

İSTANBUL
ESENİYURT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ
DONABEDİAN KALİTE ÖZELLİKLERİ ve SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ HİZMET KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **İrem ÖZCAN ÇAKLI**

İstanbul, 2021

İSTANBUL
ESEN YURT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ
DONABEDİAN KALİTE ÖZELLİKLERİ ve SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ HİZMET KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

İrem ÖZCAN ÇAKLI

Öğrenci No:

1832120025

Danışman:

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Bora ORAN

İstanbul, 2021

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Donabedian Kalite Özellikleri ve Sağlık Çalışanlarının Hizmet Kalitesi Üzerine Etkisi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 19/ 03 / 2021

Aday: İrem ÖZCAN ÇAKLI

KILAVUZA UYGUNLUK

Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Donabedian Kalite Özellikleri ve Sağlık Çalışanlarının Hizmet Kalitesi Üzerine Etkisi adlı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Esenyurt Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu'na uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
İrem ÖZCAN ÇAKLI

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Bora ORAN

.....

ABD Başkanı

Unvan Ad Soyad İmza

KABUL VE ONAY

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Bora ORAN danışmanlığında İrem ÖZCAN ÇAKLI tarafından hazırlanan “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Donabedian Kalite Özellikleri ve Sağlık Çalışanlarının Hizmet Kalitesi Üzerine Etkisi” adlı bu çalışma jürimiz tarafından İstanbul Esenyurt Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İşletme Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

19 / 03 / 2021

JÜRİ:

İMZA:

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Bora ORAN

Üye: Prof. Dr. Mikail EROL

Üye: Prof. Dr. M. Hanifi AYBOĞA

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun.....tarih ve.....sayılı

kararı ile onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ DONABEDİAN KALİTE ÖZELLİKLERİ ve SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HİZMET KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Tezi Hazırlayan: İrem ÖZCAN ÇAKLI

ÖZET

Sağlık hizmetleri kavramı kapsamlı bir konudur. Sağlık hizmetlerini sunan kurumların çokluğu kurumlar arasında rekabetin artmasına, bu rekabet varlığı da kaliteli hizmet sunumunun önemine neden olmaktadır. M.Ö. 2000’li yıllarda hayatımıza giren kalite kavramı, 1980-90’lı yıllarla birlikte Toplam Kalite Yönetimi olgusuyla anlam kazanarak günümüze kadar ulaşmıştır. Bu çalışmayla; yönetim kavramına, yönetimin tarihçesine, kalite kavramı ve tarihçesine, Toplam Kalite Yönetimi (TKY) anlayışına değinilmiştir. TKY’ nin sağlık sektöründeki yeri ve önemi, hastane ve hastane yönetimi ve sağlık hizmetleriyle alakalı genel kavramlara da yer verilmiştir. Bu araştırmayla; kalite kavramının ne olduğu, sağlık sektöründeki toplam kalite yönetimi kavramının anlaşılması amaçlanmıştır. Ayrıca; kaliteli hizmet anlayışında sadece hizmet sunumunu kullanan kişilerin memnuniyetleri değil aynı zamanda sağlık çalışanlarında da kalite algısının oluşturulması ile sağlık hizmetine etkilerinin neler olduğunun ölçülmesi de amaçlanmıştır.

Araştırma İstanbul sınırları içerisinde Beylikdüzü Medicana International Hastanesi’nde görevli 100 sağlık çalışanını içermektedir. Hazırlanan anket SPSS 22.0 for Windows paket programında güvenilirlik analizine tabi tutulmuştur.

Araştırma bulgularına göre TKY algısı; demografik özelliklere, meslekte çalışma sürelerine, mesleki unvanlara göre değişiklikler göstermektedir. Çalışanların TKY algısına tam katılımı, yetkilerini tam kullanmaları, eğitim düzeyleri sağlık sektöründe kalite algısının oluşması ve bilincin gelişip sürekliliğinin sağlanmasında önem teşkil etmektedir.

Araştırmada elde edilen bulguların, son yıllarda sağlık alışanlarında kalitenin araştırıldığı çalışmalarda incelenen değişkenler ve elde edilen bulgular bakımından benzer sonuçlar sağladığı görülmektedir. Bu bağlamda, sağlık alışanlarında kaliteye dair bakış aıların ve ilişkili faktörlerin ele alınması bakımından güncel veri elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık alışanları, Kalite, Toplam Kalite Yönetimi



**TOTAL QUALITY MANAGEMENT IN THE HEALTH SECTOR
DONABEDIAN QUALITY FEATURES and EFFECT OF HEALTH
WORKERS ON SERVICE QUALITY**

Presented by: İrem ÖZCAN ÇAKLI

ABSTRACT

The concept of healthcare is a comprehensive topic. The multitude of institutions that provide health services increase competition among institutions, and this competitive presence causes the importance of quality service delivery. The concept of quality, which entered our lives in the B.C 2000s, has reached the present day by gaining meaning with the phenomenon of Total Quality Management in the 1980s and 90s. With this study; The concept of management, the history of management, the concept and history of quality, and the Total Quality Management (TQM) perspective are discussed. The place and importance of TQM in the health sector, hospital and hospital management and general concepts related to health services are also included. With this research; It is aimed to understand what the concept of quality is and the concept of total quality management in the health sector. Also; In the concept of quality service, it is aimed not only to satisfy the people using the service delivery, but also to create a quality perception in healthcare professionals and to measure what their effects are on health care.

