

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENDÜSTRİ MÜHENDİSLİĞİ ANABİLİM DALI
ENDÜSTRİ MÜHENDİSLİĞİ PROGRAMI**

**TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA
MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ:
SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Nazlı ARPACI**

**Danışman
Dr. Öğretim Üyesi Ahmet ERKOÇ**

İstanbul – 2019

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENDÜSTRİ MÜHENDİSLİĞİ ANABİLİM DALI
ENDÜSTRİ MÜHENDİSLİĞİ PROGRAMI**

**TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA
MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ:
SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Nazlı ARPACI**

**Danışman ve Tez Jürisi
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ERKOÇ (Danışman)
Doç. Dr. Ali SIRMA (Üye)
Doç. Dr. Dilek KURT (Üye)**

İstanbul – 2019

FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Nazlı ARPACI tarafından hazırlanan “Toplam Kalite Yönetimi ve Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişki: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama” adlı tez çalışma jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17.01.2019

Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu

İmzası

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üy. Ahmet ERKOÇ
: Haliç Üniv./Danışmanı

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ali SIRMA
: Haliç Üniv./ Danışmanı

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Dilek KURT
: Gedik Üniv./ Üye

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr Temel SAVASKAN
Fen Bilimleri Enstitüsü
Vekil Müdür

ÖNSÖZ

Günümüzde sağlık sektöründe kalite çok önemli bir unsurdur. İnsanlar hastanelere sağlık sıkıntılarını gidermek üzere gelirler. Hastalar, hastaneye girdikten ve çıktıktan sonra yapılan işlemlerden veya uygulamalardan memnun olarak ayrılmak isterler. Burada kalite bilinci fazlasıyla önem arz etmektedir.

Öncelikle kalite bilincinin farkına varılıp, bu bilinci nasıl uygulayacağınız konusunda ilerlemek gerekir. Hastanelere kaliteyi artıran performans ölçümlerini uygulayarak ve alt tabandan üst tavana kadar tüm sağlık çalışanlarına kalite bilincini aşılacak şekilde yaygınlaştırmak gerekir. Bu çalışmada kalite bilincini oluşturmak amaçlı kalite performansını ölçen hasta memnuniyet anketleri yapılmış ve sonuç olarak hastaneye gelen hastaların ne kadar memnun olup olmadığı araştırılmıştır.

Bu tez çalışmasının konusunun belirlenmesinden tamamlanana kadar her aşamada sürekli olarak yol gösteren danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Ahmet ERKOÇ'a ve her zaman yanımda olan anneme Gülçehre KASAP'a, beni bu çalışmamda teşvik eden biricik babam Ömer KASAP'a, daima yanımda olan eşim Hüsamettin ARPACI'a, teşekkürlerimi sunarım.

Ve son olarak, sevgili arkadaşım Zeynep ÇAPRAZ'a teşekkürlerimi ve sevgimi sunarım.

İstanbul, 2019

Nazlı ARPACI

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

KISALTMALAR LİSTESİ	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
TABLolar LİSTESİ	VII
ÖZET	X
ABSTRACT	XI
1. GİRİŞ	1
2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	2
2.1. Kalite Kavramının Gelişimi	2
2.2. Kalite Kavramı	3
2.3. Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı	4
2.3.1. Toplam Kalite Yaklaşımları	4
2.3.1.1. Philip Bayard Crosby	5
2.3.1.2. Tom Peters	6
2.3.1.3. William Edwards Deming	6
2.3.1.4. Josep Mosese Juran	7
2.3.1.5. Kaoru Ishikawa	8
2.4. Toplam Kalite Yönetiminin Temel Prensipleri	9
2.4.1. Müşteri Odaklılık	9
2.4.2. Karşılıklı Fayda	10
2.4.3. Çalışanların Katılımı	10
2.4.4. Liderlik	11
2.4.5. Süreç Yaklaşımı	12
2.4.6. Sürekli İyileştirme	13
2.4.7. Karar Vermede Gerçekçi Yaklaşım	13
2.4.8. Yönetimde Sistem Yaklaşımı	14
2.5. Toplam Kalite Yönetiminin Uygulamalarının Kritik Başarı Faktörleri	14
2.6. Toplam Kalite Yönetimine Yöneltilen Eleştiriler	15
2.6.1. Değişim	15
2.6.2. Müşteri Tatmini	15
2.6.3. Süreç Odaklı Olma	16
2.6.4. Takım Çalışması ve Katılım	16
2.7. TKY Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunlar	17
2.8. TKY'de Sürekli İyileşme	18
2.8.1. Deming'in 14 İlkesi	18
2.8.2. Deming Çevrimi	18
2.8.3. Kalite Çemberleri	20
2.8.3.1. Kalite Çemberlerinin Amaç ve Yararları	20
2.8.3.2. Kalite Çemberlerinin İşleyişi	21
2.8.4. Kaizen	22

2.8.5. Sınırsız İyileşme	23
2.9. Kalite Kuruluşları	23
2.9.1. Amerikan Kalite Kontrol Derneği (ASQC).....	23
2.9.2. Japon Bilim Adamları ve Mühendisleri Birliği(JUSE)	24
2.9.3. Avrupa Kalite Örgütü (EOQ)	24
2.9.4. Ulusal Kalite Kuruluşları Türk Standartları Enstitüsü (TSE).....	24
2.9.5. Türkiye Kalite Derneği (KALDER)	24
2.9.6. EFQM Mükemmellikte Tanıma Programı	25
3. SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜ	26
3.1. Yönetim Kavramı	26
3.2. Kalite Yönetimi	27
3.3. Hastane Yönetiminin İşlev ve Sorumlulukları	27
3.4. Sağlık Sektörü	28
4. SAĞLIK KURUMLARINDA KALİTE VE AKREDİTASYON	30
4.1. Akreditasyon	31
4.2. Sağlık Hizmetlerinde Çalışan ve Hasta Memnuniyeti	32
5. SAĞLIK KURUMLARINDA KALİTE PERFORMANS ÖLÇÜMLERİ	34
5.1. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)	34
5.2. Hastane Performans Ölçümünde PATH Yöntemi	40
5.3. Hastane Veri Zarflama Analizi VZA ile Performans Ölçümü	41
5.4. Altı Sigma Yöntemi ile Hastane Performans Ölçümü	41
5.5. SERVQUAL Yöntemi ile Hastane Hizmet Kalitesi Ölçümü	41
5.6. İstatistiksel Kalite Kontrol	42
6. ACİL SERVİS VE YATAN HASTA SERVİSİNDE OLAN HASTALARIN BAZI FAKTÖRLERE GÖRE MEMNUNİYETLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	43
6.1. Araştırma Süreci.....	43
6.1.1. Araştırmanın Amacı	43
6.1.2. Araştırmada Kullanılan Materyal ve Yöntem	43
6.1.3. Evren ve Örneklem	44
6.1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	44
6.1.5. Verilerin Toplanması	44
6.1.6. Veri Analizi	44
6.2. Acil Servis Hasta Memnuniyetlerinin Ölçülmesi	44
6.2.1. Acil Servis Geçerlilik ve Güvenilirlik Testi	44
6.2.2. Acil Servis Bölümündeki Bulgular ve Tartışma	47
6.2.3. Acil Servis Bölümü Memnuniyet Hipotezleri.....	47
6.2.4. Acil Servis Bölümündeki Hastaların Demografik Özellikleri	48

6.2.5. Acil Serviste Hasta Memnuniyetlerinin Cinsiyet, Yaş ve Eğitim Durumu ile Ölçülmesi.....	50
6.2.6. Acil Servis Bölümünün Değişkenleri Arasındaki İlişki	55
6.2.7. Acil Servis Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Değişkenler ile Açıklanması	57
6.3. Yatan Hasta Servisi Bölümünün Hasta Memnuniyetlerinin Ölçülmesi	58
6.3.1. Yatan Hasta Servisi Geçerlilik ve Güvenilirlik Testi.....	58
6.3.2. Yatan Hasta Servisindeki Bulgular ve Tartışma	59
6.3.3. Yatan Hasta Servisi Memnuniyet Hipotezleri	59
6.3.4. Yatan Hasta Servisi Bölümündeki Hastaların Demografik Özellikleri	60
6.3.5. Yatan Hasta Servisi Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Cinsiyet, Yaş ve Eğitim Durumu ile Ölçülmesi.....	62
6.3.6. Yatan Hasta Servisi Bölümünün Değişkenleri Arasındaki İlişki	68
6.3.7. Yatan Servisi Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Değişkenler ile Açıklanması	74
6.4. Acil Servisin ve Yatan Hasta Servisinin Hasta Memnuniyetlerinin Karşılaştırılması	75
7. TARTIŞMA	77
8. SONUÇ	84
9. KAYNAKLAR	85
10. EKLER	88
11.ÖZGEÇMİŞ	90

KISALTMALAR

C	: Cilt
S	: Sayı
s	: Sayfa
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları

ŞEKİLLER

Sayfa No.

Şekil 2.1. Müşteri Beklentileri	9
Şekil 2.2. PUKÖ Döngüsü	19
Şekil 4.1. Yıllara Göre Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı	33
Şekil 5.1. SKS- Evde Sağlık	37
Şekil 5.2. Hastane Performansı için Kavramsal PATH Modeli.....	40
Şekil 6.1. Acil Serviste Katılımcıların Cinsiyetlerine İlişkin Frekans Dağılımları	48
Şekil 6.2. Acil Serviste Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Frekans Dağılımları	49
Şekil 6.3. Acil Serviste Katılımcıların Eğitim Durumlarına İlişkin Dağılımları	50
Şekil 6.4. Acil Serviste Hasta Memnuniyeti Ortalamaları.....	51
Şekil 6.5. Acil Servis Hasta Memnuniyetine İlişkin Frekans Dağılımları.....	54
Şekil 6.6. Yatan Hasta Servisinde Faktör Analizinin Uygulanamayışı	58
Şekil 6.7. Yatan Hasta Servisinde Hasta Memnuniyetlerinin Aykırı Değerleri	59
Şekil 6.8. Yatan Hasta Servisinde Cinsiyetlere İlişkin Frekans Dağılımları	60
Şekil 6.9. Yatan Hasta Servisindeki Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Frekansları.....	61
Şekil 6.10. Yatan Hasta Servisindeki Katılımcıların Eğitim Durumlarına İlişkin Frekansları.....	62
Şekil 6.11. Yatan Hasta Servisi Bölümünde Hasta Memnuniyet Ortalamaları	63
Şekil 6.12. Yatan Hasta Bölümünde Hasta Memnuniyetlerinin Eğitim Durumları ile İlişkisi	66
Şekil 6.13. Yatan Hasta Servisi Memnuniyetine İlişkin Frekanslar	68

Şekil 6.14. Yatan Servisi Bölümündeki Değişkenlerin Kısmi Korelasyonlarının İncelenmesi.....	70
--	----

TABLolar

Sayfa No.

Tablo 2.1. Altı Liderlik Tarzı	12
Tablo 2.2. Geleneksel ve Kalite Kontrol Çemberleri Yönetim Tarzının Karşılaştırılması	22
Tablo 5.1. SKS-Evde Sağlık Boyut ve Bölümler Tablosu	37
Tablo 5.2. SKS- Evde Sağlık Kodlama Sistematiği	38
Tablo 5.3. Standartların Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi.....	39
Tablo 6.1. Acil Servis KMO Bartlett Test Sonucu.....	45
Tablo 6.2. Acil Servis Özdeğer ve Varyans Açıklamaları Yüzdeleri.....	45
Tablo 6.3. Acil Servis Hasta Memnuniyeti Döndürme Sonrası Faktörler ve Madde Yük Değerleri	46
Tablo 6.4. Acil Servis Ölçeğe Ait Güvenilirlik Testi.....	46
Tablo 6.5. Acil Servis Bölümündeki Katılımcıların Cinsiyetlerine İlişkin Frekans Dağılımları	48
Tablo 6.6. Acil Servis Bölümündeki Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Frekans Dağılımları	48
Tablo 6.7. Acil Servis Bölümündeki Katılımcıların Eğitim Durumlarına İlişkin Frekans Dağılımları	49
Tablo 6.8. Acil Servis Hasta Memnuniyet Anketine Ait Betimsel İstatistikler	50
Tablo 6.9. Acil Serviste Hastaların Memnuniyetlerinin Cinsiyet ile İlişkisi	51
Tablo 6.10. Acil Serviste Hastaların Memnuniyetlerinin Yaş Değişkeni ile İlişkisi	52
Tablo 6.11. Acil Serviste Hastaların Memnuniyetlerinin Eğitim Durumları ile İlişkisi	52
Tablo 6.12. Acil Servis Hasta Memnuniyetine Ait Frekans Tablosu.....	53
Tablo 6.13. Acil Servis Bölümünün Değişkenleri Arasındaki İlişkisi	55
Tablo 6.14. Acil Servis Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin	

Regresyon Analizi ile Açıklanması.....	57
Tablo 6.15. Acil Servis Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Eğitim, Cinsiyet ve Yaş Değişkenleri ile Açıklanması.....	57
Tablo 6.16. Acil Servis Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Değişkenleri Arasındaki İlişki.....	57
Tablo 6.17. Yatan Hasta Servisindeki Hasta Memnuniyetlerinin Yüzdeleri.....	58
Tablo 6.18. Yatan Hasta Servisindeki Hasta Memnuniyetlerinin Cinsiyetlerine İlişkin Frekans Dağılımları.....	60
Tablo 6.19. Yatan Hasta Servisindeki Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Frekans Dağılımları.....	60
Tablo 6.20. Yatan Hasta Servisindeki Katılımcıların Eğitim Durumuna İlişkin Frekansları.....	61
Tablo 6.21. Yatan Hasta Memnuniyet Anketine Ait Betimsel İstatistikler.....	62
Tablo 6.22. Yatan Hasta Servisindeki Hastaların Memnuniyetlerinin Cinsiyet ile İlişkisi.....	64
Tablo 6.23. Yatan Hasta Servisindeki Hasta Memnuniyetlerinin Cinsiyetle İlişkisinin T Testine Göre Ölçülmesi.....	64
Tablo 6.24. Yatan Hasta Servisindeki Hastaların Memnuniyetlerinin Yaş Değişkeni ile İlişkisi.....	65
Tablo 6.25. Hastaların Memnuniyetlerinin Eğitim Durumları ile İlişkisi.....	65
Tablo 6.26. Yatan Servisinde Hasta Memnuniyet Anketine Ait Frekans Tablosu.....	66
Tablo 6.27. Yatan Hasta Servisindeki 1.KMO Bartlett Test Sonucu.....	71
Tablo 6.28. Yatan Servisi Hasta Memnuniyeti 1. Dönüdüme Sonrası Faktörler ve Madde Yük Değerleri.....	71
Tablo 6.29. Yatan Servisi 2. KMO Bartlett Test Sonucu.....	71
Tablo 6.30. Yatan Servisi Hasta Memnuniyeti 2. Döndürme Sonrası Faktörler ve Madde Yük Değerleri.....	72
Tablo 6.31. Yatan Servisi Hasta Memnuniyeti 3. Döndürme Sonrası Faktörler ve Madde Yük Değerleri.....	73
Tablo 6.32. Yatan Servisi 3. KMO Bartlett Test Sonucu.....	73
Tablo 6.33. Yatan Hasta Servisindeki Ölçeğe Ait Güvenilirlik Analizi.....	73

Tablo 6.34. Yatan Servisi Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Regresyon Analizi ile Açıklanması.....	74
Tablo 6.35. Yatan Servisi Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Eğitim, Cinsiyet ve Yaş Değişkeni ile Açıklanması	74
Tablo 6.36. Yatan Servisi Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Değişkenleri Arasındaki İlişki.....	74
Tablo 6.37. Yatan Hasta Servisi ve Acil Servis Hastalarının Frekansları.....	75
Tablo 6.38. Acil ve Yatan Hasta Servislerinin Memnuniyetlerinin Karşılaştırılması	75
Tablo 6.39. Yatan Hasta Servisindeki Hastaların Memnuniyetlerinin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması	76
Tablo 6.40. Acil Servisteki Hastaların Memnuniyetlerinin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması	76

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Nazlı ARPACI
Programı : Endüstri Mühendisliği
Tez Danışmanı : Dr. Öğretim Üyesi Ahmet ERKOÇ
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Ocak 2019

ÖZET

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA

Teknoloji çağında 21. yüzyılda kalite unsuru gittikçe önem kazanmıştır. Burada yapılan çalışmada toplam kalite unsurları, yaklaşımları ve toplam kalite uygulamalarındaki konuları üzerinde durularak toplam kalite bilincini artıran bilgiler içermektedir.

Bu çalışmada hastanede kalite performansını ölçen hasta memnuniyet anketi uygulanmış olup SPPS’te analiz ve yorumlama yapılmıştır.

Proje çalışmasında, ilk olarak toplam kaliteyi anlamak amacıyla kalite tanımlanmıştır. İkinci bölümde ise, hastane yönetimi ve sağlık sektörü açıklanmıştır. Üçüncü bölümde hastane kalite performans ölçümlerinden bahsedilmiş son olarak da hastane kalite performans ölçümleri anketi ve uygulamaları yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Performans Ölçümleri, Toplam Kalite Yönetimi

GENERAL INFORMATION

Name and Surname : Nazlı ARPACI
Program : Endustrial Engineering
Supervisor : Assist. Prof.Dr. Ahmet ERKOÇ
Degree Awarded and Date : Master of Science – January 2019

ABSTRACT

TOTAL QUALITY MANAGEMENT AND PATIENT SATISFACTION THE RELATIONSHIP BETWEEN: AN APPLICATION IN HEALTH SECTOR

Nowadays the quality factor is getting more and more important. In this study, total quality elements, approaches and information about total quality applications are covered and information that increases total quality awareness is included.

In this study, a patient satisfaction questionnaire measuring quality performance in the hospital was made and analyzed and interpreted in the SPPS.

In the project work, quality was first defined to understand total quality. In the second part, hospital management and health sector are explained. In the third chapter, hospital quality performance measures are mentioned and finally hospital quality performance measurement questionnaires and applications are made.

Key Words: Hospital, Performance Measures, Total Quality Management

1. GİRİŞ

21. yüzyılda hizmet sektörlerinde toplam kalite yönetimi önemli bir kavramdır. Bu sebeple hizmet sektörlerinde toplam kalitenin unsurlarını uygulamak ve benimsetmek için tüm çalışanlara alt tabandan üst tavana kadar kalite bilincini aşlamak gerekmektedir. Bir hizmet kalitesinin “iyi, kaliteli ve güvenilir” olduğunu belirtebilmek için müşteri memnuniyetinden bahsetmek gerekir.

Hastaneler, sağlık hizmetleri verilen, gerektiğinde hastaların yatarak tedavi oldukları yerdir. Hastanelerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi hasta memnuniyetini yakından ilgilendiren bir konudur. Toplam kalite kültüründe de müşteri odaklılığın ne kadar önemli olduğu belirtilmektedir. “Sağlıkta TKY’nin temel amacı; hizmet eden ve hizmet alanlarının tam memnuniyetidir” (Marşap, 2014: 274-276). Müşteri odaklılığına bağlı olarak, hastane yönetiminin görev ve sorumluklarının en önemli unsuru müşteriyi memnun etmek yani hasta “güler yüzlü”, “kaliteli bir hizmet anlayışını” aldığını hissederek hastaneden ayrılması gerekir. Bu sebeple hasta memnuniyeti ilgilendiren hangi konular var öncelikle bunları düşünmemiz gerekir.

Hizmet sektörlerinden olan sağlık sektöründe toplam kalite unsurlarının konusu olan sürekli iyileştirme ve geliştirme dünya çapında ortak bir konu haline gelmektedir. Dolayısıyla ulusal düzeyde gelişime destek olan ölçümler geliştirilmiştir. Özellikle sağlık alanındaki gelişime destek olan ve hastane verilerinin ölçülmesine yardımcı olan istatistiksel yöntemler vardır.

Bu çalışmada bir hastanenin performansını ölçmek amacıyla gelen hastalara hasta memnuniyet anketleri uygulanmış ve sonuçları SPSS’te yorumlanmıştır.

2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

“Toplam kalite, insan, çalışan, ürün/hizmet, süreç ve çevrenin sürekli gelişmesinden meydana gelir. Kaliteyi etkileyen her şey, toplam kalite yaklaşımında sürekli gelişimin hedefi olmaktadır. Toplam kalite yaklaşımı etkili şekilde uygulandığı zaman elde edilen sonuçlar örgütsel mükemmelliği, üstün değeri ve küresel rekabet gücünü içermektedir” (Goetsch ve Davis, 2016: 5).

“Toplam Kalite Yönetimi (TKY), toplumsal sistemlerin etkinliğini ve verimliliğini artıran bir yönetim süreci ve pratiğe yansımaları şeklinde tanımlanmaktadır. Başka bir yaklaşımla, hedeflenen topluluğun talepleri ve beklentilerinin doğru ve eksiksiz bir şekilde karşılanmasını hedefleyen ve aynı zamanda kaliteye dayalı bir örgüt kültürü yaratmayı amaçlayan bir yönetim anlayışı olarak tanımlanabilir” (Çelik, 2010: 20).

Toplam kalite yönetiminde müşteri memnuniyeti kardan önce gelmektedir.

2.1.Kalite Kavramının Gelişimi

“1920’li yıllarda üretimin karmaşıklığı ve üretim hacmi arttıkça, kalite daha zor bir sorun hale gelmeye başladı. Hacim ve karmaşıklık, bu yıllarda kalite mühendisliğini, 1950’li yıllarda da güvenilirlik mühendisliğini doğurdu.

Kalite mühendisliği, istatistiksel kalite kontrol yöntemleri, kontrol kartları ve istatistiksel süreç kontrolü gibi kavramlar günümüz toplam kalite yaklaşımına temel bakış açısını oluşturmuştur.

II. Dünya Savaşı’nın kaliteye etkisi şuan bile hissedilmektedir. Genel olarak etki ABD için olumsuzken, Japonya için olumluydu. Amerikalılar, içinde buldukları durumun aciliyetinden dolayı sonucu göz ardı ederek ve üretim çizelgesine yetişmek için kaliteden ödün vererek yalnızca teslim zamanına odaklandılar. Bu yaklaşım daha sonra alışkanlık haline geldi. Diğer yandan Japonya dünyanın geri kalanı ile rekabet etmeyi öğrendi. Japon üreticiler, ucuz ve kalitesiz ürün imajını yendiler ve dünya lideri olarak yeni bir imaj oluşturdular. Bu tam bir mucize olmamasına rağmen ciddi anlamda mucize sayılırdı. Batılı şirketler ise

sonunda kalitenin en önemli faktör olduğunu farkettiler. Bu şirketler küresel pazardaki rekabetin kaliteyi geliştirmekten geçtiğini farkettiler” (Goetsch ve Davis, 2016: 6-7).

2.2. Kalite Kavramı

“Kalite, tüketici ve son kullanıcıların beklenti ve gereksinimlerinin tespit edilerek, bu doğrultuda gerekli tasarımların yapılması, bunların kusursuz olarak teşkil edilmesi, satış işlemlerine yönelik ilgili bileşenlerin ve alt bileşenlerin doğru ve güvenli biçimde temin edilmesi, güvenlik ve performansın dökümanite edilmesi, kullanıma yönelik bazı hususların net olarak sunulması, paketlemenin doğru ve uygun biçimde yapılması ve teslimatın zamanında yapılması, satıştan sonra verimli hizmet sunulması ve konuya ilişkin deneyimlerin tamamını kapsayan bir süreç olarak tanımlanmıştır” (Küçük, 2016:130).

Kalite uzmanı ve Yönetim bilimci olan Kaoru Ishikawa, kalite için “sade bir tanımlamada sadece ürün kalitesinden bahsederken, kapsamlı bir tanımda iş, hizmet, iletişim, proses, firma ve hedeflerin kalitelerinin yani bütün sürecin kalitesine yer vermektedir”.

Philip CROSBY kaliteyi “şartlara uygunluk” olarak tanımlamakta, bir bedelinin olmayacağını, çünkü kalitenin kendi bedelini mutlaka ödeyeceğini ifade etmektedir.

Dr. Kaoru ISHIKAWA'ya göre kalite, "belirli kontrol mekanizmaları ile müşteri memnuniyetine önem vererek en ekonomik ve kullanışlı ürünü tasarlayıp üretmek ve satıştan sonra destek hizmeti sunmak" şeklinde ifade edilmiştir.

W. Edwards DEMING ise kaliteyi, “Müşterinin beklentilerinin önceden tahmin edilerek, o doğrultuda gerçekleştirilen yenilikler” şeklinde tanımlamıştır” (Paşaoğlu, 2011: 3)

“Algılanan kalite, müşterinin kullanım amacı bakımından ürün veya hizmetin genel kalite ve üstünlük algısı olarak tanımlanmaktadır” (Küçük, 2016: 131). Toplam kalite yönetiminde müşteri memnuniyeti kardan önce gelmektedir.

2.3. Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı

“Toplam kalite yönetiminde bir hatanın yapılmasından sonra telafi edilmesi veya düzeltilmesine çalışmaktan ziyade, sorunun nedenlerine yönelik adımlar atılarak hatanın oluşmasını önlemek anlayışı hakimdir. Bu sayede işletmelerde ve örgütlerde verimliliğinde ve ürünlerin, hizmetlerin kalitesinde artış sağlanabilmektedir. Kalitedeki bu artış ile çevreye ve müşteriye daha iyi hizmet götürülerek memnuniyet sağlanması mümkündür.

Toplam kalite anlayışını benimseyen ve uygulama kararı alan örgütlerde, gelenekselleşmiş olan yöneticilik anlayışı ile fuzuli ve yanlış olduğu düşünülen bazı konuların, örgüt için bir fırsat olabileceği, örgütün varlığını gerçekleştirmek için önemli olduğu görülmektedir. Bu anlayışa sahip işletme ve örgütler sadece kalite konusunda değil, yenilikler ve farklılıklar konusunda da açık olmalıdırlar. Küreselleşmeyle beraber ağırlaşan rekabet koşulları nedeniyle, geleneksel yönetim anlayışını sürdürmeye çalışan işletmeler ve örgütlerin varlıklarını sürdürmeler ve ilerlemeleri güçtür.

