: Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin çalışma sürelerine göre değişiklikler gösterir.

H6: Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticileri TKY eğitimi alıp almama durumlarına göre değişiklikler gösterir.

H7: Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Hizmet Hastaneleri yöneticileri arasında değişiklikler gösterir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Bu çalışmanın evrenini, Ankara ilinde bulunan, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yöneticilik yapan Hastane Yöneticisi, Başhekim, Başhekim Yardımcısı, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü, İdari ve Mali Hizmetler Müdür Yardımcısı, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı, Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürü ve Kalite Direktörleri oluşturur.

Kamu Hastaneleri Birliği Ankara’da iki sekreterlikten oluşur. 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı 7 tane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 5 tane Hizmet Hastanesi bulunur. 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı 6 tane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 12 tane Hizmet Hastanesi bulunur. Bu hastanelerde toplam 292 yönetici (Kalite Direktörleri dahil) görev yapmaktadır.

Örneklem grubunu 1.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı 5 Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 5 Hizmet Hastanesinde, 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı 5 Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 5 Hizmet Hastanesinde görev yapan üst düzey yöneticiler oluşturur. Toplamda 10 tane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 10 tane Hizmet Hastanesi olmak üzere 20 Hastanenin üst düzey yöneticisine ulaşması planlandı. Bu hastanelerde toplam 204 (Kalite Direktörleri dahil) yönetici görev yapmaktadır. Örnek büyüklüğünü araştırmaya katılmayı kabul eden 182 yönetici oluşturmuştur. Bu şekilde evrende bulunan yöneticilerin %.62,3’üne, örneklem grubunda bulunan yöneticilerin ise % 89,2’sine anket uygulanmıştır.

Hangi hastanelerde anket yapılacağı planlanırken her iki sekreterlikten de birer tane Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Dal Hastanesi bulunmasına dikkat edildi. Bu Hastaneler;

#### 1. Bölge İçin Seçilen Eğitim Araştırma ve Hizmet Hastaneleri (5’er Tane)

##### Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (E.A.H)

- 1- Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H.
- 2- Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji E.A.H.
- 3- Ankara Yüksek İhtisas E.A.H.
- 4- Ankara Dr.Zekai Tahir Burak Eğitim ve Araştırma Kadın Hastanesi
- 5- Ankara Numune E.A.H.

##### Hizmet Hastaneleri

- 1- Ankara Dr.Hulusi Alataş Elmadağ Devlet Hastanesi

- 2- Ankara Kazan Hamdi Eriş Devlet Hastanesi
- 3- Ulus Devlet Hastanesi
- 4- Ankara Kızılcahamam Devlet Hastanesi
- 5- Ankara Halil Şivgin Çubuk Devlet Hastanesi

## 2. Bölge İçin Seçilen Eğitim Araştırma ve Hizmet Hastaneleri (5'er Tane)

### Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (E.A.H)

- 1- Ankara Atatürk E.A.H.
- 2- Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji E.A.H.
- 3- Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları E.A.H.
- 4- Ankara Dr.Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları E.A.H.
- 5- Ankara Keçiören E.A.H

### Hizmet Hastaneleri

- 1- Ankara Sincan Dr.Nafiz Körez Devlet Hastanesi
- 2- Ankara Yenimahalle Devlet Hastanesi
- 3- Ankara Prof. Dr. Celal Ertuğ Etimesgut Devlet Hastanesi
- 4- Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi
- 5- Ankara Gölbaşı Hasvak Devlet Hastanesi

### **3.4. Veri Toplama Yöntemi**

Veri toplama aracı, hastane yöneticilerine uygulanmak üzere hazırlanmış anket formudur. 1996 yılında A.F. Al-Assaf ve Steven J. Gentling tarafından ABD'deki bazı sağlık kuruluşlarında (167 Department of Veterans Affairs Medical Centers) çalışan üst düzey yöneticilerin TKY konusundaki algılarının araştırıldığı çalışmada kullanılan, geçerliliği ve güvenilirliği kabul edilmiş olan anket formu, 2004 yılında Songül Doğan

tarafından çevirisi yapıp, “Üç İldeki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları” (60) konulu tez çalışmasında kullanılmıştır. Bu çalışmada ise, çevirisi yapılan anket formu, Sağlık Bakanlığı kalite uygulamaları ile ilgili değişiklikler göz önüne alınarak, güncelleştirilerek, kullanılmıştır.

İlk uygulama, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır anlaşılamayan kısımlar anlaşılabilir şekilde düzeltildikten sonra diğer hastanelerde uygulanmaya devam edilmiştir.

Anket formu üç bölümden oluşmaktadır;

Birinci bölüm, TKY'nin planlanması, uygulanması ve başarıya ulaşması ile ilgili 28 ifadeden oluşmaktadır. Bu bölümde, beşli likert ölçeği kullanılmıştır. Likert tipi ölçekle hazırlanan sorularda her ifadenin karşısında, yöneticilerin ifadelerdeki durumlarla ilgili düşüncelerini öğrenmek amacıyla; Tamamen katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2), Hiç Katılmıyorum (1), seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir.

İkinci bölüm, 12 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümde yöneticilerden, 8 eğitim ve deneyim alanını (klinik eğitim/deneyim, mali eğitim/deneyim, yönetim eğitim/deneyimi, insan kaynakları eğitim/deneyimi, ISO 9001-2008 kalite yönetim sistemleri eğitimi-deneyimi, TKY konusunda eğitim, sağlıkta kalite standartları eğitim/deneyimi, akreditasyon eğitim/deneyimi) en önemliden (1) en önemsiz (8) doğru sıralamaları istenmiştir. Yöneticilerden, kalite çalışmalarının Sağlık Bakanlığı Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri, Özel Hastaneler ve Sizin Hastaneniz seçeneklerinden hangisinde daha etkili olduğunu sıralamaları istenmiştir. Bu bölümde yöneticilere; diğer Sağlık Bakanlığı hastaneleriyle kıyaslandıklarında hastanelerinin hangi hızla kalite iyileştirme çalışmaları yaptığı, hastanelerinin kalite sürecinde ne kadar yol aldığı, SKS süreci başladıysa ne kadar zamandır uygulandığı, SKS sürecinin başarılı olması için idari/yönetimsel zamanlarının ne kadarını buna ayırmaları gerektiği, şimdiye kadar kalite sistemleri ile ilgili felsefeler ve teknikler konusunda ne kadar eğitim aldıkları, şimdiki bilgi düzeyleri (zayıf=1, mükemmel=5) ve hastanelerinde SKS sürecinin başlamasından sonuçlar görününceye kadar geçen sürenin ne uzunlukta olacağını tahmin ettikleri sorulmuştur. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde

SKS'nin uygulanmasına neleri engel olarak gördükleri ve kalite yönetimi ile ilgili önemli olduğuna inandıkları ilave yorumları açık uçlu olarak yazmaları istenmiştir.

Üçüncü bölüm, demografik verileri içeren 10 sorudan oluşur. Bu bölümde ankete katılan yöneticilerin unvan, öğrenim durumu, uzmanlık alanları, yaş, cinsiyet, kalite temsilcisi olup olmadıkları ve çeşitli alanlardaki çalışma sürelerini içeren sorular bulunur. Ayrıca bu bölümde sorulardan 3 tanesi, yöneticilerin görev yaptıkları hastanelerin, yatak sayılarını, hastane türünü ve özel dal hastanesi olup olmadığını sorgulayan sorulardır.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Anket uygulanmasına başlamadan önce araştırmayı yapabilmek için ilgili kurum olan Kamu Hastaneleri Kurumundan izin alınmıştır. Anket uygulaması Nisan-Ekim 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Anketler, yüzyüze görüşme tekniği ile ya da anket formu bırakıldıktan sonra uygun zamanında anket formunu dolduran yöneticilerden, doldurulan formlar toplanarak yapılmıştır.

### **3.6. İstatistiksel Analiz**

Grup karşılaştırmaları yapılırken öncelikle parametrik varsayımlar kontrol edilmiştir. Bu amaçla normal dağılım varsayımını kontrol etmek için Shapiro-Wilk Testi kullanılmıştır. Normal dağılım varsayımı sağlandığı için 2 grup karşılaştırmalarında T Testi, 2'den fazla grubun karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Kullanılan ölçeğin alt boyutlarının belirlenmesi için açıklayıcı faktör analizi uygulanmış, 2 grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U, 2'den fazla grubun karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Güvenirlik analizi için Cronbach Alfa katsayısı kullanılmıştır.

İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir. Analizler SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Yöneticilere Ait Demografik Bulgular

Anket çalışması uygulanırken, anket sorularını yanıtlayan yöneticilere ait bazı demografik özellikler sorulmuş ve cevaplar aracılığıyla tespit edilmiştir. Bu demografik özellikler, yöneticilerin, görev unvanlarını, eğitim durumlarını, yaşlarını, cinsiyetlerini ve kalite birimi üyesi olup olmadıklarını sorgulayan sorulardan oluşur. Tablo 1’de demografik veriler gösterilmiştir.

**Tablo 1:** Demografik veriler tablosu

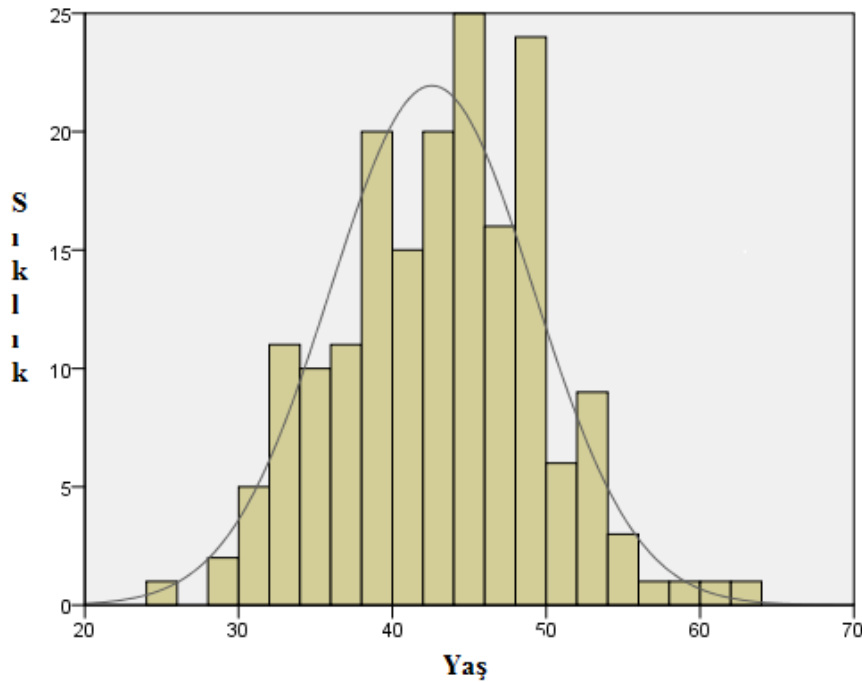
Değişkenler		Sıklık(n)	Yüzde(%)
Görev Unvanları	Hastane Yöneticisi	15	8,2
	Başhekim	8	4,4
	Başhekim Yardımcısı	45	24,7
	İdari ve Mali Hizm. Md.	17	9,3
	İdari ve Mali Hizm. Md. Yrd.	34	18,7
	Sağlık Bakım Hizm. Md.	18	9,9
	Sağlık Bakım Hizm. Md. Yrd.	15	8,2
	Hasta Hizm. ve Sağ. Otelciliği Md.	11	6,1
	Kalite Direktörü	19	10,4
Eğitim Durumu (Tüm Yöneticiler)	Lisans	76	41,8
	Yüksek Lisans	53	29,1
	Doktora	53	29,1
Eğitim Durumu(Dr)	Prof.Dr	5	2,7
	Doç.Dr.	4	2,2
	Uz.Dr.	40	22,0
	Pratisyen	19	10,4
Yaş	25-36,9	36	19,8
	37-49,9	124	68,1
	50+	22	12,1
Cinsiyet	Erkek	116	63,7
	Kadın	66	36,3
Kalite Birimi Üyesi	Evet	99	54,7
	Hayır	82	45,3

Görev unvanlarını sorduğumuz bu soruda (b3-s1); ankete katılan 182 yöneticinin %24,7'ünü (45) Başhekim Yardımcıları, %18,7'ini (34) İdari ve Mali Hizmetler Müdür Yardımcıları, %10,4'ünü (19) Kalite Direktörleri, %9,9'unu (18) Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürleri, %9,3'ünü (17) İdari ve Mali Hizmetler Müdürleri, %8,2'sini (15) Hastane Yöneticileri, %8,2'sini (15) Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcıları, %6,1'ini (11) Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği, %4,4'ünü (8) Başhekim oluşturur.

Eğitim durumunu (tüm yöneticiler) sorguladığımızda (b3-s2), ankete katılan yöneticilerimizin %41,8'i (76) Lisans mezunu, %29,1'si (53) Yüksek Lisans, %29,1'inin (53) Doktora mezunu olduğu anlaşılmaktadır. Eğitim durumunu (Dr) olarak sorguladığımızda ise (b3-s3), ankete katılan 182 yöneticinin 70 tanesinin Doktor olduğunu, bu 70 doktordan %21,9'unun (40) Uzman Doktor, %10,4'unun (19) Pratisyen Hekim, %2,7'sinin (5) Profesör Doktor, %2,2'sinin (4) Doçent Doktor olduğu anlaşılmaktadır.

Yöneticilerin yaşları sorgulandığında ise (b3-s4), tablo 1'de görüldüğü üzere ankete katılan yöneticilerin %68,1'i (124) 37-49,9 yaş aralığında, %19,8'i (36) 25-36,9 yaş aralığında, %12,1'i (22) ise 50 yaş üzerinde olduğu anlaşılmaktadır.

**Şekil 2:** Yöneticilerin yaş dağılımı





Ankete katılan yöneticilerden, yaşı en küçük olan yöneticimiz 25, yaşı en büyük olan yöneticimiz 62 yaşındadır. Yöneticilerin yaş ortalaması  $42\pm 6,61$  olarak bulunmuştur. Yöneticilerin yaş dağılımına ilişkin histogram Şekil 2’de yer almaktadır ve ortalamanın görsel olarak daha kolay fark edilmesini sağlamaktadır.

Yöneticilerin cinsiyet durumuna göre oransal dağılımı (b3-s5), incelendiğinde ankete katılan 182 yöneticinin %63,7’si (116) erkek, geriye kalan %36,3’ünün (66) kadın olduğu anlaşılmaktadır. Dolayısıyla büyük çoğunluğu erkek yöneticiler oluşturmaktadır. Yöneticilerin kalite birimi üyesi oldukları sorgulandığında ise (b3-s6), % 54,7’sinin (99) kalite birimi üyesi oldukları, %45,3’ünün (82) kalite birimi üyesi olmadıkları anlaşılmaktadır.

Tablo 2, yöneticilerin Sağlık Bakanlığındaki, yöneticilik görevlerindeki ve kalite yönetimi alanlarındaki çalışma sürelerini içeren soruların analizlerinden oluşmaktadır (b3-s7).