The research includes 100 healthcare professionals working at Beylikdüzü Medicana International Hospital within the borders of Istanbul. The prepared questionnaire was subjected to reliability analysis in SPSS 22.0 for Windows package software.

According to the research findings; TQM perception varies according to demographic characteristics, duration of employment in the profession, and professional titles. Professionals full participation in TQM perception, full use of their authorization, education levels are important in the formation of quality perception in the health sector and in ensuring the development and continuity of awareness.

It is observed that the findings obtained in the study provide similar results in terms of variables examined and findings obtained in studies investigating the quality of healthcare workers in recent years. In this context, up-to-date data were obtained in terms of addressing the quality perspectives and related factors in healthcare professionals.

Keywords: Health, Healthcare Professionals, Quality, Total Quality Management



İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZET

ABSTRACT

TABLolar LİSTESİ..... vi

ŞEKİLLER LİSTESİ..... viii

KISALTMALAR ix

1. GİRİŞ 1

1.1. Problem Durumu 1

1.2. Araştırmanın Amacı 2

1.3. Araştırmanın Önemi 3

1.4. Araştırmanın Hipotezleri 3

1.5. Araştırmanın Sayıltıları 4

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları 4

2. GENEL BİLGİLER..... 5

2.1. Yönetim Kavramı 5

2.1.1. Yönetim Teorileri 7

2.1.1.1. Klasik Yönetim Teorileri..... 7

2.1.1.2. Neo-Klasik Yönetim Teorileri..... 10

2.1.1.3. Modern Yönetim Teorileri 12

2.1.1.4. Post-Modern (Çağdaş) Yönetim Düşüncesi 13

2.1.2. Hastaneler Hakkındaki Temel Kavramlar 14

2.1.2.1. Hastane Tanımı..... 14

2.1.2.2. Hastanelerin Sınıflandırılması 14

2.1.2.3. Hastane Fonksiyonları 17

2.1.2.3.1. Tıp Hizmetleri 17

2.1.2.3.2. Hemşirelik Hizmetleri 18

2.1.2.3.3. Paramedikal Hizmetler 18

2.1.2.3.4. Destek Hizmetleri 18

2.1.3. Hastanelerde Yönetim Kavramı 18

2.1.3.1. Hastane Yönetimi Özellikleri 22

2.1.3.2. Hastane Yönetim Fonksiyonları 27

2.1.3.2.1. Tıbbi Fonksiyonları 27

2.1.3.2.2. İdari Fonksiyonları 27

2.1.3.2.3. Mali Fonksiyonlar 27

2.1.3.2.4. Teknik Fonksiyonları 27

2.1.3.2.5. Eğitim ve Araştırma Fonksiyonları 27

2.1.3.2.6. Sosyal Fonksiyonlar 28

2.1.4. Sağlığın Tanımı	28
2.1.4.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı	28
2.1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	29
2.1.4.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	29
2.1.4.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	29
2.1.4.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	30
2.1.4.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	30
2.2. Toplam Kalite Yönetim Sistemi	31
2.2.1. Kalite Kavramı	31
2.2.1.1. Kalite Tanımı	31
2.2.1.2. Kalitenin Tarihçesi ve Gelişimi	32
2.2.2. Toplam Kalite Yönetim (TKY) Kavramı	34
2.2.2.1. Toplam Kalite Yönetimi Tanımı ve Tarihsel Gelişimi	34
2.2.2.2. Türkiyede Kalite Çalışmaları ve Dönemleri	36
2.2.3. Toplam Kalite Yönetiminde Temel Kavramlar	37
2.2.3.1. Vizyon, Misyon, Hedefler	37
2.2.3.2. Müşteri Memnuniyeti	37
2.2.3.3. Liderlik	37
2.2.3.4. Sıfır Hata	38
2.2.4. Toplam Kalite Yönetimi Temel İlkeleri	38
2.2.5. Toplam Kalite Yönetimi Öncüleri	39
2.2.5.1. Walter A. SHEWHART	39
2.2.5.2. W. Edwards DEMİNG	39
2.2.5.3. Joseph M. JURAN	40
2.2.5.4. Kaoru ISHIKAWA	41
2.2.5.5. Philip B. CROSBY	41
2.2.5.6. Masaaki IMAI	42
2.2.5.7. Genichi TAGUCHİ	42
2.2.5.8. Avadis DONABEDIAN	43
2.2.5.8.1. Avadis Donabedian Kimdir?	43
2.2.5.8.2. Donabedian' ın Sağlık Hizmet Kalite Anlayışı	43
2.2.5.8.3. Donabedian Sağlıkta Hizmet Kalitesi Özellikleri	43
2.2.5.8.4. Donabedian Hizmette Yapı, Süreç, Sonuç Modeli	45
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi	46
2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite	46
2.3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde TKY' nin Amacı	47
2.3.1.2. Sağlık Hizmetlerinde TKY Özellikleri	48
2.3.1.3. Sağlık Hizmetlerinde TKY Gelişimi	50
2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçütleri	52
2.3.2.1. Kurumsal Hizmetler	56
2.3.2.2. Sağlık Hizmetleri	58
2.3.2.3. Destek Hizmetleri	58
2.3.2.5. Gösterge (İndikatör) Yönetimi	61
2.3.3. Kalitenin Ölçülmesi	63
2.3.3.1. Yapı, Süreç, Sonuç Ölçüleri	64
2.3.3.2. Dengeli Puan Cetveli	65
2.3.3.3. Kıyaslama (Benchmarking)	66
2.3.3.4. PATH Modeli	67
2.3.4. Sürekli İyileştirme (KAİZEN)	68