Örgütlerde toplam kalite anlayışı, iç ve dış müşteriler olarak adlandırılan iki farklı müşteri tipi ile pekiştirilmektedir. Kurumda çalışan bireyler iç müşterileri, kurumların ulaşmak istediği, hedeflenen kitleler ise dış müşterileri oluşturmaktadır. Toplam kalite anlayışına sahip örgütlerde iç ve dış müşterilere ulaşmak, onları kazanmak ve memnun etmek mümkündür. Örgütün, rekabet ortamında varlığını sürdürebilmesi, verimliliğini artırabilmesi ve ayakta kalması için bu müşterilerin memnun edilerek kazanılması çok önemlidir. Bununla birlikte toplam kalite yönetim anlayışına sahip örgütler bu doğrultuda uygulamaları geliştirdikçe istenen başarılarla ulaşacak ve mükemmel sonuçlar elde edecektir” (Akdağ, 2005: 168).

2.3.1. Toplam Kalite Yaklaşımları

Çeşitli kuramlarla bazı ilkeleri belirleyerek toplam kalite yönetimini sistematik olarak ele alan ve alana katkıda bulunan öncüllerin bu konudaki görüşleri genel olarak birbirine benzemektedir. Toplam Kalite yönetimine ilişkin görüşler aşağıda ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

2.3.1.1 Philip Bayard Crosby

“Bir milyonun üzerinde satışı gerçekleşen "Kalite bedavadır" isimli kitabın yazarı olan Philip Bayard Crosby, "kalite maliyeti" kavramı ile kalite felsefesi alanına önemli katkılar sağlamıştır. Toplam kalite alanında önemli ve etkileyici ilkeler ve kurallara imza atan Crosby, çalışmalarını “Sıfır Hata”, “İlk Defa Yaparken Doğru Yap” ve “Beklentilere Uygunluk” gibi sloganlaşmış ifadeler geliştirerek toplam kalite alanında önemli mesajlar vermiştir. Hatanın, ürün tasarımı aşamasında önlenmesi gerektiğini ve kalitenin performans standardının "sıfır hata" ile açıklanabileceğini ifade etmiştir. Örgütlerin kalite çizgisini sürekli olarak yükseltebilmesini bazı şartların yerine getirilmesine bağlamıştır. Bununla birlikte kalitenin derecesini ve yeterliliğini uygunluk açısından derecelendiren Crosby, kalite için "düşük" ve "yüksek" kavramları yerine "uygun" ve "uygun olmayan" şeklide ifadeler kullanmayı tercih etmiştir. Kalite iyileştirme sürecini oluşturan bazı aşamaları belirleyen Crosby'ye göre bu aşamalar şu şekilde sıralanmıştır:

- Kendini adanmış bir yönetim anlayışı sağlama
- Kalitenin iyileştirilmesi için ekip oluşturma
- Kalite ölçütlerini belirleme ve ölçütlere göre değerlendirme yapma
- Kalite maliyetleri konusunda çalışmalar yapma
- Kalite hakkında bilinçlenme
- Düzeltici tedbirlerin sağlanması
- "Sıfır hata" prensibinin uygulanmasına yönelik bir ekip oluşturma
- Yöneticilerin eğitim alması
- Örgüt üyelerinin konuyu önemini kavramasına yönelik "sıfır hata" günü düzenleme
- Hedeflerin belirlenmesi
- Problem-neden-çözüm programı geliştirme
- Çalışanların takdir edilmesi
- Kalite konusunda bir konsey oluşturma
- Kalite çalışmalarının süreklilik kazanması için sürekli program tekrarı yapılması” (Paşaoğlu, 2011: 12-13).

2.3.1.2. Tom Peters

“Tom Peters, Pentagon’da çalışırken kompleks organizasyonlarla ilgilenmiş, ilerleyen dönemlerde ise etkin sistemler ve liderlik üzerine yönelmiştir. 1974 yılında McKinsey’de danışmanlık yapmaya başlayan yazar, burada Robert H. Waterman, Jr. ile hazırladığı “In Search of Excellence” isimli bir eserde işletmeler açısından; “süreklilik, yenilikçilik, müşteriye yakınlık ve hizmet verdiği insanlardan öğrenmek, insanlarla verimlilik elde etmek, değerlerle yönetim, uzmanlaşmak, işleri basitleştirmek, personelin güçlendirilmesi, ölçmek, değerlemek” türünden hususları ön plana çıkarmışlardır.

Tom Peters’in kalite konusundaki görüşleri aşağıdaki gibidir:

- Bir örgüt yapısında, heyecan veya şevk uyandıran özellik, duygu ve düşünce bulunmaz ise başarısızlık kaçınılmazdır.
- Herhangi bir iş, başından itibaren herkesin kabul edeceği şekilde yapılmalı ve sonuçlar ilgililerle paylaşılmalıdır.
- Kalitede başarının soyut olarak ödüllendirilmesi, tutumlarda olumlu güdülenmeye yol açar.
- Örgütteki herkes, neden-sonuç ilişkileri, istatistiksel kontrol yöntemleri ve grup etkileşimi konularında sürekli eğitilmelidir.
- Geleneksel yönetim yapılarını değiştirecek ekipler oluşturulmalıdır.
- Küçükte olsa, her değişiklik ayrı bir öneme sahiptir.
- Yenilik yaratarak, durgunluk ve bezginlik önlenir.
- Kalite iyileştirilmesini hedefleyen paralel örgütsel yapı kurulmalı, gölge kalite ekipleri oluşturulmalıdır.
- Örgüt içi ve dışı çevre unsurları kalite boyutuna katılabilmelidir.
- Kalite artışının, beraberinde maliyetleri düşüreceğine inanılmalıdır.
- Kalitenin iyileştirilmesi bitmeyen bir yolculuk olarak görülmelidir” (Çelik, 2010: 110).

2.3.1.3. William Edwards Deming

“Kalite ilkelerini ilk defa tanımlayan Deming, işletmelerdeki çalışanların tedarikçilerle yakın ilişkide olmasının kalite gelişimine önemli katkı sağlayacağını belirtmiştir. Düşünceleri Juran ve Crosby gibi toplam kalite öncülleri tarafından da desteklenmiştir. Crosby, bir işin ilk seferde doğru yapılmasının maliyeti belirgin

olarak düşüreceğini ifade etmektedir. Ayrıca, performans değerlendirmesinin kalite maliyetiyle, performans standardının da kabul edilebilen hata oranının altında kalmakla ölçülmesi gerektiğini düşünmektedir. Deming, toplam kalite yönetimi uygulama ve felsefi yönleriyle pratiğe dökülmesi için bazı önerilerde bulunmuştur. Deming'in önerileri şu şekilde sıralanmıştır:

- Sürekli olarak ulaşılabilecek hedefler belirleyin
- Felsefenizi değiştirin
- Kaliteyi "kontrol" ölçütleriyle sınırlamayın
- İşin sadece fiyatına bakarak karar vermeyin
- Daima iyileştirmeye çalışın
- Çalışanların eğitiminde kurumsallaşma sağlayın
- Kurumsal liderlik uygulamasına geçin
- Korkulardan kurtulun
- Departmanlar arasındaki etkileşimi artırın
- Klasik yönetim düzenini ve emirleri bırakın
- Hedefe yönelik yönetim anlayışından vazgeçin
- Bireylerin çalışmalarından dolayı gurur duymalarını teşvik edin
- Dinamik ve etkileşimli bir eğitim programı uygulayın
- Başarılı bir dönüşüm için tüm şirket çalışanlarını dahil edin” (Ateş ve Batuk, 2007: 7).

2.3.1.4. Josep Mosese Juran

“Deming gibi TKY'nin gelişmesinde çok büyük katkıları olan Dr. Juran, daha çok toplam kalite uygulamaları üzerinde durmuştur. Organizasyonda kalite devrimi başarmak için bir takım ilkelerin varlığına dikkat çeken Juran'ın görüşleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- Kalite, yönetim tarafından başlatılan proje olmalıdır.
- Kalite eğitimine üst yönetim kademesinden başlanır ve devam edilir.
- Kalite, işletmenin bütün fonksiyonlarıyla ilişkilidir
- Organizasyonda kalite geliştirmeye, problemlerin çözümüne, yaratıcılığa ve yeniliklere önem verilmelidir.
- Yıllık kalite geliştirme planları yapılmalı ve bu projeler adım adım uygulanmalıdır.

- Müşterilere yönelik kalite standartları oluşturulmalıdır.
 - Projelerin yürütülmesinde teşhis ve çarelerin bulunması iki temel safhadır.
 - Kalite projelerinin başarıya ulaşması şu hususlara bağlıdır:
 - Üst yönetimin inanması ve katılması,
 - Projelerin iyi seçilmesi,
 - Eğitim ve seminerler,
 - Yönetim ve teşhis olanaklarının örgütlenmesi ve bilgilerdeki açıklık,
 - Ortaya konan sonuçların açıklığı,
 - Değişikliklere karşı oluşan direncin açıklık politikasıyla giderilmesi,
 - Kalite geliştirmenin sürekli olması,
 - Takdir ve ödüllendirmeye önem verilmesi,
 - Seviyesi yükseltilen kontrol,
 - İhtiyacın kanıtlanması ve kalite hedefinin açık olarak belirlenmesidir”
- (Çelik, 2010: 107).

2.3.1.5. Kaoru Ishikawa

“Kalite yönetimine önemli katkıları olan öncüllerden birisi de Japon asıllı Kaoru Ishikawa'dır. Bir süre Tokyo Üniversitesi'nde görev yapan K. Ishikawa, kalite konusundaki çalışmalarına, Japon Bilim adamları ve Mühendisleri Birliği'nde başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında ABD'ye giden K. Ishikawa, kalite konusunda oldukça önemli destekler vermiştir. ”Şirketler, buldukları toplumdaki insanları tatmin etmek için vardır.” diye söylemiştir.

“Kalitenin tasarım aşamasından başlayıp tüm süreç boyunca yer alması gerektiğini, sadece kontrol yoluyla kalitenin yaratılamayacağını ifade eden Ishikawa, kalite uygulamalarında başarılı olmak için işletmeye sahip, ortak ve/veya yöneticilerine aşağıdaki önerilerde bulunmuştur.

- Kalite kontrol uygulamalarını örgütün her seviyesinde sürdürün ve çalışanların hepsinin bu çalışmalara katılmalarını sağlayın
- Eğitim kalite kontrolün her aşamasında önemli bir yere sahip olduğu için sürekli eğitim programları ve seminerler düzenleyin
- Kalite Çemberleri kullanmaya çalışın
- Yönetim kurulu başkanı ve kalite konseyi olarak senede en az iki defa kalite

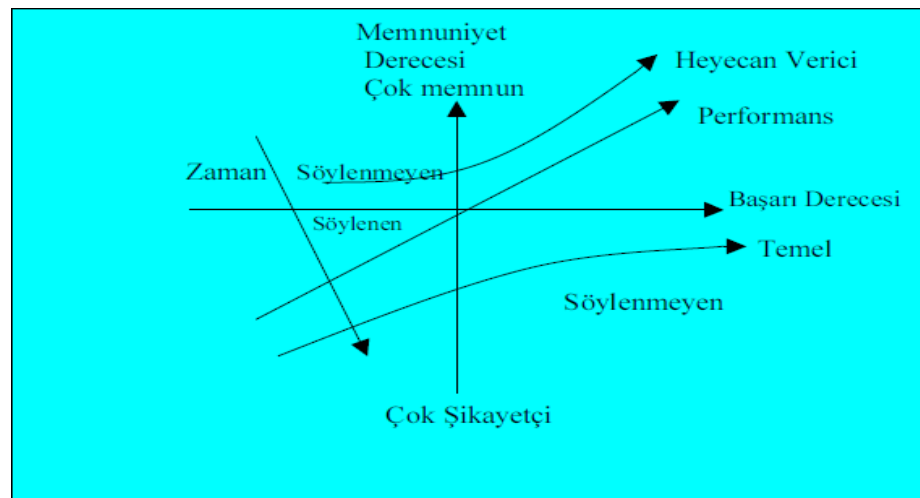
kontrol çalışmalarının denetimini yapın.

- Problemleri istatistiksel yöntemlerle çözmeye çalışın
- Ülke çapında kalite kontrol faaliyetlerinin yaygınlaştırılmasına destek olun
- İşletmede köklü değişimlerde devrimci olun.
- Aşağıdaki ilkeleri ilke edinin.
 - o Önce kalite gelir.
 - o Müşteri odaklı olun
 - o İstatistiksel yöntemlere önem verin
 - o Toplam katılım sağlayın
 - o İşletmede görev bölümü yaparak yönetim sağlayın. Ancak bu birimler arasındaki iletişimi güçlendirin” (Çelik, 2010: 109).

2.4. Toplam Kalite Yönetiminin Temel Prensipleri

2.4.1. Müşteri Odaklılık

Toplam kalitede karar verici müşterilerdir. Müşterinin hak ettiği ölçüde hizmet alması önemlidir. Müşteri odaklı olmak müşterinin her şekilde memnun edilmesi anlamına gelmemelidir. Müşteri odaklılık, doğru müşteri için, uygun zamanda, uygun fiyat önerisi ile teklif götürülmesidir. İç ve dış müşteri olarak iki kısımda incelemek gerekir. sağlık sektöründe iç müşteri (çalışan), dış müşteri ise gelen hastalardır. Müşteri beklentileri Şekil 2.1’deki gibi değişmektedir.



Şekil 2.1. Müşteri Beklentileri (Ulaş, 2002)

2.4.2. Karşılıklı Fayda (Kazan/Kazan Prensibi)

“Toplam kalite yönetimi anlayışını benimsemiş işletmelerde, işletmeye girdi sağlayan tedarikçiler önem verilmekte ve onlarla olan ilişkiler geliştirilmektedir. İşletmelerin tedarikçileriyle birbirine karşı sorumlulukları nedeniyle bağımlılıkları söz konusudur. Kalite yönetimi açısından bakıldığında, bir işletmenin tedarikçiden sağladığı ürün ve hizmetlerin zamanında ve sorunsuz teslim alınması çok önemlidir. İşletmelerin ve tedarikçilerin ilişkilerinin sağlam olması, işletme açısından daha cesur adımlar atılmasını, hedeflenen kalitenin artırılmasını sağlamaktadır” (Altınok, 2005: 20).

Karşılıklı olarak yararlı olan tatmin edici çözüm davranışlarıdır.

2.4.3. Çalışanların Katılımı

“TKY'nin başlıca amaçlarından birisi de çalışanların katılmasıdır. Çalışan katılımı ve güçlendirme toplam kalitede en çok yanlış anlaşılan konulardan biridir ve eleştirmenler tarafından bu yanlış düşünce hala sürdürülmektedir. Çalışan katılımı iki esasa dayanmaktadır. Birincisi daha iyi kararların sayısının artmasını, etkili planlamayı ve daha çokların sayısının artmasını, etkili planlamayı ve daha çok aklın biraraya gelerek gelişimin artmasını sağlamaktır” (Goetsch ve Davis, 2016: 9).

Toplam kalite yönetim anlayışında kalite hedeflerini sadece üst yönetimin belirlemesi ve alttaki bireylerin de komutlar doğrultusunda çalışarak, belirlenen hedefe ulaşmak için destek vermesi anlayışı yoktur.

William Edwards Deming “ Bölümler arası engelleri yıkın.” diye söylemiştir. Deming burada tüm çalışanların katılımından bahsetmiştir. Çalışanlar katılımıyla farkını yaratır. Bana göre ise farkı katan insan unsurudur.

İşletmelerde kalite açısından farkın yaratılması, özverili şekilde, tecrübesini, isteğini ve yaratıcılığını katarak çalışan bireyle ilişkilidir. İş dünyasında bireylerin zihinlerini, güçlerini, şevklerini ve çıkarlarını bütünleştirmek amacıyla uygun bir çalışma ortamı sağlanamaz ise toplam kalite düşüncesi ve mükemmel iş yapma düşüncesi sadece akademik bir yaklaşım yöntemi düzeyinde kalır. Üretimde kalite ve rekabet için işgücünün eğitilmesi, işletme ile özdeşleşmesi, devamlılık göstermesi, yaratıcı ve katılımcı olması esastır. Yöneticiler, çalışanları direktif ve emirlerle yönlendirmekten ziyade onların katılımlarını teşvik ederek, üretken özelliklerinin açığa çıkmasını, hedeflere ortak olmalarını sağlamalıdır. İşletmenin verimliliği,

satış oranları, karlılığı gibi başarı ölçütlerinin yöneticilerde saklı bilgiler olmaktan çok çalışan bireylerin de zihninde yer alması, düşüncelerine girmesi önemlidir. Bu sayede dikey hiyerarşi azaltılarak aradaki engeller kaldırılmış olup, işletmenin her seviyesinde rekabete destek söz konusu olacaktır. İşletmelerde ve yönetim anlayışında ciddi bir değişim ve çalışanlar arasında güçlü iletişim ve etkileşim olması önemlidir. Çalışanlar işletmenin verimliliğini, maliyetini ve kalitesini iyileştirmek için katılım göstermelidirler. Çalışanları, örgütlerin en önemli kaynakları olarak gören toplam kalite anlayışını yaşam tarzı haline getiren toplumların başarıya ulaşması beklenen bir durumdur. Bu nedenle kalite kavramı yalnızca sanayide veya hizmet alanında değil toplumsal yaşamın her aşamasında uygulanmalıdır” (Yıldız, 2013).

2.4.4. Liderlik

“İşletmelerde ulaşılan kalitenin sorumluluğu öncelikle yönetim olmak üzere tüm çalışanları ilgilendirmektedir. Her seviye için geçerli olan kriter, yöneticilerin liderlik yapabilmeleridir. Çünkü işletmelerde liderler çalışanları etkileme gücüne sahiptirler” (Emin, 2012: 11).

“Liderlik kavramı sadece insanı yönetmek anlamında kullanılmamalıdır. İyi bir lider, örgütlerdeki bireyleri hedefe yönlendirmek ve onlarda hedefe ulaşma isteğinin oluşmasını sağlamaktadır. Bu başarı ise geleneksel yöneticilik anlayışı ile değil liderlik ruhuyla elde edilebilir” (Emin, 2012: 14). Liderlik tarzı Tablo 2.1’deki gibi anlatılmaktadır.

Tablo 2.1. Altı Liderlik Tarzı (Ulaş,2002)

	Zorlayıcı	Otoriter	Bağlılık Oluşturan	Demokratik	Yetiştiren
Liderin Çalışma Tarzı	Hemen uyulmasını ister.	Kişileri bir vizyona doğru harekete geçirir.	Uyum yaratır ve duygusal bağlar oluşturur.	Performans için yüksek standartlar koyar	Gelecek için kişileri geliştirir.
Bir Cümleyle Tarz	«Ne diyorsam onu yap»	«Benimle gel»	«Sen ne düşünüyorsun»	«Benim yaptığım gibi yap hemen»	« Bunu dene»
Altında Yatan Duyusal Zeka Yetenekleri	Başarma güdüsü, inisiyatif, oto kontrol	Özgüven, başkalarının duygularını anlama	İş birliği, ekip liderliği	Dikkatlilik, başarma güdüsü, inisiyatif	Başkalarının geliştirme, duygularını anlama
Tarzın En Çok İşe Yaradığı Zaman	Kriz anında, bir dönüşümü başlatmak	Değişim yeni bir vizyon gerektiğinde	Ortaklık veya uzlaşma oluşturmak	Yüksek motivasyonlu	Bir çalışanın performansını artırmak
Ortam Üzerindeki Genel Etkisi	Olumsuz	En çok olumlu	Olumlu	Olumlu	Olumlu

2.4.5. Süreç Yaklaşımı

“TKY, bir süreç içermekte ve sürekli gelişimi esas almaktadır. Bu bağlamda sürekli gelişim ilkesi toplam kalite yönetiminin temelini oluşturmaktadır. Bu yönetim anlayışına göre gelişimin gerçekleşmesi için süreçlerin sorgulanması esastır” (Ağaoğlu, 2015: 26).

“İşletmelerde hiyerarşik yapılanmada görülen birbirinden bağımsız fonksiyonların ötesinde, işlevsel bir yapı oluşturmak için süreci bir bütün olarak ele alarak farklı proseslerin etkileşimini ve iletişimini tanımlamak önemlidir. Bazı proseslerin sonuçları, diğerlerinin kaynağı olabileceği için bu duruma dikkat edilmesi

gerekmektedir” (Emin, 2012: 11).

2.4.6. Sürekli Geliştirme

“Toplam Kalite Yönetimi anlayışı çerçevesinde süreçler devamlı olarak geliştirilmektedir. Bu sayede Kaizen (sürekli gelişme) süreci sağlanmış olmaktadır. Fakat, üretim ve hizmet süreçlerinin devamlı olarak geliştirilmesi için süreçlerin eş zamanlı ve uyum içerisinde koordine edilerek yönetilmesi ve sinerji sağlanması gerekmektedir” (Ağaoğlu, 2015: 27).

“Ürünler ve hizmetler iyileştirilir ve diğer çevre (sistemler) aracılığıyla diğer insanlara sunulur. Ürün ve hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesi, sistemlerin sürekli iyileşmesi için kesinlikle şarttır” (Goetsch ve Davis, 2016: 9).

“Kaizen ya da sürekli geliştirme süreci, Japonlarda yönetim anlayışında çok önem verilen bir kavram olup, Japonların rekabetteki başarılarının sırrı olarak bilinmektedir. Kaizen kavramı, yönetim kademesindeki herkesin ve çalışanların dahil olduğu bir sürekli geliştirme sürecidir. Bu nedenle Japonya, yönetim kadrolarında bulunan ve çalışan bireyleri Kaizen'i benimsemesi için değişik sistemler kullanmaktadır.” (Soydan, 2006: 8).

2.4.7. Karar Vermede Gerçekçi Yaklaşım

“Toplam Kalite Yönetiminde kararların etkinliği için verilerin ve bilgilerin analizi dikkate alınır. Ölçümü yapılamayan şeylerin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi de söz konusu olamaz. İşletmelerde hedeflenen kalitenin elde edilmesi için işleme, müşterilerin ihtiyaç ve beklentileri, çalışanların memnuniyetleri gibi unsurlara ait verilerin toplanarak, istatistiksel olarak analizlerinin yapılması gerekmektedir. Toplam kalite yönetiminde gerekli olan veriler; süreç performansları, müşterilerin şikâyetleri ve beklentilerine yönelik anketler gibi faaliyetlerin tamamından elde edilmektedir. Müşteriler hakkında ve ürün performansı konusunda yeterince veri toplamadan, veri analizleri değerlendirilmeden karar alınması işletmeler açısından zararlı sonuçlanabilmektedir. Bilimsel yöntemlerle toplanan verilerin analizinin dikkatli yapılması ve yorumlamanın hatasız olması gerekir” (Altınok, 2005: 19-20).

2.4.8. Yönetimde Sistem Yaklaşımı

“İşletmelerde bölümler, kendisi ile ilişkili bölümlere ait süreçlere bağlı olacak şekilde fonksiyon görür. Süreçler, kendisinden önce gelen sürecin çıktısını, girdi olarak kullanır ve işlev görür” (Ulaş, 2002: 20).

“Sistem yaklaşımında, problemle ilişkili bütün parçalar dikkate alınır ve parçaların ilişkileri değerlendirilerek kalıcı çözüm aranması esastır. Bu yöntem ile sorunun çözülmesine yönelik yapılacak şeyler belirlenmekte, sorunun belirlenmesiyle beraber etkili olabilecek iç ve dış faktörler tespit edilmekte ve faktörler arasındaki ilişkinin problem üzerindeki etkilerin ortaya konulmaktadır. Bu sayede problemin çözümü için gerekli uygun adımlar tanımlanmış olmaktadır.

Kendi aralarında birleşen veya bütünleşen parçaların oluşturduğu yapılar, faaliyetler, olaylar ve kavramlar sistem olarak değerlendirilebilir. Sistemi oluşturan parçaların, alt birimlerin ve alt sistemlerin kendi aralarındaki ve çevreyle olan ilişkileri sistemi bir bütün yapan özelliklerdir" (Tecim, 2004: 80).

2.5. Toplam Kalite Yönetimin Uygulamalarının Kritik Başarı Faktörleri

“TKY uygulamalarını başarıyla yerine getirebilmek ve arzu edilen sonuçlara ulaşabilmek için bazı koşulların yerine getirilmesi zorunludur. Bu koşullar kritik başarı faktörleri olarak bilinir ve zaten TKY'nin özünde yer alan öğeleri içerir.

Kritik Başarı Faktörlerinin önemlileri aşağıda sıralanmıştır:

- Üst yönetimin desteği ve bağlılığı,
- Örgütsel kültürün değişimi,
- Tüm çalışanlar düzeyinde katılım,
- Tanıma ve ödül sistemlerinin oluşturulması.

Bahsedilen bu faktörler dışında, toplam kalite yönetimi alanında öncüllerin ortaya koyduğu farklı başarı faktörleri de bulunmaktadır. Aynı zamanda bazı kalite örgütlerinin ödül kriterlerinde 22 kritik faktör vardır. Bu kritik faktörler,

- Yönetim kademesindeki sorumluluk
- Müşterinin tatmin edilmesi
- Açık misyon ifadeleri
- Kültürel değişim
- Eğitsel faaliyetler
- Geniş katılımlı yönetim

- Stratejik kalite planı
- Net hedefler belirleme
- Hataların önlenmesi
- Üst yönetimin komiteleri yönlendirmesi
- Problem çözme
- Ölçme
- Problem tanımlama
- Hedef tespit etme
- Program belirleme
- Kalite çemberleri/iyileştirme
- Satış ortaklığı
- Proje iyileştirme prosedürü
- Kurumsal başarı
- İstatistikî süreç kontrolü
- Kalite maliyeti
- Sıfır hata yaklaşımıdır” (Küçük, 2016: 193-195).

2.6. Toplam Kalite Yönetimine Yöneltilen Eleştiriler

Toplam Kalite Yönetimine yönelik eleştiriler, uygulamanın kendisine veya temel ilkelere yönelik olup iki ayrı başlıkta ele incelenmektedir.

2.6.1. Değişim

“TKY’nin mevcut durumda zaman içerisinde aşama aşama değişikliği öngörmesi, çağımızın hızlı gelişmelerine ayak uydurmada TKY’nin yetersiz kalacağı düşüncesini hatıra getirmiştir. Bu nedenle, evrimci bir gelişme yerine, mevcut yapıda ani ve büyük değişiklikleri ifade eden devrimci bir anlayışla gelişmenin sağlanması gerektiği ileri sürülmektedir” (Küçük, 2016: 195).