**Tablo 2:** Çalışılan alanların ve çalışma sürelerinin tanımlayıcı istatistikleri

Çalışılan alanlar	Geçerli Veri	Kayıp Veri	Ortalama	Ortanca	Standart Sapma	Min	Max
Şu andaki görevinizde	181	1	1,54	0,66	2,51	0,08	15,00
Diğer yönetim pozisyonlarında	95	87	6,78	5,00	4,53	1	21
Sağlık Bak. Hastanelerinde	175	7	17,87	19,00	6,43	2	34
TKY alanında	37	145	6,24	5,00	4,83	1	25
ISO 9001-2008 alanında	25	157	5,00	5,00	3,75	1	15
SKS alanında	35	147	4,34	3,00	2,57	1	10

Tablo 2’den anlaşılacağı üzere yöneticilerimizin bu soruda boş bıraktıkları alan oldukça fazladır. En fazla geçerli veriye şu anki görevinizdeki çalışma süreniz seçeneğinde ulaşabiliyoruz. Ankete katılan 182 yöneticinin 181’i bu alanı cevaplamış, şu anki görevinde çalışan yöneticilerin en az çalışanın 8 ay, aynı pozisyonda en fazla çalışan yöneticinin ise 15 yıldan beri bu görevde çalıştığı belirtilmiştir, ortalamaya baktığımızda 181 yöneticinin 1,5 yıl ortalama ile görev yaptığı görülmektedir.

Tablo 3’de yöneticilerin görev yaptıkları hastanelerin özelliklerini içeren soruların analizlerinden oluşmaktadır.

**Tablo 3:** Yöneticilerin görevli oldukları hastaneler ile ilgili veriler tablosu

Değişkenler		Sıklık(n)	Yüzde(%)
Hastane Yatak Sayısı	51-100 Yatak	27	14,8
	101-200 Yatak	32	17,6
	201-300 Yatak	25	13,7
	301-400 Yatak	23	12,6
	401-500 Yatak	25	13,7
	501-600 Yatak	35	19,2
	601 + Yatak	15	8,2
Hastaneler	Eğitim ve Araştırma Hast.	107	58,8
	Hizmet Hastanesi	75	41,2
Dal Hastanesi	Evet	51	28,0
	Hayır	131	72,0

Yöneticilerin çalıştıkları hastanelerin yatak sayısı durumuna göre oransal dağılımına baktığımızda (b3-s8), ankete katılan 182 yöneticinin %19,2’sinin (35) 501-600 yataklı hastanede %17,6 (32) 101-200 yataklı hastanede, %14,8’inin (27) 51-100 yataklı hastanede, %13,7’sinin (25) 201-300 yataklı hastanede, %13,7’sinin (25) 401-500 yataklı hastanede,%12,6’sının (23) 301-400 yataklı hastanede, %8,2’sinin (15) 600 ve üzeri yataklı hastanede görev yaptığı anlaşılmaktadır.

Yöneticilerin çalıştıkları hastanelerin türüne (Eğitim ve Araştırma- Hizmet Hastanesi) göre oransal dağılımı incelendiğinde (b3-s9), ankete katılan yöneticilerin, %58,8’inin (107) Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, % 41,2’sinin (75) ise Hizmet Hastanesinde görevli olduğu anlaşılmıştır. Yöneticilerin görevli oldukları hastanelerin dal hastanesi olma durumu incelendiğinde (soru 10) ise ankete katılan yöneticilerin %72’sinin (131) Özel Dal Hastanesinde görevli olmadığı, %28’inin (51) ise Özel Dal Hastanesinde görevli olduğunu, anlaşılmaktadır.

## 4.2. Yöneticilerin TKY Algısına İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

Yöneticilerin TKY'ne yönelik algılarının ölçülmesinde kullanılan 28 adet ifade faktör analizine tabi tutulmuştur. Analiz sonucunda TKY ölçeğinin 5 faktörde toplandığı görülmüştür. Tablo, 4'de faktörlerin alt boyutları ve faktör yükleri gösterilmiştir. Elde edilen faktörler;

- FAKTÖR 1: Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim
- FAKTÖR 2: Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık
- FAKTÖR 3: Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi
- FAKTÖR 4: Standardizasyon
- FAKTÖR 5: Paydaş ve Paydaş Bilinci

**Tablo 4:** Faktör Analizi Tablosu

Soru No	Faktörler	Faktör Yükleri
<b>Faktör 1</b>		
<b>Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim</b>		
1	Hastanemde işleyen bir kalite sistemleri programı uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.	0,565
2	Kalite yönetimi süreci gelecek 10 yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam edecektir.	0,639
8	Yönetimin bir üyesi olarak, kalite yönetimi sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim.	0,700
9	Kalite sistemleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır.	0,690
10	Kalite sistemleri, sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.	0,660
11	Yönetici olarak, hastanemde kalite sistemlerinin uygulamasına katılmak isterim.	0,685
12	Kalite sistemleri, günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır.	0,622
16	Hastanemde kalite sistemlerinin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.	0,533
19	Kalite sistemlerinin uygulanması toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.	0,493
<b>Faktör 2</b>		
<b>Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık</b>		
13	Kalite sistemleri hastanelerin kalite problemlerine bir "hızlı çözüm" dür.	0,416
15	Kalite yönetimi, kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.	0,645
17	Kalite sistemlerinin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.	0,439
18	Hastanemizin yönetimi, kalite yönetimine uzun dönemli taahhüde hazırdır.	0,539
20	Kalite yönetimi, hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.	0,763
21	TKY, çalışanların TKY araçlarının kullanımını konusunda eğitilmesini gerektirir.	0,723
22	Hemşireliğin "ekip" yaklaşımı nedeniyle, hemşirelikte kalite sistemlerinin kabul edileceği kanısındayım.	0,712
23	Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	0,624
26	Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.	0,481

<b>Faktör 3</b>		
<b>Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi</b>		
4	Hastanemde kalite sistemlerinin uygulanmasında bir lider rolü üstlenmek için kalite yönetimi anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli eğitim aldım.	0,555
5	Kalite yönetim süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır	0,512
6	Halen üretim endüstrisinde işleyen kalite sistemleri felsefeleri, hastanenin klinik olmayan alanlarına aktarılacak ve işleyecektir.	0,723
7	Halen üretim endüstrisinde işleyen kalite sistemleri felsefeleri, hastanenin klinik alanlarına aktarılacak ve işleyecektir.	0,806
<b>Faktör 4</b>		
<b>Standardizasyon</b>		
25	ISO 9001-2008 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.	0,853
27	Kalite yönetimi ekipleri uzmanlık alanları yerine özel problemler çevresinde oluşturulmalıdır.	0,518
28	ISO 9001-2008 kalite yönetim sistemleri ve TKY, bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken kalite programlarıdır.	0,791
<b>Faktör 5</b>		
<b>Paydaş ve Paydaş Bilinci</b>		
3	Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde kalite sistemlerinin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışmanlar kullanmaya çok ihtiyaç vardır.	0,605
14	Hastanemdeki yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.	0,478
24	Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.	0,659
<b>KMO</b>		<b>0,850</b>
<b>Approx. Chi-square</b>		<b>2587,055</b>
<b>Bartlett's Test of Sphericity</b>		<b>p &lt; 0,001</b>

Faktör analizi sonuçlarına göre sırasıyla her bir faktörde sırasıyla 9, 9, 4, 3 ve 3 madde bulunmaktadır.

Faktör 1'e ait "süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim" başlığı altında incelediğimiz analizde 1. 2. 8. 9. 10. 11. 12. 16. 19. soruların bu faktör çerçevesinde toplandığı görülmektedir. Tablo 4'de, faktör 1'in en düşük faktör yükünün 0,493 ile "kalite sistemlerinin uygulanması toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir".maddesine, en yüksek faktör yükünün ise 0,700 ile "yönetimin bir üyesi olarak, kalite yönetimi sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim" maddesine ait olduğu dikkat çekmektedir. Tablo 5'de faktör 1'in güvenirlik analizi gösterilmiştir.

**Tablo 5:** Faktör 1 Güvenirlik Analizi

Cronbach's Alpha	Öge Sayısı
,87	9

Faktör analizi sonuçlarına göre 9 maddeden oluştuğu görülen, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutuna uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's alfa değeri 0,87 olarak hesaplanmıştır. Söz konusu değere bakılarak soruların “yüksek güvenilir” seviyesinde olduğu söylenebilir ( $\alpha \geq 0,80$ ).

Faktör 2'ye ait “sürdürülebilirlik ve katılımçılık” başlığı altında incelediğimiz analizde 13. 15. 17. 18. 20. 21. 22. 23. 26. soruların bu faktör çerçevesinde toplandığı görülmektedir. Tablo 4'de, faktör 2'in en düşük faktör yükünün 0,416 ile “kalite sistemleri hastanelerin kalite problemlerine bir “hızlı çözüm” dür”.maddesine, en yüksek faktör yükünün ise 0,763 ile “kalite yönetimi, hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir” maddesine ait olduğu dikkat çekmektedir. Tablo 6'da faktör 2'in güvenilirlik analizi gösterilmiştir.

**Tablo 6:** Faktör 2 Güvenirlik Analizi

Cronbach's Alpha	Öge Sayısı
,82	9

Faktör analizi sonuçlarına göre 9 maddeden oluştuğu görülen, sürdürülebilirlik ve katılımçılık alt boyutuna uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's alfa değeri 0,82 olarak hesaplanmıştır. Söz konusu değere bakılarak soruların “yüksek güvenilir” seviyesinde olduğu söylenebilir ( $\alpha \geq 0,80$ ).

Faktör 3'e ait “yönetici eğitimi, kalite felsefesi” başlığı altında incelediğimiz analizde 4, 5, 6, 7. soruların bu faktör çerçevesinde toplandığı görülmektedir. Tablo 4'de, faktör 3'ün en düşük faktör yükünün 0,512 ile “kalite yönetim süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır”.maddesine, en yüksek faktör yükünün ise 0,806 ile “halen üretim endüstrisinde işleyen kalite sistemleri felsefeleri, hastanenin klinik alanlarına aktarılacak ve işleyecektir” maddesine ait olduğu dikkat çekmektedir. Tablo 7'de faktör 3'in güvenilirlik analizi gösterilmiştir.

**Tablo 7:** Faktör 3 Güvenirlik Analizi

Cronbach's Alpha	Öge Sayısı
,78	4

Faktör analizi sonuçlarına göre 4 maddeden oluştuğu görülen, yönetici eğitimi, kalite felsefesi alt boyutuna uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's alfa değeri 0,78 olarak hesaplanmıştır. Söz konusu değere bakılarak soruların “oldukça güvenilir” olduğu söylenebilir ( $\alpha \geq 0,60$ ).

Faktör 4'e ait “standardizasyon” başlığı altında incelediğimiz analizde 25. 27. 28. soruların bu faktör çerçevesinde toplandığı görülmektedir. Tablo 4'de, faktör 4'ün en düşük faktör yükünün 0,518 ile “Kalite yönetimi ekipleri uzmanlık alanları yerine özel problemler çevresinde oluşturulmalıdır”.maddesine, en yüksek faktör yükünün ise 0,853 ile “ISO 9001-2008 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır” maddesine ait olduğu dikkat çekmektedir. Tablo 8'de faktör 4'in güvenilirlik analizi gösterilmiştir.

**Tablo 8:** Faktör 4 Güvenirlik Analizi

Cronbach's Alpha	Öge Sayısı
,604	3

Faktör analizi sonuçlarına göre 3 maddeden oluştuğu görülen, standardizasyon alt boyutuna uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's alfa değeri 0,604 olarak hesaplanmıştır. Söz konusu değere bakılarak soruların “oldukça güvenilir” olduğu söylenebilir ( $\alpha \geq 0,60$ ).

Faktör 5'e ait “paydaş ve paydaş bilinci” başlığı altında incelediğimiz analizde 3. 14. 24. soruların bu faktör çerçevesinde toplandığı görülmektedir. Tablo 4'de, faktör 5'ün en düşük faktör yükünün 0,478 ile “hastanemdeki yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır”.maddesine, en yüksek faktör yükünün ise 0,659 ile “Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur” maddesine ait olduğu dikkat çekmektedir. Tablo 9'da faktör 5'in güvenilirlik analizi gösterilmiştir.

**Tablo 9:** Faktör 5 Güvenirlik Analizi

Cronbach's Alpha	Öge Sayısı
,351	3

Faktör analizi sonuçlarına göre 3 maddeden oluştuğu görülen, paydaş ve paydaş bilinci alt boyutuna uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach's alfa değeri

0,351 olarak hesaplanmıştır. Söz konusu değere bakılarak soruların güvenilir olmadığı söylenebilir ( $\alpha < 0.40$ ). Soruları inceleyecek ve tablo 5'deki değerlere dikkat edecek olursak "Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde kalite sistemlerinin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışmanlar kullanmaya çok ihtiyaç vardır" sorusuna yöneticilerin 41'i katılmıyorum, 50'si kararsızım, 61'i katılıyorum cevabı, "hastanemdeki yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır" sorusuna 18 kararsız, 111 katılıyorum, 48 tamamen katılıyorum, "çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur" sorusuna 104 katılmıyorum 40 kararsızım cevabının verilmiş olduğunu görebiliriz. Aynı alt boyutta incelenen bu 3 sorunun birinde birbirine yakın oranda cevaplar, birinde katılıyorum diğerinde ise katılmıyorum cevabının baskın olması dikkat çekmektedir. Buna rağmen silindiği durumda Cronbach's alpha değerlerine bakıldığında ölçeğin genel güvenilirliğini kayda değer biçimde yükselten ve analiz dışı bırakılması gereken bir maddeye rastlanmamıştır.

Genel olaral faktör analizi tablosu incelendiğinde yöneticilerin en fazla anlam yükledikleri faktörün 0,853 ile "ISO 9001-2008 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır", en az anlam yüklenen faktörün ise 0,416 ile "Kalite sistemleri hastanelerin kalite problemlerine bir "hızlı çözüm" dür" olduğu görülmüştür.

### 4.3. Ölçeğin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Tablo 10'da ölçeğin güvenirlik analiz sonucu gösterilmiştir ( $0.80 \leq \alpha < 1.00$  yüksek derecede güvenilir).

**Tablo 10:** Güvenirlik Analizi

Cronbach's Alpha	Öge Sayısı
,874	28

28 öğeden oluşan TKY ölçeğine ilişkin uygulanan güvenirlik analizi sonucunda Cronbach alfa değeri 0,874 olarak hesaplanmıştır. Söz konusu değere bakılarak soruların "yüksek güvenilir" düzeyinde olduğu söylenebilir ( $\alpha \geq 0,80$ ).

#### 4.4. Frekans Dağılımına İlişkin Sonuçlar

Tablo 11’de anketin ilk bölümünde yer alan 28 soruyu içine alan yöneticilerin TKY konusundaki görüş ve beklentilerini içeren soruların oransal dağılımları gösterilmektedir.