3. YÖNTEM VE MATERYAL	72
3.1. Araştırma Modeli	72
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	72
3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	72
3.3.1. Demografik Bilgi Formu	72
3.3.2. TKY-Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği	73
3.4. Verilerin Toplanması.....	74
3.5. Araştırma Verilerinin Analizi.....	74
4. BULGULAR	75
4.1. Örneklem Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	75
4.2. Bağımlı Değişkenin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Normallik Kontrolü.....	78
4.3. Güvenirlilik Analizi.....	79
4.4. Gruplar Arası Karşılaştırmalar	79
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	90
KAYNAKLAR	96
EKLER	
Ek-1: Demografik Bilgi Formu	103
Ek-2: Toplam Kalite Yönetimi Uygulama Ölçeği – TKYÖ	104
Ek-3: Çalışma İzni	106

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo.2.1. Yönetim Teorileri.....	7
Tablo.2.2. Henry Fayol' un Yönetim İlkeleri.....	9
Tablo.2.3. Argyris' in Kişi Modellerinin Özellikleri	11
Tablo.2.4. Matriks Organizasyonlardaki Yönetici Türleri	20
Tablo.2.5. SWOT Analizi.....	21
Tablo.2.6. Sağlık Kurumlarında Çevrenin Yönetime Etkileri.....	26
Tablo.2.7. Müşteri ve İşletme Açısından Kalite Anlayışı	32
Tablo.2.8. Donabedian Yapı, Süreç, Sonuç Modeli	45
Tablo.2.9. Hasta ve Hasta Yakını Kalite Algısı Oluşumu.....	56
Tablo.2.10. Kalite Ölçülmesi İçin Kullanılan Özellikler	62
Tablo.2.11. Yapı, Süreç, Sonuç Ölçüleri.....	64
Tablo.4.1. Örneklem Grubunun Cinsiyete Göre Dağılımı	75
Tablo.4.2. Örneklem Grubunun Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı.....	75
Tablo.4.3. Örneklem Grubunun Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	76
Tablo.4.4. Örneklem Grubunun Meslekte Çalışma Yılına Göre Dağılımı	76
Tablo.4.5. Örneklem Grubunun Hastanede Çalışma Yılına Göre Dağılımı	77
Tablo.4.6. Örneklem Grubunun Unvanına Göre Dağılımı.....	77
Tablo.4.7. Örneklem Grubunun Yaşına İlişkin Bilgiler	78
Tablo.4.8. Katılımcıların Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına Yönelik Tanımlayıcı İstatistikleri, Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	78
Tablo.4.9. Araştırmanın Güvenirlilik Katsayıları ve Değişken Sayıları	79
Tablo.4.10. Kadın ve Erkek Katılımcıların Toplam Kalite Uygulaması ve Alt Boyutlarında Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	80
Tablo.4.11. Evli ve Bekâr Katılımcıların Toplam Kalite Uygulaması ve Alt Boyutlarında Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları	81
Tablo.4.12. Katılımcıların Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Toplam Kalite Uygulaması ve Alt Boyutlarında Anova Sonuçları.....	82

Tablo.4.13. Katılımcıların Meslekte Çalışma Yılına Göre Toplam Kalite Uygulaması ve Alt Boyutlarında Anova Sonuçları	84
Tablo.4.14. Katılımcıların Hastanede Çalışma Yılına Göre Toplam Kalite Uygulaması ve Alt Boyutlarında Anova Sonuçları.....	86
Tablo.4.15. Katılımcıların Unvanlarına Göre Toplam Kalite Uygulaması ve Alt Boyutlarında Anova Sonuçları	88



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil.2.1. Maslow' un İhtiyaçlar Hiyerarşisi	10
Şekil.2.2. Mülkiyetlerine Göre Hastaneler	16
Şekil.2.3. Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler.....	17
Şekil.2.4. Hastane Yönetimi Hiyerarşik Yapı Örneği.....	22
Şekil.2.5. Matriks Yapıda Faaliyet Gösteren Bir Hastane Örneği.....	23
Şekil.2.6. TKY Anlayışı	35
Şekil.2.7. TKY Temel İlkeleri	38
Şekil.2.8. Shewhart Döngüsü.....	39
Şekil.2.9. Donabedian Sağlıkta Hizmet Kalitesi Özellikleri.....	44
Şekil.2.10. Donabedian Modeli	45
Şekil.2.11. TKY' de Kalite için Gereken Etkenler	47
Şekil.2.12. Algılanan Hizmet Kalitesi	54
Şekil.2.13. Hastane Kurul/ Komite Örneği.....	57

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık örgütü
İK	: İnsan Kaynakları
KALDER	: Kalite Derneği
KOSGEB	: Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeleri Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı
M.Ö.	: Milattan Önce
M.S.	: Milattan Sonra
NATO	: Kuzey Atlantik Antlaşması Örgütü (North Atlantic Treaty Organization)
PATH	: Performance Assesment Tool for Quality Improvoment in Hospitals (Hastane Performans Ölçüm Modeli)
PUKO	: Planla, Uygula, Kontrol Et, Önle
TBB	: Türkiye Barolar Birliği
TDK	: Türk Dil Kurumu
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
TKYÖ	: Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği
TQM	: Perception of Total Quality Management
TSE	: Türk Standartları Enstitüsü
TÜRKAK	: Türk Akreditasyon Kurumu
Yy	: Yüzyıl

1. GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Sağlıklı olarak yaşamak her bireyin hakkıdır. Dünya’ da olduğu gibi ülkemizde de sağlık çok önemli bir konu olmuştur. Bazen sağlığımız çeşitli sebeplerden dolayı bozulabilir. Yeniden eski sağlıklı hayatımıza dönebilmek için sağlık sektöründeki kurumlar ve çalışanlardan yardım alırız. Sağlık sektörünün bizlere sunduğu hizmet sağlık hizmetidir.