2.6.2. Müşteri Tatmini

“Çoğunlukla çalışanların her birinin müşterilerin istekleri konusunda farklı düşüncelere sahip olduğu fikri, müşteri odaklılığın tam olarak gerçekleşemediği konusunda bir eleştiri olarak karşımıza çıkmaktadır” (Küçük, 2016: 195).

2.6.3. Süreç Odaklı Olma

“Toplam kalite yönetimi anlayışında süreç sonunda elde edilenler veya sistem çıktılarında çok, sürecin nasıl işlediği dikkate alınır. Eğer amaçlar net olarak belirlenmemişse, sistem içindeki araçlar amaç olarak algılanabilmektedir. Amacın sapması ile birçok tablo, grafik ve kurallarla dolu gereksiz toplantıların yapıldığı bürokrasi döngüsüne girilir. Bu nedenle, işletmelerde sürece yoğunlaşırken gerçek amaçların göz ardı edilmemesine dikkat edilmelidir” (Küçük, 2016: 195).

2.6.4. Takım Çalışması ve Katılım

“Toplam kalite yönetimi anlayışında, takım halinde çalışma ve çalışanların katılım derecesi çok önemlidir. Fakat takım halinde çalışmanın işletme kaynaklarını boşa harcadığı, bazı sınırlamalara sebebiyet verdiği ve işletme çalışanlarının tümünün katılımının mümkün olmadığı gibi hususlar dile getirilebilir. Özellikle alt kademedeki görev alan çalışanların katılımlarının güç olduğu ifade edilebilir. Alt kademedeki çalışanların yeterli bilgilere sahip olmayacağı düşünülerek işletmede alınacak kararlara katılımının çok anlamlı olmayacağı da belirtilmektedir” (Küçük, 2016: 196).

“Günümüzde çevresel koşulların hızlı bir değişim ve gelişim göstermesi, işletmelerin başarılı sonuçlar elde etmek için sürekli yeni uygulamalar geliştirmelerini ve çalışmalarda bulunmalarını gerektirmektedir. Verimliliğin sağlanmasında önemli yeri olan takım çalışmalarının, işletmelerde çalışanların motivasyonlarına katkıda bulunurken, bireyler arası ilişkileri ve bağlılığı pekiştirmekte, bölümler arasındaki kopmaları önlemektedir. Bu sayede çalışanların bireysel ve örgütsel anlamda performanslarında artış görülecektir.

İşletmelerde takım halinde çalışma anlayışında ortak vizyona sahip olmak gerekmektedir. Çalışanların kararıyla belirlenen ve hem fikir olunan ortak bir vizyon sayesinde bireylerin dayanışması ve bilgi alışverişinde bulunmalarını sağlayacaktır. Bu sayede işletme çalışanlarının iş tatmini ve motivasyonunda artış görülmektedir. Günümüzde, işletme çalışanlarının iş ortamında mutlu olmak istekleri temel beklentileri arasındadır.

Takım çalışmasına ihtiyaç duyulmasının nedenleri şöyle sıralanabilir.

- Oluşturulan takımlar, bütün bireylerin tek başına sahip olduğu yetenek ve tecrübeleri bir araya toplayarak, tamamlayıcı nitelikte daha kapsamlı ve

güçlü yetenek ve tecrübelerine sahip olur.

- Takımı oluşturan bireylerin ortak kararlarıyla kesinleşen hedefler ve yaklaşımlar sayesinde, gerçek zaman çözümü ve inisiyatif desteklenmiş olur, güçlü bir iletişim sağlanır.
- Takım çalışması, işlerin yönetsel ve ekonomik boyutlarını geliştirmekte ve benzersiz bir sosyal yapı sağlamaktadırlar.
- Takımlarda performans sağlama, bireyler için adeta eğlenceli bir durum haline gelmektedir. Takım olarak elde edilen başarı, bireylerin motivasyon ve bağlılıklarına olumlu yansımaktadır” (Özler ve Koparan, 2006: 4).

2.7. TKY Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunlar

“TKY uygulamalarının başarı ile sonuçlanabilmesi için, bu yönetim yaklaşımının tüm ilkeleri ile üst yönetimin liderliğinde ve tüm çalışanların katılımı ile tüm süreçlere yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Bu temel gerekler yerine getirilmeye çalışılsa bile, yine de TKY uygulamalarında bazı sorunlarla karşılaşabilmekte ve bu da, uygulamanın başarısını olumsuz etkileyebilmektedir.

TKY, farklı düzeylerdeki çalışanlara veya gruplara uygulanırken, aynı mantık farklı uygulama araçları ile sunulmalıdır. Örneğin her ne kadar özü itibarıyla benzerlik gösterse de bir yükseköğrenim kurumundaki uygulama ile anasınıfı uygulaması birbirinden farklılık arzedecektir.

TKY uygulamalarında karşılaşılan temel sorunlar aşağıda sıralanmıştır,

- Kalite kavramına inanmama,
- Değişimlere karşı direnme
- Yönetim düzeyinde ilgisiz tutumlar
- TKY’den çok şey bekleme
- Eğitim ve yetiştirmenin yetersiz olması
- Sıradan beklentiler
- Mevcut durum analizinin doğru şekilde yapılmaması
- Eğitsel faaliyetler ve çalışanlarının yetiştirilmelerinin yetersizliği
- Amaçlara değil, araçlara odaklanma
- Tutarlı davranmama
- Başarı durumunda ödüllendirme yapılmaması” (Küçük, 2016: 196-197).

2.8. TKY’de Sürekli İyileşme

2.8.1. Deming’in 14 İlkesi

“Sürekli iyileşme kapsamında paylaşılacak ilk husus Deming’in 14 ilkesidir. Çünkü “Deming’in on dört ilkesi, kalite iyileştirme çalışmalarında rehber niteliği taşımaktadır.

- Rekabet gücünü artıracak, işletmeyi geliştirecek bir plan ile ürün ve hizmetlerde iyileştirme amacının sürekliliğini sağlayın.
- Yeni felsefeye uyun.
- Kalitenin sağlanmasında ayıklama ihtiyacından kurtulun.
- Fiyat etiketine bağlı olarak tedarikçiyi değerlendirme uygulamasını durdurun.
- Maliyetleri azaltmak, kalite ve verimliliği artırmak için sürekli iyileştirme anlayışınızı tüm süreçlerinize yerleştirin.
- Eğitimi kurumsallaştırın, modern eğitim yöntemlerini oluşturun.
- Modern gözetim yöntemlerini oluşturun.
- Korku engelini yok edin.
- Sınırları kaldırın, ekip çalışması anlayışını yerleştirin.
- Çalışanları rasgele belirlenmiş sayısal hedefler ve sloganlarla zorlamaktan kaçının.
- Bilimsel olarak belirlenmeyen iş standartları ve kotaları kaldırın.
- Çalışanların işlerinde gurur duymalarını önleyen engelleri yok edin.
- Kişisel gelişmeye yönelik eğitimleri özendirin.
- Yukarıdaki on üç ilkeye bağlı olarak işletme kültürünüzde gerekli dönüşümü kolaylaştıracak bir ortam yaratın” (Küçük, 2016: 198).

2.8.2. Deming Çevrimi

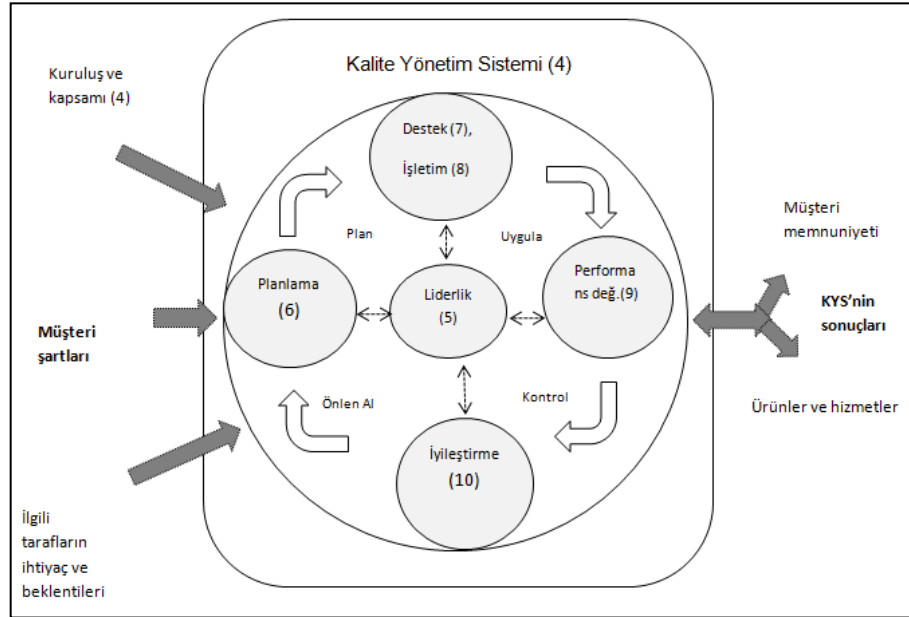
“Deming Çevrimi, Deming Döngüsü veya PUKÖ Çevrimi; planlama yapıp yerine getirilecek görevleri buna göre uygulama, daha sonra uygulamanın planlamaya uygunluğunun denetlenerek eksiklikler varsa, bunların düzeltilmesi üzerine kurulu bir sürekli iyileşme sistematığıdır.

İşletmelerde red, ıskartaya alma veya tekrar işleme gibi birim maliyetlerinde yükselmeye neden olan olumsuz durumların görülmemesi amacıyla süreçlerin değişimleri belirli standartlar içerisinde tutulmalıdır. Ancak bu durum için sürecin

kararlı hale getirilmesi gerekmektedir. Kararlı hale getirilen süreçlerde iyileştirme çalışmaları yapılır. "Deming Çevrimi" olarak bilinen bu yöntem sayesinde yönetim tarafından istenen süreçlerin kararlı duruma getirilmesini ve süreçlerin iyileştirilmelerinin daima tekrarlanabileceği algısının işletmede yerleşmesini sağlar.

Sürekli iyileştirme uygulamalarında, W.A. Shewart tarafından ortaya atılan ve Deming tarafından geliştirilen P-U-K-Ö döngüsü, genel çalışma çerçevesi olarak kullanılmaktadır. Şekil 2.2'deki gibi PUKÖ Çevrimi olarak da adlandırılan bu döngü, "Planla", "Uygula", "Kontrol Et" ve "Önlem Al" aşamalarından oluşmaktadır.

Toplam Kalite Yönetimi öncüllerinden Harris, TKY anlayışının en önemli özelliğinin verimliliğin ve kalitenin iyileştirilmesine yönelik devamlı nitelikteki çabaları önemsemesi olduğunu belirtmektedir. Örgütlerde, iyileştirme çalışmalarının istenen sonuçları verebilmesi, ancak kalitenin iyileştirilmesi sürecinin devamlılık gösteren niteliğinin bilinmesi ve önemsenmesi mümkündür" (Kalaycı, 2008: 165). "Eksiklikler varsa, bunların düzeltilmesi üzerine kurulu bir sürekli iyileştirme sistematığıdır" (Küçük, 2016: 199-200).



Şekil 2.2. PUKÖ Döngüsü (www.detaydanismanlik.net)

"Yönetim çevrimi, aşağıdaki diyagramda görüleceği gibi, ürünün yaşa çevrimine göre "tasarım-üretim-yoklama-satış/hizmet" şeklinde düzenlenmiş Deming çevriminde yapılan bazı değişikliklerle BK Y'nin öteki alanlarında daha

genel bir kullanıma dönük “planla-uygula-kontrol et-önlem al” haline getirilmiştir. Bu dönüşümde kavramların yorumlanması şöyledir,

- Planlama- Tasarım
- Uygulama- Üretim
- Kontrol- Değerlendirme
- Önlem-Standartlaştırma/ İzleme/Düzenleme” (Miyachi, 1999: 117-118).

2.8.3. Kalite Çemberleri (KÇ)

“Kalite Çemberleri oluşturularak sorunların üstesinden gelinmesi çalışmaları ilk olarak 1960’lı yıllarda Japonya’da başlamıştır. Bunda, o tarihlerde Japon ürünlerinin kalitesiz olarak adlandırılmalarının ve bu durumun, Japonya adına önemli bir rekabet gücü eksikliğine neden olmasının etkisi büyüktür” (Küçük, 2016: 201).

“İşletmenin verimliliği, etkenliği ve kalitesi gibi problemlerini ele almak ve tartışarak çözüm üretmek için oluşturulan Kalite Çemberleri, bireylerin gönüllü olarak toplanmasıyla işlev görmektedir” (Bayazıt, 1998: 97).

“Kalite çemberlerinin oluşturulmasında klasik yönetim anlayışından sıyrılıp, etkin yönetim anlayışının benimsenmesi ilk adımdır. Yönetime dair eksik yönler kalite çemberlerinin faaliyetleri ile belirlenmektedir. Etkin yönetim anlayışında, sorunların çözümü klasik yönetim anlayışına göre belirgin farklılıklar göstermektedir” (Çetin, 2010: 142).

“Kalite çemberlerini oluşturan birey sayısı işletmelerin büyüklüğüne göre değişiklik göstermektedir. Küçük işletmeler için 4 ile 6 kişi ile oluşturulan topluluk, orta ölçekteki işletmeler için 6 ile 10 kişi, büyük ölçekteki işletmelerde ise 8 ile 12 kişi ile oluşturulmaktadır.

KÇ’nin tanımlanması ve geliştirilmesine en fazla katkıda bulunan kişi, Japonya’da Kalite Çemberleri’nin babası olarak bilinen Dr. Kaoru Ishikawa’dır. Kalite Çemberlerinin amacı, ustabaşları daha fazla sorumluluk vererek teşvik etmektir” (Küçük, 2016: 202).

2.8.3.1. Kalite Çemberlerinin Amaç ve Yararları

“Günümüzde birçok işletmenin kalite çemberlerini uygulamaya çalışmasında rağmen istenen sonuçları alamadığı görülmektedir. Bu sorunun temel sebebi işletme yönetiminin kalite çemberlerinin amaçlarını kavrayamamış olmasıdır” (Bayazıt, 1998: 97).

“Kalite çemberlerinin altında yatan temel düşünceleri şöyle sıralayabiliriz,

- İşletmenin gelişimine ve iyileşme sürecine girmesine destek olmak.
- Çalışanlara saygı duyulması, yaşanılacak mutlu edici ve aydınlık bir çalışma ortamının sağlanması.
- Çalışanların yeteneklerinin keşfedilerek, potansiyellerini kullanmalarını sağlamak ve sınırsız sayıda olanak meydana getirmek” (Küçük, 2016: 202).

2.8.3.2. Kalite Çemberlerinin İşleyişi

“KÇ gönüllülük esasına dayanır. Bütün üyelerin katılımı, karşılıklı gelişme ve süreklilik çalışmaların özünü oluşturur,

KÇ'nin organizasyon şemasında yer alması gerekenler:

- Yönlendirme komitesi
- Rehberler
- Liderler
- Çember Üyeleri
- Koordinatör” (Çetin, 2010:144).

Tablo 2.2’de kalite kontrol çemberlerini uygulayan yönetici ile geleneksel yönetim tarzını uygulayan yönetici aralarındaki ilişki görülmektedir.

Tablo 2.2. Geleneksel ve Kalite Kontrol Çemberleri Yönetim Tarzının Karşılaştırılması (Çetin, 2010:144)

Geleneksel Yönetim Tarzını Uygulayan Yönetici	Kalite Kontrol Çemberleri Yönetim Tarzını Uygulayan Yönetici
Berberindeki çalışanlara amaçları ve bunlara ulaşabilmesi için izlenecek yolları dikkat eder.	İş ile ilgili sorunları görebilmek ve bunlara çözüm yolları bulabilmek için beraberindeki çalışanlarla birlikte çalışır.
Berberindeki çalışanlara iş gördürebilmek için onları zorlar ve baskı yapar.	Mücadeleyi gerektiren türden amaçları saptayabilmeleri için çalışanlara yardımcı olur.
Berberinde çalıştırdıkları çalışanların yeteneklerini geliştirir ve bunlar arasında başarılı olanı yükseltir.	Başarıya ulaşabilmeleri için çalışanları teşvik eder, eksik yönlerini giderebilmeleri için onlara yardımcı olur.
İşlerin görülmesi ile ilgili yeni yöntemler geliştirir ve uygulatır. Yenilikleri bizzat geliştirir ve uygulanmasını sağlar.	Kuralları rasyonel yönden ele alır, yararlarını ve gereğini açıklar, bunlara uyulmadığı zaman çıkabilecek olumsuz sonuçları anlatır. Çalışanlara yeni yöntemler bulup geliştirebilmelerine yardımcı olur.

2.8.4. Kaizen (Sürekli İyileştirme)

“Sürekli iyileştirme olarak da bilinen Kaizen, iyileştirme sürecinin önemli bir bileşenidir. İyileştirmenin diğer bileşeni ise "yenilik" tir. Kaizen kavramı işletmelerde devamlı nitelikteki çabalarla elde edilen küçük çaplı iyileştirmeler için kullanılmaktayken, teknolojiye ve ekipmanlara yapılan yatırımlarla işletmede büyük değişimler sağlanması "yenilik" olarak adlandırılmaktadır” (Türk, 2001: 222).

“Kaizen sözcüğü Japoncadan türetilmiştir. Değişim anlamı olan "kai" ve daha iyi anlamı olan "zen" kelimelerinin birleşimi ile oluşmuştur. Kaizen tüm çalışmaların merkezine insana hizmet etmeyi koyarak, herkesin katılımı ile kalitenin küçük adımlarla da olsa sürekli olarak geliştirilmesini esas alan bir kalite iyileştirme yaklaşımıdır. Sürekli iyileşme, özünde uygulamaya, geliştirmeye ve standartlaşmaya yönelik işlemleri barındırmaktadır. Geleneksel gelişim anlayışıyla sürdürülen yenileşmenin özünde ise başkalaşım bulunmaktadır” (Küçük, 2016: 205).

Sürekli iyileştirme ve geliştirme unsurlarını uygulayabilmek için öncelikle

müşterinin ihtiyaçlarını incelemek gerekir.

2.8.5. Sınırsız İyileşme

“Sınırsız iyileştirme, tüm örgütsel süreçlerde iyileştirmenin devamlı nitelikte ve hiçbir kısıtlama olmadan sürdürülmesi, kalitenin iyileştirilmesine yönelik çabaların çalışanlara, aşamalara, örgüt içi veya dışı faaliyetler gibi işletmenin tüm bileşenlerine yayılması amacıyla bilinen ve muhtemel bütün engellerin yok edilmesini temel alan kalite iyileştirme uygulamasıdır.

Sınırsız iyileştirmede, tüm, kişi, aşama ve uygulamaların iyileşme kapsamına alınması, buna ilişkin tüm sınırlamaların kaldırılması, engellerin elimine edilmesi, böylece iyileşmenin kapsamının olabildiğince genişletilmesi hedeflenmektedir. Bunun sonucunda mümkün olan en iyi verimlilik, etkinlik ve kalite düzeyine erişmek söz konusu olabilecektir” (Küçük, 2016: 208).

2.9. Kalite Kuruluşları

2.9.1. Amerikan Kalite Kontrol Derneği (ASQC)

“İkinci Dünya Savaşında savunmada kullanılan ekipmanların kalitesinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar neticesinde 1946 yılında kurulan ASQC, Amerika Birleşik Devletleri'nde kalite çalışmalarına yönelik önde gelen bir kuruluş olma özelliğini sürdürmektedir. Küresel anlamda tercih edilen kalite uygulamalarının birçoğu ASQC başkanlarının veya üyelerinin çabalarıyla geliştirilmiştir. Bu üyeler arasında Juran, Deming, Crosby ve Shewart gibi, kalite alanının öncülleri ASCQ'nun bilinen meşhur üyeleridir.

ASCQ'nun esas görevleri aşağıdaki gibidir:

- Kalite teknolojisi alanındaki gelişmelerin tanıtımı,
- Mevcut teknoloji uygulamalarının geliştirilmesi,
- Kalite üzerinde çalışan bireylere yönelik standartların hazırlanması,
- Kalite ve ilişkili kavramlara yönelik eğitsel faaliyetler düzenlemek,
- Kalite kavramına yönelik konferans ve seminer faaliyetlerinde bulunmak”

(Goetsch ve Davis, 2016: 16).

2.9.2. Japon Bilim Adamları ve Mühendisleri Birliği (JUSE)

“JUSE; 1946 yılında, Japonya'da bir grup bilim Adanı ve mühendisler tarafından kurulmuştur. Amaçları üç ana başlıkta toplanabilir” (Goetsch ve Davis, 2016: 16).

- Birlik, bilim ve teknoloji konusunda işbirliğinde bulunduğu mühendis ve bilim adamlarının bilimsel ve teknolojik gelişimlere merak duymasını sağlamak, onların gelişimlerini desteklemek ve gelişmelerin uygulanmasını teşvik etmek
 - Bilimsel ve teknolojik gelişmelere yönelik ulusal ve uluslararası düzeyde karşılıklı bilgi aktarımı sağlayarak sanayinin gelişimine destek olmaktır.
- Bu yönetimde Dr. Deming, Dr. Juran ve Dr. Feigenbaum bulunmaktadır.

“İstatistiksel Kalite kontrolden Dr. Deming, Kalite Yönetiminden Dr. Juran, Bütünsel Kalite Yönetiminden (BKY) Dr. Feigenbaum bahsetmiştir” (Miyachi, 1999: 12).

2.9.3. Avrupa Kalite Örgütü (EOQ)

“Batı Avrupa'nın beş ülkesinde bulunan uzmanlar tarafından 1980'lerde kurulmuştur. Örgüt, ürünlerin ve hizmetlerin kalitesinin geliştirilmesine katkı sağlayacak, teknik ve bilimsel bir kuruluş olmayı hedeflemektedir” (Goetsch ve Davis, 2016: 17).

2.9.4. Ulusal Kalite Kuruluşları Türk Standartları Enstitüsü (TSE)

“Ülkemizde TSE, 18.11.1960 tarih ve 132 sayılı kanun ile kurulmuştur. Enstitü, Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı bünyesinde faaliyet göstermektedir. Görevleri aşağıdaki gibidir.

- Her türlü standardın hazırlanması veya hazırlatılması
- Kabul edilen standartları yayınlamak ve topluma bildirmek
- Standartlara yönelik bütün bilimsel ve teknik değerlendirmeleri ve araştırmaları yürütmek
- Standardizasyon konularında yayım yapmak” (Goetsch ve Davis, 2016: 17).

2.9.5. Türkiye Kalite Derneği (KALDER)

“Ülkemizde çağdaş kalite anlayışının yerleşmesi ve yaygınlaşması için

çalışan KALDER, 1991'de faaliyetlerine başlamıştır. Toplam Kalite Yönetimi anlayışına sahip olan veya bu yönde hazırlıklar yapan işletmeleri bir çatı altında toplamaya çalışmaktadır” (Goetsch ve Davis, 2016: 17).

2.9.6. EFQM Mükemmellikte Tanıma Programı

“Mükemmellikte Tanıma Programı, işletmelerde motivasyonu sağlayan bir uygulama olup, ilerlemedeki başarının kutlanması ve coşkulu bir ortam oluşturulması için yapılmaktadır. Bireylerin motivasyonu ve iyileştirmedeki sistematik yaklaşımı gerçekleştirmek için etkili bir araçtır. Aynı zamanda öğrenme ve eğitime yönelik hedef nokta belirlemektedir” (Goetsch ve Davis, 2016: 18).

3. SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜ

Hastaneler, sağlık hizmetleri verilen, gerektiğinde hastaların yatarak tedavi oldukları yerdir. Hastanelerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi hasta memnuniyetini ilgilendiren unsurlardan geçtiği açıktır. Toplam kalite kültüründe de müşteri odaklılığın ne kadar önemli olduğundan bahsetmiştik. Müşteri odaklılığına bağlı olarak, hastane yönetiminin görev ve sorumluklarının en önemli unsuru müşteriye memnun etmek yani hasta “güler yüzlü”,” kaliteli bir hizmet anlayışını” aldığını hissederek hastaneden ayrılması gerekir. Bu sebeple hasta memnuniyeti ilgilendiren hangi konular var öncelikle bunları düşünmemiz gerekir.

Bu kısımda yönetim kavramına daha sonra yönetimin işlev ve sorumluluklarına son olarak sağlık sektörü konusuna değinilecektir.

3.1. Yönetim Kavramı

“Yönetim felsefesinin esas unsuru ve konusu olan yönetim kavramı, geniş anlamda, örgüt amaçlarına etkin ve verimli bir şekilde ulaşmak için bireyler arasında işbirliği ve beraber hareket etmeyi teşvik eden çalışmaların hepsidir” (Çetin, 2010: 5).

“Yönetim, başkaları vasıtasıyla iş görmektir. Sosyal ve ekonomik anlamda gelişmelerle beraber, işletmelerin yönetimleri sosyal sistemde oldukça önemli bir hale gelmiş olup, günümüzde yönetsel devrim kavramı ortaya çıkmıştır. Bu devrim çerçevesinde hiyerarşik yapılanmalarda yönetim, belirli bir uzmanlık gerektiren bir fonksiyon halini almıştır. Bununla birlikte, büyük ölçekli kuruluşlarda mülkiyet, yöneticilik ve kontrol unsurlarının birbirinden ayrılması ile yöneticilik kavramı doğmuştur. Yönetsel devrimle beraber çalışanların yönetime geniş katılımı ile yeni bir yönetim anlayışı meydana gelmiştir.

Yönetim görevi; bireylerin iletişimi, motivasyonu, liderlik gibi önemli öğelerle birlikte insan faktörüne ilişkin tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Yönetim sürecinde sürekliliğin, yani döngüsel süreçlerin bulunması ve mantıksal bir sıranın izlenmesi çok önemlidir” (Can ve İbicioğlu, 2008: 254-255).

3.2. Kalite Yönetimi

“Günümüzde kalite yönetimi hangi tasarıma dayanırsa dayansın düşünce temeli, yaklaşımı, ilkeleri, yöntem ve teknikleri ile bütüncül bir yönetim, örgütsel ve bireysel düşünüş, davranış ve sonuçta bir çalışma ve örgütsel yaşam biçimidir,

Verilere veya kalite göstergelerine dayalı planlama, uygulama, uygulamayı izleme, değerlendirme ve değerlendirme sonucuna göre yeniden planlama ve yeni uygulamaya geçme kalite yönetiminin vazgeçilmez unsurlarıdır.