**Tablo 11:** Yöneticilerin TKY farkındalık tablosu

Değişkenler	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	1	0,5	2	1,1	4	2,2	97	53,3	78	42,9
Soru 2	1	0,5	2	1,1	13	7,1	85	46,7	81	44,5
Soru 3	9	4,9	41	22,5	50	27,5	61	33,5	21	11,5
Soru 4	8	4,4	27	14,8	28	15,4	82	45,1	37	20,3
Soru 5	2	1,1	11	6	36	19,8	95	52,2	38	20,9
Soru 6	4	2,2	10	5,5	41	22,5	95	52,2	32	17,6
Soru 7	6	3,3	20	11	38	20,9	93	51,1	25	13,7
Soru 8	1	0,5	9	4,9	14	7,7	101	55,5	57	31,3
Soru 9	0	0	3	1,6	13	7,1	101	55,5	65	35,7
Soru 10	56	30,8	95	52,2	23	12,6	7	3,8	1	0,5
Soru 11	0	0	6	3,3	17	9,3	98	53,8	61	33,5
Soru 12	2	1,1	6	3,3	19	10,4	103	56,6	52	28,6
Soru 13	6	3,3	14	7,7	43	23,6	83	45,6	36	19,8
Soru 14	2	1,1	3	1,6	18	9,9	111	61	48	26,4
Soru 15	1	0,5	2	1,1	9	4,9	111	61	58	31,9
Soru 16	1	0,5	12	6,6	20	11	108	59,3	41	22,5
Soru 17	2	1,1	5	2,7	21	11,5	109	59,9	45	24,7
Soru 18	1	0,5	5	2,7	23	12,6	119	65,4	34	18,7
Soru 19	6	3,3	55	30,2	34	18,7	53	29,1	34	18,7
Soru 20	0	0	1	0,5	12	6,6	117	64,3	52	28,6
Soru 21	0	0	1	0,5	4	2,2	116	63,7	61	33,5
Soru 22	0	0	1	0,5	22	12,1	118	64,8	41	22,5
Soru 23	0	0	1	0,5	20	11	119	65,4	42	23,1
Soru 24	10	5,5	104	57,1	40	22	19	10,4	9	4,9
Soru 25	4	2,2	9	4,9	95	52,2	64	35,2	10	5,5
Soru 26	0	0	1	0,5	8	4,4	100	54,9	73	40,1
Soru 27	7	3,8	18	9,9	36	19,8	99	54,4	22	12,1
Soru 28	3	1,6	5	2,7	92	50,5	65	35,7	17	9,3



“Hastanemde işleyen bir kalite sistemleri programı uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır” (b1-s1), sorusuna yöneticilerin %53,3’ü (97) katılıyorum, “kalite yönetimi süreci gelecek 10 yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam edecektir” (b1-s2) sorusuna, %46,7’si (85) katılıyorum cevabını vermiştir. “Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde kalite sistemlerinin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışmanlar kullanmaya çok ihtiyaç vardır” (b1-s3) sorusuna %33,5 (61) oranında katılıyorum cevabı alınırken, yöneticilerin %27,5’i (50) kararsız, %22,5’i (41) ise katılmadıklarını belirtmişler, görüldüğü gibi bu soruda yöneticiler oransal olarak birbirine yakın, fakat farklı görüş bildirmişlerdir. “Hastanemde kalite sistemlerinin uygulanmasında bir lider rolü üstlenmek için kalite yönetimi anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli eğitim aldım” (b1-s4) sorusu %45,1 (82) oranında katılıyorum cevabı, “kalite yönetim süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır” (b1-s5) sorusu ise.%52,2 (95) oranında katılıyorum cevabı almıştır. “Halen üretim endüstrisinde işleyen kalite sistemleri felsefeleri, hastanenin klinik olmayan alanlarına aktarılacak ve işleyecektir” (b1-s6) sorusuna %52,2 (95) katılıyorum, “halen üretim endüstrisinde işleyen kalite sistemleri felsefeleri, hastanenin klinik alanlarına aktarılacak ve işleyecektir” (b1-s7) sorusuna %51,1 (93) oranında katılıyorum cevabı verilerek, yöneticiler birbirine benzerlik gösteren bu iki soruda TKY’nin hastanelerin, hem klinik alanlarında hem de klinik olmayan alanlarında etkin olacağı görüşünde olduklarını bildirmişlerdir. “Yönetimin bir üyesi olarak, kalite yönetimi sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim” (b1-s8) ve “kalite sistemleri Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır” (b1-s9) sorularına %55,5 (101) oranında katıldıklarını belirtmişlerdir. “Kalite sistemleri, sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir” (b1-s10) sorusuna %52,2’si (95) katılmadığını, %30,8’i (56) ise hiç katılmadığını belirtmiştir, görüldüğü gibi yöneticilerin büyük bir bölümü bu soruya olumsuz yanıt vermiş ve TKY’nin geçici bir heves olmadığını sağlık alanında uzun vadede devam edeceğini belirtmişlerdir. “Yönetici olarak, hastanemde kalite sistemlerinin uygulanmasına katılmak isterim” (b1-s11) sorusu %53,8 (98) oranında katılıyorum, “Kalite sistemleri, günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır” (b1-s12) sorusu ise %56,6 (103) oranında katılıyorum cevabı almıştır. “Kalite sistemleri hastanelerin kalite problemlerine bir “hızlı çözüm” dür (b1-s13) sorusuna %46,6 (83)

oranında katılıyorum cevabı verilmiştir. “Hastanemdeki yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır” (b1-s14) ve “kalite yönetimi, kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir” (b1-s15), sorularına yöneticiler %61 (111) oranında katılıyorum, cevabı vermişler, hastanelerindeki yöneticilerin ekip olarak uyumlu olduklarını aynı zamanda yöneticilerin kaliteye bağlılığını göstermesi gerektiğine inandıklarını belirtmişlerdir. “Hastanemde kalite sistemlerinin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim” (b1-s16), sorusuna %59,3 (108) oranında katılıyorum, “kalite sistemlerinin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir” (b1-s17) sorusuna ise yakın oranda %59,9 (109) katılıyorum cevabı vermişlerdir. “Hastanemizin yönetimi, kalite yönetimine uzun dönemli taahhüde hazırdır” (b1-s18) sorusuna %65,4 (119) oranında katılıyorum yanıtı verilmiştir. “Kalite sistemlerinin uygulanması toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecek” (b1-s19) sorusuna %30,2 (55) oranında katılmıyorum, %29,1 (53) oranında ise katılıyorum cevabı verilmiştir, diğer seçeneklerde yakın oranda işaretlenmiştir, cevaplardan anlaşıldığına göre yöneticiler bu konuda fikir birliğine varamamışlardır. “Kalite yönetimi, hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir” (b1-s20) sorusuna %64,3 (117), “kalite yönetimi, çalışanların kalite sistemleri araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir” (b1-s21), sorusuna ise yakın oranda %63,7 (116) oranında katılıyorum cevabı verilmiştir. “Hemşireliğin “ekip” yaklaşımı nedeniyle, hemşirelikte kalite sistemlerinin kabul edileceği kanısındayım” (b1-s22), sorusu %64,8 (118), “hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır” (b1-s23), sorusu ise %65,4 (119) oranında katılıyorum yanıtı almış, yöneticilerin hemşire olarak çalışan personellerle ilgili olumlu görüşleri olduğu anlaşılmıştır. “Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur” (b1-s24), sorusuna %57,1 (104) oranında katılmıyorum cevabı verilmiştir. “ISO 9001-2008 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır” (b1-s25), sorusuna yöneticiler %52,2 (95) oranında kararsızım yanıtı vermişlerdir. “Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez” (b1-s26), sorusuna %54,9 (100) katılıyorum, %40,1 (73) oranında tamamen katılıyorum cevabı verilmiş, yöneticilerin bu soruda görüş birliği içinde oldukları anlaşılmıştır. “Kalite yönetimi ekipleri uzmanlık alanları yerine özel problemler çevresinde oluşturulmalıdır” (b1-s27) sorusuna %54,4 (99) oranında katılıyorum yanıtı verilmiş, “ISO 9001-2008 kalite yönetim sistemleri ve TKY, bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken kalite programlarıdır” (b1-s28)

sorusuna ise %50,5 (92) oranında kararsızım yanıtı verilmiştir, sorulara ve cevaplara dikkat ettiğimizde soru 25 ve 28.sorular birbirine benzerlik göstermektedir, bu iki soruda da yöneticiler kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 12’de anketin ikinci bölümünde yer alan eğitim ve deneyim alanları, kalite iyileştirme çalışmalarında hastanelerin etkililik düzeyi, kalite sistemlerinin uygulanmasında yöneticilerin heves ve istek düzeyleri, SKS uygulanma süreci gösterilmiştir.

**Tablo 12:** Sağlık sektöründe kalite düzeyi beklenti tablosu

Değişkenler		Ortalama	Ortanca	Standart Sapma	Min	Max
Eğitim-deneyim alanları	Klinik eğitim-deneyimi	5,70	6	2,144	1	8
	Mali eğitim-deneyimi	3,89	3	2,388	1	8
	Yönetim eğitim-deneyimi	5,79	6	1,869	1	8
	İnsan Kaynakları eğitim-deneyimi	5,78	6	1,72	1	8
	ISO 9001-2008 eğitim-deneyimi	2,38	1	2,069	1	8
	TKY eğitim-deneyimi	3,71	3	1,946	1	8
	SKS eğitim-deneyimi	4,59	4	1,796	1	8
	Akreditasyon	4,15	4	1,935	1	8
Hastaneler arasında TKY etkililik düzeyi	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	3,67	4	0,802	2	7
	Üniversite Hastaneleri	3,14	3	0,899	1	5
	Özel Hastaneler	3,62	4	0,937	1	5
	Sizin Hastaneniz	3,7	4	0,73	1	5
TKY heves ve istek düzeyleri	Hastane Yöneticisi	4,19	4	0,719	1	5
	Başhekim ve Yardımcıları	4,07	4	0,736	1	5
	İdari ve Mali Hizm. Md. ve Yardımcıları	3,52	3	0,959	1	5
	Sağ. Bak. Hizm. Md. ve Yardımcıları	4,31	4	0,618	2	5
	Kalite Direktörü	4,52	5	0,61	2	5
	Eğitim Görevlileri	3,14	3	0,859	1	5
	Servis Sorumlu Hemşireleri	3,52	3	0,833	1	5
	Yönetim Pozisyonu Olmayan Hast. Çalışanları	2,36	2	0,935	1	5
SKS uygulanma süreci(Yıl)		5,33	4	3,257	1	12

Eğitim/ Deneyim alanları (b2-s1); analiz sonuçlarına göre en önemliden en önemsiz ortanca (min-max) puanlarına göre aşağıdaki gibi sıralanmıştır;

1. Yönetim eğitim\deneyimi 6 (1-8)

2. İnsan kaynakları eğitim\ deneyimi 6 (1-8)
3. Klinik eğitim\ deneyimi 6 (1-8)
4. Sağlıkta kalite standartları eğitim\ deneyimi 4 (1-8)
5. Akreditasyon 4 (1-8)
6. Mali eğitim\ deneyimi 3 (1-8)
7. TKY eğitim\ deneyimi 3 (1-8)
8. ISO 9001-2008 kalite yönetim sistemleri ile ilgili eğitim\ deneyim 1 (1-8)

Sıralamadan da anlaşılacağı üzere yöneticilerimiz Yönetim eğitimi\deneyiminin en önemli olduğunu düşünerek puanlamada en fazla puanı vermişler ve Yönetim eğitimi\deneyimi birinci sırada yer almıştır.

Hastaneler arasında TKY etkililik düzeyi (b2-s2); yöneticiler bu soruyu puanlarken sizin hastaneniz seçeneğine daha çok puan vermişler, puanlar arasında çok belirgin farklılıklar olmamasına rağmen Sizin Hastaneniz 3,70 puanı alırken, Sağlık Bakanlığı Hastaneleri 3,67 puanı, Özel Hastaneler 3,62 puanı, Üniversite Hastaneleri ise 3,14 puanı almıştır. Dolayısıyla yöneticilerimiz, kendi hastanelerini kalite iyileştirme çalışmalarında daha etkili olduğunu düşünerek en yüksek puanı vermişlerdir.

TKY heves ve istek düzeyleri (b2-s3); hastanede çalışanların, kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik heves ve istek düzeyleri puanlanırken, en çok puanı 4,52 ile kalite yönetim direktörleri, daha sonra sırasıyla; 4,31 ile Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür ve Yardımcıları, 4,19 ile Hastane Yöneticisi, 4,07 ile Başhekim ve Yardımcıları, 3,52 ile İdari ve Mali Hizmetler Müdürü ve Yardımcıları ve yine aynı puanla Servis Sorumlu Hemşireleri, 3,14 ile Eğitim Görevlileri, en az puanı ise 2,36 ile yönetim pozisyonu olmayan hastane çalışanları almıştır.

SKS uygulanma süreci/yıl (b2-s6); açık uçlu olarak sorulan bu soruda yöneticiler ortalama olarak 5,33 yıldan bu yana SKS sürecinin hastanelerinde uygulandığını belirtmişlerdir. Bu süreç ne zamandan beri uygulanmaktadır sorusuna minimum olarak 1 yıl, maksimum olarak ise 12 yıldan bu yana uygulanmaktadır cevabı verilmiştir.

Tablo 13’de anketin ikinci bölümünün soruları ile devam edilmiş ve hastanelerde uygulanan kalite yönetim çalışmalarının diğer hastanelerle kıyaslanması, sürecin hangi aşamada olduğu ve yöneticinin SKS sürecinin başarıya ulaşabilmesi için ayırması gereken zamanı sorgulayan soruların analizleri gösterilmiştir.

**Tablo 13:** TKY süreci tablosu

Değişkenler		Sıklık(n)	Yüzde(%)
TKY İyileştirme Çalışmaları	Daha Yavaş	7	3,9
	Hemen hemen aynı	135	75,4
	Daha hızlı	37	20,7
Kalite Yönetim Süreci	Başlamadı	1	,5
	Başlangıç Aşamasında	2	1,1
	Başladı henüz sonuçlanmadı	8	4,4
	Başladı hedefe ulaşmadı	48	26,4
	Başladı sonuçlardan memnunuz	104	57,1
	Başladı önemli sonuçlar meydana getirdi	19	10,4
SKS İçin Ayrılan Süre	%10'dan az	29	15,9
	%11-%20	15	8,2
	%21-%30	62	34,1
	%31-%40	6	3,3
	%41-%50	32	17,6
	%51-%60	11	6,0
	%61den fazla	27	14,8

TKY iyileştirme çalışmaları (b2-s4), diğer Sağlık Bakanlığı Hastaneleriyle kıyaslandığında, hastaneleriniz hangi hızla kalite iyileştirme çalışmaları yapmaktadır sorusuna yöneticilerin, %75,4'ü (135) diğer Sağlık Bakanlığı hastaneleriyle kıyaslandığında, kalite iyileştirme çalışmalarının hemen hemen aynı hızla sürdürüldüğü, %20,7'si (37) kalite iyileştirme çalışmalarının daha hızlı sürdürüldüğü, %3,9'u (7) daha yavaş sürdürüldüğü görüşünde olduklarını belirtmişlerdir.

Kalite yönetim süreci (b2-s5), ankete katılan yöneticilerin %57,1'i (104) hastanelerinde kalite yönetim sürecinin başladığını ve sonuçlarından memnun olduklarını, %26,4'ü (48) hastanelerinde kalite yönetim sürecinin başladığını hedefe ulaşamadığını, %10,4'ü (19) hastanelerinde kalite yönetim sürecinin başladığını önemli sonuçlar meydana getirdiğini, %4,4'ü (8) hastanelerinde kalite yönetim sürecinin başladığını henüz sonuçlanmadığını, %1,1'i (2) hastanelerinde kalite yönetim sürecinin başlangıç aşamasında olduğunu, %0,5'i (1) hastanelerinde kalite yönetim sürecinin başlamadığını belirtmişlerdir.