Sağlık hizmeti kavramı çok geniş kapsamlı bir konudur. Sağlık hizmetlerini sunan kurumların sayısının artması bu hizmetlerden faydalananların, kurumlar arasında tercih yapma imkânını doğurmuştur. Bu durum da sağlık kurumları arasında bir rekabet ortamının oluşmasına sebep olmuştur.

Rekabetin en üst düzeyde yaşandığı günümüzde işletmeler, ömrünün sonsuz olduğu kabul edilerek kurulmaktadır. Ancak her ürünün de bir kullanım ömrü olduğu gibi, her canlının da bir yaşam ömrü olduğu söylenebilir. Burada bir benzetme yapılacak olursa, işletmeleri sanki canlı bir organizma, hastalık yapıcı mikro organizma virüs ve benzerlerini de sürekli değişen koşullar olarak düşünürsek zor koşullar tarafından enfekte olmuş veya olması muhtemel tüm işletmelerin hastalıklardan korunması için günümüzde geliştirilen en iyi tedavi ve korunma yollarını yani en modern yönetim yaklaşımlarını kullanması gerekmektedir. Kişilerin ihtiyaçları değişken özellikler göstermektedirler. Sağlık hizmetlerinde de kişilerin beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması önemlidir. Sektörde başarılı olmak ve rekabeti sürdürebilmek için kaliteli hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Sağlık sektöründe kalite ve kaliteli hizmet sunumu, gelişmişliğin belirtilerinden birisidir (Lüleci, 2018, s. 19).

Kalite yönetiminin sağlık hizmetlerinde uygulanması hastanelerde yürütölen çalışmaların ve bu çalışmaların yapılması sürecinde mevcut olan hizmet kalitesini geliştirme, hastanelerden hizmet talep edenlerin beklentisini karşılayacak şekilde hizmetlerin sunulması, kalite sistemi oluşturulurken maliyetlerin dikkate alınması süreçlerini içermektedir. Sağlık sektörü de kalite sistemlerinin oluşturulması ve sürdürölmesi arzu edilen bir sektördür. Sağlık sektöründe verilen hizmetlerin kalitesinin yükseltilmesi ve gelecekte oluşturulacak toplam kalite yönetimi planlarının sektörün içinde bulunanların fikirlerini de kapsayacak şekilde hazırlanmasına yardımcı olma adına, bu sektörde çalışanların toplam kalite yönetimi ile ilgili düşüncelerinin tespit edilmesi önemlidir (Kıdak, Nişancı ve Burmaoğlu, 2015, s. 484).

1.2. Araştırmanın Amacı

Teknolojik yenilikler, rekabet ortamlarındaki artış her alanda olduğu gibi sağlık işletmelerinde de kalite olgusunun öneminin artmasına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde hizmet sunumu sağlayıcıları ve kullanıcıların insan olması, verilen hizmetin ertelenemez oluşu ve sağlık hizmetlerinin hatasız yapılması ilkesi beraberinde kaliteli hizmet anlayışını zorunlu kılmaktadır. Hasta beklenti ve memnuniyetlerinin kaliteli hizmet sağlanması belirleyici rolü olduğu gibi sağlık çalışanlarının da hizmet kalitesine etkileri bulunmaktadır. Bu araştırma ile amaçlanan; kalite kavramının ne olduğunun, toplam kalite yönetiminin anlaşılmasının ve sağlık sektöründeki toplam kalite yönetimi kavramının anlaşılması amaçlanmaktadır. Ayrıca; kaliteli hizmet anlayışının gelişmesinde sadece hizmet sunumunu kullanan kişilerin memnuniyetleri değil aynı zamanda sağlık alışanlarında da kalite algısının oluşturulması ve kaliteli hizmet anlayışının belirlenmesi ile sunulan sağlık hizmetine etkilerinin neler olduğunun ölçölmesi amaçlanmıştır.

- Sağlık sektöründe, toplam kalite yönetiminin anlaşılması,
- Kalite özelliklerinin neler olduğunun kavranması,
- Sağlık alışanlarının kaliteli hizmet anlayışına etkilerinin araştırılması amaçlanmaktadır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Sağlık çalışanlarının tam katılımıyla gerçekleşen toplam kalite yönetimi felsefesinin anlaşılması kaliteli hizmet için önem oluşturmaktadır. Bu çalışmayla; sağlık hizmeti veren kuruluşlarda toplam kalite yönetimi felsefesinden bahsedilmektedir. Sunulacak hizmetin kalitesinin sağlanması için gerekenler ve bu gerekliliklerin hizmet kalitesine etkileri üzerine durulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışı hizmetin sürekliliği ve etkinliği açısından önem taşımaktadır. Sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren sağlık çalışanlarının, kaliteli hizmet anlayışını benimsenmesi ve kaliteli hizmetten algıladıklarının belirlenmesini amaçlayan bu araştırma; sağlık çalışanlarının hizmetin kalitesine etkisinin neler olduğunu ve ne kadar etkili olduğunu anlamamızı sağlamak için önem taşımaktadır.