Kalite yönetiminin üst aracı olan stratejik planın hazırlanması, hangi yöntemlerle kalite yönetiminin gerçekleşeceğini netleştirilmesidir.

- Neredeyiz?

Bu kısımda durum analizi yapılır.

- Nereye ulaşmak istiyoruz?

Vizyon ve misyon değerlendirmesi yapılır.

- Varmak istenen hedefe nasıl ulaşacağız?

Hedef ve amaçlara erişmek için uygulanacak yöntemler, detaylı çalışma planlamaları, insan kaynakları planlamaları, maliyet ve bütçe çalışmalarını kapsamaktadır.

- Başarımızı nasıl takip eder ve değerlendiririz?

Rapor ve karşılaştırmalarla, değerlendirme ve performans ölçümleri ile takip edilebilir.

Kalite yönetimi bir bakıma stratejik planlamada belirtilen hedeflerin sürekli iyileştirme ile ulaşılmasına yönelik bir yönetimdir.

Kalite yönetimi süreçlerini başlatmadan önce kurumda yapılması gereken önemli hazırlıklar, kalite yönetimi konusunda geniş farkındalık ve kabul düzeyi yaratmak, somut veriler temelinde başka kurumlarla karşılaştırmalı olarak kurumsal durumu saptamak, izlenebilir bir kurumsal gelişmenin bilgi tabanını oluşturmak ve gerekli örgütlenmeye gitmektir” (Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü, 2004: 6-7).

3.3. Hastane Yönetiminin Görev ve Sorumlulukları

“Hastane yönetimi, hastane süreci içinde olup biten ve devam eden hizmet ve faaliyetler konusunda, yönetim kuruluna karşı sorumlulukları olan bir yönetim

anlayışını benimser. Hastane yönetimi, sağlık kurumlarında üretilen hizmetlerin, insan hayatı ile ilgili olduğunu göz önünde bulundurduğu için, ilk seferde ve doğru bir biçimde, işi bitirme anlayışını ilke edinmiştir. Bu amaçla, insan kaynaklarının planlanmasına, örgütlenmesine ve bireylerin harekete geçirilmesinde bir güce sahiptir” (Kutlu, 2012: 11).

“Hastane yönetiminin her evresinde kalitenin evrimsel öncülüğü hastanede üretilerek daha çok tedavi amacına yönelik karmaşık hizmetlerin gerçekçi amaç, plan, organizasyon, eşgüdüm ve denetim koşullarında daha farklı iyileştirmeleri sağlar.

Hastanenin yönetiminden sorumlu en yetkili organ olarak bilinen hastane yönetim kurulu, hastane yöneticilerinin ve çalışanların davranışını yönlendiren kurumsal politika ve stratejileri belirler. Bu bağlamda politikaların yapımı Yönetim Kurulu üyelerince önem verilmesi gereken bir konudur. Ayrıca, hastanenin ihtiyaç duyduğu maddi ve bireysel kaynakların temin edilmesi de kurulun önemli bir görevidir. Hastane yönetim kurulundaki üyeler, uzmanı oldukları alanlara yönelik konularda, hastane yöneticinin danışmanlığını yapmaktadırlar.

Öncelikli olarak kamu hizmeti sunmayı amaçlayan, kar amacını ön planda gözetmeyen, kamu yararını bireysel ve özel çıkarların önünde tutan kurumlar olan hastanelerin, etkili ve verimli hizmet sunmaları için iyi organize olmuş bir yönetim anlayışına sahip olmaları gerekmektedir. Bu bağlamda, hastanelerdeki mevcut hizmet birimlerinin verimli iletişimi, işbirliği ve etkileşiminin sağlanması ile sorunsuz bir iş süreci sağlanmaktadır. Bu aşamalara önem verilerek başarılı bir yönetim sağlanabilmektedir” (Marşap, 2014: 191-192).

3.4. Sağlık Sektörü

“Teknoloji çağında 21. yüzyılda sağlık hepimiz için her şeyden önce gelmektedir. Bilim ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte sağlıktaki gelişmeler ilerlemiş sağlık alanında verilen hizmetlerin belirli standartlara ulaşması gerekliliği doğmuştur.

Sağlık hizmetleri, insanların bedensel, psikolojik ve toplumsal açıdan sağlıklarının korunmasını, iyileştirilmesini ve bu iyilik halinin sürekliliğini sağlayarak, toplumsal refahın yükselmesini ve bireylerin mutluluklarının artmasını hedefleyen hizmetler bütünüdür” (Göktaş ve Erdem, 2005: 57).

“Sağlık hizmeti veren kuruluşlar, hastalarla doktor ve yardımcı sağlık personelinin bir araya gelmesini sağlayan, teşhis ve tedavi için uygun ortam hazırlayan yerlerdir. Sağlık sektöründe güven unsuru çok önemli olup, hastaların hekimlere sadakati yüksek derecededir ve bu etkileşimde kuramlar geri plandadır” (Göktaş ve Erdem, 2005: 57).

“Sağlık sektöründe erken tanı ve doğru teşhis hayat kurtarır. Erken ve doğru teşhis için sağlık sektöründe standartların ilerlemesiyle de ilişkilidir. Ülkemizde de erken tanı ve doğru teşhis edilmesi ve sağlık sektöründe ileriye götürülmesi amaçlanmaktadır.

Sağlık sektöründe verilen hizmetler aşağıdaki gibidir:

- Önleyici/Koruyucu sağlık hizmetleri
- Tedaviye yönelik Hizmetler
- Rehabilitasyona yönelik hizmetler

Koruyucu sağlık hizmetlerinde hedef, bireyin ve toplumun sağlığını korumak ve hastalıkları önlemeye yönelik hizmet vermektir. Bu hizmetler; çevreye ve kişiye yönelik olarak ikiye ayrılır.

Çevresel sağlık hizmetleri kapsamında çevre sağlığını tehlikeye atan unsurların tespiti ve önlenmesi ve sağlıklı bir çevrenin oluşturulması hedeflenmektedir. Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler; hekim, ebe, hemşire gibi sağlık çalışanları tarafından yürütülen hizmetlerdir.

Tedavi edici hizmetler; koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesi olarak daha fazla özel fayda içeren bir hizmet türüdür. Tedavi edici sağlık hizmeti birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti olmak üzere üç basamakta ele alınabilir.

Birinci basamak; hastaların tedavilerinin evde veya ayakta yapıldığı hizmetlerdir.

İkinci basamak; yatarak tedavi hizmetlerinin sunulduğu sağlık hizmetleridir.

Üçüncü basamak; yüksek teknolojinin kullanıldığı, belirli dallar üzerine uzmanlaşmış hastane hizmetleridir.

Rehabilitasyon sağlık hizmetleri; bedensel ya da ruhsal yönden sakat kalmış olanların başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan bütün çalışmaları kapsar” (Marşap, 2014: 184-15).

4. SAĞLIK KURUMLARINDA KALİTE VE AKREDİTASYON

“TKY, müşteri odaklı bir kalite anlayışını benimseyen, profesyonel bir üst yönetimin liderliğinde sürekli eğitim ve gelişimi hedefler. Modern Sağlık İşletmelerinde (MSİ), TKY önce hasta anlayışı, hasta odaklı, sürekli gelişimi ön gören, sağlık çalışanları açısından tam katılım ve grup çalışması ile tüm faaliyetleri ilk seferde doğru ve hatasız bir biçimde yaparak sağlık işletmelerine küresel rekabet ortamında yol gösteren öncü yapılandırma. Sağlıkta TKY'nin temel amacı; hizmet eden ve hizmet alanlarının tam memnuniyetidir.

Çağdaş hastane işletmeciliğinde, hasta beklentisine uygun doğru teşhis, kaliteli tıbbi bakım ve tedavi, bu hizmetlerin yanısıra otelcilik ve lokantacılık hizmetlerinin etkin biçimde yerine getirilmesi, hizmetten faydalananlara hasta psikolojisine uygun bir şekilde, bekletilmeksizin, güler yüzlü ve hoşgörülü bir yaklaşım gösterilmesi ile mümkündür.

Sağlık alanında kaliteyi etkileyen faktörler arasında, Sektörün yapısal durumu, örgütün şekli, planlanan bütçenin miktarı ve hizmet gruplarına aktarım oranları oldukça önemli yer tutmaktadır. Bu yüzden ülkelerin kendilerine özgü gerçekçi, ölçülebilecek, değiştirilebilecek ve farklı koşullara uyarlanabilecek kalite standartları belirlemesi gerekmektedir. Akreditasyon programının işletimi, kalite yolculuğu boyunca devam eden süreçtir.

Akreditasyon bir öz değerlendirme süreci ve içsel/dışsal sağlık uzmanlarınca sunulan sağlık hizmetlerinin objektif değerlemesidir. Özellikle sağlık kurumlarının kendi kalite ve performans düzeylerini belirleyerek hali hazırda uluslararası kabul edilen standart ölçüsünü, hizmetlerin uygunluk denetiminde kullanılabilir.

Toplam Kalite Yönetiminin ülkemizde sağlık hizmetlerindeki uygulamaları 1990'lı yıllarda gündeme gelmiş ve sağlık sektörüne bir canlılık kazandırmıştır. Endüstri alanında ve hizmet sektöründe TKY'nin olumlu yansımaları kısa sürede Sağlık sektöründe de etkisini göstermeye başlamıştır.

Sağlık kurumlarında sunulan hizmet kalitesini belirleyen değişkenler; etkenlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık, eşitlik, süreklilik tam zamanında hizmet sunumu, katılım, erişebilirliktir. Akreditasyon

uluslararası olarak kabul gören bir değerlendirme sistemidir. Sağlıkta verimlilik, kalite ve performans değerlemeyi amaçlar” (Marşap, 2014: 274-276).

4.1. Akreditasyon

“Akreditasyon, sağlık kuruluşları için önceden tespit edilmiş ve basılmış olan standartlara uygunluğun, herkes tarafından kabul görmüş bir tüzel kişilik tarafından değerlendirilerek onaylanan resmi sürecidir. ABD'de sağlık sektöründe iyileştirme çalışmaları 1900'lü yıllara uzanmaktadır. Bu çalışmalar neticesinde ABD'nin kalite alanında kar amaçlı olmayan, sağlık alanındaki ilk akreditasyon kuruluşu olan Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) kurulmuştur. Şu anda dünya çapında en büyük akreditasyon kuruluşu olan JCAHO, ABD'de sağlık alanında hizmet veren 18000 kurumu akredite etmiştir. JCAHO'nun uluslararası çapta hizmet veren kısmı JCI (Joint Commission International) ismiyle faaliyetlerini sürdürmektedir.

JCI (Joint Commission International) ise ABD'de yaklaşık 18.000 sağlık kurumunu akredite eden dünyanın en büyük akreditörü JCAHO'nun uluslararası alanda faaliyet gösteren bölümüdür.

Sağlık dönüşüm programı kapsamında, sağlık hizmet sunumuna kalite boyutu ön plana çıkar. Yayınlanan kamu, üniversite ve özel hastaneleri kapsayan Hastane Kalite Standartları seti de hasta ve çalışan güvenliği boyutlarına sahiptir. Akreditasyon hazırlığı, denetimler dışında temelde bir öz değerlendirme çalışmasıdır.

Sağlık kuruluşlarının akreditasyonda amaç:

- Hastaların bakım kalitesinin iyileştirilmesi
- Güvenli ve sağlıklı bir çevre sağlamak
- Hasta ve sağlık personeline yönelik riskleri azaltılmak
- Risk yönetimi ve azaltımı
- Sağlık hizmetlerinde risk yönetimi uygulamak,
- Sağlık kuruluşlarında personelin tamamının katılımıyla sağlık hizmetleri kalitesi ve hasta güvenliğinin artırılması
- Sürekli gelişim anlayışının bir kurum kültürü haline getirilmesi” (Marşap, 2014: 278-279).

4.2. Sağlık Hizmetlerinde Çalışan ve Hasta Memnuniyeti

“Sağlık sektöründe, hastaların ve çalışanların memnuniyetlerinin artırılması, istek ve beklentilerinin ne derecede karşılandığının belirlenmesi kurumun esas hedefleri arasında olmalıdır. Elde edilen bu veriler, kurumlardaki kalite çalışmalarında kıymetli birer ölçüm aracı olacaktır.

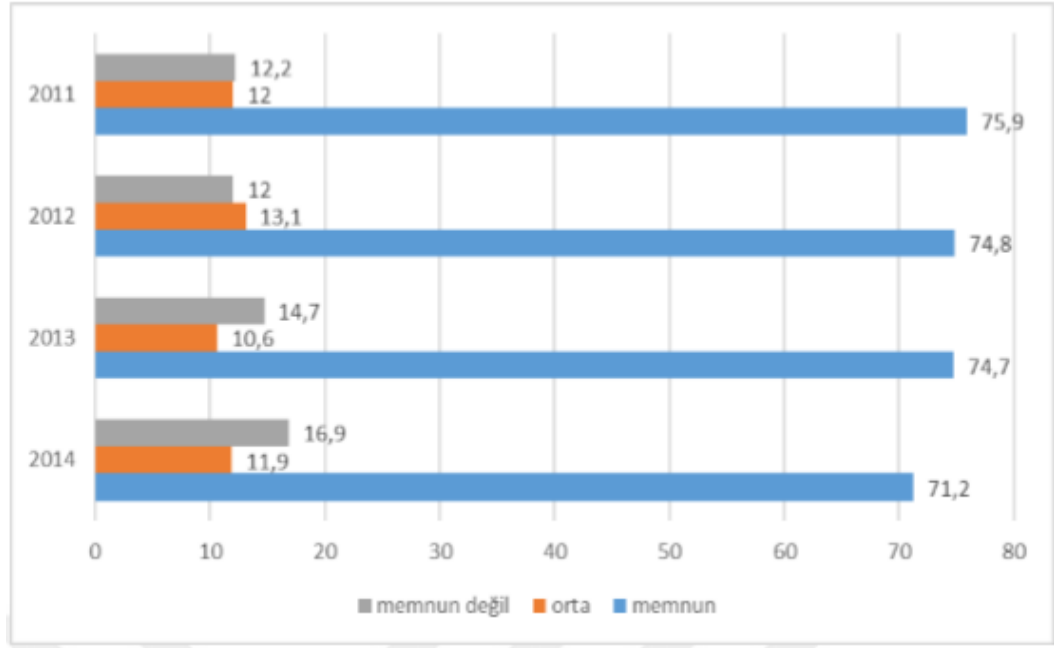
Hastaların ve sağlık çalışanlarının memnuniyet derecesi, verilen hizmetin kalitesini gösteren önemli ölçütler olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle kalite konusunda başarı elde etmek için hastaların ve sağlık çalışanlarının görüşlerine ve deneyimlerine önem vermek, isteklerini doğru algılamak oldukça önemlidir” (SB, 2012: 1).

“TKY, sağlık çalışanlarının tümünün katılımı ile gerçekleştirilebilen bir iyileştirme stratejisidir. TKY anlayışı ile sağlık sektörüne önemli katkılar sağlanmaktadır. TKY anlayışı ile yönetilen kuruluşlar, müşterilerin memnuniyetinin yüksek olmasına dikkat etmektedirler” (Ünalın ve Özyurt, 2006: 3).

“Verilen sağlık hizmetlerinin, toplumun taleplerine göre karşılanması ve hastaların memnuniyetine önem verilmesi gerekmektedir. Bu anlamda hastaların beklentileri öğrenilmeli ve karşılanmalıdır. Hasta tatminini etkileyen faktörlerin de bilinmesi gerekmektedir. Bu faktörler; sağlık hizmetinden beklenen yarar, algılanan performans, önceki tecrübeler, hizmet sunum şekli, hastaların ve ailesinin eğitim düzeyi, yaşam tarzı, sosyal statüsü, zevk ve alışkanlıkları, önyargıları şeklinde sıralanabilir” (Şahin ve diğ., 2005: 138).

“Ülkemizdeki sağlık alanında hizmet veren kuruluşların sayıca artışı nüfusun artışına göre yeterli değildir. Toplumun gelir düzeyindeki artışla birlikte hastaların sağlık hizmetleri konusundaki beklentileri de yükselmiştir. Sağlık işletmelerinin sayısızca yetersiz olması, hastanelerde görevli hekim ve yardımcı sağlık personelinin sayısızca yetersiz olması, donanım ve ekipman ihtiyacının karşılanmasındaki yetersizlik nedeniyle sağlık sektöründe düzeltici önlemler alınması ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi için adımlar atılmalıdır.

Günümüzde sağlık kuruluşları hastaların beklenti ve ihtiyaçları ile sağlık hizmetlerinden memnuniyet sonuçlarına göre hareket etmektedir. Sağlık hizmetlerinde hasta odaklı anlayışın ön plana çıkmasıyla birlikte hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini değerlendirme çalışmaları önem kazanmıştır” (Köse, 2016: 39-40).



Şekil 4.1. Yıllara Göre Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı, (%) (Köse, 2016: 41)

“Şekil 4.1’de görüldüğü gibi en yüksek memnuniyet oranı 2011 gerçekleşirken, bu yıllardan sonra azalma göstermiş ve özellikle 2014 yılında ciddi oranda düşmüştür” (Köse, 2016: 46).

“Sağlık hizmetlerindeki hasta tatmininin birkaç bileşeni bulunmaktadır bunlar sırasıyla; personel hasta etkileşimi, doktor davranışı, hemşire hasta etkileşimi, bilgilendirme, beslenme hizmetleri, fiziksel ve çevresel koşullar, bürokrasi ve güven vb’dir” (Köse, 2016: 46).

5. SAĞLIK KURUMLARINDA KALİTE PERFORMANS ÖLÇÜMLERİ

“Günümüzde sağlık sektöründe kalitenin ve performansın artırılmasına yönelik araştırmalar hız kazanmış, yeni stratejiler belirlenmeye başlamıştır. Ülkeler bu gelişmeler ışığında kendi durumlarına uygun şekilde stratejileri düzenleyerek sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi için çaba göstermeye başlamışlardır. Bu çabalar, daha kaliteli sağlık hizmeti vermek ve sektördeki performansı artırmaya yönelik girişimlerdir.” (SB, 2014: 1).

5.1. Sağlıkta Kalite Standartları

“Dünya’da hasta bakım kalitesinin optimal düzeyde geliştirilmesi, güvenli hasta bakım çevresinin yaratılması, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sürekliliği sağlanması amacıyla bir dizi hasta ve organizasyonel yapı odaklı kalite sistemi geliştirilmiş ve bu sistemler aracılığıyla sağlık kurumlarının performansları değerlendirilmeye başlanmıştır” (SB, 2017).

“Hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması temel hedefi üzerine kurgulanan ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürütülen “Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi”nin dört önemli yapı taşı bulunmaktadır:

- Kurumsal Yapı
- Sağlıkta Kalite Standartları
- Sağlıkta Kalite Göstergeleri
- Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri

Sistemin temel yapı taşlarından biri olan Sağlıkta Kalite Standartları, kabul edilebilir ve ölçülebilir ortak hedefler ortaya koyan, ortak bir bakış açısı ile gelişimde sürekliliği destekleyen bir yapıya sahiptir. Standartlar aynı zamanda teşvik ya da yaptırım unsurları oluşturarak sağlık sektöründe kültürel bir değişim sağlamayı hedeflemektedir.

Kalite standartları, yapısı gereği, talimat ya da kontrol listesi özelliği

taşınamalı, süreçleri kapsayıcı ve bilimsel gelişmelere uyum sağlayıcı olmalıdır. Standartlar aynı zamanda, ulusal ve uluslararası önceliklere açık ve uyumlu bir şekilde gelişimi teşvik edici ve yol gösterici bir politika izlemeli ve sınırlayıcı olmamalıdır.

Söz konusu dinamik sürecin önemli bir parçasını, sağlık sektörünün ihtiyaçları doğrultusunda yeni standart setlerinin oluşturulması ve sahanın kullanımına sunulması oluşturmaktadır. Ayrıca yayımlanan Sağlıkta Kalite Standart setlerinin belli periyotlarda gözden geçirilmesi ve revize edilmesi de sürece dair önemli bir faaliyet olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu doğrultuda, Evde Sağlık Hizmetleri alanında yürütülen sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi ve artırılması amacı ile 2016 yılında çalışmalar başlatılmış ve 120 standart 239 değerlendirme ölçütünden oluşan SKS Evde Sağlık seti hazırlanmıştır” (SB, 2017: 12).

“SKS Evde Sağlık setinin hazırlanma sürecinde

- Kaliteli sağlık hizmeti sunumunda ulusal ihtiyaç ve öncelikler
- Sağlık hizmeti sunumunda görev alan paydaşların görüş ve önerileri
- Bireysel ve kurumsal düzeyde gelen geri bildirimler
- Bilimsel çalışmalar
- Ulusal ve uluslararası yayınlar

göz önünde bulundurulmuştur” (SB, 2017: 13).

“SKS-Evde Sağlık hedeflerinin Şekil 5.1’deki gibi yer verilmiştir. Evde Sağlık hedeflerinin tanımları;

- Etkililik: Planlanan hedeflere ulaşmanın ölçüsüdür.
- Etkinlik: İşleri doğru yapabilme kabiliyetidir.
- Verimlilik: Üretilen hizmet miktarı ile bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasıdır.
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı: Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanmasıdır.
- Hasta Güvenliği: Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir.

- Hakkaniyet: Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasıdır.
- Hasta Odaklılık: Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımının sağlanmasıdır.
- Uygunluk: Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasıdır.
- Zamanlılık: Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasıdır.
- Süreklilik: Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve tedavinin tamamlanması sonrası devamlılığının sağlanmasıdır” (SB, 2017: 15-16).

Tablo 5.1’deki görüldüğü gibi“SKS-Evde Sağlık;

- Kurumsal Hizmetler
- Sağlık Hizmetleri
- Gösterge Yönetimi olarak üç boyutta ele alınmaktadır.

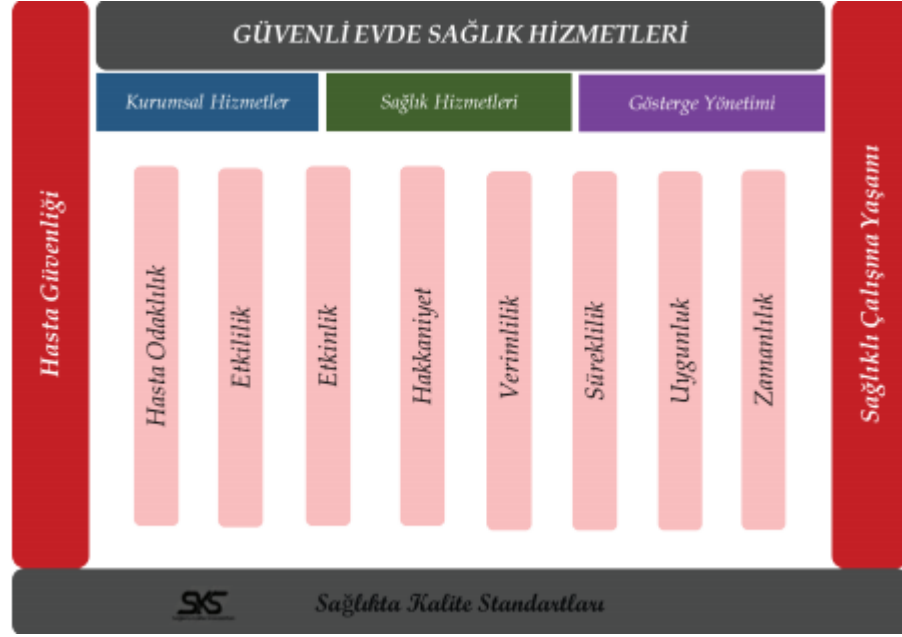
Kurumsal Hizmetler Boyutu; merkezde, tüm çalışanların yer aldığı etkin bir kalite yönetim yapılanması meydana getirerek, kaliteli hizmet sunumuna ilişkin faaliyetlerin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

Sağlık Hizmetleri Boyutu; evde sağlık kapsamında verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SKS-Evde Sağlık hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur. Bu boyutta yer alan bölümler alan ve süreç bazlı sağlık hizmetleri olmak üzere kendi içinde iki kategoriden oluşmaktadır.

Gösterge Yönetimi Boyutu; belirlenen süreçlere yönelik performansı izleyip değerlendirmek sureti ile kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur” (SB, 2017: 17).

Tablo 5.1. SKS-Evde Sağlık Boyut ve Bölümler Tablosu (SB, 2017: 18)

SKS-Evde Sağlık	
KURUMSAL HİZMETLER	
Kurumsal Yapı	
Kalite Yönetimi	
Doküman Yönetimi	
Risk Yönetimi	
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	
Eğitim Yönetimi	
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
Tıbbi Kayıtlar	
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
SAĞLIK HİZMETLERİ	
Hasta Deneyimi	
Hasta Bakımı	
Enfeksiyonların Önlenmesi	
GÖSTERGE YÖNETİMİ	
Göstergelerin İzlenmesi	
Kalite Göstergeleri	



Şekil 5.1. SKS-Evde Sağlık (SB, 2017: 18)

Tablo 5.2’deki Kodlama Sistematüğinde ise; (SB, 2017: 19).

“Standardın kodu 2 kısımdan oluşmaktadır.

- İlk kısım harflerden, ikinci kısım rakamlardan oluşmaktadır.
- Harf kullanılan kısımlar üç harften oluşmakta olup, ilk harf ilgili boyut

adının baş devam eden ikinci ve üçüncü harfler ilgili bölüm adının kısaltmasını ifade etmektedir.

- İkinci kısımdaki rakamlar standartlar için iki basamaklı bir sayıdan, değerlendirme ölçütleri için dört basamaklı bir sayıdan oluşmaktadır.
- Standart kodundaki rakamlar bölümdeki standardın numarasını, değerlendirme ölçütlerindeki ilk iki rakam değerlendirme ölçütünün ait olduğu standardı, son iki rakam değerlendirme ölçütünün sıra numarasını ifade etmektedir.