SKS için ayrılan süre (b2-s7), ankete katılan yöneticilerin %34'ü (62) zamanlarının %21-%30'unu, %17,6'sı (32) zamanlarının %41-%50'sini, %15,9'u (29)

zamanlarının %10'dan azını, %14,8'i (27) zamanlarının %61'inden fazlasını, %8,2'si (15) zamanlarının %11-%20'ini, %6'sı (11) zamanlarının %51-%60'ını, %3,3'ü (6) zamanlarının %31-%40'ını SKS sürecinin doğru uygulanabilmesi yönünde kullanmaları gerektiğini belirtmişlerdir.

Tablo 14'de yöneticilerin TKY konusundaki eğitim aldıkları süreyi, TKY bilgi düzeyini SKS sürecinin sonuçlanmasında geçirilecek süreci sorgulayan soruların analizlerini içerir.

**Tablo 14:** TKY eğitimi tablosu

Değişkenler		Sıklık(n)	Yüzde(%)
TKY Eğitimi	Hiç eğitim almayan	85	46,7
	1-3 gün eğitim alan	11	6,0
	1-2 hafta eğitim alan	26	14,3
	3-4 hafta eğitim alan	24	13,2
	7-8 hafta eğitim alan	7	3,8
	8 haftadan fazla eğitim alan	29	15,9
TKY Bilgi Düzeyi	Zayıf	18	9,9
	Orta Altı	37	20,3
	Orta	74	40,7
	İyi	43	23,6
	Mükemmel	10	5,5
SKS Süreci Süre	1-6 ay	54	29,7
	7-11 ay	7	3,8
	1-2 yıl	96	52,7
	3-4 yıl	13	7,1
	5-6 yıl	5	2,7
	6 yıldan fazla	7	4

TKY eğitimi (b2-s8), ankete katılan yöneticilerin %46,7'si (85) TKY konusunda hiç eğitim almadıklarını, %15,9'u (29) sekiz haftadan fazla eğitim aldıklarını, %14,3'ü (26) 1-2 hafta eğitim aldıklarını, %13,2'si (24) 3-4 hafta eğitim aldıklarını, %6'sı (11) 1-3 gün eğitim aldıklarını, %3,8'i (7) 7-8 hafta eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

TKY bilgi düzeyi (b2-s9), ankete katılan yöneticilerin %40,7'si (74) kalite sistemleri felsefeleri ve teknikleriyle ilgili şimdiki bilgi düzeyini orta, %23,6'si (43) iyi,

%20,3'ü (37) orta altı, %9,9'u (18) zayıf, %5,5'i (10) mükemmel olarak değerlendirmiştir.

SKS sürecinin başlamasından sonuçlar görününceye kadar geçen sürenin ne uzunlukta olacağını sorduğumuzda (b2-s10), ankete katılan yöneticilerin %52,7'si (96) SKS sürecinin uygulanmaya başlamasından olumlu sonuçlar görülünceye kadar geçecek sürenin 1-2 yıl olacağını, %29,7'si (54) 1-6 ay, %7,1'i (13) 3-4 yıl, %3,8'i (7) 7-11 ay, %4'ü (7) 6 yıldan fazla, %2,7'si (5) 5-6 yıl olduğu, düşüncesine sahip oldukları, bilgisine ulaşılmıştır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde SKS sürecinin uygulamasında neleri engel olarak gördüklerini yazmalarını istediğimiz, açık uçlu olarak sorduğumuz (b2-s11) soruya genel olarak aynı cevaplar verilmiştir. Verilen cevaplar en çok tekrarlanandan en aza doğru sıralanarak, tablo 15'de gösterilmiştir.

**Tablo 15:** TKY süreci engel faktörlerin dağılımı

TKY Uygulanmasına Engel Faktörler	Sıklık(n)*	Yüzde(%)
Fiziki Koşulların Uygunsuzluğu	48	13,29
Bütçe Yetersizliği	37	10,24
Eğitim Eksikliği	28	7,75
Bürokratik Engeller	27	7,47
Malzeme Yetersizliği	25	6,92
İş Yükünün Fazla Olması	23	6,37
Personel Yetersizliği	22	6,09
TKY' nin Belirli Bir Grubun Görevi Olarak Algılanması	22	6,09
Yöneticilerin Sürece Dahil Olmamaları	22	6,09
Personel Devir Hızının Yüksek Oluşu	21	5,81
Personel Motivasyonunun Yetersiz Oluşu	20	5,54
Doktorların SKS Sürecine Katılmakta Gösterdikleri Direnç	20	5,54
SKS' nin Öneminin Yeterince Anlatılmaması, Sadece Zorunlu Olarak Yapılması Gereken Kurallar Gibi Gösterilmesi	18	4,98
Kalite Birimine Kalite Eğitimi Almış Kişilerin İstihdam Edilmemesi	13	3,68
Kalitenin Finansal Ek Yük Getireceği Algısı	11	3,04
Yöneticilerin Hala Klasik Yönetici Felsefesinde Olmaları	2	0,55
Hasta Popülasyonunun Eğitimsiz Olması	2	0,55
Toplam	361	%100
*Yöneticiler birden fazla faktör belirtebildikleri için sütun sayısı 182'yi aşmıştır.		

Tablo 15 incelendiğinde yöneticilerin kalite sistemlerinin uygulanmasına engel olarak gördükleri faktörlerden ilk üçü, fiziki koşulların uygunsuzluğu, bütçe yetersizliği ve eğitim eksikliği olarak görülmektedir. Özellikle fiziki koşulların uygunsuzluğu ifade edilirken, binası eski olan hastane yöneticilerinin, Kalite Standartlarını uygulamaya çalışırken sıkıntı yaşadıkları farkedilmektedir. Tablo 15’de görülen faktörler Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde kalite sistemlerinin başarı ile uygulanabilmesi için öncelikli olarak değerlendirilmesi gereken konular olarak düşünülebilir. Ayrıca yöneticilerimizin %17,03’ü (31) bu soruyu cevaplamamıştır.

Kalite yönetimi konusunda önemli olduğuna inanılan ve bu araştırma ile ilgili ilave yorumlarını yazmalarını istediğimiz, açık uçlu olarak sorduğumuz soruya (b2-s12) verilen cevaplar en çok tekrarlanandan en aza doğru sıralanmış olarak tablo 16’da gösterilmiştir.

**Tablo 16:** İlave Yorumlar Tablosu

<b>TKY İçin İlave Yorumlar</b>	<b>Sıklık(n)*</b>	<b>Yüzde(%)</b>
Kalite el kitabının herkes tarafından okunması gerekmektedir	33	17,93
Kalite ile ilgili eğitimlere özellikle hekim boyutunda ağırlık verilmesi gerekir.	26	14,13
Sorumluluk tüm çalışanlara paylaştırılmalıdır	25	13,58
Sağlık hizmeti profesyonellerinin eğitim sürecinde TKY ile ilgili eğitimler almalıdır	24	13,04
Çalışanların motivasyonunu artırıcı çalışmaların yapılması sağlanmalı, ödüllendirme mekanizmaları kullanılmalıdır	24	13,04
SKS kriterleri hastanelerde çalışmış saha deneyimi olan kişiler tarafından hazırlanmalıdır.	19	10,37
Kararlı ve istikrarlı uygulamalar yapılmalıdır.	14	7,60
Ekip ruhunun kurumda sağlanabilmelidir.	14	7,60
Birtakım parametreler kullanarak kağıt üzerinde kaliteye ulaşmak yanılmalara ve hatalara sebebiyet verebilir.	3	1,63
Kalite sistemlerinin uygulanmasında herhangi bir engel bulunmamaktadır.	2	1,08
<b>Toplam</b>	184	%100
*Yöneticiler birden fazla konuda yorum belirtebildikleri için sütun sayısı 182’yi, aşmaktadır.		

Tablo 16 incelendiğinde en çok tekrar eden yorumun kalite el kitabının herkes tarafından okunması gerektiği olduğu görülmektedir. İkinci sırada yer alan bir başka yorum ise kalite ile ilgili eğitimlere özellikle hekim boyutunda ağırlık verilmesi gerekir,



oldu, TKY sürecinin uygulanmasına engel olacak faktörler arasında da doktorların kalite sürecine direnç gösterdiklerinden bahsedilmesi, bu konuyla özellikle ilgilenilmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca yöneticilerin %26,37'si (48) bu soruyu cevaplamamıştır.

#### 4.5. Hipotezlerin Analizleri

Araştırma sonuçları açıklanırken, önce araştırmanın hipotezleri değerlendirilecek daha sonra araştırmanın diğer sorularının analizleri ortaya konulacaktır. Hipotez analizleri için, anketin ilk bölümde yer alan, 28 sorudan oluşan TKY tablosu kullanılmıştır (28\*5=140 üzerinden değerlendirildi).

*H1: Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin unvanlarına göre değişiklikler gösterir.*

Tablo 17.'de ankete katılan yöneticilerin unvan durumlarına göre sıklık ve TKY puanları belirtilmiştir.

**Tablo 17:** Unvan-TKY ilişkisi tanımlayıcı istatistikler (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Unvan	n	Ortalama±Standart Sapma	p-değeri
Hastane Yöneticisi	15	104,47±8,57	
Başhekim ve Başhekim Yrd.	54	103,26±11,84	
İdari ve Mali Hiz. Müd. ve Yrd.	50	99,22±7,83	0,033
Sağlık Bak. Hiz. Müd. ve Yrd.	33	104,38±8,62	
Hasta Hiz. ve sağ. Otel. Müd.	11	104,73±11,40	
Kalite Direktörü	19	107,53±11,31	

Unvan grupları arasında TKY prensiplerinin algılanması açısından herhangi bir farklılık olup olmadığını incelemek için tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Yapılan analiz sonucunda unvan grupları arasında TKY prensiplerini algılama açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ( $p<0,05$ ). En düşük TKY skoruna sahip unvanın İdari ve Mali Hizmetler Müdür ve Yardımcısı, en yüksek TKY skoruna sahip unvanın ise Kalite Direktörü olduğu görüldü. Tek yönlü varyans analizi

sonrasında yapılan Tukey testi sonucunda elde edilen farkın da bu iki unvan arasındaki farktan kaynaklandığı sonucuna varıldı. Bu nedenle “Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin unvanlarına göre değişiklikler gösterir.” hipotezinin kabul edilmesi gerekmektedir.

**Tablo 18:** TKY algısı ve unvanlar arasındaki ilişki (Kruskal-Wallis Test)

Faktörler	Unvanlar	n	Ortanca	Min	Max	p
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	Hastane Yöneticisi	15	36,00	35,00	44,00	0,001
	Başhekim ve Başhekim Yrd.	54	36,00	21,00	45,00	
	İdari ve Mali Hiz. Müd. ve Yrd.	50	35,00	23,00	43,00	
	Sağlık Bak. Hiz. Müd. ve Yrd.	33	37,00	31,00	45,00	
	Hasta Hiz. ve Sağ. Otel. Müd.	11	36,00	28,00	45,00	
	Kalite Direktörü	19	42,00	31,00	45,00	
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	Hastane Yöneticisi	15	36,00	30,00	43,00	0,007
	Başhekim ve Başhekim Yrd.	54	36,00	23,00	45,00	
	İdari ve Mali Hiz. Müd. ve Yrd.	50	35,00	29,00	44,00	
	Sağlık Bak. Hiz. Müd. ve Yrd.	32	37,50	30,00	45,00	
	Hasta Hiz. ve Sağ. Otel. Müd.	11	36,00	33,00	45,00	
	Kalite Direktörü	19	41,00	27,00	45,00	
Yönetici Eğitimi, Kalite Felsefesi	Hastane Yöneticisi	15	16,00	10,00	20,00	0,089
	Başhekim ve Başhekim Yrd.	54	16,00	6,00	20,00	
	İdari ve Mali Hiz. Müd. ve Yrd.	50	14,00	8,00	20,00	
	Sağlık Bak. Hiz. Müd. ve Yrd.	33	14,00	9,00	20,00	
	Hasta Hiz. ve Sağ. Otel. Müd.	11	16,00	9,00	20,00	
	Kalite Direktörü	19	16,00	7,00	20,00	
Standardizasyon	Hastane Yöneticisi	15	10,00	9,00	12,00	0,323
	Başhekim ve Başhekim Yrd.	54	10,00	3,00	15,00	
	İdari ve Mali Hiz. Müd. ve Yrd.	50	10,00	7,00	13,00	
	Sağlık Bak. Hiz. Müd. ve Yrd.	33	10,00	4,00	15,00	
	Hasta Hiz. ve Sağ. Otel. Müd.	11	11,00	10,00	15,00	
	Kalite Direktörü	19	11,00	3,00	15,00	
Paydaş ve Paydaş Bilinci	Hastane Yöneticisi	15	8,00	6,00	10,00	0,810
	Başhekim ve Başhekim Yrd.	54	7,00	4,00	11,00	
	İdari ve Mali Hiz. Müd. ve Yrd.	50	8,00	3,00	11,00	
	Sağlık Bak. Hiz. Müd. ve Yrd.	33	7,00	4,00	11,00	
	Hasta Hiz. ve Sağ. Otel. Müd.	11	8,00	6,00	11,00	
	Kalite Direktörü	19	8,00	4,00	11,00	

Tablo 18’de TKY algısını ölçmek amacıyla kullandığımız ölçeğin, faktör analizi sonucunda ortaya çıkan alt boyunlarının, unvanlar ile ilişkisi gösterilmiştir.

Yukarıdaki tabloda süreç yönetimi etkinlik ve yönetim, sürdürülebilirlik ve katılımçılık, yönetici eğitimi kalite felsefesi, standardizasyon, paydaş ve paydaş bilinci boyutları ile unvan arasındaki ilişki incelenmiştir. Analiz sonucunda, araştırmaya katılan yöneticilerin unvanlarının, TKY algısı alt boyutlarından süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutu ile sürdürülebilirlik ve katılımçılık düzeylerini anlamlı olarak etkilediği görülmektedir ( $p<0,05$ ). Bu anlamlı ilişkinin ise İdari ve Mali Hizmetler Müdür ve Yardımcıları ile Kalite Direktörleri arasındaki TKY skoru farkından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Diğer alt boyutlar incelendiğinde ise yöneticilerin unvanları ile TKY algısı alt boyutlarından yönetici eğitimi, kalite felsefesi, standardizasyon, paydaş ve paydaş bilinci arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

*H2: Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin yaşlarına göre değişiklikler gösterir.*

Tablo 19’da, yöneticilerin yaşları ve TKY puanları gösterilmiştir. Tablo oluşturulurken, yöneticiler yaş gruplarına ayrılmış ve üç bölüm şeklinde incelenmiştir.

**Tablo 19:** Yaş-TKY ilişkisi tanımlayıcı istatistikler (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Yaş	n	Ortalama±Standart Sapma	p-değeri
25-36.9	36	103,47±9,52	
37-49.9	123	102,82±10,56	0,945
50+	22	103,05±9,30	

Yaş grupları arasında, TKY skoru açısından anlamlı bir fark olup olmadığını araştırmak için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda yaş grupları arasında TKY skoru açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Bu nedenle, “Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin yaşlarına göre değişiklikler gösterir” hipotezi red edilmiştir.