1.4. Araştırmanın Hipotezleri

Yapılacak olan çalışmanın hipotezleri aşağıda verilmiştir:

H₁: Demografik değişkenler ile Toplam Kalite Uygulaması ve Alt boyutları arasında anlamlı ilişki vardır.

- H_{1a}: Kadın ve erkek katılımcıların toplam kalite uygulaması ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki vardır.
- H_{1b}: Evli ve bekâr katılımcıların toplam kalite uygulaması ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki vardır.
- H_{1c}: Katılımcıların eğitim düzeyi gruplarına göre toplam kalite uygulaması ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki vardır.
- H_{1d}: Katılımcıların meslekte çalışma yılına göre toplam kalite uygulaması ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki vardır.
- H_{1e}: Katılımcıların hastanede çalışma yılına göre toplam kalite uygulaması ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki vardır.
- H_{1f}: Katılımcıların unvanlarına göre toplam kalite uygulaması ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki vardır.

1.5. Araştırmanın Sayıltıları

- Yapılan araştırmada anket ve ölçekleri dolduran kişiler doğru ve içten yanıtlar vermiştir.
- Kullanılan ölçek ve anketler araştırma konusunu ölçecek yeterliliktedir.

1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma amaçları doğrultusunda sorulan sorular ve kullanılan ölçeklerin faktörleriyle, araştırmadan elde edilen bulgular, veri toplama araçları kapsamında kullanılan “Sosyo-Demografik Form” ve “Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları Algısı – TKY’ de yer alan sorulara verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yönetim Kavramı

Yönetim; kavram olarak, bir grup insanı belirli bir amaca yönlendirmek olarak tanımlansa da, yönetim kavramını sadece insanları bu amaca yönlendirme olarak açıklamak yeterli olmayabilir.

Yönetim, insan ile birlikte var olan tüm kaynakları etkili şekilde kullanarak bir amaca ulaşmayı sağlamaktadır.

Yönetim; belirli bir hedefe ulaşmak için planlama, örgütleme, yöneltme ve denetleme fonksiyonlarını içinde barındırarak bir grup insanı belirli bir hedefe yönlendirip iş bölümü yaparak koordinasyonun sağlanması çalışmalarının toplamına denmektedir.

İnsanlığın varoluşuyla ve bir grup halinde yaşamaya başlamasıyla birlikte yönetimi, üç ana özelliği olan süreçsel, bilimsel, sanatsal ve mesleki yönetim olarak değerlendirmek mümkün olmaktadır.

Süreçsel yönetim; belli bir amaca ulaşmak için insanların bir araya gelmesi süreci ile başlayarak karar verme, planlama, örgütleme, koordinasyon, yöneltme ve uygulama aşaması ile devam ederek denetleme ile son bulan bir süreçtir.

Bilimsel yönetim; yalnızca bilgi ve beceri olarak değil, davranış bilimleri, matematik, hukuk, sosyoloji ve psikoloji, istatistik gibi bilim dallarıyla birlikte hayat bulan bir yönetimdir.

Sanatsal ve mesleki yönetim; insanın beceri ve yeteneklerinin yönlendirilmesi performanslarının geliştirilmesi yönetimin sanatsal kısmıyla, bu beceri ve yeteneklerin ve bilgi birikiminin mesleki anlamda sürekli kullanılması yönetimin mesleki yönüyle açıklanmaktadır (Cihan, A. s.7-11).

Yönetimin tarihsel gelişimine göz atacak olursak ilkel kabilelerden milattan önce kurulmuş devletlere, milattan sonra kurulmuş devletlerden sanayi devrimi ve sonrasında kurulmuş devletlere kadar hemen her toplulukta gruplar halinde yaşamaya başlanması ile güvenliğin ve düzenin sağlanması için yönetime ihtiyaç duyulmuştur.

Milattan önceki dönemden MS 1800'lere kadar olan dönemi özetlersek; MÖ 2000'lerde Sümerler tarafından geliştirilen toplumsal yaşamın düzenlenmesi ve yönetilmesi ile ilgili kanun ve ilkeleri. Mezopotamya'da Babil uygarlığındaki Hammurabi kanunları. Mısır uygarlığında yönetim uygulamalarındaki kayıt düzeninin geliştirilmesi. Çin'de Sun Tzu adlı generalin askeri yönetim ilkelerini geliştirmesi. Roma İmparatorluğu döneminde toplumsal yaşamın önemi ve yazılı kuralların oluşturulması, 1494'te oluşturulan ve günümüzde de kullanılan Venedikli Luca Pacioli tarafından geliştirilen çift taraflı kayıt sistemine de dayalı muhasebe uygulaması yönetimin tarihsel sürecinde birer örnek olarak gösterilebilir (Koçel, 2018, s. 43-56).