Tablo 5.2. SKS-Evde Sağlık Kodlama Sistematığı (SB, 2017: 20)

SKS-Evde Sağlık Kodlama Sistematığı	
Boyutlar	Kod
Kurumsal Hizmetler	K
Sağlık Hizmetleri	S
Gösterge Yönetimi	G
Bölümler	Kod
Kurumsal Yapı	KU
Kalite Yönetimi	KY
Doküman Yönetimi	DY
Risk Yönetimi	RY
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	İO
Eğitim Yönetimi	EY
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Tıbbi Kayıtlar	TK
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ
Hasta Deneyimi	HD
Hasta Bakımı	HB
Enfeksiyonların Önlenmesi	EN
Göstergelerin İzlenmesi	Gİ
Kalite Göstergeleri	KG

Standartların Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi Standartların karşılama düzeyi belirlenirken amaçsal yorumlama yapılarak standart ve değerlendirme ölçütleri birlikte bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Tablo 5.3'teki gibi standartların karşılanma düzeyleri üç kategoride ele alınır:

- Karşılıyor (K)
- Kısmen Karşılıyor (KK)
- Karşılmıyor (KM)

Standartın karşılanma düzeyine göre aşağıdaki şekilde puanlama yapılır:

- Karşılıyorsa; Standart için belirlenen tam puan
- Kısmen Karşılıyorsa; Standart için belirlenen puanın yarısı
- Karşılmıyorsa; 0 (Sıfır) puan

Tablo 5.3. Standartların Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi (SB, 2017: 22)

Örnek						
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan	Sonuç	Puan
KSÇ01	Evde sağlık hizmet biriminin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.	KSÇ01.01	Birim ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip edilmelidir.	10		
		KSÇ01.02	Personel temin planında, sunulacak hizmetlere ilişkin ihtiyaçları karşılayabilecek farklı disiplinler ve meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan personel sayısına ve niteliğine (eğitim, bilgi, beceri, gibi) yer verilmelidir.			

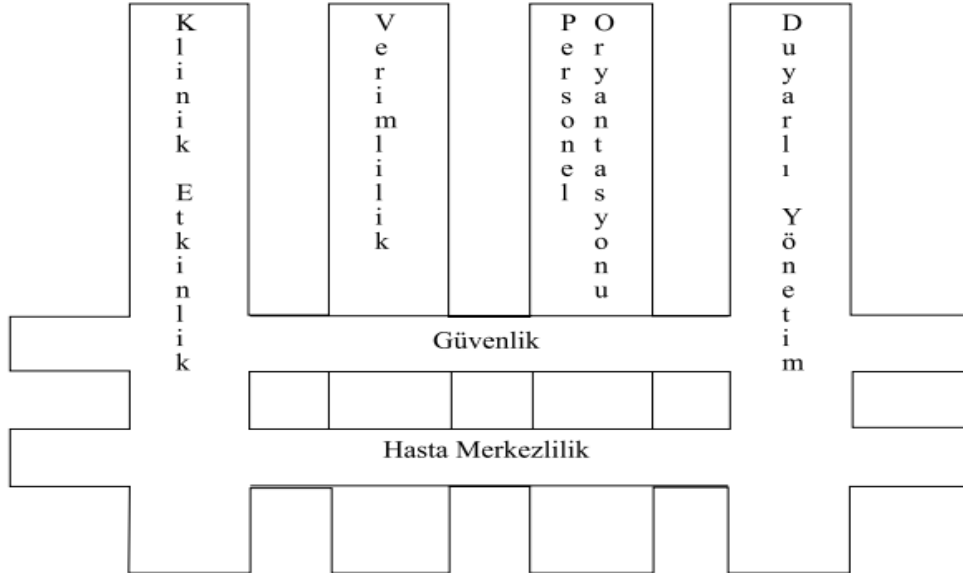
Koordinasyon Merkezi Kalite Puanının Belirlenmesi Kalite Puanı; yerinde yapılan Sağlıkta Kalite Değerlendirmesi neticesinde SKS'nin uygulanma düzeyini gösteren, sıfır (0) ile yüz (100) arasında tespit edilen değerdir” (SB, 2017: 22-23).

5.2. Hastane Performans Ölçümünde PATH Yöntemi

“PATH projesinin amacı hastanelerinin kendi performanslarını değerlendirirken, kendi çıktılarını sorgularken ve onları iyileştirme için faaliyete dönüştürürken destek olmaktır. Bu destek hastanelerin performans değerlendirme araçları sağlanarak ve katılımcı hastaneler arasında ağ ve destek sağlayarak elde edilmektedir.

PATH çerçevesinin gelişim süreci, literatür taraması, uluslararası uzmanlarla atölye çalışmaları ve 20 Avrupa ülkesinde yapılan araştırmaları içermektedir. Batı ve Orta Avrupa, Avustralya, Güney Afrika, Kuzey Amerika gibi 15 farklı ülkeden gelen 31 uzman, dünya genelinde gerçekleştirilen 4 çalıştayda hastane performansı alanında en değerli tecrübelerini paylaştılar.

Şekil 5.2’de görüldüğü gibi DSÖ’nün stratejik yönelimleri PATH kavramsal modelinin birbirleriyle ilişkili 6 boyutunun içerisine dahil edilmektedir. Bu boyutlar Klinik Etkinlik, Güvenlik, Hata Merkezlilik, Duyarlı Yönetim, Personel Oryantasyonu ve Verimlilik. İki yatay boyut (Güvenlik ve Hasta Merkezlilik) 4 dikey boyut (Klinik Etkinlik, Verimlilik, Çalışanlar ve Duyarlı Yönetim) ile kesişmektedir” (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013: 65-68).



Şekil 5.2. Hastane Performansı için Kavramsal PATH Modeli (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013: 68)

5.3. Hastane Veri Zarflama Analizi (VZA) ile Performans Ölçümü

“VZA olarak adlandırılan doğrusal programlamaya dayalı VZA yöntemi genellikle karmaşık girdi ve çıktıyla karakterize olunan üretim birimleri, bankalar veya hastaneler gibi bir grup çok sayıda birimin etkinliğini ölçmek için kullanılmaktadır. İstenilen çıktıların elde edilme sürecinde girdilerin hangi seviyeye kadar kullanıldığının belirlenmesinde etkinlik ve verimlilik analizleri çok önemli yönetim araçlarıdır” (Bal ve Bilge, 2013: 2).

5.4. Altı Sigma Yöntemi ile Hastane Performans Ölçümü

“Sigma, Yunan alfabesindeki bir harfin adıdır. Büyük harf sigma genellikle toplam simgesi olarak bilinir. Küçük harf olarak da sigma özellikle istatistikte ve istatistiksel süreç kontrolünde çok önemli bir ölçüt olan standart sapmanın simgesidir.

Altı Sigma, sıfır kusur stratejisinin ulaşılabilir bir hedef olarak yaşama geçirebilmesinde yararlanılan bir istatistiksel yönetim düzeneğidir.

Altı Sigma felsefesinde müşteri taleplerinin kusursuza yakın karşılanması hedeflenmektedir. Bu anlayış doğrultusunda, Altı Sigma kusurların her milyon faaliyette 3,4'e kadar indirilmesini hedefler” (www.sabittuncel.com).

5.5. SERVQUAL Yöntemi ile Hastane Hizmet Kalitesi Ölçümü

“Bu modele göre hizmet kalitesi, soyut bir kavram olup müşteri beklentisi ile hizmet performansının kıyaslanmasıdır. 1988 yılında Parasuman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilmiştir. Hizmet kalitesi müşteri odaklı ölçülür

Hizmet kalitesinin 5 ana unsuru vardır,

- Fiziksel özellikler
- Güvenirlilik
- Heveslilik
- Güven
- Empati” (Devebakan, 2006: 139).

5.6. İstatistiksel Kalite Kontrol

“II. Dünya Savaşında Japonya’da tüm sektörler zarar görmüştü. ABD işgal kuvvetleri Japonya’ya ayak bastıklarında, sık sık kesilen telefon hatlarının güvenli bir haberleşme aracı olmadığı gibi bir engelle karşılaştılar. Kullanılan malzeme kalitesizdi ve standart olmaktan uzaktı. ABD bunun üzerine kalite kontrol yöntemlerini kullanma talimatı verdi” (Isikawa, 1997: 19).

“İstatistiksel kalite kontrolünü Amerikalılardan öğrenen Japonya, daha sonra TKY ile birlikte, süreç iyileştirmede, ürün ve hizmetlerin kalitesinin iyileştirilmesinde kullanılmak üzere kullanımı kolay istatistikler geliştirmişlerdir. Bugün kalite kontrol adına, çeşitli istatistikî teknikler başarıyla kullanılmakta olup, bu teknikler ekonominin her alanına yayılmıştır” (Küçük, 2016: 160).

6. ACİL SERVİS VE YATAN HASTA SERVİSİNDE OLAN HASTALARIN BAZI FAKTÖRLERE GÖRE MEMNUNİYETLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

6.1. Araştırma Süreci

6.1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı sağlık sektöründe acil serviste ve yatan hasta servisi bölümünde hasta sağlığına etki eden faktörlerin hastalar açısından algılanma farklılıklarının incelenmesidir. Hastaların yaş, cinsiyet ve eğitim durumlarına göre acil servis ve yatan hasta servisi bölümüne yönelik algılarındaki farklılıklar tespit edilmesi amaçlanmıştır.

6.1.2. Araştırmada Kullanılan Materyal ve Yöntem

Araştırma hastane çalışanlarının memnuniyet algılarını inceleyebilmek adına hazırlanmıştır. Acil serviste 100 kişiye ve yatan hasta servisinde 100 kişiye anket uygulanıp SPSS istatistik programı ile anketler yorumlanmıştır. İlk aşamada frekans tabloları oluşturularak çalışanların yüzde değerleri elde edilmiştir. Araştırmaya katılan çalışanların memnuniyet algılarının hangi konuda daha yüksek olduğu belirlenmeye çalışılmış daha sonra da cinsiyet, yaş ve eğitim değişkenlerine bağlı olarak memnuniyet algısının değişkenlere bağlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir.

Öncelikle değişkenler arasında normallik olup olmadığı önemlidir. Bu çalışmada değişkenler normal dağıldığı gözlenmiştir. Daha sonra çıkan sonuçlar normal dağıldığı için yapılan test parametrik testlerden One Way Anova (Tek Yönlü Anova) kullanılmıştır. Tek yönlü Anovada bağımsız değişkenlerin ayrı ayrı etkileşimleri incelenir.

6.1.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Özel Balkan Hastanesi'nde olan acil serviste ve yatan hasta servisi bölümünde olan hastalar oluşturmaktadır. Toplamda anket acil servis ve yatan hasta servisinde 200 kişiye uygulanmıştır. Araştırma gerekli izin süreçleri sonrasında 15 Mayıs 2017 ile 1 Haziran 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

6.1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına alınan acil servis ve yatan bölümündeki hastaların bu tarihlerde bulunması esas alınmıştır. Hastalara, araştırmanın yapılma amacı anlatıldıktan sonra katılmak isteyenlere anket uygulanmıştır.

6.1.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formları demografik özelliklere ilişkin ve verilen hizmetlere yönelik sorulardan oluşmaktadır. Sorular 3'lü likert formundadır. Likert formunda 1 "hayır", 2 "biraz/kısmen", 3 "evet" şeklinde kodlanmıştır.

6.1.6. Veri Analizi

Veri Analizi SPSS 25.0 programında yapılmıştır. Veri analizinde betimleyici istatistiklerden frekans, yüzde, ortalama ve standart hata istatistiklerinden faydalanılmıştır. Değişkenler arasında ilişkinin olup olmadığını korelasyon ve regresyon yönteminden yararlanılmıştır. Ayrıca değişkenler arasındaki farklılığı tespit etmek için t testi, ANOVA ve MANOVA testi istatistiklerinden yararlanılmıştır.

6.2. Acil Servis Hasta Memnuniyetlerinin Ölçülmesi

6.2.1. Acil Servis Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Bu bölümde acil servisin hasta memnuniyeti sorularına faktör analizi yapılacak ve SPSS çıktıları yorumlanacaktır.

Tablo 6.1. Acil Servis KMO Barlett Test Sonucu

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Uygunluk Ölçüsü		,682
Bartlett's Küresellik Testi	Ki-kare	460,402
	Serbestlik Derecesi	45
	p	,000

Araştırmaya katılım sağlayan 100 kişilik örneklem grubunun 10 maddeye vermiş olduğu yanıtlara faktör analizi bakımından uygun olup olmadığının sınanması için KMO Barlett katsayısı analizi uygulanmıştır. Uygulanan analiz sonucunda Tablo 6.1'de görüldüğü gibi “Acil servis hasta memnuniyeti” ölçeğine ait olan maddelerin KMO katsayısının (0,682) yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşıldığı belirlenmiştir.

“KMO testi, faktör analizi yapılırken erişilen örneklemin büyüklüğünün değerlendirme yapmaya uygun olup olmadığını gösteren bir sınamadır. Eğer KMO değeri 0,5'den düşük olursa faktör analizi yapılması mümkün değildir, çünkü örneklem uygun değildir sonucu oluştuğu kabul edilir” (Çokluk ve diğ., 2012: 207).

Tablo 6.2. Acil Servis Özdeğer ve Varyans Açıklama Yüzdeleri

	Öz değer	Varyans yüzdesi	Toplam Varyans Yüzdesi
Faktör 1	4,368	43,681	43,681
Faktör 2	1,353	13,526	57,208
Faktör 3	1,061	10,613	67,820

Araştırma anketinde yer alan 10 madde için gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda acil servis hasta memnuniyeti ölçeğine ait toplam 3 faktör elde edilmiştir.

Tablo 6.2'deki faktörler toplam varyansın %67,820'sini açıklamaktadır.

Tablo 6. 3. Acil Servis Hasta Memnuniyeti Döndürme Sonrası Faktörler ve Madde Yük Değerleri

	Faktörler		
	1	2	3
soru3	,785		
soru2	,747		
soru1	,671		
soru9	,659		
soru7		,811	
soru5		,760	
soru10		,714	
soru6			,922
soru8			,551
soru4			,535

Yapılan analiz sonucunda Tablo 6.3'te görüldüğü gibi 3 faktör elde edilen maddelerden (soru1, soru2, soru3, soru9) birinci faktörde, (soru5, soru7, soru10) ikinci faktörde ve (soru4, soru6 ve soru8) üçüncü faktör altında toplandığı görülmüştür. Elde edilen 3 faktöre dağılan ifadelerin ortak yapılarına uygun isimlendirme gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada ilk faktöre “beklerken oluşan memnuniyet”, ikinci faktöre “ verilen hizmet memnuniyeti” ve üçüncü faktöre “personel memnuniyeti” demek uygundur.

Tablo 6. 4. Acil Servis Ölçeğe Ait Güvenilirlik Analizi

Ölçek Alt Boyutlar	Cronbach's Alpha	Madde
Beklerken Oluşan Memnuniyet	,778	4
Verilen Hizmet Memnuniyeti	,687	3
Personel Memnuniyeti	,631	3

Acil servis hasta memnuniyetini ölçmeye yönelik anket ifadelerine

güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda Tablo 6.4'te görüldüğü gibi birinci faktörde yer alan (1, 2, 3, 4) dört sorunun geçerlilik (Cronbach alfa katsayısı) değerinin 0,778 olduğu tespit edilmiştir. İkinci faktörde yer alan (5, 7, 10) üç ifadenin geçerlilik (Cronbach alfa katsayısı) değerinin 0,687 olduğu ve üçüncü faktörde yer alan (4, 6, 8) üç sorunun geçerlilik (Cronbach alfa katsayısı) değerinin 0,631 olduğu tespit edilmiştir. Acil servis hasta memnuniyeti ölçeğine ait faktör alt boyutlarının güvenilirliklerinin iyi olduğu görülmüştür.

6.2.2. Acil Servis Bölümündeki Bulgular ve Tartışma

Araştırmada yer alan demografik verilerden cinsiyet iki değişkenli olmasından ötürü t-testi uygulanmıştır. Yaş ve eğitim durumu iki den fazla değişkene sahip olduğu için gruplar arası farklılığı saptayabilmek adına Anova testi uygulanmıştır.

6.2.3. Acil Servis Bölümü Memnuniyet Hipotezleri

Hipotez 1

H₀: Katılımcıların memnuniyet algıları cinsiyetlerine göre farklılık göstermemektedir.

H₁: Katılımcıların memnuniyet algıları cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 2

H₀: Katılımcıların memnuniyet algıları yaşlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₁: Katılımcıların memnuniyet algıları yaşlarına göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 3

H₀: Katılımcıların memnuniyet algıları eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

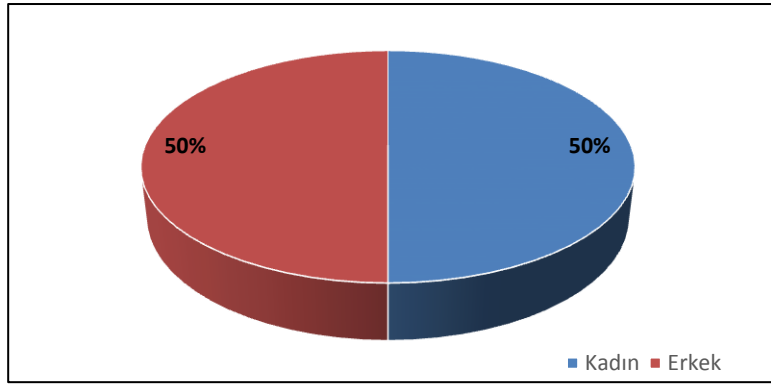
H₁: Katılımcıların memnuniyet algıları eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir.

6.2.4. Acil Servis Bölümündeki Hastaların Demografik Özellikleri

Tablo 6.5. Acil Servis Bölümündeki Katılımcıların Cinsiyetlerine İlişkin Frekans Dağılımları

Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Kadın	50	50,0
Erkek	50	50,0
Toplam	100	100,0

Tablo 6.5'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan acil servis hastalarının %50'si bayan %50'si erkeklerdir.

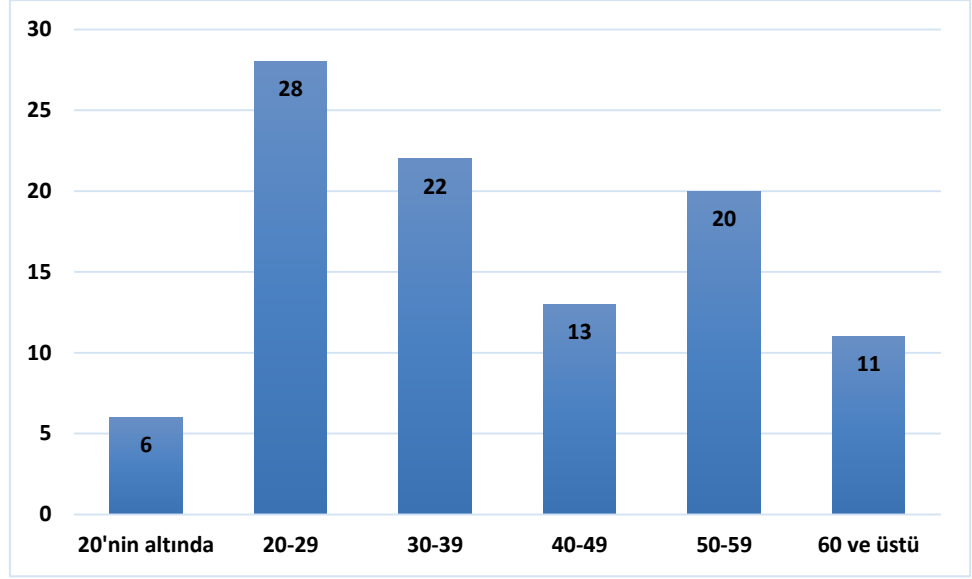


Şekil 6.1. Acil Serviste Katılımcıların Cinsiyetlerine İlişkin Frekans Dağılımları

Tablo 6.6. Acil Servis Bölümündeki Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Frekans Tablosu

Yaş	Frekans	Yüzde
20'nin altında	6	6,0
20-29	28	28,0
30-39	22	22,0
40-49	13	13,0
50-59	20	20,0
60 ve üstü	11	11,0
Toplam	100	100,0

Araştırmaya katılan hastaların yaş dağılımlarını incelediğimizde Tablo 6.6'da görüldüğü gibi %28'i 20-29 yaş aralığında, %22'si 30-39 yaş aralığında, %20'si 50-59 yaş aralığında, %13'ü 40-49, %11'i 60 yaş üstü ve %6'sı 20 yaş altındaki hasta kişilerdir.



Şekil 6.2. Acil Serviste Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Frekans Dağılımları

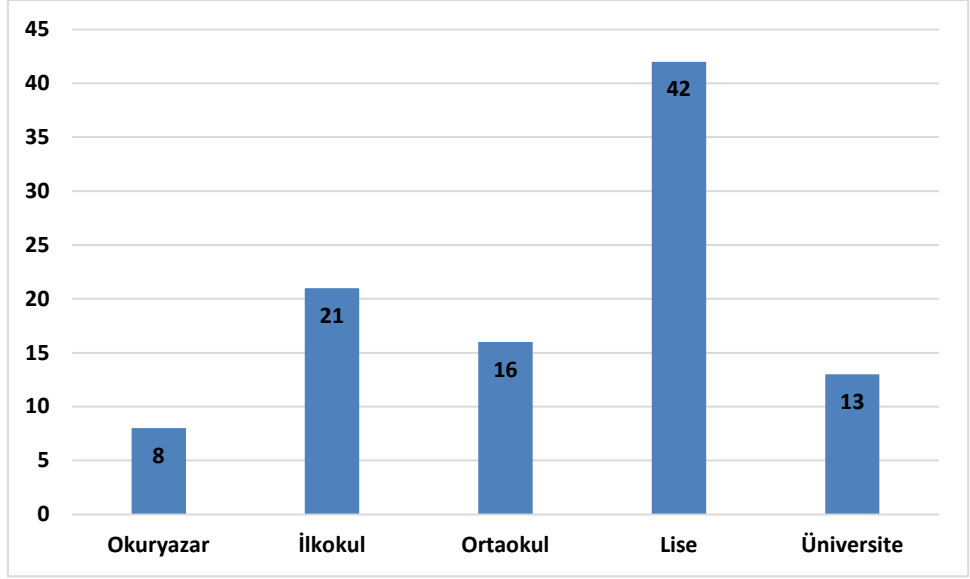
Şekil 6.2’de görüldüğü gibi 6 kişi 20’nin altında, 28 kişi 20-29 yaş aralığında, 22 kişi 30-39 yaş aralığında, 13 kişi 40-49 yaş aralığında, 20 kişi 50-59 yaş aralığında ve 11 kişi 60 ve üstüdür.

Tablo 6.7. Acil Servis Bölümündeki Katılımcıların Eğitim Durumlarına İlişkin Frekans Dağılımları

Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde
Okuryazar	8	8,0
İlkokul	21	21,0
Ortaokul	16	16,0
Lise	42	42,0
Üniversite	13	13,0
Toplam	100	100,0

Tablo 6.7’de görüldüğü gibi kişilerin eğitim durumları incelendiğinde %42’si lise, %21’i ilkokul, %16’sı ortaokul, %13’ü üniversite ve %8’i okuryazar durumundadır.

Şekil 6.3’te görüldüğü gibi 8 kişi okuryazar, 21 kişi ilkokul, 16 kişi ortaokul, 42 kişi lise ve 13 kişi üniversite mezunudur.



Şekil 6.3. Acil Serviste Katılımcıların Eğitim Durumlarına İlişkin Frekans Dağılımları

6.2.5. Acil Serviste Hasta Memnuniyetlerinin Cinsiyet, Yaş ve Eğitim Durumu ile Ölçülmesi

Tablo 6.8. Acil Servis Hasta Memnuniyet Anketine Ait Betimsel İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma
Hastanede bekleme süreleri hakkında bana bilgi verildi.	100	2,68	,665
Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti genel olarak iyiydi	100	2,62	,663
Bekleme salonları rahattı.	100	2,75	,539
Tüm personel bana karşı ilgiliydi.	100	2,87	,418
Acil servis çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi	100	2,94	,278
Beni muayene eden doktor hastalığım ile ilgili bana bilgi verdi.	100	2,93	,326
İhtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaştım.	100	2,91	,288
Acil servis genel olarak temizdi.	100	2,83	,428
Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.	100	2,83	,493
Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bana bilgi verildi.	100	2,79	,591

Tablo 6.8’de ve Şekil 6.4’de görüldüğü gibi acil servisteki hastaların memnuniyet algılarına ilişkin soruların ortalamalarını incelediğimizde söz konusu

durumlarda %100 memnun olan katılımcıya rastlanmamıştır. Kişilerin cevaplarını incelediğimizde en çok katılım düzeyine sahip algı “acil servis çalışanlarının kişilerin mahremiyetine özen göstermesidir” ikinci sıradaki algı “doktorların hastalıklar hakkında yeterli bilgi vermesi” olmuştur. Ortalama bakımından düşük olan algı ise danışma hizmetleri” dir.



Şekil 6.4. Acil Serviste Hasta Memnuniyeti Ortalamaları

Tablo 6.9. Acil Serviste Hastaların Memnuniyetlerinin Cinsiyetle İlişkisi

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
memnuniyet_acil	Equal variances assumed	26,926	,000	2,361	98	,020	,13000	,05505	,02075	,23925

	Equal variance s not assume d			2,36 1	67,29 9	,021	,13000	,05505	,0201 3	,2398 7
--	---	--	--	-----------	------------	------	--------	--------	------------	------------

Yapılan t testi istatistiği sonucu incelendiğinde;

T testi, araştırmaya katılan hastaların memnuniyet algılarının cinsiyetleri açısından bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yapılmıştır. Tablo 6.9’da ilk sıradaki Levene Testi’nin sonucunda $P=0,00<0,05$ olduğu için 2.sıradaki P değerine, varyanslar eşit olmadığı kısma bakılır. $0,021<0,05$ olduğu için analiz sonucunda istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark vardır. Hasta memnuniyeti cinsiyetlere farklılık göstermektedir. Bu durumda Hipotez 1’deki H_0 hipotezi reddedilmiştir.