Tablo 20’de, faktör analizi alt boyutlarının, yaş grupları ile ilişkileri gösterilmiştir.

**Tablo 20:** TKY algısı yaş grupları ilişkisi (Kruskal-Wallis Test)

Faktörler	Yaş Grupları	n	Ortanca	Min	Max	p
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	25-36,9	36	36,50	26,00	45,00	0,750
	37-49,9	124	36,00	21,00	45,00	
	50+	22	36,50	22,00	43,00	
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	25-36,9	36	36,50	27,00	45,00	0,539
	37-49,9	123	36,00	23,00	45,00	
	50+	22	36,00	30,00	44,00	
Yönetici Eğitimi, Kalite Felsefesi	25-36,9	36	14,00	10,00	20,00	0,283
	37-49,9	124	16,00	7,00	20,00	
	50+	22	16,00	6,00	20,00	
Standardizasyon	25-36,9	36	11,00	3,00	15,00	0,472
	37-49,9	124	10,00	3,00	15,00	
	50+	22	10,00	9,00	13,00	
Paydaş ve Paydaş Bilinci	25-36,9	36	7,50	4,00	14,00	0,477
	37-49,9	124	7,50	3,00	11,00	
	50+	22	8,00	6,00	10,00	

Analiz sonucunda, araştırmaya katılan yöneticilerin yaş grupları ile, TKY algısı alt boyutlarından süreç yönetimi, etkinlik ve yönetişim, sürdürülebilirlik ve katılımcılık, yönetici eğitimi, kalite felsefesi, standardizasyon, paydaş ve paydaş bilinci arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

*H3: Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin cinsiyetlerine göre değişiklikler gösterir.*

Tablo 21’de, cinsiyet sayıları veTKY puanları verilmiştir.

**Tablo 21:** Cinsiyet-TKY ilişkisi tanımlayıcı istatistikler (t Testi)

Cinsiyet	n	Ortalama±Standart Sapma	p-değeri
Kadın	66	104,38±9,90	0,164
Erkek	116	102,19±10,26	

Yapılan analizde yöneticilerin %63,7'ünün (116) erkek, %36,3'sünün (66) kadın olduğu belirlendi.

Cinsiyet grupları arasında TKY skoru açısından anlamlı bir fark olup olmadığını araştırmak için t testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda yaş grupları arasında TKY skoru açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Bu nedenle, “Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin cinsiyetlerine göre değişiklikler gösterir” hipotezi red edilmiştir.

Tablo 22’de, TKY algısı faktör analizi alt boyutları, cinsiyet ilişkisi gösterilmektedir.

**Tablo 22:** TKY algısı cinsiyet ilişkisi (Mann-Whitney Test)

Faktörler	Cinsiyet	n	Ortanca	Min	Max	p
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	Kadın	66	37,00	28,00	45,00	0,030
	Erkek	116	36,00	21,00	45,00	
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	Kadın	65	36,00	27,00	45,00	0,128
	Erkek	116	36,00	23,00	45,00	
Yönetici Eğitimi, Kalite Felsefesi	Kadın	66	15,00	7,00	20,00	0,292
	Erkek	116	16,00	6,00	20,00	
Standardizasyon	Kadın	66	10,50	4,00	15,00	0,653
	Erkek	116	10,00	3,00	15,00	
Paydaş ve Paydaş Bilinci	Kadın	66	8,00	4,00	12,00	0,788
	Erkek	116	8,00	3,00	14,00	

Araştırmaya katılan yöneticilerin cinsiyetlerinin, TKY algısı alt boyutlarından süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim düzeylerini anlamlı olarak etkilediği görülmektedir ( $p<0,05$ ). H3 hipotezi olan “kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin cinsiyetlerine göre değişiklikler gösterir” reddedilmesine rağmen süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutunda anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Analiz incelendiğinde, bu ilişkinin kadın yöneticilerin TKY skorunun daha yüksek olmasından kaynaklandığı görülmektedir. Diğer alt boyutlar incelendiğinde ise yöneticilerin cinsiyetleri ile TKY algısı alt boyutlarından sürdürülebilirlik ve katılımcılık yönetici eğitimi, kalite felsefesi, standardizasyon, paydaş ve paydaş bilinci arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

*H4: Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin eğitim durumuna göre değişiklikler gösterir.*

Tablo 23’de, yöneticilerin eğitim durumu gösterilmiştir. Eğitim durumu en düşük olan yönetici, lisans mezunu olduğundan, lisans, yüksek lisans ve doktora olarak kategorilendirilmiştir. Eğitim durumu Pratisyen Dr. olan yöneticiler yüksek lisans, Uz. Dr. Doç Dr. ve Prof Dr. olan yöneticiler doktora kategorisine dahil edilmiştir.

**Tablo 23:** Eğitim-TKY ilişkisi tanımlayıcı istatistikler (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Eğitim Durumu	n	Ortalama±Standart Sapma	p-değeri
Lisans	76	102,12±9,89	
Yüksek lisans	53	103,92±11,36	0,413
Doktora +	53	103,24±9,34	

Yapılan analizde yöneticilerin %41,8’inin (76) lisans mezunu, %29,1’inin (53) yüksek lisans, %29,1’inin (53) doktora mezunu olduğu belirlendi.

Eğitim durumu grupları arasında TKY skoru açısından anlamlı bir fark olup olmadığını araştırmak için tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda eğitim grupları arasında TKY skoru açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Bu nedenle “Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin eğitim durumuna göre değişiklikler gösterir” hipotezi red edilmiştir.

Tablo 24’de faktör analizi alt boyutları eğitim durumu ilişkisi gösterilmiştir.

**Tablo 24:** TKY algısı eğitim durumu ilişkisi (Kruskal-Wallis Test)

Faktörler	Eğitim Durumu	n	Ortanca	Min	Max	p
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	Lisans	76	36,00	23,00	45,00	0,629
	Yüksek Lisans	53	37,00	21,00	45,00	
	Doktora	53	36,00	23,00	45,00	
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	Lisans	76	36,00	27,00	45,00	0,603
	Yüksek Lisans	53	36,00	23,00	45,00	
	Doktora	53	36,00	31,00	45,00	
Yönetici Eğitimi, Kalite Felsefesi	Lisans	76	14,50	7,00	20,00	0,041
	Yüksek Lisans	53	15,00	6,00	20,00	
	Doktora	53	16,00	7,00	20,00	
Standardizasyon	Lisans	76	10,50	6,00	15,00	0,773
	Yüksek Lisans	53	11,00	4,00	15,00	
	Doktora	53	10,00	3,00	15,00	
Paydaş ve Paydaş Bilinci	Lisans	76	8,00	3,00	12,00	0,691
	Yüksek Lisans	53	8,00	5,00	11,00	
	Doktora	53	7,00	4,00	14,00	

Araştırmaya katılan yöneticilerin eğitim durumlarının, TKY algısı alt boyutlarından yönetici eğitimi, kalite felsefesi düzeylerini anlamlı olarak etkilediği görülmektedir ( $p < 0,05$ ). H4 hipotezi olan “kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin eğitim durumuna göre değişiklikler gösterir” hipotezi reddedilmesine rağmen yönetici eğitimi, kalite felsefesi alt boyutunda anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Analiz incelendiğinde, bu ilişkinin yöneticilerin eğitim durumu arttıkça TKY skorunun artmasından kaynaklandığı görülmektedir. Diğer alt boyutlar incelendiğinde ise süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim, sürdürülebilirlik ve katılımcılık, standardizasyon, paydaş ve paydaş bilinci arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ( $p > 0,05$ ).

*H5: Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin çalışma sürelerine göre değişiklikler gösterir.*

Tablo 25’de, yöneticilerin çalışma süreleri ve TKY puanları gösterilmiştir. Çalışma süreleri gösterilirken bölümlendirme yapılmış ve süreler üç bölümde ele alınmıştır.

**Tablo 25:** Çalışma süresi-TKY ilişkisi tanımlayıcı istatistikler Oneway (Tek Yönlü ANOVA Testi)

Çalışma Süresi	n	Ortalama±Standart Sapma	p-değeri
1-10 Yıl	29	105,38±9.79	
11-20 Yıl	81	101,83±10.28	0,259
21+ Yıl	64	103,31±10.19	

İstatistiksel açıdan analizi yapabilmek amacıyla çalışma süreleri 1-10 yıl, 11-20 yıl ve 21 yıl üstü olarak gruplandırıldı. Çalışma süreleri grupları arasında TKY skoru açısından anlamlı bir fark olup olmadığını araştırmak için tek yönlü varyans analizi testi (Anova) kullanılmıştır. Çalışma süreleri 1-10 yıl arasında olanların TKY skoru biraz daha yüksek fakat istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamadı ( $p>0,05$ ). Bu nedenle, “Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin çalışma sürelerine göre değişiklikler gösterir” hipotezi red edilmiştir.

Tablo 26’da, faktör analizi alt boyutları yöneticilerin çalışma süreleri ile ilişkileri gösterilmiştir.

**Tablo 26:** TKY algısı çalışma süreleri ilişkisi (Kruskal-Wallis Test)

Faktörler	Çalışma Süreleri	n	Ortanca	Min	Max	p
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	1-10	29	39,00	29,00	45,00	0,044
	11-20	82	36,00	21,00	45,00	
	21+	64	36,00	22,00	45,00	
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	1-10	29	37,00	27,00	45,00	0,317
	11-20	81	36,00	30,00	45,00	
	21+	64	36,00	23,00	45,00	
Yönetici Eğitimi, Kalite Felsefesi	1-10	29	14,00	7,00	20,00	0,093
	11-20	82	15,00	7,00	20,00	
	21+	64	16,00	6,00	20,00	
Standardizasyon	1-10	29	11,00	4,00	15,00	0,252
	11-20	82	10,00	3,00	15,00	
	21+	64	10,00	8,00	15,00	
Paydaş ve Paydaş Bilinci	1-10	29	8,00	5,00	12,00	0,235
	11-20	82	8,00	3,00	14,00	
	21+	64	7,00	4,00	11,00	



Araştırmaya katılan yöneticilerin çalışma sürelerinin, TKY algısı alt boyutlarından süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim düzeylerini anlamlı olarak etkilediği görülmektedir ( $p<0,05$ ). H5 hipotezi olan “kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin çalışma sürelerine göre değişiklikler gösterir.” reddedilmesine rağmen süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutunda anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Süreç yönetimi etkinlik ve yönetim alt boyutu kendi içerisinde çalışma süreleri bakımından incelendiğinde, 1-10 yıl arasında görev yapan yöneticilerin TKY algılarının daha yüksek olduğu görülebilmektedir. Diğer alt boyutlar incelendiğinde ise yöneticilerin çalışma süreleri ile TKY algısı alt boyutlarından sürdürülebilirlik ve katılımcılık yönetici eğitimi, kalite felsefesi, standardizasyon, paydaş ve paydaş bilinci arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

*H6: Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin TKY eğitimi alıp almama durumlarına göre değişiklikler gösterir.*

Tablo 27’de, TKY eğitimi ve puanları gösterilmiştir. Kategoriler, hiç eğitim almayan, 1gün 4-hafta arası eğitim alan ve 7 haftadan fazla eğitim alan, olarak belirlenmiştir.

**Tablo 27:** TKY eğitimi-TKY ilişkisi tanımlayıcı istatistikler (Oneway Tek Yönlü ANOVA Testi)

TKY Eğitimi Alma Durumu	n	Ortalama±Standart Sapma	p-değeri
Hiç Eğitim Almayan	85	100,67±9.63	
1 Gün-4 Hafta Eğitim Alan	60	103,35±10.17	0,003
>7 hafta eğitim alan	30	107,86±9.99	

TKY eğitimi alan-almayan gruplar arasında TKY prensiplerinin algılanması açısından herhangi bir farklılık olup olmadığını incelemek için tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Yapılan analiz sonucunda TKY eğitimi alan-almayan gruplar arasında TKY ilkelerinin algılanması bakımından Eğitim süresi arttıkça TKY skoru arttı, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ( $p<0,05$ ). Hiç TKY eğitimi almayanların TKY skoru 100,67±9,063 iken, 7 haftadan fazla TKY eğitimi alanların TKY skorunun 107,86±9,99 olduğu görüldü. Tek yönlü varyans analizi sonrasında yapılan Tukey testi sonucunda elde edilen farkın da bu iki grup arasındaki farktan kaynaklandığı sonucuna

varıldı. Bu nedenle “Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticileri TKY eğitimi alıp almama durumlarına göre değişiklikler gösterir” hipotezinin kabul edilmesi gerekmektedir.

Tablo 28’de faktör analizi alt boyutları ile yöneticilerin TKY eğitimi alıp almama durumu ilişkileri gösterilmiştir.

**Tablo 28:** TKY algısı TKY eğitimi ilişkisi (Mann-Whitney Test)

Faktörler	TKY Eğitimi	n	Ortanca	Min	Max	p
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	Hayır	85	35,00	21,00	44,00	0,000
	Evet	91	38,00	23,00	45,00	
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	Hayır	85	36,00	23,00	45,00	0,004
	Evet	90	37,00	29,00	45,00	
Yönetici Eğitimi, Kalite Felsefesi	Hayır	85	16,00	6,00	20,00	0,394
	Evet	91	15,00	7,00	20,00	
Standardizasyon	Hayır	85	10,00	3,00	13,00	0,760
	Evet	91	10,00	3,00	15,00	
Paydaş ve Paydaş Bilinci	Hayır	85	8,00	4,00	12,00	0,043
	Evet	91	7,00	3,00	14,00	

Araştırmaya katılan yöneticilerin TKY eğitimi alıp almamalarının, TKY algısı alt boyutlarından süreç yönetimi, etkinlik ve yönetişim, sürdürülebilirlik ve katılımcılık, paydaş ve paydaş bilinci, düzeylerini anlamlı olarak etkilediği görülmektedir ( $p < 0,05$ ). Analiz incelendiğinde, bu anlamlı ilişkinin TKY eğitimi alan yöneticilerin TKY skorlarının yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Diğer alt boyutlar incelendiğinde ise yöneticilerin TKY eğitimi ile TKY algısı alt boyutlarından yönetici eğitimi, kalite felsefesi, standardizasyon, arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ).

*H7: Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Hizmet Hastaneleri yöneticileri arasında değişiklikler gösterir.*

Tablo 29’da yöneticilerin Eğitim ve Araştırma Hastanesinde veya Hizmet Hastanesinde çalışma sıklıkları ve TKY puanları verilmiştir.

**Tablo 29:** Hastane grupları-TKY ilişkisi tanımlayıcı istatistikler (T-Testi)

Hastane	n	Ortalama±Standart Sapma	p-değeri
Eğitim ve Araştırma	107	103,05±10,34	0,913
Hizmet	74	102,87±9,97	

Yapılan analizde yöneticilerin %59'unun (107) eğitim araştırma hastanesinde, %41'inin (74) hizmet hastanesinde görev yaptığı belirlendi. Eğitim Araştırma Hastanesi yada Hizmet Hastanesinde görev yapan yöneticiler arasında TKY skoru açısından anlamlı bir fark olup olmadığını araştırmak için t testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda hastane grupları arasında TKY skoru açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Bu nedenle, "Kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Hizmet Hastaneleri yöneticileri arasında değişiklikler gösterir" hipotezi red edilmiştir.