1700'lerde uygulanmaya başlayan bireysel ve dağınık üretim, bazı teknolojik gelişmelerle toplumsal yaşamın niteliğinin değişerek imalat ağırlıklı sanayi toplumunu oluşturmaya başlamıştır. Saydığımız bazı dönemler boyunca toplumsal yaşamlar değişime bireysellikten topluluk halinde yaşamaya ve bazı gerekliliklere ihtiyaç duymuşlardır. Bu ihtiyaçlarda yönetim kavramının oluşmasını gerekli kılmıştır. 17. Yy sonları ve 18. Yy başlarında buhar makinesinin bulunuşu ile sanayi devrimi başlamış olup yönetim bilimi klasik yönetim, neoklasik yönetim, modern yönetim yaklaşımı ve post-modern(çağdaş) yönetim olarak dört ana teori şeklinde ele alınmaya başlamıştır (Sarp, 2017, s.13-15).

2.1.1. Yönetim Teorileri

Tarihin ilk dönemlerinden beri insanların bir arada yaşamaya başlamasıyla yönetim ihtiyacı doğmuştur. Tarım öncesi dönem, sanayi devriminin gerçekleşmesi ve teknolojinin hayatımıza girmesiyle yönetim kavramı bilimsel araştırma alanı olarak çeşitli teorilerle desteklenmiştir. Bu teorileri aşağıdaki tabloda kısaca gösterebiliriz.

Tablo.2.1. Yönetim Teorileri

Klasik Yönetim Teorileri	▪ Bilimsel Yönetim Teorisi ▪ Yönetimin Süreç Yaklaşımı ▪ Bürokrasi Yaklaşımı
Neo-Klasik Yönetim Teorileri	▪ XY Teorileri ▪ Maslow Hiyerarşisi ▪ Hawthorn Araştırmaları ▪ C. Argyris Modeli
Modern Yönetim Teorileri	▪ Sistem Yaklaşımı ▪ Durumsallık Yaklaşımı
Post-Modern (çağdaş) Yönetim Düşüncesi	▪ İnsan Merkezli Yönetim Düşüncesi ▪ Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı ▪ İnsan Kaynakları Yönetimi Yaklaşımı

2.1.1.1. Klasik Yönetim Teorileri

Sanayi devrimi ile başlayan klasik yönetim teorilerinin üzerinde durduğu iki özellik bulunmaktadır. Bunlardan birincisi; işletmelerde (organizasyonel yapılarda) etkinlik ve verimliliğin artırılması. İkincisi ise; formal organizasyon ve yönetim faaliyetlerinin düzenlenmesinden oluşmaktadır. Klasik yönetim teorilerini inceleyecek olursak (Koçel, 2018, s.219);

Bilimsel Yönetim Teorisi; 1880 ve 1930 yıllar arasını kapsayan bilimsel yönetim teorisi verimsiz çalışmayı ortadan kaldırıp üretimin artırılmasını ve işçi ile yönetim arasındaki iş birliğini sağlamak için ortaya çıkmıştır.

Bu yönetim teorisinin öncüsü Frederick W. TAYLOR dur. Taylor, bilimsel yönetim yaklaşımını çalışanların verimliliğinin ve etkinliğinin nasıl artırılacağı üzerinde çalışarak oluşturmuştur.

Taylorizm olarak da adlandırılan bilimsel yönetimin ana ilkelerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (Koçel, 2018, s.220- 225);

- Bilimsel olarak yapılan işe uygun elaman seçimi olmalı,
- Her işçi yeteneklerini kullanacağı şekilde maksimum üretim yapmalı,
- Çalışanlar ödüllendirilmeli,
- Yapılan her iş ölçülüp değerlendirilmeli ve daha iyi sonuç almak için bu yolların sürekli ne olduğu araştırılmalı,
- Çalışanların eğitimi sürekli olmalı,
- Yapılacak iş gelişigüzel değil bilimsel olarak incelenip geliştirilip yapılmalı,
- Görev yetki ve sorumluluklar hiyerarşik yapıda olmalı,
- Emir komuta zinciri olmalı,
- Sorumluluk ilkesi esas olmalıdır.

Taylor’a göre, bir işte tecrübe yerine bilim, iş ve işleyişte ahenk, bireysellik yerine işbirliği, en yüksek verimlilik ve maksimum üretim, iş tasarımı ve ölçüm sistemi, hareket ve zaman etütleri geliştirilerek yönetim bilimsel bir işleyişe sahip olmalıdır.

Yönetim Süreç Yaklaşımı: Klasik yönetim teorileri adı altındaki ikinci yaklaşım yönetim süreç yaklaşımıdır. Bu yaklaşımın öncüsü Taylor’u da tamamlayıcı fikirler ortaya koyan Henry FAYOL’ dur. Fayol’ a göre yönetim; üretimden ziyade genel yönetim olayları olarak ele alınır ve yönetim ve işletmeyi fonksiyonlara ayırmıştır. Yönetim fonksiyonları; planlama, örgütleme, yöneltme, koordinasyon ve denetimdir. İşletme fonksiyonları; üretim faaliyetleri, alım-satım faaliyetleri, finansal faaliyetler, muhasebe faaliyetleri, yönetim ve güvenliktir (Özdemir, 2020, s. 39-41).

Fayol’ a göre yönetim, bir anda başlayan ve biten bir olay değil bir süreçtir. Yönetimin süreç ilkelerini; yapısal ilkeler, süreç ilkeleri ve sonuçsal ilkeler olarak üç ana başlık altında toplamıştır (Cihan, ve Cihan, s. 255- 257).