Yapılan Anova testi istatistiği sonucu incelendiğinde ise;

Tablo 6.10. Acil Serviste Hastaların Memnuniyetlerinin Yaş Değişkeni ile İlişkisi

	Kareler Toplamı	Ser. Derecesi	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	,696	5	,139	1,424	,223
Grup içi	9,191	94	,098		
Toplam	9,888	99			

Yapılan Tek Yönlü Anova test sonucu incelendiğinde;

Tablo 6.10’da görüldüğü gibi hastaların yaşlarına göre memnuniyet ($p=0.223$) puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durumda Hipotez 2’deki H_0 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 6.11. Acil Serviste Hastaların Memnuniyetlerinin Eğitim Durumları ile İlişkisi

	Kareler Toplamı	Ser. Derecesi	Kareler Ortalaması	F	Sig.
Gruplar arası	,464	4	,139	1,491	,211
Grup içi	7,384	95	,098		
Toplam	7,847	99			

Yapılan Tek Yönlü Anova test sonucuna göre;

Tablo 6.11 incelendiğinde katılımcıların eğitim durumlarına göre memnuniyet durumları incelendiğinde ($p=0,211$) puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durumda Hipotez 3’teki H_0

hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 6.12. Acil Servis Hasta Memnuniyet Anketine Ait Frekans Tablosu

Acil Servis Hasta Memnuniyeti		Frekans	Yüzde
Hastanede bekleme süreleri hakkında bana bilgi verildi.	Evet	79	79
	Biraz/Kismen	10	10
	Hayır	11	11
Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti genel olarak iyiydi.	Evet	72	72
	Biraz/Kismen	18	18
	Hayır	10	10
Bekleme salonları rahattı.	Evet	80	80
	Biraz/Kismen	15	15
	Hayır	5	5
Tüm personel bana karşı ilgiliydi.	Evet	90	90
	Biraz/Kismen	7	7
	Hayır	3	3
Acil servis çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	Evet	95	95
	Biraz/Kismen	4	4
	Hayır	1	1
Beni muayene eden doktor hastalığım ile ilgili bana bilgi verdi.	Evet	95	95
	Biraz/Kismen	3	3
	Hayır	2	2
İhtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaştım.	Biraz/Kismen	9	9
	Evet	91	91
Acil servis genel olarak temizdi.	Evet	85	85
	Biraz/Kismen	13	13
	Hayır	2	2
Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.	Evet	88	88
	Biraz/Kismen	7	7
	Hayır	5	5
Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili	Evet	88	88

bana bilgi verildi.	Biraz/Kismen	3	3
	Hayır	9	9

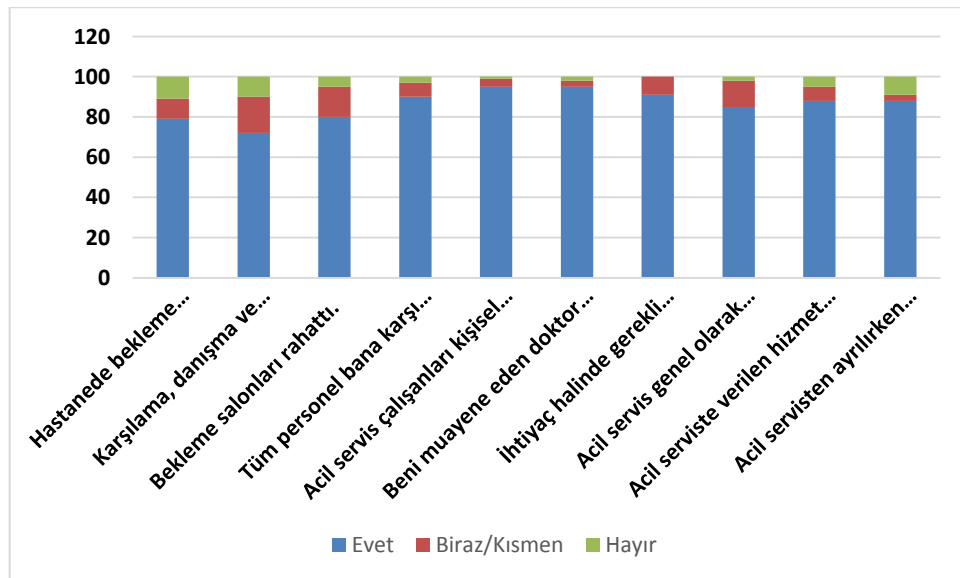
Tablo 6.12 ve Şekil 6.5 incelendiğinde acil servis hastalarının memnuniyet algıları incelendiğinde genel olarak hastaların memnuniyet durumlarının %100 olumlu olmadığı görülmektedir.

Hastaların en çok algılarının düştüğü nokta karşılama ve danışma hizmetlerinin yetersiz olmasıdır. Katılımcıların %18'i kısmen iyi derken, %10'u danışma hizmetlerinin iyi olmadığını belirtmiştir.

Memnuniyet algılarının düştüğü diğer durumlar ise;

- ✓ Hastanede bekleme süreleri hakkında bana bilgi verilmesi (%11'i bilgi verilmedi, %10'u kısmen bilgi verildi cevabını vermiştir)
- ✓ Bekleme salonlarının rahatlığı (%5'i hiç rahat değildi, %15'i kısmen rahattı cevabını vermiştir)
- ✓ Acil servisin temizliği (%2'si temiz olmadığı, %13'ü kısmen temiz cevabını vermiştir)
- ✓ Acil serviste verilen hizmet (%5'i verilen hizmet iyi değildi, %7'si verilen hizmetin kısmen iyi olduğu cevabını vermiştir)

Genel tabloya baktığımızda katılımcıların çoğu memnun olduklarını belirtse de hastanenin acil servis bölümünde bazı eksikliklerinin olduğu diğer katılımcıların düşük memnuniyetleri sayesinde görülmektedir.



Şekil 6.5. Acil Servis Hasta Memnuniyetine İlişkin Frekans Dağılımları

6.2.6. Acil Servis Bölümünün Değişkenleri Arasındaki İlişki

Hipotez 1

H₀: Katılımcıların memnuniyet değişkeni ile cinsiyet değişkeni arasında ilişki yoktur.

H₁: Katılımcıların memnuniyet değişkeni ile cinsiyet değişkeni arasında ilişki vardır.

Hipotez 2

H₀: Katılımcıların memnuniyet değişkeni ile yaş değişkeni arasında ilişki yoktur.

H₁: Katılımcıların memnuniyet değişkeni ile yaş değişkeni arasında ilişki vardır.

Hipotez 3

H₀: Katılımcıların memnuniyet algıları eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₁: Katılımcıların memnuniyet algıları eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 4

H₀: Cinsiyet değişkeni ile yaş değişkeni arasında ilişki yoktur.

H₁: Cinsiyet değişkeni ile yaş değişkeni arasında ilişki vardır.

Hipotez 5

H₀: Cinsiyet değişkeni ile eğitim durumu değişkeni arasında ilişki yoktur.

H₁: Cinsiyet değişkeni ile eğitim durumu değişkeni arasında ilişki vardır.

Hipotez 6

H₀: Yaş değişkeni ile eğitim durumu değişkeni arasında ilişki yoktur.

H₁: Yaş değişkeni ile eğitim durumu değişkeni arasında ilişki vardır.

Tablo 6.13. Acil Servis Bölümünün Değişkenleri Arasındaki İlişki

		memnuniyet	cinsiyet	yas	egitim_durumu
memnuniyet	Pearson Correlation	1	-,232*	-,039	,196
	Sig. (2-tailed)		,020	,700	,050
	N	100	100	100	100
cinsiyet	Pearson Correlation	-,232*	1	,174	-,094
	Sig. (2-tailed)	,020		,083	,353
	N	100	100	100	100
yas	Pearson Correlation	-,039	,174	1	-,562**
	Sig. (2-tailed)	,700	,083		,000
	N	100	100	100	100

egitim_durumu	Pearson Correlation	,196	-,094	-,562**	1
	Sig. (2-tailed)	,050	,353	,000	
	N	100	100	100	100

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tablo 6.13 incelendiğinde hasta memnuniyetleri değişkeni ile cinsiyet değişkeni arasında negatif ve 0,232 kuvvetinde bir ilişki olduğu görülür. Korelasyon katsayısının 0,05 düzeyinde anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. (Hipotez 1'deki H_0 red edilmiştir)

Hasta memnuniyetleri değişkeni ile yaş değişkeni arasında negatif ve 0,039 kuvvetinde bir ilişki olduğu görülür. $0,7 > 0,05$ olduğu için değişkenlerin aralarında anlamlı ilişki yoktur. (Hipotez 2'deki H_0 kabul edilmiştir)

Hasta memnuniyetleri değişkeni ile eğitim durumu değişkeni arasında pozitif ve 0,196 kuvvetinde bir ilişki olduğu görülür. $P > 0,05$ 'e eşit olduğu için değişkenlerin aralarında anlamlı ilişki yoktur. (Hipotez 3'deki H_0 kabul edilmiştir)

Cinsiyet değişkeni ile yaş değişkeni arasında pozitif ve 0,174 kuvvetinde bir ilişki olduğu görülür. $0,083 > 0,05$ olduğu için değişkenlerin aralarında anlamlı ilişki yoktur. (Hipotez 4'deki H_0 kabul edilmiştir)

Cinsiyet değişkeni ile eğitim durumu değişkeni arasında negatif ve 0,094 kuvvetinde bir ilişki olduğu görülür. $0,353 > 0,05$ olduğu için değişkenlerin aralarında anlamlı bir ilişki yoktur. (Hipotez 5'teki H_0 kabul edilmiştir)

Yaş değişkeni ile eğitim durumu değişkeni arasında negatif ve 0,562 kuvvetinde bir ilişki olduğu görülür. Korelasyon katsayısının 0,01 düzeyinde anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. (Hipotez 6'daki H_0 reddedilmiştir.)

6.2.7. Acil Servis Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Değişkenler ile Açıklanması

Tablo 6.14. Acil Servis Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Regresyon Analizi ile Açıklanması

REGRESSION			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	egitim_durumu?, cinsiyet?, yas? ^b	.	Enter
a. Dependent Variable: memnuniyet			
b. All requested variables entered.			

Tablo 6.15. Acil Servis Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Eğitim, Cinsiyet ve Yaş Değişkenleri ile Açıklanması

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,314 ^a	,099	,071	,27143
a. Predictors: (Constant), egitim_durumu?, cinsiyet?, yas?				

Tablo 6.14 ve Tablo 6.15 incelendiğinde kurulan regresyon modelinin açıklama gücü 0,099 olup bu da hasta memnuniyetleri değişkenindeki varyasyonun %9,9'ünü eğitim, cinsiyet ve yaş değişkenleri ile açıklayabildiğini göstermektedir. Bu değişkenler arasındaki korelasyon kat sayısının aykırı değerler atıldıktan sonra 0,314 olduğu görülür.

Tablo 6.16. Acil Servis Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Değişkenleri Arasındaki İlişki

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,775	3	,258	3,506	,018 ^b
	Residual	7,073	96	,074		
	Total	7,848	99			
a. Dependent Variable: memnuniyet						
b. Predictors: (Constant), egitim_durumu?, cinsiyet?, yas?						

H₀: Hasta memnuniyetlerinin değişkeni ile cinsiyet, yaş ve eğitim durumu değişkenlerinin arasında ilişki yoktur.

Tablo 6.16'da görülen Sig değeri 0,018<0,05 olduğu için H₀ hipotezi red

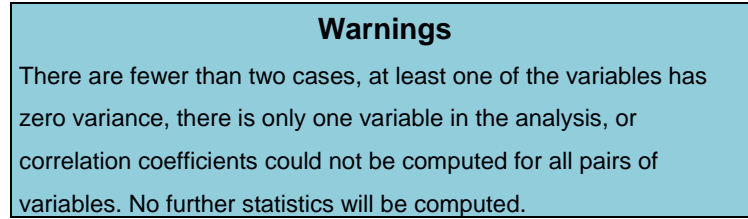
edilmiştir. Hasta memnuniyetlerinin değişkeni ile cinsiyet, yaş ve eğitim durumu değişkenlerinin arasında ilişki vardır.

6.3. Yatan Hasta Servisi Bölümünün Hasta Memnuniyetlerinin Ölçülmesi

6.3.1. Yatan Hasta Servisi Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Bu bölümde yatan hasta servisinin hasta memnuniyeti sorularına faktör analizi yapılacak ve SPSS çıktıları yorumlanacaktır.

“Faktör analizi yapabilmenin ön şartı değişkenler arasında belli bir oranda korelasyon, ilişki bulunmasıdır. Bartlett küresellik testi bize değişkenler arasında yeterli oranda ilişki olup olmadığını gösterir” (Durmuş ve diğ., 2011: 79). Şekil 6.6’da görüldüğü gibi yatan hasta servisinde, yapılan bu çalışmada bazı değişkenlerin aralarında kısmi korelasyon olmadığı için yatan hasta servisinde faktör analizi yapılamamaktadır.

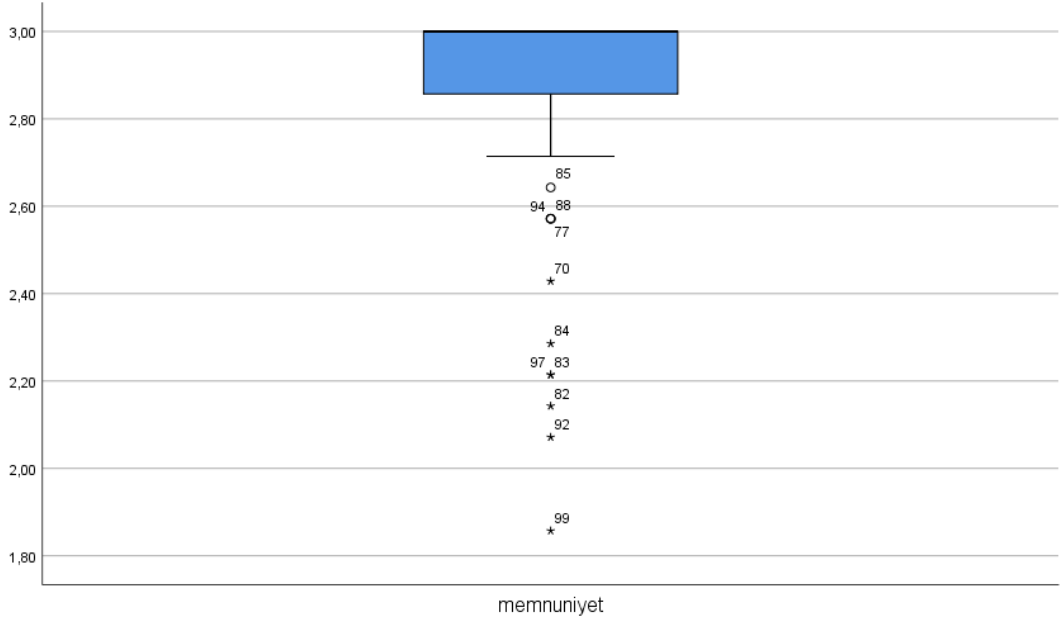


Şekil 6.6. Yatan Hasta Servisinde Faktör Analizinin Uygulanamayışı

Tablo 6.17. Yatan Hasta Servisindeki Hasta Memnuniyetlerinin Yüzdeleri

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
memnuniyet	100	97,1%	3	2,9%	103	100,0%

Tablo 6.17’de görüldüğü gibi yatan hasta servisindeki memnuniyet yüzdesi; 100 kişiden 97 kişinin memnun olduğu görülmektedir.



Şekil 6.7. Yatan Hasta Servisinde Hasta Memnuniyetlerinin Aykırı Değerleri

Araştırmalarda veri toplanması veya bilgisayara girilmesi aşamasında hatalar olabilir. Yatan hasta servisindeki verileri incelediğimizde SPSS’te Boxplot kısmını işaretleyerek aykırı değerleri bulabiliriz. Şekil 6.7’de görüldüğü gibi yatan hasta servisinde yapılan hasta memnuniyeti sorularında aykırı değerler olduğu görülmektedir. Bu sorular (85, 94, 88, 77, ...99) çıktıktan sonra yapılan bu anket daha çok normalliğe yaklaşacaktır.

6.3.2. Yatan Hasta Servisindeki Bulgular ve Tartışma

Araştırmada yer alan demografik verilerden cinsiyet iki değişkenli olmasından ötürü t-testi uygulanmıştır. Yaş ve eğitim durumu iki den fazla değişkene sahip olduğu için gruplar arası farklılığı saptayabilmek adına Anova testi uygulanmıştır.

6.3.3. Yatan Hasta Servisi Bölümü Memnuniyet Hipotezleri

Hipotez 1

H_0 : Katılımcıların memnuniyet algıları cinsiyetlerine göre farklılık göstermemektedir.

H_1 : Katılımcıların memnuniyet algıları cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 2

H_0 : Katılımcıların memnuniyet algıları yaşlarına göre farklılık göstermemektedir.

H_1 : Katılımcıların memnuniyet algıları yaşlarına göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 3

H₀: Katılımcıların memnuniyet algıları eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

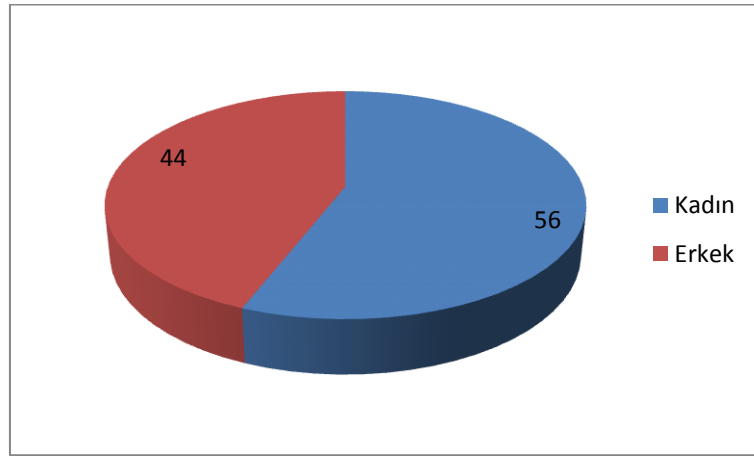
H₁: Katılımcıların memnuniyet algıları eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir.

6.3.4. Yatan Hasta Servisi Bölümündeki Hastaların Demografik Özellikleri

Tablo 6.18. Yatan Hasta Servisindeki Hastaların Cinsiyetlerine İlişkin Frekans Dağılımları

Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Kadın	56	56,0
Erkek	44	44,0
Toplam	100	100,0

Tablo 6.18’de ve Şekil 6.8’de görüldüğü gibi katılımcıların %56’sı bayan, %44’ü erkek hastalardan oluşmaktadır.

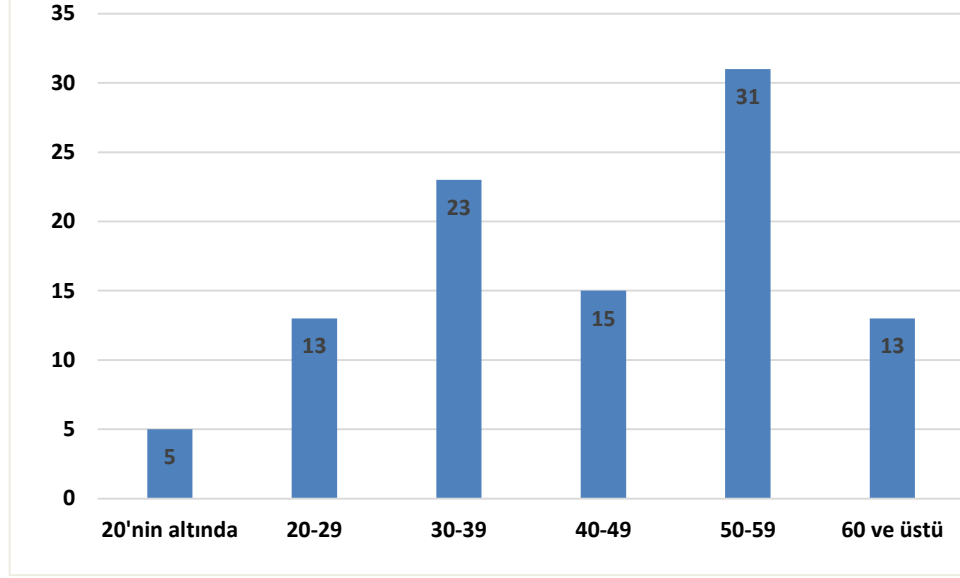


Şekil 6.8. Yatan Hasta Servisinde Cinsiyetlere İlişkin Frekans Dağılımları

Tablo 6.19. Yatan Hasta Servisindeki Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Frekans Dağılımları

Yaş	Frekans	Yüzde
20'nin altında	5	5,0
20-29	13	13,0
30-39	23	23,0
40-49	15	15,0
50-59	31	31,0
60 ve üstü	13	13,0

Tablo 6.19 ve Şekil 6.9'daki gibi hastaların yaş dağılımlarını incelediğimizde çoğunluğun; %31 ile 50-59 yaş aralığındaki kişilerdir. %23'ü 30-39 yaş, %15'i 40-49 yaş, %13'ü 60 yaş üstü, %13'ü 20-29 yaş ve %5'i 20 yaş altındaki hastalardan oluşmaktadır.

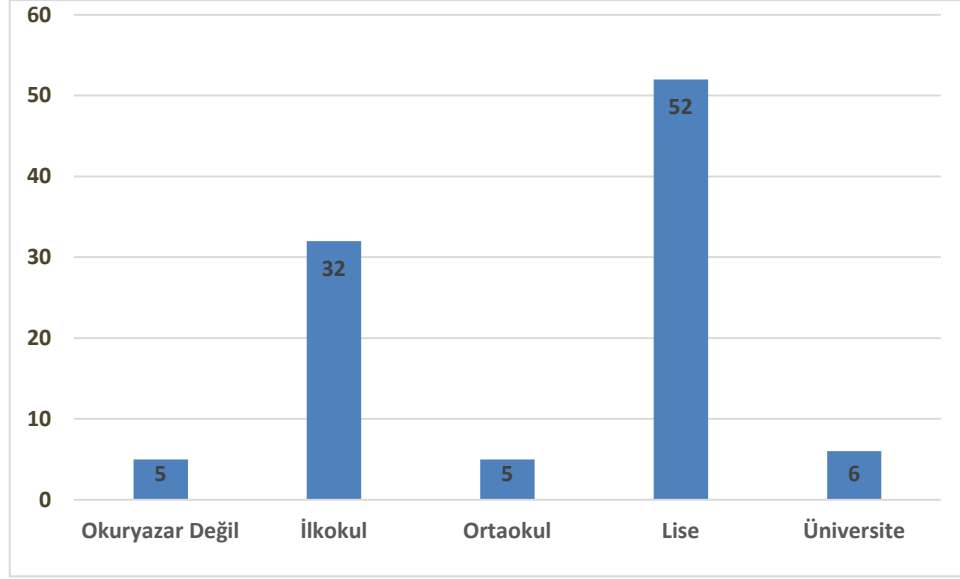


Şekil 6.9. Yatan Hasta Servisindeki Katılımcıların Yaşlarına İlişkin Frekansları

Tablo 6.20. Yatan Hasta Servisindeki Katılımcıların Eğitim Durumuna İlişkin Frekansları

Eğitim Durumu	Frekans	Yüzde
Okuryazar Değil	5	5,0
İlkokul	32	32,0
Ortaokul	5	5,0
Lise	52	52,0
Üniversite	6	6,0
Toplam	100	100,0

Tablo 6.20 ve Şekil 6.10 incelendiğinde araştırmaya katılan kişilerin eğitim durumları %52'si lise, %32'si ilkökul, %6'sı üniversite, %5'i ortaokul ve %3'ü okuryazar olmadığını belirtmişlerdir.



Şekil 6.10. Yatan Hasta Servisindeki Katılımcıların Eğitim Durumlarına İlişkin Frekansları

6.3.5. Yatan Hasta Servisi Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Cinsiyet, Yaş ve Eğitim Durumu ile Ölçülmesi

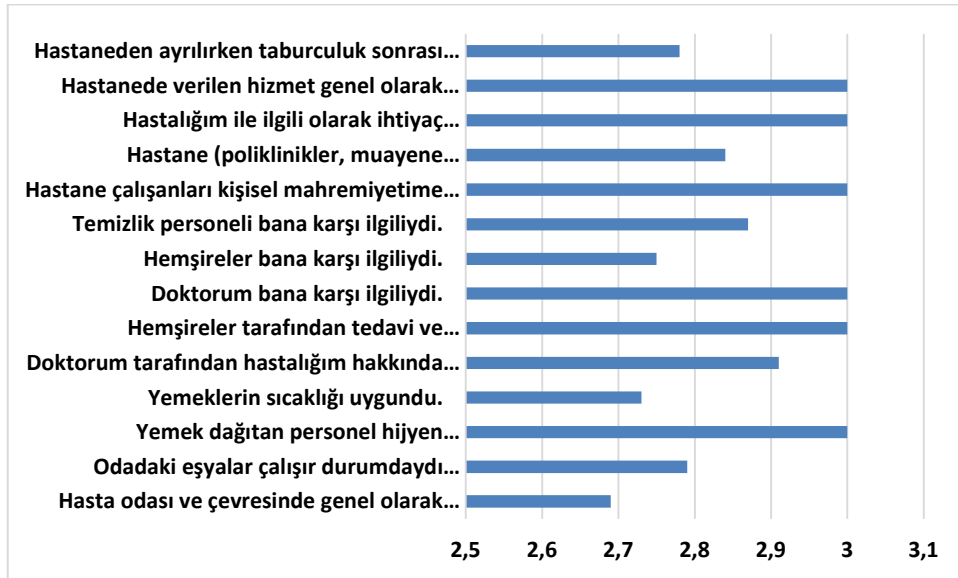
Tablo 6.21. Yatan Hasta Memnuniyet Anketine Ait Betimsel İstatistikler

	N	Ortalama	Std. Sapma
Hasta odası ve çevresinde genel olarak sessiz ve sakin bir ortam sağlanmıştı.	100	2,69	,662
Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı (televizyon, hemşire çağrı zili,lamba,yatak v.b.)	100	2,79	,556
Yemek dağıtan personel hijyen kurallarına uygun davrandı (bone,eldiven, maske gibi koruyucu ekipman kullandı) .	100	3,00	,000
Yemeklerin sıcaklığı uygundu.	100	2,73	,649
Doktorum tarafından hastalığım hakkında bana bilgi verildi	100	2,91	,404
Hemşireler tarafından tedavi ve bakımıyla ilgili bana bilgi verildi.	100	3,00	,000
Doktorum bana karşı ilgiliydi.	100	3,00	,000
Hemşireler bana karşı ilgiliydi.	100	2,75	,592
Temizlik personeli bana karşı ilgiliydi.	100	2,87	,442
Hastane çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi)özen gösterdi.	100	3,00	,000
Hastane (poliklinikler, muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temizdi.	100	2,84	,526

Hastalığım ile ilgili olarak ihtiyaç duyduğum durumlarda doktoruma ulaşabildim.	100	3,00	,000
Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.	100	3,00	,000
Hastaneden ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bana bilgi verildi.	100	2,78	,629

Tablo 6.21’de ve Şekil 6.11’de ortalamaları incelediğimizde araştırmaya katılan hastaların tamamı “Yemek dağıtan personel hijyen kurallarına uygun davrandı”, “Hemşireler tarafından tedavi ve bakımım ile ilgili bana bilgi verildi”, “Doktorum bana karşı ilgiliydi”, “Hastane çalışanları kişisel mahremiyetime özen gösterdi”, “Hastalığım ile ilgili olarak ihtiyaç duyduğum durumlarda doktoruma ulaşabildim” ve “Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi” sorularına evet cevabını vermişlerdir.