Tablo 30'da faktör analizi alt boyutları ile yöneticilerin çalıştıkları hastane türleri arasındaki ilişki gösterilmiştir.

**Tablo 30:** TKY algısı hastane türleri ilişkisi (Mann-Whitney Test)

Faktörler	Hastane Türü	n	Ortanca	Min	Max	p
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	Eğitim Araştırma	107	36,00	21,00	45,00	0,761
	Hizmet	75	36,00	22,00	45,00	
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	Eğitim Araştırma	107	36,00	23,00	45,00	0,198
	Hizmet	74	36,00	29,00	45,00	
Yönetici Eğitimi, Kalite Felsefesi	Eğitim Araştırma	107	15,00	7,00	20,00	0,799
	Hizmet	75	15,00	6,00	20,00	
Standardizasyon	Eğitim Araştırma	107	11,00	3,00	15,00	0,189
	Hizmet	75	10,00	5,00	15,00	
Paydaş ve Paydaş Bilinci	Eğitim Araştırma	107	7,00	4,00	14,00	0,034
	Hizmet	75	8,00	3,00	12,00	

Araştırmaya katılan yöneticilerin görevli oldukları hastanelerin türlerinin, TKY algısı alt boyutlarından paydaş ve paydaş bilinci düzeyini anlamlı olarak etkilediği görülmektedir ( $p < 0,05$ ). Analiz incelendiğinde, bu anlamlı ilişkinin hizmet hastanelerinde görev yapan yöneticilerin TKY skorlarının yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Diğer alt boyutlar incelendiğinde ise hastane türleri ile TKY algısı alt boyutlarından süreç yönetimi, etkinlik ve yönetişim, sürdürülebilirlik ve katılımcılık, yönetici eğitimi, kalite felsefesi, standardizasyon, arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Hipotez test eden bu çalışmada, TKY prensipleri sağlık yöneticilerinin unvanına göre algısal farklılıklar göstereceğini belirtmiştik, sonuçlar hipotezi doğruladı ve TKY prensiplerini algılama açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü ( $p<0.05$ ). En düşük TKY skoruna sahip unvanın İdari ve Mali Hizmetler Müdür ve Yardımcısı, en yüksek TKY skoruna sahip unvanın ise Kalite Direktörü olduğu görüldü. Konuyla ilgili olarak, kalite konusunda bilgisi yetersiz olanların oryantasyon eğitimine alınmaları ve katılımlarının sağlanması gerekmektedir (61).

Araştırmanın altıncı hipotezinde, TKY prensiplerinin sağlık yöneticilerinin TKY eğitimi alıp-alınmalarına göre algısal farklılıklar göstereceğini belirtmiştik, sonuçlar hipotezi doğruladı ( $p<0.05$ ) ve TKY prensiplerinin algılanması bakımından TKY eğitimi alanlarda TKY skoru arttı. Sürekli eğitim TKY'nin etkin olarak uygulanmasındaki önemli etkenlerden birisidir ve eğitimin kurumdaki en üst kademededen en alt kademeye kadar yaygınlaştırılması ve uygulanan bu eğitim programlarının kalitesinin de rutin olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (58). Çünkü, TKY'nin öncülerinden Ishikawa'nın "Kalite eğitimle başlar, eğitimle biter" şeklindeki ifadesiyle TKY için eğitimin ne kadar önem taşıdığı vurgulanmaktadır (62).

Yöneticilerin yaklaşık yarısının TKY sürecinin başlamasından sonuçlar görününceye kadar geçen sürenin 1-2 yıl olacağını tahmin ettikleri bulunmuştur. TKY'nin uygulanma sürecini iyileştirmek için, yöneticilerin, TKY'nin sonuçlarının görünmesi ve başarıya ulaşması için geçmesi gerekebilecek süre konusunda gerçekçi olmalarının sağlanması gerekmektedir. TKY'nin tüm faydalarının elde edilmesi için TKY'nin uygulanmasından sonra yaklaşık 3-7 yıl geçmesi beklenir. TKY'nin sonuçlarının kısa sürede alınacağını bekleyen yöneticiler, hayal kırıklığına uğrayabilir ve TKY'den uzun dönemde elde edilebilecek faydaları sağlayamayabilir (63).

Çalışmada faktör analizleri yapılarak 5 alt faktöre ulaşılmış ve bu faktörlerin birbirleriyle pozitif yönde ilişkisinin bulunduğu sonucuna varılmıştır. Her bir faktöre ait alt boyutlar tespit edilmiştir. Faktör analizleri incelendiğinde yöneticilerin en fazla anlam yükledikleri faktörün, 0,853 ile "ISO 9001-2008 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır", düşüncesinde oldukları görülmüştür. TKY'nin bütün kalite sistemlerini kapsayan bir yönetim anlayışı olması bu düşüncüyü desteklemektedir. En az

anlam yüklenen faktörün ise 0,416 ile “Kalite sistemleri hastanelerin kalite problemlerine bir ‘hızlı çözüm’ dür” olduğu görülmüştür. TKY kısa vadede sonuçlanabilecek bir değişim değil, uzun dönemli çalışmaları gerektiren bir yaklaşımdır. Bununla birlikte TKY hızlı çözümler değil, uzun dönemli çözümleri araştırır (61). TKY’de kısa sürede sonuç beklenmesi gerçekleşmediğinde yaşanan hayal kırıklığı başarıyı engelleyen ve süreci etkileyen bir faktördür. Yöneticilerin bu faktöre en az anlam yüklemeleri konuyla ilgili doğru düşüncede olduklarını göstermektedir.

Yöneticilerin; çalışanların TKY sürecinin başarıyla uygulanmasına yönelik heves ve istek düzeylerine verdikleri puanların ortalamaları hesaplanmıştır. Buna göre, diğer hastane çalışanlarıyla karşılaştırıldığında; genel olarak yöneticiler, kalite direktörlerinin heves ve istek düzeylerinin en yüksek ( $4,52\pm 0,61$ ), yönetim pozisyonu olmayan hastane çalışanlarının ise en düşük ( $2,36\pm 0,93$ ) olduğu görüşündedir. Bu bulgu Doğan ve Kaya’ nın bulgularıyla en yüksek değerde farklılıklar gösterirken en düşük değer aynı bulunmuştur. Doğan ve Kaya tarafından yapılan çalışmada genel olarak yöneticiler, Hastane Müdürü ve Müdür Yardımcılarının TKY’nin uygulanmasına yönelik heves ve istek düzeylerinin en yüksek ( $4,03\pm 0,97$ ), yönetim pozisyonu olmayan hastane çalışanlarının ise en düşük ( $2,85\pm 0,91$ ) olduğu görüşündedir (31). Bu çalışmada ise TKY heves ve istek düzeyleri sıralandığında; Kalite Direktörleri ( $4,52\pm 0,61$ ), Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ve Yardımcıları ( $4,31\pm 0,61$ ), Hastane Yöneticisi ( $4,19\pm 0,719$ ), Başhekim ve Yardımcıları ( $4,07\pm 0,73$ ) İdari ve Mali Hizmetler Müdür ve Yardımcıları ( $3,52\pm 0,95$ ) şeklinde olduğu, dolayısıyla İdari Mali Hizmetler Müdür ve Yardımcılarının 5. sırada yer aldığı görülmektedir. Her iki çalışmada da en düşük puanı yönetim pozisyonu olmayan hastane çalışanları almıştır. Yönetim pozisyonu olmayan çalışanların kalite sürecine dahil edilmesi sağlanmalıdır. Kararlara katılan birey, kendisini otoritenin bir parçası olarak algılayacak ve kararların yürütülmesinden sorumluluk duyacaktır. Ayrıca işgörenler, olumlu tutumlar oluşturacaklar daha çok tatmin olduklarını hissedebilecekler ve dolayısıyla da daha iyi iş çıkarmak için daha çok çaba ve özen göstereceklerdir. Bu durum ise hataları azaltacak, güveni artıracak, dolayısıyla kalite, verim yükselecektir (63).

Toplam Kalite Yönetimine ilişkin beklentilere yönelik yapılan ankette yer alan, “Kalite sistemleri, sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.” sorusuna yöneticilerin cevabı, %30 hiç katılmıyorum, %52

katılmıyorum, olmuştur. Toplamda %82 katılmıyorum yanıtı verilmiştir, yöneticilerin bu yöndeki görüşleriyle paralel olarak, 1995 yılında ABD ve Kanada’da yapılan bir araştırmada sürekli kalite iyileştirme yöntemlerini uygulayan hastane yöneticilerinin bunu geçici bir heves olmadığı ve hastaneler için gerekli olduğuna inandıkları sonucu bulunmuştur (31).

Yöneticilere hastanelerinde SKS sürecinin ne kadar zamandan beri uygulandığına dair sorulan soruda (b2-s6) ortalama olarak 5,33 yıl, ortanca 4 yıl (min 1- max 12) cevapları alındı. Sağlık Bakanlığının SKS uygulamaları kontrol edildiğinde rastgele cevapların verilemeyeceği bu soruda çalışmaların 2003 yılından bu yana geliştirilerek sürdürüldüğü görülmektedir (55). Elde edilen sonuçlar, kalite gelişim sürecine dair bilgi eksikliğini ortaya çıkarmıştır. Unutulmamalıdır ki kalitenin gelişim sürecini bilen yöneticilerin kaliteye bakış açıları, uygulama düzeyleri, eksiklikleri fark edebilmeleri ve hatta önerilerde bulunabilmeleri farklı olacaktır.

Yöneticilerin %46,7’si (85) TKY konusunda hiç eğitim almamıştır ve %40,7’si (74) ise kalite sistemleri felsefeleri ve teknikleriyle ilgili şimdiki bilgi düzeyini orta olarak değerlendirmişlerdir. Bu bulgular, Doğan ve Kaya tarafından 2004 yılında yapılan çalışma ile paralellik göstermektedir (31). Aradan geçen zaman dilimine, bakanlığın kalite konusundaki başarılı çalışmalarına rağmen yönetici boyutunda aynı sonuçların elde edilmiş olması konuyla ilgili eksikliği ve gereksinimi ortaya çıkarmıştır

Araştırmada yöneticilerin eğitim durumları kategorlendirilirken en düşük eğitim seviyesi lisans olarak belirlenmiş ve yöneticilerin %68,1’inin lisan mezunu olduğu bulunmuştur. 2004 yılında Songül Doğan tarafından yapılan çalışmada (60) en düşük kategorinin önlisans olduğu ve ankete katılan yöneticilerin %24’ünün önlisans mezunu, %28,7’sinin lisans mezunu olduğu görülmektedir. 2011 yılında yapılan “Hastane yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimine ilişkin görüşleri” başlıklı bir başka çalışmada ise eğitim durumu lise ve önlisans olan yöneticiler olması ve araştırmaya katılan yöneticilerin % 2,1’i lise, %25’inin önlisans mezunu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (61). Bu bilgiler ışığında, aradan geçen sürede, yöneticilerin eğitim seviyelerinin yükselmiş olduğu dikkat çekmektedir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

TKY, küreselleşme olgusu ile paralel olarak ortaya çıkan, “ürün kalitesi” ve “hizmet kalitesi” kavramlarına; “çalışan memnuniyeti” ve “müşteri memnuniyeti” kavramlarını ekleyen insan odaklı bir yönetim biçimidir. Sağlık sektörü açısından ele alındığında ise sektörde, kalite çalışmaları son yıllarda ivme kazanmıştır. Bakanlığın uygulamaları, denetlemeleri ve bu denetlemeler sonucunda hastanelerin puanlanması kurumların bu konuyu önemseme zaruriyetini doğurmuştur.

Yeni uygulamalar algıda büyük değişiklikler oluşturarak sağlık alanında hizmet kalitesi arayışını gerektirmiştir. Eskiden insanlarda yaygın bir kanı olan kamuda kalite olmaz düşüncesi günümüzde nispeten azalmıştır. Bu kanaatin ortadan kaldırılabilmesi için kamuda işlemlerin yavaş ilerlemesine neden olan gereksiz bürokrasinin önüne geçilmelidir. Sektördeki yenilikler takip edilmeli, kurumun imkanlarını en iyi şekilde değerlendirerek, teknolojiyi takip ederek ve çalışanları bilinçlendirerek hizmet verilmelidir.

Sağlık yöneticilerinin TKY anlayışlarının ölçülmeye çalışıldığı bu araştırmada, analizler sonucu elde edilen veriler aşağıda gösterilmiştir.

Yöneticilerin % 24,7'si (45) başhekim yardımcısıdır, % 41,8'ü (76) lisans mezunudur,%68,1'i (124) 37-49,9 yaş aralığındadır ve yöneticilerin yaş ortalaması ise 42 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın tartışma bölümünde de belirtildiği üzere yöneticilerin %46,7'sinin (85) TKY konusunda hiç eğitim almamış olmaları önemsenmesi gereken bir sonuçtur. Bir başka önemli sonuç ise yöneticilerin %40,7'si (74)kalite sistemleri felsefeleri ve teknikleriyle ilgili şimdiki bilgi düzeyini orta olarak değerlendirmeleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Aslında yöneticilerin kendilerini bu şekilde değerlendirmeleri gelişime açık istekli ve olduklarını düşündürmektedir.

Ankete katılan yöneticilerin %52,7'si (96) SKS sürecinin uygulanmaya başlamasından olumlu sonuçlar görülünceye kadar geçecek sürenin 1-2 yıl olacağını düşünmüşlerdir.



Yöneticilerin %34'ü (62) hastanelerinde SKS' nin başarılı olması için, idari/yönetimsel zamanlarının %21-%30'unu veya daha fazlasını SKS'ye ayırmaları gerektiğini belirtmiştir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde SKS sürecinin uygulamasında neleri engel olarak gördüklerini yazmalarını istediğimiz, açık uçlu olarak sorduğumuz soruda yöneticilerin % 13,29'u (48) fiziki koşulların uygunsuzluğuna değinmişlerdir. Kalite yönetimi konusunda önemli olduğuna inanılan ve bu araştırma ile ilgili ilave yorumlarını yazmalarını istediğimiz, açık uçlu olarak sorulan bir başka soruda ise verilen cevapların %17,93'ünü (33) "kalite el kitabının herkes tarafından okunması gerekmektedir" oluşturmaktadır.

Araştırma için yapılan analizler sonucunda; yöneticilerin TKY algıları ile unvan grupları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, yöneticilerin TKY algıları ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, yöneticilerin TKY algıları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, yöneticilerin TKY algıları ile eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, yöneticilerin TKY algıları ile çalışma süreleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, yöneticilerin TKY algıları ile TKY eğitimi alıp almama durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, yöneticilerin TKY algıları ile Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Hizmet Hastaneleri yöneticileri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda aşağıdaki öneriler madde halinde sıralanmıştır:

-TKY, sürekli eğitime ihtiyaç duyan ve başarıya ulaşabilmek için eğitimin önemini vurgulayan bir yönetim biçimi olduğundan dolayı üst yönetimin dışında tüm çalışanlar da programlı olarak eğitilmeli, etkinliği sürekli değerlendirilmelidir.