Tablo.2.2. Henry Fayol’ un Yönetim İlkeleri

Süreç İlkeleri	Yapısal İlkeler	Sonuçsal İlkeler
Düzen	Yönetim birliği	Birlik Beraberlik
Adil İşlem	Hiyerarşi	İnsiyatif
Ücretler	Yetki, Sorumluluk	İntizam
Genel çıkarların önceliği	İş bölümü	Personel Sürekliliği
	Merkezcilik	

Bürokrasi Yaklaşımı: Yaklaşımın öncüsü Max WEBER’ dir. Bürokrasi yaklaşımı örgütün mekanik ve fiziksel unsurları üzerine odaklanan bir anlayışı benimser. Hiyerarşik yapıya uygun düzenlemeye gidilmesi esastır. Weber bürokrasi yaklaşımında yönetim içinde yetki kavramını önemser ve yetkiyi kendi içinde geleneksel, karizmatik ve yasal yetki olarak ayırır (Özdemir, 2020, s. 58-70).

- Geleneksel yetki; doğuştan var olan statü
- Karizmatik yetki; kişilik özelliklerinden kaynaklanan yetki
- Yasal yetki; kanun ve idari kararlardır.

Weber’ in bürokrasi yaklaşımının özelliklerine bakacak olursak;

- Görev dağılımları uygun şekilde yapılmalıdır.
- Yetki kullanımı belirli kurallara göre yapılır ve yetkiler açık bir şekilde tanımlanmalıdır.
- Hiyerarşik yapı önemlidir. Astlar üstlerin emir ve talimatlarına uymak zorundadır.
- Görevler belirli kurallara göre yürütülmelidir.
- Her göreve, o göreve uygun eğitimli kişiler getirilmelidir.
- Gerçekleştirilen göreve göre bir ücretlendirme yapılmalıdır.
- Organizasyon bilgilerinde gizlilik esasına önem verilmelidir.
- Organizasyon içinde yapılacak her işleyiş ve haberleşme yazılı olarak yapıp kayıt altına alınmalı ve korunmalıdır.

2.1.1.2. Neo-Klasik Yönetim Teorileri

Neo-klasik yönetim yaklaşımı, klasik yönetim yaklaşımının tersine insanı bir makine olarak görmemiştir. Sadece yapılan iş karşılığında ücreti verildikten sonra verim beklenilmemesi gerektiğini, sosyal ihtiyaçlarında karşılanması gerektiğini savunmaktadır. Neo-klasik yönetimin insana bakış açısı McGregor' un X ve Y kuramı oluşturmaktadır.

X kuramına göre; insan doğası gereği işten kaçmayı ister. İşe karşı isteksizdir. Bu şekilde davranan bireyler denetleme, zorlama ve cezayla yönetilmelidir. X kuramına göre bireylerde çalışma isteği çok az, güven beklentisi çok fazladır.

Y kuramına göre; insan, iş zamanı aktiftir. Varılmak istenen hedefe işçiler cezalandırılarak değil kişilere sorumluluk bilinci vererek kendi kendine denetleme ve yönetme imkânı verilmelidir. Bu kuramda, çalışanların örgüt içinde verilecek kararlara katılması söz konusudur (Dalay, 2013).

Bir diğer kuram ise; Abraham Maslow' un ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramıdır. Maslow' a göre insanların kendilerini gerçekleştirmeleri için bazı ihtiyaçlarını karşılamaları gerekmektedir. Abraham Maslow, insan davranışlarını yönlendiren en önemli etkenin ihtiyaçlar olduğunu savunmuş ve insan ihtiyaçlarını; fizyolojik, güvenlik, sevgi-aitlik, saygınlık ve kendini gerçekleştirme olarak beşe ayırmıştır. Bu ihtiyaçlar sırasına göre alt basamaktan üst basamağa doğru belirli bir hiyerarşi içindedir (Özdemir, 2020, s.366-377);



Şekil.2.1. Maslow' un İhtiyaçlar Hiyerarşisi

Hawthorne araştırmaları ise; 1924’ te başlayarak 1930’da sonuç alinan bu araştırmalar Elton Mayo nclğnde Western Elektrik şirketinin Chicago’da Hawthorne fabrikasında yapılmıştır. Bu araştırma yönetim açısından davranışsal yaklaşımın başlangıcı olarak kabul edilmektedir. Hawthorne araştırmasında iki hipotez oluşturulmuştur. Bunlardan ilkinde fabrikadaki işçilerin verimliliğinin artırılması için çalışma ortamındaki fiziki koşulların (ısı, ışık, ısıtma, yorgunluk vb.) düzeltilmesidir. Ancak ortaya atılan bu hipotez doğrulanamamış bunun nedeni ise (Koçel, 2018, s. 251-255);

Fiziksel koşullar düzeldiğinde bazen verimlilik azalmış bazen de fiziksel koşullar dzeltilmemesine rağmen verimlilik artmıştır. Bu hipotez doğrulanamayarak bir sonuca varılamamıştır. Sonuca bakılarak araştırmacılar ikinci bir hipotezi ortaya atmıştır. Fiziksel faktörler yerine sosyal faktörlerin iyileştirilmesi üzerine bir araştırma yapılmıştır. Sosyal faktörlerin düzeltilmesi (motivasyon, tatmin, işçiler arasındaki ilişkiler vb) verimliliğın artırılmasında etkili olduğu kanıtlanmış ve bu hipotez doğrulanmıştır.

Argyris’ e göre, olgun (mature) ve olgun olmayan (immature) kişi modelleri vardır. Kişiler olgun olmayan kişilik özelliklerinden olgun olan kişilik özelliklerine doğru değişmektedir (Koçel, 2018, s.256-259).