Yatan hastaların rahatsızlık duyduğu konuların başında oda ve çevresinde ses olması, yemeklerin sıcak olmaması, hemşirelerin ilgisizliği, hastane çıkışında taburculuk işlemleri hakkında tam bilgi verilmemesi, odada bulunan bazı eşyaların bozuk olması, tuvaletlerin temiz olmaması ve doktorun hastalık süreci hakkında detaylı bilgi vermemesidir.



Şekil 6.11. Yatan Hasta Servisi Bölümünde Hasta Memnuniyet Ortalamaları

Tablo 6.22. Yatan Hasta Servisindeki Hastaların Memnuniyetlerinin Cinsiyetle İlişkisi

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma
Memnuniyet	Kadın	56	2,9273	,16930
	Erkek	44	2,8263	,26832

Araştırmaya katılan hastaların memnuniyet algılarının cinsiyetleri açısından bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan t testi sonucunda istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark vardır. Tablo 6.22’de görüldüğü gibi kadın hastaların memnuniyet dereceleri erkeklere oranla daha yüksektir.

Tablo 6.23. Yatan Hasta Servisindeki Hasta Memnuniyetlerinin Cinsiyetle İlişkisinin T Testine Göre Ölçülmesi

Independent Sample T Testi										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
Memnuniyet yatan	Equal variances assumed	11,134	0,001	2,517	98	0,013	0,11074	0,04399	0,02344	0,19803
	Equal variances not assumed			2,389	68,842	0,020	0,11074	0,04635	0,01827	0,20320

Tablo 6.23’teki Levene Testi sonucunda $0,001 < 0,05$ olduğu için 2.satırdaki P değeri, varyanslar eşit olmadığı kısım seçilir. Daha sonra $0,020 < 0,05$ olduğu için Hipotez 1’deki H_0 hipotezi reddedilmiştir. Yatan servisindeki hastaların memnuniyetleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

Tablo 6.24. Yatan Hasta Servisindeki Hastaların Memnuniyetlerinin Yaş Değişkeni ile İlişkisi

	N	Ortalama	Std. Sapma	F p
20'nin altında	5	2,8857	,18626	,487 ,785
20-29	13	2,8571	,31135	
30-39	23	2,9317	,10435	
40-49	15	2,8190	,27514	
50-59	31	2,8871	,22037	
60 ve üstü	13	2,8846	,22120	
Toplam	100	2,8829	,21952	

Araştırmaya katılan hastaların yaş değişkeni açısından memnuniyet düzeyleri incelendiğinde;

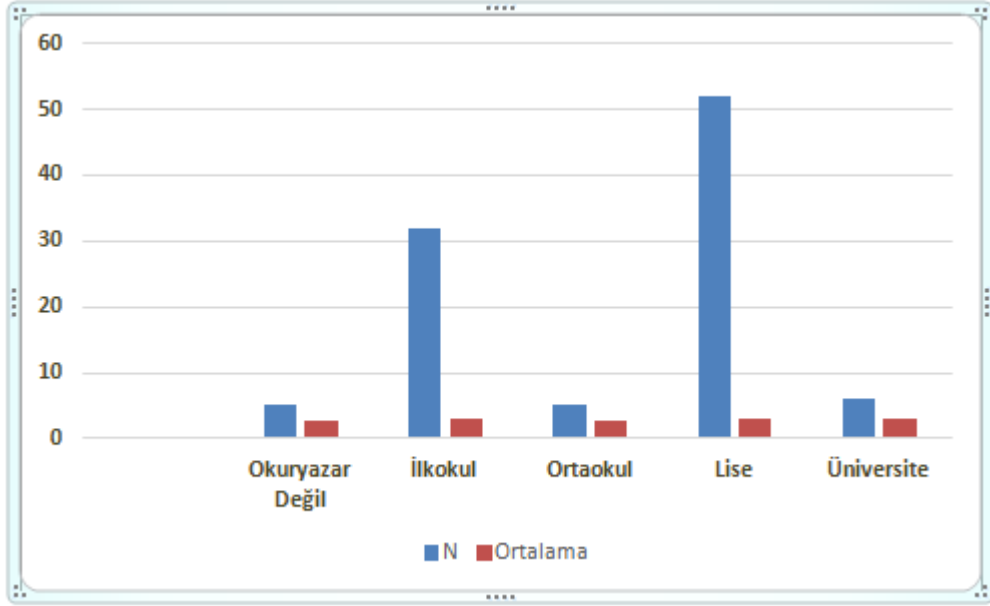
Tablo 6.24'teki Anova testini ve betimsel istatistikleri aynı tabloda incelediğimizde yatan hastaların yaş grupları arasında memnuniyet puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu durumda Hipotez 2'deki H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Yatan bölümündeki hastaların memnuniyetlerinin yaş değişkenine göre farklılık göstermemektedir. Betimsel istatistikler sonucunda en yüksek memnuniyet ortalaması 30-39 yaş arası olarak gözükmemektedir.

Tablo 6.25. Hastaların Memnuniyetlerinin Eğitim Durumları ile İlişkisi

	N	Ortalama	Std. Sapma	F p
Okuryazar Değil	5	2,7714	,12778	,954 ,437
İlkokul	32	2,9063	,22253	
Ortaokul	5	2,8000	,36909	
Lise	52	2,8750	,21862	
Üniversite	6	2,9881	,02916	
Toplam	100	2,8829	,21952	

Anova testini ve betimsel istatistikleri aynı tabloda incelediğimizde;

Tablo 6.25'te yatan hastaların eğitim durumlarına göre memnuniyet durumları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu durumda H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Betimsel istatistikler sonucunda ise; memnuniyet ortalaması en yüksek (2,9) ilköğretim düzeyinde olan kişilerdir.



Şekil 6.12. Yatan Hasta Bölümünde Hasta Memnuniyetlerinin Eğitim Durumları ile İlişkisi

Şekil 6.12’de görüldüğü gibi okuryazar olmayan kişilerin memnuniyet ortalaması en düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 6.26. Yatan Servisinde Hasta Memnuniyet Anketine Ait Frekans Tablosu

		Frekans	Yüzde
Hasta odası ve çevresinde genel olarak sessiz ve sakin bir ortam sağlanmıştı.	Hayır	11	11,0
	Biraz/Kısmen	9	9,0
	Evet	80	80,0
	Toplam	100	100,0
Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı (televizyon, hemşire çağrı zili, lamba, yatak v.b.)	Hayır	7	7,0
	Biraz/Kısmen	7	7,0
	Evet	86	86,0
	Toplam	100	100,0
Yemek dağıtan personel hijyen kurallarına uygun davrandı (bone, eldiven, maske gibi koruyucu ekipman kullandı)	Evet	100	100,0
Yemeklerin sıcaklığı uygundu.	Hayır	11	11,0
	Biraz/Kısmen	5	5,0
	Evet	84	84,0
	Toplam	100	100,0
Doktorum tarafından hastalığım hakkında bana bilgi verildi	Hayır	4	4,0
	Biraz/Kısmen	1	1,0
	Evet	95	95,0
	Toplam	100	100,0

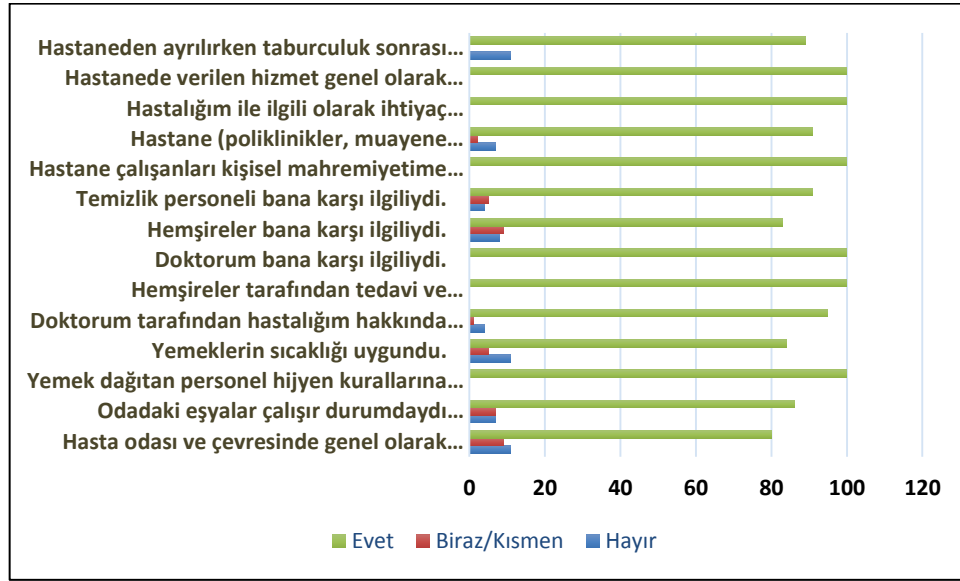
Hemşireler tarafından tedavi ve bakımla ilgili bana bilgi verildi.	Evet	100	100,0
Doktorum bana karşı ilgiliydi.	Evet	100	100,0
Hemşireler bana karşı ilgiliydi.	Hayır	8	8,0
	Biraz/Kısmen	9	9,0
	Evet	83	83,0
	Toplam	100	100,0
Temizlik personeli bana karşı ilgiliydi.	Hayır	4	4,0
	Biraz/Kısmen	5	5,0
	Evet	91	91,0
	Toplam	100	100,0
Hastane çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi)özen gösterdi.	Evet	100	100,0
Hastane (poliklinikler, muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temizdi.	Hayır	7	7,0
	Biraz/Kısmen	2	2,0
	Evet	91	91,0
	Toplam	100	100,0
Hastalığım ile ilgili olarak ihtiyaç duyduğum durumlarda doktoruma ulaşabildim.	Evet	100	100,0
Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.	Evet	100	100,0
Hastaneden ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bana bilgi verildi.	Hayır	11	11,0
	Evet	89	89,0
	Toplam	100	100,0

Tablo 6.26’da ve Şekil 6.13’te yatan hastaların memnuniyet algılarını incelediğimizde genel olarak hastaların memnuniyet durumlarının %100 olumlu olduğu durumlar;

- ✓ Hemşireler tarafından tedavi ve bakımla ilgili bilgi verilmesi
- ✓ Doktoru ilgili olması
- ✓ Hastane çalışanlarının kişisel mahremiyete özen göstermesi
- ✓ Hastalıkla ilgili olarak ihtiyaç duyulduğu durumlarda doktora ulaşılabilmesi
- ✓ Hastanede verilen hizmetin genel olarak iyi olması
- ✓ Yemek dağıtan personelin hijyen kurallarına uygun davranması tüm katılımcılar tarafından memnun olunan durumlar arasındadır.

Yatan hastaların rahatsızlık duyduğu söz konusu durumlar;

- ✓ Oda ve çevresinde ses olması,
- ✓ Yemeklerin sıcak olmaması,
- ✓ Hemşirelerin ilgisizliği,
- ✓ Hastane çıkışında taburculuk işlemleri hakkında tam bilgi verilmemesi,
- ✓ Odada bulunan bazı eşyaların bozuk olması,
- ✓ Tuvaletlerin temiz olmaması,
- ✓ Doktorun hastalık süreci hakkında detaylı bilgi vermemesidir.



Şekil 6.13. Yatan Hasta Servisi Memnuniyetine İlişkin Frekanslar

6.3.6. Yatan Hasta Servisi Bölümünün Değişkenleri Arasındaki İlişki

Hipotez 1

H₀: Katılımcıların memnuniyet değişkeni ile cinsiyet değişkeni arasında ilişki yoktur.

H₁: Katılımcıların memnuniyet değişkeni ile cinsiyet değişkeni arasında ilişki vardır.

Hipotez 2

H₀: Katılımcıların memnuniyet değişkeni ile yaş değişkeni arasında ilişki yoktur.

H₁: Katılımcıların memnuniyet değişkeni ile yaş değişkeni arasında ilişki vardır.

Hipotez 3

H₀: Katılımcıların memnuniyet algıları eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

H₁: Katılımcıların memnuniyet algıları eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir.

Hipotez 4

H₀: Cinsiyet değişkeni ile yaşı değişkeni arasında ilişki yoktur.

H₁: Cinsiyet değişkeni ile yaşı değişkeni arasında ilişki vardır.

Hipotez 5

H₀: Cinsiyet değişkeni ile eğitim durumu değişkeni arasında ilişki yoktur.

H₁: Cinsiyet değişkeni ile eğitim durumu değişkeni arasında ilişki vardır.

Hipotez 6

H₀: Yaşı değişkeni ile eğitim durumu değişkeni arasında ilişki yoktur.

H₁: Yaşı değişkeni ile eğitim durumu değişkeni arasında ilişki vardır.

“Faktör analizini yapabilmeyin ön şartı değişkenler arasında belli bir oranda korelasyon, ilişki bulunmasıdır” (Durmuş ve diğ., 2011: 79).

Ayrıca “KMO Değeri 0,50'nin altında olduğu zaman faktör analizi yapılamamaktadır” (Durmuş ve diğ., 2011: 80).

Yatan hasta servisindeki değişkenler arasında korelasyon olmadığı ve KMO Değeri 0,50'nin altında olduğu için hasta memnuniyet sorularına faktör analizi uygulanamamaktadır.

Correlations											
		Hasta odası ve çevresinde genel olarak sessiz ve sakin bir ortam sağlanmıştı.	Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı (televizyon, hemşire çağrı zili, lamba, yatak v.b.)	Yemek dağıtan personel hijyen kurallarına uygun davrandı (bone, eldiven, maske gibi koruyucu ekipman kullandı).	Yemeklerin sıcaklığı uygundu.	Doktorum tarafından hastalığım bana bilgi verildi.	Hemşireler tarafından tedavi ve bakımım ile ilgili bana bilgi verildi.	Doktorum bana karşı ilgiliydi.	Hemşireler bana karşı ilgiliydi.	Temizlik personeli bana karşı ilgiliydi.	Hastane çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.
Hasta odası ve çevresinde genel olarak sessiz ve sakin bir ortam sağlanmıştı.	Pearson Correlation	1	,206*	. ^b	,273**	,423**	. ^b	-.047	,418**	,068	
	Sig. (2-tailed)		,040	. ^b	,006	,000	. ^b	,640	,000	,501	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	10
Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı (televizyon, hemşire çağrı zili, lamba, yatak v.b.)	Pearson Correlation	,206*	1	. ^b	,457**	,409**	. ^b	-.038	,575**	,135	
	Sig. (2-tailed)	,040		. ^b	,000	,000	. ^b	,706	,000	,182	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	10
Yemek dağıtan personel hijyen kurallarına uygun davrandı (bone, eldiven, maske gibi koruyucu ekipman kullandı).	Pearson Correlation	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	
	Sig. (2-tailed)	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	10
Yemeklerin sıcaklığı uygundu.	Pearson Correlation	,273**	,457**	. ^b	1	,445**	. ^b	-.042	,689**	,264**	
	Sig. (2-tailed)	,006	,000	. ^b		,000	. ^b	,678	,000	,008	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	10
Doktorum tarafından hastalığım hakkında bana bilgi verildi.	Pearson Correlation	,423**	,409**	. ^b	,445**	1	. ^b	-.022	,580**	,160	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	. ^b	,000		. ^b	,824	,000	,112	
Hemşireler tarafından tedavi ve bakımım ile ilgili bana bilgi verildi.	Pearson Correlation	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	
	Sig. (2-tailed)	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Doktorum bana karşı ilgiliydi.	Pearson Correlation	-.047	-.038	. ^b	-.042	-.022	. ^b	1	-.043	,199*	. ^b
	Sig. (2-tailed)	,640	,706	. ^b	,678	,824	. ^b		,674	,047	. ^b
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Hemşireler bana karşı ilgiliydi.	Pearson Correlation	,418**	,575**	. ^b	,689**	,580**	. ^b	-.043	1	,106	. ^b
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	. ^b	,000	,000	. ^b	,674		,293	. ^b
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Temizlik personeli bana karşı ilgiliydi.	Pearson Correlation	,068	,135	. ^b	,264**	,160	. ^b	,199*	,106	1	. ^b
	Sig. (2-tailed)	,501	,182	. ^b	,008	,112	. ^b	,047	,293		. ^b
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Hastane çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	Pearson Correlation	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b
	Sig. (2-tailed)	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Hastane (poliklinikler, muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temizdi.	Pearson Correlation	,262**	,367**	. ^b	,641**	,501**	. ^b	,161	,453**	,344**	. ^b
	Sig. (2-tailed)	,008	,000	. ^b	,000	,000	. ^b	,109	,000	,000	. ^b
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Hastalığım ile ilgili olarak ihtiyaç duyduğum durumlarda doktora	Pearson Correlation	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b
	Sig. (2-tailed)	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b	. ^b
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Hastanede verilen hizmet genel olarak iydi.	Pearson Correlation	-.047	-.038	. ^b	-.042	-.022	. ^b	-.010	-.043	,428**	. ^b
	Sig. (2-tailed)	,640	,706	. ^b	,678	,824	. ^b	,921	,674	,000	. ^b
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Hastaneden ayrılarak taburculuk sonrası süreçle ilgili bana bilgi verildi.	Pearson Correlation	,480**	,361**	. ^b	,513**	,453**	. ^b	-.037	,418**	,381**	. ^b
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	. ^b	,000	,000	. ^b	,714	,000	,000	. ^b
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
b. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

Şekil 6.14. Yatan Servisi Bölümündeki Değişkenlerin Kısmi Korelasyonun İncelenmesi

Şekil 6.14'te görüldüğü gibi değişkenlerin (soru 3, Soru 6, Soru 10, Soru 12) bazıları birbirleriyle ilişkili olmadığı için (kısmi korelasyonları) faktör analizinde bu değişkenler kullanılmayacaktır. Yatan hasta servisinde bu durumda faktör analizi

yapıldığı görülecektir.

Tablo 6.27. Yatan Hasta Servisindeki 1. KMO Bartlett Test Sonucu

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,643
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	382,294
	df	45
	Sig.	,000

Tablo 6.27'deki KMO Bartlett değeri 0,643'tür.

Tablo 6.28. Yatan Servisi Hasta Memnuniyeti 1. Döndürme Sonrası Faktörler ve Madde Yük Değerleri

	Faktörler		
	1	2	3
Soru8	,861		
Soru4	,798		
Soru5	,756		
Soru2	,693		
Soru11		,760	
Soru8		,745	
Soru13		,510	
Soru9		,511	
Soru7			,931

“Faktör analizinde her bir faktör en az iki sorudan oluşmalıdır” (Durmuş ve diğ., 2011: 84). Tablo 6.28 incelendiğinde Soru 7 faktörü bir sorudan oluştuğu için Soru 7 çıkarılabilir.

Tablo 6.29. Yatan Servisi 2. KMO Bartlett Test Sonucu

KMO Bartlett Testi		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,694
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	364,850
	df	36
	Sig.	,000

Tablo 6.29’de görüldüğü gibi Soru 7 çıkarıldığı zaman KMO Değeri 0,94 olarak artmıştır.

Tablo 6.30. Yatan Servisi Hasta Memnuniyeti 2. Döndürme Sonrası Faktörler ve Madde Yük Değerleri

Rotation		
	Faktörler	
	Faktör1	Faktör2
Soru1	,593	
Soru2	,686	
Soru4	,787	
Soru5	,756	
Soru8	,860	
Soru9		,775
Soru11	,613	,545
Soru13		,851
Soru14	,617	,495
Extraction Method: Principal Component Analysis.		
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.		
a. Rotation converged in 3 iterations.		

“Matriste herhangi bir faktör altında tek soru, birden fazla faktör altında birbirine yakın faktör ağırlıkları veya düşük faktör ağırlıklı soruların bulunmaması gerekmektedir” (Durmuş ve diğ., 2011: 88).

Tablo 6.30’daki Soru 11 ve Soru 14’de birden fazla faktör altında birbirine yakın faktörler bulunmasından dolayı bu soruları faktör analizinden çıkardığımızda KMO Bartlett Değeri daha fazla arttığı görülecektir.

Tablo 6.31’de faktörler 2 faktörden oluştuğu görülmektedir. Tablo 6.32’de görüldüğü gibi KMO Bartlett değeri (0,713 olarak) artmıştır.

Tablo 6.31. Yatan Servisi Hasta Memnuniyeti 3. Döndürme Sonrası Faktörler ve Madde Yük Değerleri

ROTATION		
	Faktörler	
	Faktör1	Faktör2
Soru8	,887	
Soru4	,783	
Soru5	,762	
Soru2	,708	
Soru1	,580	
Soru9		,847
Soru13		,837
Extraction Method: Principal Component Analysis.		
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.		
a. Rotation converged in 3 iterations.		

Tablo 6.32. Yatan Servisi 3. KMO Bartlett Test Sonucu

KMO Bartlett		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,713
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	199,894
	df	21
	Sig.	,000

KMO Bartlett değeri 0,713 değeri olarak, değerde artış olduğu görülmektedir.

Tablo 6.33. Yatan Hasta Servisindeki Ölçeğe Ait Güvenilirlik Analizi

Ölçek Alt Boyutlar	Cronbach's Alpha	Madde
Doktor, Hemşire, Oda Algısı	,788	5
Genel Hizmet Kalitesi Algısı	,487	2

Tablo 6.33'te görüldüğü gibi yatan hasta servisi hasta memnuniyetini ölçmeye yönelik anket ifadelerine güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda birinci faktörde yer alan (1, 2, 4, 5, 8) beş sorunun geçerlilik (Cronbach alfa katsayısı) değerinin 0,788 olduğu tespit edilmiştir. İkinci faktörde yer alan (9, 13) iki ifadenin geçerlilik (Cronbach alfa katsayısı) değerinin 0,487 olduğu

görülmüştür. Yatan hasta servisi hasta memnuniyeti ölçeğine ait faktör alt boyutlarının birbiriyle ilişkisi olmayan sorular çıkarıldıktan sonra güvenilirliklerinin iyi olduğu tespit edilmiştir.

6.3.7. Yatan Servisi Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Değişkenler ile Açıklanması

Tablo 6.34. Yatan Servisi Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Regresyon Analizi ile Açıklanması

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	eğitim?, cinsiyetiniz?, yasınız? ^b	.	Enter

a. Dependent Variable: memnuniyet

b. All requested variables entered.

Tablo 6.35. Yatan Servis Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Eğitim, Cinsiyet ve Yaş Değişkenleri ile Açıklanması

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,248 ^a	,062	,032	,22052

a. Predictors: (Constant), eğitim?, cinsiyetiniz?, yasınız?

Tablo 6.35 incelendiğinde kurulan regresyon modelinin açıklama gücü 0,062 olup bu da hasta memnuniyetleri değişkenindeki varyasyonun %6,2'sini eğitim, cinsiyet ve yaş değişkenleri ile açıklayabildiğini göstermektedir. Bu değişkenler arasındaki korelasyon kat sayısının aykırı değerler atıldıktan sonra 0,248 olduğu görülür.

Tablo 6.36. Yatan Servisi Bölümündeki Hasta Memnuniyetlerinin Değişkenleri Arasındaki İlişki

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	,306	3	,102	2,099	,105 ^b
	Residual	4,668	96	,049		
	Total	4,974	99			

a. Dependent Variable: memnuniyet

b. Predictors: (Constant), eğitim?, cinsiyetiniz?, yasınız?

H₀: Yatan servisi hasta memnuniyetlerinin değişkeni ile cinsiyet, yaş ve

eğitim durumu değişkenlerinin arasında ilişki yoktur.

Tablo 6.36'daki Sig 0,105>0,05 olduğu için H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Hasta memnuniyetlerinin değişkeni ile cinsiyet, yaş ve eğitim durumu değişkenlerinin arasında yoktur.

6.4. Acil Servisin ve Yatan Hasta Servisinin Hasta Memnuniyetlerinin Karşılaştırılması

Bu bölümde acil servis ve yatan hasta servisi bölümlerinde hasta memnuniyetleri karşılaştırılacak ve SPSS ıktıları yorumlanacaktır.

Tablo 6.37. Yatan Hasta Servisi ve Acil Servis Hastalarının Frekansları

Between-Subjects Factors			
		Value Label	N
cinsiyet_yatan	1,00	kadın	56
	2,00	erkek	44
cinsiyet_acil	1,00	kadın	50
	2,00	erkek	50

Tablo 6.37 incelendiğinde yatan bölümündeki kadın hastaların 56 kişi, erkek hastaların 44 kişi olduğu görülmektedir.

Acil servis bölümündeki kadın hastaların 50 kişi, erkek hastaların da 50 kişi olduğu görülmektedir.