-Sağlık Bakanlığının kalite uygulamalarından dolayı hastanelerde kalite çalışmaları titizlikle yürütülmektedir fakat kalite çalışmaları belirli bir grubun görevi olarak görülmemelidir. Kalite çalışmalarına bütün yöneticiler ve çalışanlar katılmalıdır Kalitenin odağında müşteri ve çalışan memnuniyetinin olması, tam katılımı zorunlu hale getirmektedir. Tam katılım sağlanamazsa kalite biriminin çalışmaları algılanamayacak hatta gereksiz prosedürler olarak görülecektir.

-Yönetim, kalite çalışmalarına liderlik etmeli, örnek davranışlarıyla aktif katılımı teşvik etmeli ve çalışanlar cesaretlendirmelidir. Yöneticiler tarafından çalışanların kararlara katılımlarını sağlamak için ortam hazırlanmalı, ödüllendirme mekanizmaları devreye sokulmalı, ve katılım için altyapı oluşturulmalıdır. TKY felsefesi kuruma yerleştirildikten sonra artık herkes kaliteyi başkalarının görevi olarak görmemeli kendi görevi olarak benimsemeli, herkes birer kalite uygulayıcısı olmalıdır.

-Sağlık sektörü, sürekli gelişime açık, teknolojinin hızla yenilediği, beklentinin yüksek olduğu bir sektördür. Bundan dolayı öncelikle çalışan memnuniyetine önem verilmelidir çünkü hizmeti verenlerin memnuniyeti, hizmeti alanlara da yansıyacaktır. Çalışan memnuniyetinden sonra ise müşteri memnuniyetine önem verilmeli, memnuniyetsizliğe neden olan etmenler ortadan kaldırılmalı ve müşteri memnuniyeti sürekli yükseltilmelidir.

-Yönetim, kalite çalışmalarına tüm personeli dahil edebilmek amacıyla örgüt iklimine göre hareket etmeli ve motivasyon araçlarını kullanmalıdır.

-Araştırmaya açık uçlu olarak ilave yorum yazmalarını istediğimiz yöneticilerimizin sıklıkla “Kalite el kitabının herkes tarafından okunması gerektiğine inanıyorum” cevabı vermelerinden dolayı bu yorum dikkate alınmalı ve kalite el kitapları çoğaltılarak birimlere dağıtılmalı, çalışanların kolay ulaşmaları sağlanmalıdır.

-Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda TKY hakkında eğitim almayan veya bu konudaki bilgi düzeylerini yeterli bulmayan veya göreve yeni başlayan hastane yöneticilerine yönelik eğitimlerin planlanması ve uygulanması ayrıca, yöneticilere, kalite yönetim sürecine yönelik bilgilendirme toplantıları düzenlenmesi önerilebilir.

Sonuç olarak;

“Kalite hiçbir zaman tesadüfi değildir; ona hep bilinçli çabalar sonucu ulaşılır.”

(John RUSKİN).

## KAYNAKLAR (REFERENCES)

1. Nedir?com, 2012. <http://saglik.nedir.com/#ixzz2mizIR5TO> , Erişim Tarihi: 29.11.2013
2. Dürrü Z. OECD Üyesi AB Üyelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2012.
3. Forum Lord, 2013. <http://www.formlord.org/saglik/124556-saglik-hizmetlerinin-temel-amaci-nedir.html> , Erişim Tarihi: 09.12.2013
4. Kurtulmuş S. “Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi”, Değişim Yayınları, İstanbul, 1998, 13-14.
5. Hoplamaz B. Sağlık Sektörü Çalışanlarının Motivasyonunun Farklı Teoriler Açısından Araştırılması: Adana Bölgesinde Bir Uygulama. Çağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2011.
6. Yıldız Z. “Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçerisindeki Yeri”, Verimlilik Dergisi, M.P.M. Yayını 1996, 4
7. Arrow, K. J. “Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care”. The American Economic Review, 1963, 53(5): 941-973.
8. Ateş M. “Sağlık Hizmetleri”. Doç. Dr.Metin Ateş (Ed.), “Sağlık İşletmeciliği”, Beta, İstanbul, 2011, 4-5.
9. Tengilimoğlu, D. “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”. Siyasal Kitabevi, 2.Baskı, Ankara, 2012, 57-58.
10. Penner, S. “Introduction to Health Care Economics and Financial Management: Fundamental Concepts with Practical Application. Philadelphia:” Lippincott Williams and Wilkins, A Wolters Kluwer Company. 2004, 27.
11. Mushkin J S. “Toward a Definition of Health Economics”. Public Health Reports, 1958, 73(9): 785-794.

12. Ünal E. “Sağlık Ekonomisi”. Metin A., (Ed.), “Sağlık İşletmeciliği” içinde. Beta Yayıncılık, İstanbul, 2011, 187-190.
13. Çoban H. *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi; 2009.
14. Kavuncubaşı Ş. “*Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*”, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000, 24-57.
15. Türk Dil Kurumu (TDK), Hastane tanımı 2013. [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.52ae098345c1c0.17689602](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.52ae098345c1c0.17689602) Erişim Tarihi: 15.12.2013
16. Öztürk, H. Kılıç, M. “*Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütülen Yönetim Hizmetleri: Ankara İli Eğitim Hastanelerinde Bir Alan Araştırması*”, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi, Bildiriler Kitabı, Sponsor: Oracle, Ankara, 2005, 218.
17. Yazgan M. *Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2009.
18. Koçel T. “*İşletme Yöneticiliği*”, 13. Baskı, İstanbul Beta Yayınevi, İstanbul, 2011, 370-374.
19. Besterfield DH. “*Quality Control*”. (Seventh Ed.) New Jersey: Pearson Education Inc, 2004, 1-75.
20. Şimşek M. “*Toplam Kalite Yönetimi*”, Alfa Yayınları, No 938, İstanbul, (2004): 15.
21. Yong HT, Pheng LS. “Organizational culture and TQM implementation in construction firms in Singapore”, *Construction Management and Economics*, 2008, 26: 237-248.

22. Pearce J. Robinson R. "Formulation. Implementation and Control of Competitive Strategy". *Sixth Edition. Irvin Book Team. Chicago*, 1997, 415: 230-250.
23. Fotopoulos CV. Psomas EL. Vouzas FK. "Investigating Total Quality Management Practice"s Inter-Relationships in ISO 9001:2000 Certified Organisations", *Total Quality Management*, 2010, 21(5): 503-515.
24. Zakuan NM. Yusof SM. Laosirihongtong T. Shaharoun AM. "Proposed Relationship of TQM and Organisational Performance Using Structured Equation Modelling", *Total Quality Management*, 2010, 21(2): 185-203.
25. Karyağdı N. "*Toplam Kalite Yönetimi ve Türk Vergi İdaresi*" Ankara Sanayi Odası Yayınevi, Ankara, 2001, 12-14.
26. Sarp, N., "Sağlık Hizmetlerinde Toplam kalite yönetimi", 2007. [www.nilgunsarp.com/?p=16](http://www.nilgunsarp.com/?p=16). Erişim Tarihi: 22.12.2013
27. Kaya S., "*Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*", Pelikan Yayınları, Ankara, 2005, 17.
28. Zorlutuna Y. "*Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*". Çoruh, M. (Ed.) Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme. Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1998, 185-192.
29. Yıldız H. *Toplam Kalite Yönetimi Algısının Kurum Kültürü Üzerine Etkileri: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2011.
30. Türkmen İ, "TKY Geçiş ve Uygulamada Başarıyı Engelleleyen Faktörler", *Verimlilik Dergisi Toplam Kalite Özel Sayısı*, Ankara, 1996. 146
31. Doğan S. Kaya S. "Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı hastane yöneticilerinin toplam kalite yönetimi konusundaki algıları". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2004. 7(1), 65-83.

32. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2013  
<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14>  
Erişim Tarihi: 22.12.2013
33. Halis M. “*Toplam Kalite Yönetimi*”, Seçkin Yayıncılık, 2013, 75-89.
34. Ece O. Abdioğlu H. “Toplam Kalite Yönetiminin Muhasebe Meslek Elemanları Üzerinde Uygulanmasına Yönelik Bir Model Önerisi”, *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, Bahar*, 2005, 1: 67-96.
35. Lenka U. Suar D. “A Holistic Model of Total Quality Management in Services”, *The Icfaian Journal of Management Research*, 2008, 7(3): 56-72.
36. Das A. Paul H. Swierczek Fredric W. Laosirihongthong T. “A Measurement Instrument for TQM Implementation in the Thai Manufacturing Industry”, *International Journal of Innovation and Technology Management*, 2006, 3(4), 361-377.
37. Güçlü N. Gülbahar B. “Türk Eğitim Sisteminde Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanması”, *Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006, 13: 226-239.
38. Şentürk H. Türkmen Ö. “İlköğretim Okullarındaki Yönetici Ve Öğretmenlerin Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına İlişkin Algıları”. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2009, 12: 128-142.
39. Ashfort Blake E. ve Saks Alan M. “Socialization Tactics: Longitudinal Effects on Newcomer Adjustment”, *The Academy of Management Journal*, 1996, 39(1), 149-175.
40. İmai, M. Japonya'nın rekabetteki başarısının anahtarı, (t.y).  
<http://www.kaynakindir.com/wp-content/uploads/2013/07/kaizen.pdf>  
Erişim Tarihi: 25.12.2013
41. Aksoy B. Koç H. Sürekli Gelişme Kaizen, (t.y.).  
<http://w3.gazi.edu.tr/~cafoglu/gelisim.htm> Erişim Tarihi: 25.12.2013

42. Kazan H. Ergülen A. “Toplam kalite yönetimi araç ve tekniklerinin üretimde etkin kılınması: KOSG uygulaması”. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2008, 13(1): 159-182.
43. TÜİSAG (Türkiye'nin En Büyük ve En Aktif İş Sağlığı ve Güvenliği Profesyonelleri Topluluğu), Toplam Kalite Yönetiminin Yararları, 2012. <http://www.isgfrm.com/threads/toplam-kalite-yonetimi-uygulamasinin-yararlari.2192/>  
Erişim Tarihi: 25.12.2013
44. Feigenbaum A. “Total Quality Control”, *Harvard Business Review*, 1956. 98-99
45. Terziovski M. Sohal A. Moss S. “Longitudinal Analysis Of Quality Management Practices in Australian Organizations”, *Total Quality Management*, 1999, 10(6): 915-926.
46. Ecer F H. Demirel Y. Uslu S. “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma” t.y.  
[perweb.firat.edu.tr/personel/yayinlar/fua\\_841/841\\_22603.pdf](http://perweb.firat.edu.tr/personel/yayinlar/fua_841/841_22603.pdf)  
Erişim Tarihi: 24.04.2014
47. International Organization for Standardization, (t.y).  
[http://en.wikipedia.org/wiki/International\\_Organization\\_for\\_Standardization](http://en.wikipedia.org/wiki/International_Organization_for_Standardization)  
Erişim Tarihi: 26.12.2013
48. Türk Standartları Enstitüsü, Türk Standartları Enstitüsünün Kuruluş ve Görevleri, 2012. <http://www.tse.org.tr/tse-hakkinda/kurulus-ve-gorevleri>  
Erişim Tarihi: 26.12.2013
49. Buluç S. *TS EN ISO 9000:2008 Kalite Yönetim Sistemi'nin Bir Mobilya Fabrikasında Uygulama Aşamaları ve Dokümantasyon Yapısının Oluşturulması*, Bartın Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2009.
50. Bohigas L, Smith D, Brooks T, Donahue T, Heidemann E, Donaldson B, Shawh C. “Accreditation Programs for Hospitals: Funding and Operation”. *International Journal for Quality in Care*, 1996, 8(6): 583-589.

51. Aydın, B., “Sağlık Sektöründe Kalite Çalışmaları Ve Akreditasyon”, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Sağlık Bakanlığı Kalite Koordinatörlüğü, Ankara, 2007. [www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/.../bilge-aydin-das-2007-yazi.pdf](http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/.../bilge-aydin-das-2007-yazi.pdf), Erişim Tarihi: 06.01.2014
52. Detay Danışmanlık, 2007.  
<http://www.detaydanismanlik.net/icerik.asp?page=JCINedir>  
Erişim Tarihi: 08.01.2014
53. JCI, 2013. <http://tr.jointcommissioninternational.org/entr/About-JCI/>  
Erişim Tarihi: 08.01.2014
54. JCI, <http://tr.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/> 2014 Erişim Tarihi: 13.06.2014
55. Sağlık Bakanlığı. “SKS Işığında Sağlıkta Kalite” Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara, 2012, 2-5.
56. Sağlık Bakanlığı. “Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarları Kalite Yönetim Rehberi”, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara, 2014, 7-10.
57. Sağlık Bakanlığı. “SKS Doküman Yönetim Sistemi”, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara, 2013, 5-8.
58. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2014.  
<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=1082> Erişim Tarihi: 20.01.2014
59. Şencan H. “İşletmeciler ve İktisatçılar İçin Rapor Yazımı”, İstanbul, 1, 1995, 8-20.
60. Doğan S. *Üç İlerdeki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2004, 139-157



61. Ulusoy H. Biçer E.B, Naldöken Ü. “Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimine İlişkin Görüşleri” Cumhuriyet Tıp Dergisi, 2011, 33(1): 17-25
62. Tufan M, Mızrak Ş, Çelik D. Mesleki eğitimde toplam kalite yönetimi ve model önerisi. Journal of Azerbaijani Studies 2009, 12: 27-40.
63. Yeniçeri Ö. “Örgütlerde Çatısma ve Yabancılaşma Yönetimi”, IQ Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul, 2009, 241

## ANKET FORMU

Sayın Yönetici,

Bu anket formu Sağlık sektöründe kalite yönetimi, sağlık yöneticilerinin kalite anlayışı (Ankara İli Örneği) konulu tez çalışması için kullanılacaktır. Ankete verilecek cevaplar bütünüyle gizli tutulacak olup, elde edilen veriler akademik çalışma dışında kullanılmayacaktır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

**YEŞİM AKAR**

Okan Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Sağlık Yönetimi Bölümü  
Yüksek Lisans Öğrencisi

### BİRİNCİ BÖLÜM

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

- 1= Hiç Katılmıyorum**  
**2= Katılmıyorum**  
**3= Kararsızım**  
**4= Katılıyorum**  
**5= Tamamen Katılıyorum**

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

1=Tamamen Katılıyorum 2=Katılıyorum 3=Kararsızım 4=Katılmıyorum 5=Hiç Katılmıyorum		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
16	Hastanemde kalite sistemlerinin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.	1	2	3	4	5
17	Kalite sistemlerinin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.	1	2	3	4	5
18	Hastanemizin yönetimi, kalite yönetimine uzun dönemli taahhüde hazırdır.	1	2	3	4	5
19	Kalite sistemlerinin uygulanması toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.	1	2	3	4	5
20	Kalite yönetimi, hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.	1	2	3	4	5
21	Kalite yönetimi, çalışanların kalite sistemleri araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.	1	2	3	4	5
22	Hemşireliğin “ekip” yaklaşımı nedeniyle, hemşirelikte kalite sistemlerinin kabul edileceği kanısındayım.	1	2	3	4	5
23	Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	1	2	3	4	5
24	Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.	1	2	3	4	5
25	ISO 9001-2008 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.	1	2	3	4	5
26	Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.	1	2	3	4	5
27	Kalite yönetimi ekipleri uzmanlık alanları yerine özel problemler çevresinde oluşturulmalıdır.	1	2	3	4	5
28	ISO 9001-2008 kalite yönetim sistemleri ve TKY, bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken kalite programlarıdır.	1	2	3	4	5

## İKİNCİ BÖLÜM

1. Aşağıda bir Kalite Temsilcisi veya Kalite Konseyi üyesi için önemli olabilecek bazı eğitim ve deneyim alanları verilmiştir. Size göre, bir Kalite Temsilcisi veya Kalite Konseyi üyesi için bunları önem sırasına göre 1’den 8’e kadar sıralayınız. (1=en önemli,.....8= en önemsiz olacak şekilde)

Önem Sırası		Önem Sırası	
.....	Klinik eğitim/deneyim	.....	ISO 9001-2008 kalite yönetim sistemleri eğitimi/deneyim
.....	Mali eğitim/deneyim	.....	TKY konusunda eğitim/deneyimi
.....	Yönetim eğitim/deneyimi	.....	Hizmet Kalite Standartları eğitim/deneyimi
.....	İnsan Kaynakları eğitim/deneyimi	.....	Akreditasyon

2. Size göre aşağıdaki hastanelerde yapılan kalite iyileştirme çalışmaları ne kadar etkilidir? 1'den 5'e kadar bir ölçek üzerinde belirtiniz.