Tablo 6.38: Acil ve Yatan Hasta Servislerinin Memnuniyetlerinin Karşılaştırılması

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
memnuniyet_acil	2,9050	,28155	100
memnuniyet_yatan	2,8786	,22416	100

Tablo 6.38 incelendiğinde acil servisteki hastaların memnuniyet ortalamaları 2,9, yatan hasta servisi bölümündeki hastaların memnuniyet ortalamaları 2,8'dir. Acil servisteki hastaların memnuniyeti, yatan hasta servisindeki hastaların memnuniyetine göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 6.39. Yatan Hasta Servisindeki Hastaların Memnuniyetlerinin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

1. cinsiyet_yatan					
Dependent Variable	cinsiyet_yatan	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
memnuniyet_acil	kadın	2,947	,037	2,873	3,022
	erkek	2,862	,043	2,776	2,947
memnuniyet_yatan	kadın	2,916	,030	2,857	2,975
	erkek	2,820	,034	2,752	2,887

Tablo 6.39 incelendiğinde yatan bölümündeki kadın hastaların memnuniyet ortalamaları 2,916 iken erkek hastaların memnuniyet ortalamaları 2,820 olduğu görülmektedir. Yatan bölümündeki kadın hastaların, erkek hastalara göre daha memnun olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 6.40. Acil Servisteki Hastaların Memnuniyetlerinin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

2. cinsiyet_acil					
Dependent Variable	cinsiyet_acil	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
memnuniyet_acil	kadın	2,961	,042	2,879	3,044
	erkek	2,847	,039	2,770	2,925
memnuniyet_yatan	kadın	2,899	,033	2,834	2,965
	erkek	2,836	,031	2,775	2,898

Tablo 6.40 incelendiğinde acil servis bölümündeki kadın hastaların memnuniyet ortalamaları 2,961 iken, erkek hastaların memnuniyet ortalamaları 2,847 olduğu görülmektedir. Acil servisteki kadın hastaların, erkek hastalara göre daha memnun olduğu anlaşılmaktadır.

7. TARTIŞMA

Günümüz rekabet koşullarında gerek özel gerek kamu sektöründe müşteri memnuniyeti işletmeler açısından oldukça önemli bir faktördür. Hasta (müşteri) memnuniyetini etkileyen faktörler açısından Özel Balkan Hastanesine yönelik yapılan araştırma bulguları aşağıdaki gibidir:

Araştırmada hasta memnuniyeti, “hastane çalışanlarının tutum ve yaklaşımları”, “hizmet şekli ve süreci”, “ulaşılabilirlik”, “hastanenin fiziki görünümü”, “hijyeniklik” vb. gibi alt başlıklarda ölçülmüştür. Bu alt başlıklara verilen yanıtlar incelendiğinde hastaların, genel olarak memnun oldukları görülmüştür. Benzer çalışma (Akbaş, 2014) tarafından yapılmıştır.

Genel anlamda hastane doktorlarının hastalarla ilgilenmesi, hemşirelerin hastaların ihtiyaçlarına yönelik olarak ilgili ve yardımcı olmaları, kendilerine yapılan tedavi ve bakımların detaylı olarak bilgisinin verilmesi, özellikle bayan hastaların mahremiyetlerine saygı duyulması, hijyen ve temizlik anlamında titiz davranmaları, hastane giriş ve çıkışlarında hastalara gerekli bilgilerin verilmesi hastaların tamamı tarafından olumlu olarak belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarına bağlı olarak;

Tablo 6.5’e bakıldığında, araştırmaya katılan acil servis bölümündeki bireylerin % 50’si kadınlardan, %50’si erkeklerden oluştuğu görülmektedir.

Tablo 6.6’a bakıldığında, araştırmaya katılan acil servis bölümündeki bireylerin yaş aralıkları incelendiğinde 20 yaşın altındaki bireylerden, 20-29 yaş arası bireylerden, 30-39 yaş arası bireylerden, 40-49 yaş arası bireylerden, 50-59 yaş arası bireylerden ve 60 yaş üstü bireylerden oluştuğu görülmektedir. Bu örneklem bütün yaş gruplarını kapsamaktadır.

Tablo 6.7’e bakıldığında, araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumları incelendiğinde %42’si lise, %21’i ilkokul, %16’sı ortaokul, %13’ü üniversite ve %8’i okuryazar olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan acil servis memnuniyet algıları incelendiğinde;

H₁: Acil servisteki katılımcıların memnuniyet algıları cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

Araştırmaya katılan acil servis bölümündeki bireylerin, memnuniyet algıları cinsiyetlerine göre farklılık gösterdiği görülmektedir.

Bayan hastaların memnuniyet dereceleri erkeklere oranla daha yüksektir. Bu durumda acil servisin memnuniyet hipotezlerinden Hipotez 1'deki H_0 hipotezi reddedilmiştir. İstatistiksel açıdan fark saptanmıştır.

H_0 : Katılımcıların memnuniyet algıları yaşlarına göre farklılık göstermemektedir.

Araştırmaya katılan acil servis bölümündeki bireylerin, memnuniyet algıları yaşlarına göre farklılık göstermediği görülmektedir. Bu durumda acil servisin memnuniyet hipotezlerinden Hipotez 2'deki H_0 hipotezi kabul edilmiştir. İstatistiksel açıdan fark saptanmamıştır.

H_0 : Katılımcıların memnuniyet algıları eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

Araştırmaya katılan acil servis bölümündeki bireylerin, memnuniyet algıları eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir. Bu durumda acil servisin memnuniyet hipotezlerinden Hipotez 3'teki H_0 hipotezi kabul edilmiştir. İstatistiksel açıdan fark saptanmamıştır.

Acil servisteki 6.13'teki memnuniyet frekans tablosu sonuçlarına bakıldığında;

Hastanede bekleme süreleri hakkında acil servisteki 100 katılımcıdan 79 katılımcıya bilgi verildiği görülmektedir. Acil servis hastane giriş ve çıkışlarında hastalara gerekli bilgilerin verilmesi genel olarak hastalar tarafından olumlu olduğu belirtilmiştir. Bu durumda hasta memnuniyetini artırmak için acil servisin danışmasındaki personeller daha özverili davranmalıdır.

Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmetinin acil servisteki 100 katılımcıdan 72 katılımcı iyi olduğunu söylemektedir. Danışmadaki personeller yönlendirme hizmeti yaparken daha dikkatli ve hastaları doğru yönlendirmelidirler.

Acil servisteki 80 katılımcı; bekleme salonlarının rahat olduğunu söylemektedir. Hastane yönetimi hizmetin kalitesi için bekleme salonlarındaki konforu arttıran düzeltmeler yapılmalıdır.

Acil servisteki 90 katılımcı; tüm personellerin ilgili olduğunu belirtmektedir. Doktorların hastalarla ilgilenmesi, hemşirelerin ve diğer personellerin hastaların ihtiyaçlarına yönelik olarak ilgili ve yardımcı olmaları hastaları memnun ettiği

görülmektedir. Hizmetin kalitesini artırmak için doktor, hemşire ve diğer sağlık personellerinin çoğunluğu gelen hastalara daha güler yüzlü ve özverili davranmalıdır.

100 katılımcıdan 95 katılımcı acil servis çalışanları kişisel mahremiyete önem verdiğini söylemektedir. Hastalar muayene edilirken kapının kapanması, aradaki paravanın çekilmesi gibi hastane çalışanlarının tutum ve yaklaşımları sayesinde hastaları olumlu yönde etkilemektedir. Gelen hastaların memnuniyetini artırmak için acil servis çalışanları bu konuda daha özenli davranmalıdır.

95 katılımcı; beni muayene eden doktor hastalığım ile ilgili bana bilgi verdi diye söylemektedir. Özel Balkan Hastanesi'ndeki doktorların gelen hastalarla çok ilgili oldukları görülmektedir. Hasta memnuniyetini %100 olumlu yapmak için doktorlar hastalarla iletişime açık olmalı, hastaların mevcut hastalığı ile ilgili daha açıklayıcı bilgiler vermelidirler.

91 katılımcı; ihtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaşabildiği görülmektedir. Sağlık hizmetinin ulaşılabilirliğini arttırmak için hastane yönetimi gerekli teknik alt yapı (çağrı butonları sayısı arttırılmalı) sağlamalı ve sağlık personelleri ulaşılabilirlik konusunda daha özenli davranmalıdır.

100 katılımcıdan 85 katılımcı hastanenin temiz olduğunu söylemektedir. Katılımcılar temizlik ve hijyen konusunda %100 olumlu olmadıkları için hastane yönetimi memnuniyeti artırıcı hizmet sağlamalıdır. Temizlik personeline hijyen konusunda eğitim verilmelidir.

Hasta memnuniyeti frekans tablosuna bakıldığında genel olarak acil serviste verilen hizmetin iyi olduğu söylenmektedir. 100 katılımcıdan 88 katılımcının hizmet konusunda olumlu olduğu görülmektedir. Sağlıkta kaliteli hizmeti artırmak adına neler yapılabilir öncelikle bu konuya değinmemiz gerekir. Personel eğitimi, teknik alt yapı ve personellerin (doktor, hemşire ve sağlık çalışanlarının) hastalara verdikleri hizmet daha özenli olmalıdır ve sağlık hizmetinin kalite standartlarını arttırabilmek için multidisipliner yaklaşımla gerekli düzeltici iyileştirmeler yapılmalıdır.

Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili 100 katılımcıdan 88 katılımcıya bilgi verildiği görülmektedir. Bu süreci iyileştirmek için hastanın fizik muayene ve yapılan tetkikler sonucunda tanısı konup tedavisi tamamlandıktan sonra mevcut hastalığı ile ilgili acil durumlar anlatılarak önerilerle taburcu edilmelidir.

Yatan servisi bölümündeki sonuçlara bakıldığında;

Tablo 6.19'da araştırmaya katılan yatan servisi bölümündeki bireylerin %

56'sı kadınlardan, %44'ü erkeklerden oluştuğu görülmektedir.

Tablo 6.20'de araştırmaya katılan yatan servisindeki bireylerin yaş dağılımlarını incelediğimizde çoğunluğun; %31 ile 50-59 yaş aralığındaki kişilerdir. %23'ü 30-39 yaş, %15'i 40-49 yaş, %13'ü 60yaş üstü, %13'ü 20-29 yaş ve %5'i 20 yaş altındaki hastalardan oluştuğu görülmektedir.

Tablo 6.21'de araştırmaya katılan kişilerin eğitim durumları incelendiğinde %52'si lise, %32'si ilkokul, %6'sı üniversite, %5'i ortaokul ve %3'ü okuryazar olmadığı görülmektedir.

Yatan hasta servisi memnuniyet algıları incelendiğinde;

H₁: Yatan hasta servisindeki katılımcıların memnuniyet algıları cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.

Tablo 6.23'e bakıldığında araştırmaya katılan yatan hasta servisi bölümündeki bireylerin, memnuniyet algıları cinsiyetlerine göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Anova testi sonucunda istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark vardır.($p < 0,05$). Kadın hastaların memnuniyet dereceleri erkeklere oranla daha yüksektir. Bu durumda yatan servisi memnuniyet hipotezlerinden Hipotez1'deki H₀ hipotezi reddedilmiştir.

H₀: Katılımcıların memnuniyet algıları yaşlarına göre farklılık göstermemektedir.

Tablo 6.25'e bakıldığında Anova testi sonucunda yatan hastaların yaş grupları arasında memnuniyet puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır($p > 0,05$). Bu durumda yatan servisi memnuniyet hipotezlerinden Hipotez 2'deki H₀ hipotezi kabul edilmiştir. Yatan bölümündeki hastaların memnuniyetlerinin yaş değişkenine göre farklılık göstermemektedir.

H₀: Katılımcıların memnuniyet algıları eğitim durumlarına göre farklılık göstermemektedir.

Tablo 6.26 incelendiğinde yatan hastaların eğitim durumlarına göre memnuniyet durumları incelendiğinde ($p = 0,438$) puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır($p > 0,05$). Bu durumda yatan servisi memnuniyet hipotezlerinden H₀ hipotezi kabul edilmiştir.

Yatan hasta servisindeki 6.27'deki memnuniyet frekans tablosu sonuçlarına bakıldığında;

Araştırma sonuçlarına bakıldığında yatan hasta servisindeki 80 katılımcı; hasta odası ve çevresinde genel olarak sessiz ve sakin bir ortam sağlandığını söylemektedir. Hastanede yatan hasta servisi odalarının yeteri kadar sessiz olmadığı görülmektedir. Hastaların iyileşme sürecine katkı sağlayacak olan odanın sessiz ve dinlendirici olmasıdır. Bu servise gelen ziyaretçileri uyarmalı ve sağlık personelleri bu konuda bilgilendirilmelidir.

Araştırma sonuçları incelendiğinde yatan hasta servisindeki 86 katılımcı; Odadaki eşyalar çalışır durumda olduğunu (televizyon, hemşire çağrı zili, lamba, yatak v.b.) belirtmektedir. Hastane yönetimi hastanedeki çalışma ortamını daha verimli hale getirmek ve SKS kapsamında kaliteli bir hizmet sağlamak için 21. yüzyılın teknik donanımlarını (televizyon, hemşire çağrı zili, lamba, yatak v.b.) kaizen kapsamında takip halinde olmalıdır.

Katılımcıların hepsi yemek dağıtan personel hijyen kurallarına uygun (bone, eldiven, maske gibi koruyucu ekipman kullandı) davrandığını söylemektedir. Hastanenin yatan hasta servisinde temizliğe çok önem verildiği görülmektedir.

Yatan hasta servisindeki 84 katılımcı; yemeklerin sıcaklığının uygun olduğunu söylemektedir. Hasta memnuniyeti %100 olumlu olmadığı için yemekler konusunda daha fazla özen gösterilmelidir. Hastalığın iyileşme sürecine katkı sağlayacak bir neden de yemeklerin temiz ve sıcaklığının uygunluğu vb. olmalıdır.

Araştırma sonuçları incelendiğinde 95 katılımcı; doktorlar tarafından hastalıkları hakkında bilgi verildiğini söyledi. Acil serviste olduğu gibi yatan hasta servisinde de doktorların hastalarla iyi derecede iletişim kurdukları görülmektedir. Hizmetin iyileştirilmesine yönelik doktorlar hastalarla iletişimi daha iyi tutmalı, hastalara mevcut hastalığı ve hastalık süreçleri ile ilgili bilgi vermelidir.

Yatan hasta servisinde katılımcıların hepsi; hemşireler tarafından tedavi ve bakımları ile ilgili bilgi verildiğini söylemektedir. Hastanedeki hemşirelerin hastalarla iyi derecede iletişim kurdukları görülmektedir.

Yatan hasta servisindeki katılımcıların hepsi; doktorlar tarafından ilgi gördüklerini söylemektedir. Özel Balkan Hastanesi'ndeki doktorların hastalara gösterdikleri ilgi % 100'dür.

Yatan hasta servisindeki 83 katılımcı; hemşireler tarafından ilgi gördüklerini

söylemektedir. Özel Balkan Hastanesi'ndeki hemşireler hastalara daha fazla ilgi göstermelidir.

Yatan hasta servisindeki 91 katılımcı; temizlik personelinin ilgili oldukları söylemektedir. Hastane yönetimi hizmeti iyileştirmeye yönelik temizlik personellerini bu konuda bilgilendirmelidir.

Araştırma sonucuna bakıldığında katılımcıların hepsi; hastane çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdiğini söylemektedir.

Araştırma sonucuna bakıldığında 91 katılımcı; hastane (poliklinikler, muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temiz olduğunu belirtmektedir. Temizlik personelleri hastanenin temizliğine dikkat etmelidir ve hastane yönetimi personelleri bu konuda uyarmalıdır.

Araştırma sonuçları incelendiğinde yatan hasta servisindeki katılımcıların hepsi; ihtiyaç duyduğu durumlarda doktorlara ulaşabildiklerini ve hastanede verilen hizmetin genel olarak iyi olduklarını söylemektedir. Hastanedeki hizmetin katılımcılar tarafından % 100 olumlu olduğu görülmektedir.

Yatan hasta servisindeki 89 katılımcı; hastaneden ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bilgi verildiği görülmektedir. Yatan hasta servisindeki doktorların daha önce acil serviste de söylenildiği gibi doktorlar, hastaların mevcut hastalığı ilgili bilgi verdikten sonra hastalık sürecinin nasıl ilerleyeceği konusunda bilgilendirmeli ve bu konuda hastalarla iletişime sürekli açık olmalıdır.

Araştırma sonuçları incelendiğinde tablo 6.38'deki katılımcılara göre hastanenin acil servisi, yatan hasta servisine göre daha iyi olduğu görülmekte ve hastalar acil servisten daha memnun olarak ayrıldıkları belirtilmektedir.

Ayrıca yatan bölümündeki kadın hastaların memnuniyet ortalamaları 2,916 iken erkek hastaların memnuniyet ortalamaları 2,820 olduğu görülmektedir. Yatan bölümündeki kadın hastaların, erkek hastalara göre daha memnun olduğu anlaşılmaktadır. Acil servis bölümündeki kadın hastaların ise memnuniyet ortalamaları 2,961 iken, erkek hastaların memnuniyet ortalamaları 2,847 olduğu görülmektedir. Acil servisteki kadın hastaların, erkek hastalara göre daha memnun olduğu anlaşılmaktadır.

Sonuç olarak şekil 6.6'da görülen yatan hasta servisindeki değişkenlerin öncelikle faktör analizi yapılamadığı daha sonra değişkenler arasında kısmi

korelasyonu olmayan değişkenler çıkarıldıktan sonra tablo 6.28'e göre değişkenler arasında faktör analizi yapılabildiği görülmektedir.

8. SONUÇ

Çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak bu kavramlardan bahsedildi. Faktör analizinin kullanım nedenlerinden biri değişken sayısını azaltmaktır. Buna bağlı olarak özel bir hastanede yapılan araştırmadaki değişkenleri, daha az değişkenler altında toplamaya çalışıldı.

“Faktör analizi yapabilmeyen ön şartı değişkenler arasında belli bir oranda korelasyon, ilişki bulunmasıdır. Bartlett küresellik testi bize değişkenler arasında yeterli oranda ilişki olup olmadığını gösterir. Ayrıca faktör analizinin uygulanamamasının diğer nedenlerinden biri de KMO Değeri'nin 0,50'den aşağı bir değer olmasıdır“ (Durmuş ve diğ., 2011: 79-80).

Yapılan araştırmada bölümlerden birinin değişkenleri arasında ilişki görülememektedir. “Faktör analizinin uygulanabilmesi için değişkenler arasında kısmi korelasyon, ilişki olmalıdır” (Durmuş ve diğ., 2011: 79. Sonuçlar gösteriyor ki, kısmi korelasyonları olmayan değişkenlerin faktör analizinin uygulanamayacağını bu çalışmada ortaya çıktığı görüldü.

9. KAYNAKLAR

- Ağaoğlu, H. (2015). *Ortaöğretim Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları*. Zeynep Salih Alp Teknik ve Anadolu Meslek Lisesi.
- Akbaş, E. (2014). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi)*.
- Akdağ, M. (2005). *Toplam Kalite Yönetimi ve Örgüt İçindeki Yeri*. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi. Dergipark Dergisi, C.4, S.1, s. 159 – 170.
- Altınok, M. (2005). *Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri Çerçevesinde İşletmelerde Eğitim İhtiyaçları Tespiti ve Uygulamalı Bir Örnek*. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bayazıt, Ö. (1998). *Toplam Kalite Yönetiminin Yürütülmesinde Önemli Bir Araç: Kalite Çemberleri*. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi. SBF Dergisi, C.53, S.1.
- Can, A. ve İbicioğlu, H. (2008). *Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi*. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C.13, S.3, s. 253-275.
- Çelik, A. (2010). *Toplam Kalite Yönetimi*. (2.Baskı). Gazi Yayın, Ankara.
- Çetin, C. (2010). *Toplam Kalite Yönetimi*. (3.Baskı). Beta Basım Yayım, İstanbul.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları*. (1. Baskı). Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara.
- Devebakan, N. (2006). *Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite*. Dokuz Eylül Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. C.8, S.1.
- Durmuş B, Yurtkoru S ve Çinko M (2011). *Sosyal Bilimlerde SPSS'le Veri Analizi*. (4.Baskı). Beta Basım, İstanbul.
- Emin, İ. (2012). *Liderlik ve Toplam Kalite Yönetimi Üzerine Etkileri*. Sakarya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Goetsch, D. ve Davis, S. (2016). *Toplam Kalite Yönetimi*. (7.Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.

Göktaş, B. ve Erdem, R. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. C.2, S.6.

<http://www.detaydanismanlik.net>

<http://www.hasanyildiz.com/is-mukemmelligi-icin-once-insan/>

<http://www.sabittuncel.com>

Ishikawa, K. (1997). *Toplam Kalite Kontrol*. (2.Baskı). Kalder Yayın, İstanbul.

Kalaycı, Ş. (2016). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. (7. Baskı). Asil Yayın.

Köse, Z. (2016). *Kamu Hastanelerinde Hasta (Müşteri) Memnuniyetini Etkileyen Faktörler*. Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kutlu, D. (2012). *Hastane Yönetimi ve Sağlık Kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi*. Haliç Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.

Küçük, O. (2016). *Kalite Kontrol*. (5.Baskı). Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Marşap, A. (2014). *Sağlık İşletmelerinde Kalite*. (1.Baskı). Beta Yayın, İstanbul.

Miyauchi, I. (1999). *Japonya'da Kalite Yönetimi*. BZD Yayıncılık, İstanbul.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü. (2004). *Kalite Yönetimi ve Değişim*. OMÜ Basımevi, Samsun.

Özler, E. ve Koparan, E. (2006). *İktisat ve Girişimcilik* Üniversitesi.Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi, ISSN:1694 – 528X, S.8.

Paşaoğlu, P. (2011). *Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Sağlık Bakanlığı, (2014). *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. S.8.

Sağlık Bakanlığı, (2017). *SKS-Evde Sağlık*. 1. Baskı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2012). *Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi*.

Soydan, S. (2006). *Süreç Yönetimi ve İyileştirilmesi Üzerine Bir Uygulama*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Şahin, T. Bakıcı, H. Bilban, S. Dinçer, Ş. Yurtçu, M. Günel, E. (2005). *Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının*

Memnuniyetinin Araştırılması. Selçuk Üniversitesi Genel Tıp Dergisi. C.15, S.4.

Tecim, V. (2004). *Sistem Yaklaşımı ve Soft Sistem Düşüncesi*. D.E.Ü. İ.İ.B.F.Dergisi, C.19, S.2, s.75-100.

Tengilimoğlu, D. (2013). *Hastane Performans Ölçümünde PATH Yöntemi*. Ankara, Sosyal Güvenlik Dergisi, C.3, S.1, s.50-78.


Türk, Z. (2001). *Modern Bütçeleme Tekniği: Kaizen Bütçeleme*. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, C.15, S. 1-2.

Ulaş, S. (2002). *Toplam Kalite Yönetiminde İnsan Kaynaklarının Rolü Liderlik Üzerine Bir Uygulama*. Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası İnsan Kaynakları Genel Müdürlüğü.

Ünalın D. ve Özyurt Ö. (2006). *Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sekreterlerde İş Memnuniyeti*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. C.9, S.1.


10. EKLER

EK 1: Acil Servis Hasta Memnuniyeti Soruları

	ÖZEL BALKAN HASTANESİ ACİL SERVİS HASTA MEMNUNİYET ANKETLERİ ANALİZİ			
Kod.:	Yayın T.	Rev. Tar.:	Revizyon No:	Sayfa no:

DÖNEM	MEMNUNİYET ORANI %	EVET	BİRAZ BAZEN	HAYIR
1	Hastanede bekleme süreleri hakkında bana bilgi verildi.			
2	Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti genel olarak iyiydi.			
3	Bekleme salonları rahattı.			
4	Tüm personel bana karşı ilgiliydi.			
5	Acil servis çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.			
6	Beni muayene eden doktor hastalığım ile ilgili bana bilgi verdi.			
7	İhtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaştım.			
8	Acil servis genel olarak temizdi.			
9	Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.			
10	Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bana bilgi verildi.			

EK 2: Yatan Hasta Servisi Hasta Memnuniyet Soruları

	ÖZEL BALKAN HASTANESİ YATAN HASTA MEMNUNİYET ANKETLERİ ANALİZİ			
	Kod.:	Yayın T.:	Rev. Tar.:	Revizyon No:
		Sayfa no:		

DÖNEM	MEMNUNİYET ORANI %	EVET	BİRAZ BAZEN	HAYIR
1	Hasta odası ve çevresinde genel olarak sessiz ve sakin bir ortam sağlanmıştı.			
2	Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı (televizyon, hemşire çağrı zili,lamba,yatak v.b.)			
3	Yemek dağıtan personel hijyen kurallarına uygun davrandı (bone, eldiven, maske gibi koruyucu ekipman kullandı) .			
4	Yemeklerin sıcaklığı uygundu.			
5	Doktorum tarafından hastalığım hakkında bana bilgi verildi			
6	Hemşireler tarafından tedavi ve bakımım ile ilgili bana bilgi verildi.			
7	Doktorum bana karşı ilgiliydi.			
8	Hemşireler bana karşı ilgiliydi.			
9	Temizlik personeli bana karşı ilgiliydi.			
10	Hastane çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi)özen gösterdi.			
11	Hastane (poliklinikler, muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temizdi.			
12	Hastalığım ile ilgili olarak ihtiyaç duyduğum durumlarda doktoruma ulaşabildim.			
13	Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.			
14	Hastaneden ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bana bilgi verildi.			

11. ÖZGEÇMİŞ

Beykoz'da 1989 yılında doğdu. İlköğrenimini, Paşabahçe İlköğretim Okulu'nda ve lise öğrenimini Kandilli Kız Anadolu Lisesi'nde İstanbul'da tamamladı. Yüksek Öğrenimini ise, İstatistik okuyarak Giresun Üniversitesi'nde tamamladı. Türkiye İstatistik Kurumun'da staj yaptı.

İleri düzeyde İngilizce bilmekte ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nde Telekomünikasyonla ilgili bir projede çalışmaktadır.

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE HASTA MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR UYGULAMA

ORIJINALLIK RAPORU

%**22**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**16**

İNTERNET
KAYNAKLARI

%**7**

YAYINLAR

%**17**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

Submitted to Beykent Universitesi

Öğrenci Ödevi

%**4**

2

servergazidh.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

%**2**

3

Submitted to TechKnowledge Turkey

Öğrenci Ödevi

%**2**

4

dosyamerkez.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

5

dosyahastane.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

6

readgur.com

İnternet Kaynağı

%**1**

7

kalite.saglik.gov.tr

İnternet Kaynağı

%**1**

8

Submitted to Istanbul Aydin University

Öğrenci Ödevi

%**1**

Turnitin programıyla taranmıştır
Uygun'dur

Endüstri Mühendisliği ABD Başkanı

Dr. Öğretim Üyesi
Ahmet ERKOÇ