Hastaneler	Etki Düzeyi				
	En düşük	Düşük	Orta	Yüksek	En yüksek
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	1	2	3	4	5
Üniversite Hastaneleri	1	2	3	4	5
Özel Hastaneler	1	2	3	4	5
Sizin Hastaneniz	1	2	3	4	5

3. Size göre, hastanenizde aşağıdaki çalışanların kalite sistemlerinin uygulanmasına yönelik heves ve istek düzeylerini 1'den 5'e kadar bir ölçek üzerinde belirtiniz.

Unvanlar	Heves ve İstek Düzeyi				
	En düşük	Düşük	Orta	Yüksek	En yüksek
Hastane Yöneticisi	1	2	3	4	5
Başhekim ve Başhekim Yardımcıları	1	2	3	4	5
Mali Hizmetler Müdürü ve Yardımcıları	1	2	3	4	5
Sağlık Bakım Hizm. Müdürü ve Yardımcısı	1	2	3	4	5
Kalite Direktörü	1	2	3	4	5
Eğitim Görevlileri	1	2	3	4	5
Servis Sorumlu Hemşireleri	1	2	3	4	5
Yönetim Pozisyonu Olmayan Hast. Çalışanları	1	2	3	4	5

4. Diğer Sağlık Bakanlığı Hastaneleriyle kıyaslandığında, hastaneniz hangi hızla kalite iyileştirme çalışmaları yapmaktadır?

Daha hızlı  Hemen hemen aynı  ...Daha yavaş

5. Hastaneniz kalite yönetimi sürecinde ne kadar yol almıştır?

1. Başlamadı 4. Başladı, hedefine ulaşamadı  
2. Başlangıç Aşamasında 5. Başladı, sonuçlardan memnunuz  
3. Başladı, henüz sonuçlanmadı 6. Başladı, önemli sonuçlar meydana getirdi

6. SKS (Sağlıkta Kalite Standartları) sürecini başlattıysanız, bu süreç ne kadar zamandır uygulanmaktadır?

Yıl sayısı.....Bir yıldan az ise Ay sayısı.....

7. Hastanenizde HKS uygulanıyorsa veya uygulanacaksa, başarılı olması için, HKS sürecini uygun doğrultuda yönlendirmek üzere sizin idari/yönetimsel zamanınızın ne kadarını buna ayırmanız gerekir/beklenir?

%10'dan az  % 21- % 30  % 41- % 50  % 61 veya daha fazla

% 11 - % 20  % 31- % 40  % 51- % 60

8. Şimdiye kadar, kalite sistemleri ile ilgili felsefeler ve teknikler konusunda eğitim aldığınız toplam gün sayısı kaçtır?

Hiç

1-2 hafta

7-8 hafta

1-3 gün

3-4 hafta

8 haftadan daha fazla

9. Kalite sistemleri felsefeleri ve teknikleriyle ilgili şimdiki bilgi düzeyinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyiniz.

Zayıf	1
Orta Altı	2
Orta	3
İyi	4
Mükemmel	5

10. Hastanenizde HKS sürecinin başlamasından sonuçlar görününceye kadar geçen sürenin ne uzunlukta olacağını tahmin ediyorsunuz? (Eğer sonuç alındıysa ve 3. Sayfadaki 5. sorunun 4.,5. Veya 6. seçeneği işaretlediyseniz, sonuç alınıncaya kadar geçen süreyi belirtiniz.)

1-6 ay

3-4 yıl

7-11 ay

5- 6 yıl

1-2 yıl

6 yıldan fazla

11. Lütfen, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde HKS sürecinin uygulanmasına neyi/neleri engel olarak gördüğünüzü belirtiniz.

-----  
-----  
-----  
-----

12. Lütfen kalite yönetimi ile ilgili önemli olduğuna inandığınız ve/veya bu araştırmayla ilgili ilave yorumlarınızı yazınız.

-----  
-----  
-----

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### 1. Görev Unvanınız

- Hastane Yöneticisi  
 Başhekim  
 Başhekim Yardımcısı  
 İdari ve Mali Hizmetler Müdürü  
 İdari ve Mali Hizmetler Müdür Yardımcısı  
 Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü  
 Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı  
 Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürü  
 Kalite direktörü

### 2. Öğrenim Durumunuz

- Lisans  
 Yüksek Lisans  
 Doktora  
 Diğer (lütfen belirtiniz) .....

### 3. Başhekim/ Başhekim Yardımcıları İçin; Uzmanlık Alanınız .....

### 4. Yaşınız .....

### 5. Cinsiyetiniz

- Kadın  ...Erkek

### 6. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumu Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi hastanelerde bir “Kalite Temsilcisi” görevlendirilmesini öngörmektedir. Hastanenizin kalite temsilcisi veya kalite konseyi üyesi misiniz?

- Evet  ...Hayır

### 7. Lütfen aşağıdaki alanlarda kaç yıl çalıştığınızı belirtiniz. (Aşağıdaki alanlarda çalışma süreniz 1 yıldan az ise sürenin yanına “Ay” kelimesini yazınız.

Çalışma Alanları	Hizmet Süresi (YIL)
Şu andaki görevinizde	.....
Şu andaki göreviniz dışındaki yönetim pozisyonlarında	.....
Sağlık Bakanlığı hastanelerinde	.....
Toplam Kalite Yönetimi alanında	.....
ISO 9001-2008 Kalite Yönetim Sistemleri alanında	.....
Hizmet Kalite Standartları Alanında	.....

### 8. Lütfen hastanenizin fiili yatak sayısını işaretleyiniz.

<input type="checkbox"/> 50 ve altı	<input type="checkbox"/> 101-200	<input type="checkbox"/> 301-400	<input type="checkbox"/> 501-600
<input type="checkbox"/> 51-100	<input type="checkbox"/> 201-300	<input type="checkbox"/> 401-500	<input type="checkbox"/> 900 ve üzeri

### 9. Hastanenizin türü nedir?

### 10. Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hizmet Hastanesi

### 11. Hastaneniz bir özel dal hastanesi midir?

### 12. Evet Hayır

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Okan Üniversitesi  
Etik Kurulu  
“Kurul Kararları”  
Toplantı Tarihi: 05.06.2013  
Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy	(Başkan)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Üye)
Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu	(Üye)
Doç. Dr. Belma Bekçi	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayırıcı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkçı	(Üye)

---

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 05.06.2013 tarihinde Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

---

- 1- Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü - Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi **Begüm Topaloğlu'nun** “**Alay Edilme Algısı Ölçeği Türkçe Geçerlik Çalışması ve Alay edilmenin Beden Memnuniyeti ve Kontrol Kaybıyla İlişkisi**” başlıklı yüksek lisans tez çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 2- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi **Türkan Yağmur'un** “**Denizli İli Kamu ve Üniversite Hastanelerindeki Ameliyathane Hemşirelerinin Yönetimsel Bakış Açılarının İncelenmesi**” başlıklı yüksek lisans çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 3- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Yönetimi Bölümü öğrencisi **Gülay Altay'ın** “**Medikal Kalibrasyon Bilinci Ölçüm Anketi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 4- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi **Sebahattin Yetim'in** “**Hemşirelikte Otonomiye Etkileyen Faktörler**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 5- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi **Yeşim Akar'ın** “**Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı (Ankara İli Örneği)**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,

Yapılan görüşmeler sonucunda;



- Karar 1.** Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü - Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi **Begüm Topaloğlu'nun** “**Alay Edilme Algısı Ölçeği Türkçe Geçerlik Çalışması ve Alay Edilmenin Beden Memnuniyeti ve Kontrol Kaybıyla İlişkisi**” başlıklı yüksek lisans tez çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 2.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi **Türkan Yağmur'un** “**Denizli İli Kamu ve Üniversite Hastanelerindeki Ameliyathane Hemşirelerinin Yönetmelik Bakış Açılarının İncelenmesi**” başlıklı yüksek lisans çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 3.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Yönetimi Bölümü öğrencisi **Gülşay Altay'ın** “**Medikal Kalibrasyon Bilinci Ölçüm Anketi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 4.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi **Sebahattin Yetim'in** “**Hemşirelikte Otonomiye Etkileyen Faktörler**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 5.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi **Yeşim Akar'ın** “**Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı (Ankara İli Örneği)**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Alihan Büyükkaksoy  
(Başkan)

Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen  
(Üye)

Prof. Dr. Mithat Kıyak  
(Üye)

Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu  
(Üye)

Doç.Dr. Belma Bekçi  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayırıcı  
(Üye)







Sağlık Bakanlığı  
Türkiye Kamu Hastaneleri  
Kurumu

Sayı : 95796091-044

Konu : Anket Çalışması

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
TKHK - TKHK KAMU HASTANE BİRLİKLERİ  
DAİRE BAŞKANLIĞI  
17.04.2013 10:34 - 95796091/044/3037  
01290835

İlgi: 03.04.2013 tarih ve B086YÖK20ÜE680000/900/18 sayılı yazı.

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi Yeşim AKAR'ın, "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı Ankara İli Örneği" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Birliğinize bağlı ekli listedeki sağlık tesislerinde çalışan sağlık yöneticilerine uygulama yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi talebini içeren ilgede kayıtlı yazı ve ekleri incelenmiştir.

Araştırmanın, Birliğinize bağlı sağlık tesislerinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip, etmediğinin tetkiki ve araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla söz konusu anket çalışması izninin ve benzeri taleplerin Genel Sekreterliğinizce değerlendirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Dr.İdris Ahmet ÇAKIR  
Kurum Başkanı a.  
Kurum Başkan Yardımcısı

EKLER:

1-Yazı ve eki (9 sayfa)

DAĞITIM:

Gereği:

Ankara 1.Bölge KHB Birliği (Genel Sekreterlik)  
Ankara 2.Bölge KHB Birliği (Genel Sekreterlik)

Bilgi:

Okan Üniversitesi Rektörlüğü  
(Ek konulmadı)

Hastane Birlikleri Daire Başkanlığı  
Nasuh Akar Mah.Ziyabey Cad.1407.Sok.No:4  
Balgat-Çankaya/Ankara

Ayrıntılı bilgi için irtibat:S.CULHA  
Tel:0(312)7051677 Faks:0 (312)7051696  
e-posta:birlikkaire@gmail.com



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 85346189  
Konu : Anket Çalışması-Yeşim AKAR

24.04.2013\* 10309

İlgi: Kamu Hastaneleri Kurumunun 17.04.2013 tarih ve 3037 sayılı yazısı.

İlgi yazıya istinaden Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi Yeşim AKAR'ın "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı Ankara İli Örneği" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını hastanenizde çalışan sağlık yöneticilerine uygulama istemi, araştırmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması ve yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla uygun görülmüş olup anketin uygulanabilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

İşlt. Uzm. Recep TURGAY  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

EK : 10

DAĞITIM

Gereği

Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H.  
Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hem.Onk.E.A.H.  
Türkiye Yüksek İhtisas E.A.H.  
Zekai Tahir Burak E.A.H.  
Ankara Numune E.A.H  
Elmadağ Devlet Hastanesi  
Kazan Devlet Hastanesi  
Ulus Devlet Hastanesi  
Kızılcahamam Devlet Hastanesi  
Çubuk Devlet Hastanesi

19./04/2013 Mühendis  
19./04/2013 Ebe  
...../...../2013 İd.Hiz.Koord.

: Z.BEŞER  
: D.BAŞOĞLU  
: Uzm.Ü. AKBAŞ

Halkla İlişkiler-Kalite-Eğitim Şubesi (Eğitim Birimi)  
Anafartalar Cad. Altındağ Belediye Sarayı Talatpaşa Bulvarı 06320 Altındağ/ANKARA  
Tel: 0 312 306 36 36 Fax: 0 312 306 36 32 elektronik ağ : [www.ankarakhb.gov.tr](http://www.ankarakhb.gov.tr) e-posta : [ankarags01ihb@gmail.com](mailto:ankarags01ihb@gmail.com)  
Not : Cevabi yazılarınızda yazımızın tarih ve sayısını belirtiniz.

Ayrıntılı Bilgi : Zahide BEŞER

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

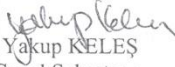
Sayı : 85346189-730  
Konu : Anket çalışması

T.C. Sağlık Bakanlığı  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği  
Genel Sekreterliği  
24.04.2013 14:28 Giden No: 11827  


DOSYA

Ekte bir örneği yer alan İstanbul Okan Üniversitesi'nin 03.04.2013 tarihli ve 18 sayılı yazısında belirtilen, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi 122009246 numaralı Yeşim AKAR'ın "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı Ankara İli Örneği" başlıklı tez çalışmasını yapabilmesi için, 21 Nisan-21 Ekim 2013 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı 10 (on) hastanenin sağlık yöneticilerine anket uygulaması; uygulamanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, çalışmanın Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi ve sonucun Genel Sekreterliğimizle paylaşılması kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Yakup KELEŞ  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:

1. Yazı (2 sayfa)
2. Anket Formu (5 sayfa)
3. Araştırmaya İlişkin Bilgiler (2 sayfa)

DAĞITIM:

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü (Ek konulmadı)  
Ankara Atatürk E.A.H  
Dr. Abdurrahman Yurtaslan onkoloji E.A.H.  
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hast. E.A.H.  
Dr. Sami Ulus Kad. Doğ. Çoc. Sağ. ve Hast.E.A.H.  
Keçiören E.A.H.  
Sincan Nafiz Körez D.H.  
Yenimahalle D.H.  
Prof.Dr. Celal Ertuğ Etimesgut D.H.  
Gazi Mustafa Kemal D.H.  
Gölbaşı Hasvak D.H:

22/04/2013 Uzm : F. YAZAR  
.../.../2013 Uzm : S.KÜÇÜKASLAN

Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H. Etlik Polikliniği 2.Kat Keçiören/ANKARA

Tlf : 0.312 326 51 51 Belge Geçer: :0312 323 00 67  
E.posta: fatma.yazar@saglik.gov.tr İrtibat: F. YAZAR