Tablo.2.3. Argyris’ in Kişi Modellerinin zellikleri

Olgun Olmayan (immature) Kişilik zelliğ	Olgun Olan (mature) Kişilik zelliğ
Pasif	Aktif
Özgür olmayan	Bağımız
Sınırlı davranışlar	Değışik davranışlar gösterebilme
Yzeysellik	Derin alaka
Kısa dönem bakış açısı	Uzun dönemli bakış açısı
Astlık durumu	üstlük durumu
Kendi duyarlılığınan yoksunluk	Kendine duyarlılığın olan

Klasik yönetim teorisinde kişilerin olgun insan, olgun kişilik düzeyine geçişi engellenebilmektedir. Baskıcı bir yönetim şekli ve insan merkezli yönetim şekli yerine organizasyon merkezli olması kişilerin baskılanmasına gerçek performanslarını gösterememesine neden olarak verimliliği düşürmektedir. Bunun yanı sıra neo-klasik (davranışsal) yaklaşıma göre yöneticiler Y teorisini benimseyerek işçileri bir organizasyonda daha fazla sorumluluk almaya teşvik ederek gelişimi sağlayacak ortamı hazırladıkları zaman verimin artması sağlanmaktadır. Verilecek özgürlük beraberinde sorumluluk getirerek inisiyatif almayı sağlayacak ve böylelikle çalışanların gerçek performanslarını göstermelerini sağlayacaktır (Dalay, 2013).

2.1.1.3. Modern Yönetim Teorileri

İkinci Dünya Savaşı'ndan itibaren neo-klasik yönetim düşüncesi yerini modern yönetim düşüncesine bırakmıştır. Sistem yaklaşımı ve Durumsallık yaklaşımı bu yönetim teorisini oluşturmaktadır.

Sistem Yaklaşımı; modern yönetim teorisinin en önemlisidir. Bütünü oluşturan parçaları ve bu parçaların birbirleriyle olan ilişkilerini inceleyen bu yaklaşımın üç özelliği aşağıdaki gibidir (Koçel, 2018, s.277-291);

- Sistemler belirli kurallara göre çalışır
- Her bir parça belirli alt birim ve sistemlerden oluşur
- Sistemi oluşturan her bir parçanın gerçekleştirmek için çalıştığı bir hedefi vardır.

Teknik olarak sistem “girdi, süreç ve çıktı” unsurlarından oluşmaktadır. Kısaca girdiler çıktı haline gelmesine kadar görevlerini yapabilmeleri için gerekli bilgilerden oluşmaktadır. Sistemler “açık” ve “kapalı” olmak üzere iki şekilde ele alınabilir.

Kapalı sistemler; sadece organizasyonların iç ilişkileri ve işleyişleri üzerinde duran dış çevreyle etkileşimi olmayan sistemlerdir. Böyle bir sistem beraberinde entropi oluşturur. Entropi termodinamikten alınan bir kavramdır. Sistemde olan bir bütündeki eğilimi ifade eder. Entropi'ye göre sistemde enerjinin tükenmesi, faaliyetlerin durması, karışıklık ve aksaklıklar sonucunda sistemin durması yönündeki eğilimi göstermektedir. Kapalı sistemlerde sorunların dış çevre dikkate alınmaksızın çözülebileceği düşünülmektedir. Bundan dolayı kapalı sistemlerdeki mevcut entropi nedeniyle faaliyetlerini bir süre sonra durdurmak zorunda kalmaktadırlar.

Açık sistemlerde; sistem dış çevresiyle etkileşim içerisindedir. Açık sistemler dinamik bir denge ile faaliyetlerini sürdürerek dış çevreden alınan girdilerdeki entropiyi durdurarak etkilerini negatif yöne çevirebilirler. Açık sistemlerde faaliyetlerin devamı için negatif yönde entropi eğilimi vardır (Koçel, 2018, s. 277).

Durumsallık Yaklaşımı; klasik yönetim teorilerinin belirli ilke ve uygulamaları haricinde durumsallık yaklaşımı organizasyon yapısının çeşitli içsel ve dışsal koşullara göre farklılık gösterip yeni şekil alabilen bir yapı olarak görmektedir. Bu yaklaşım; bir organizasyonun yapısını karakterize eden belli başlı boyutlarda bulunduğu durum ve koşullar arasındaki ilişkiyi araştırmaktadır.

İşletmeler, her alanda ve her zaman geçerli olacağını düşündüğü bir yönetim yerine, kendi yapısına göre en uygun olan modeli uygulamalıdır. Durumsallık yaklaşımında işletme faaliyetleri açık bir sistem olarak kabul edilmektedir. Organizasyonlarda “en iyi” durumdan duruma değişecektir. Durumsallık yaklaşımı yönetime bir dinamizm getirmiştir (Sarp, 2017, s.19-20).

2.1.1.4. Post-Modern (Çağdaş) Yönetim Düşüncesi

Post-modern yönetim düşüncesi 1970-1980’lerden günümüze kadar olan sürede üç bakış açısıyla ele alınmaktadır. İnsan merkezli yönetim, müşteri memnuniyetini ele alan kalite yönetimi ve teknolojik gelişmeler, bilgi çağı ve küreselleşmeyle birlikte kalite ortaya çıkan insan kaynakları yönetimi olarak ele alınır. Çağdaş yönetim düşüncesi stratejik anlayışla organizasyon ve örgütü geleceğe hazırlamak için gereken uygulamalar üzerinde durmaktadır (Erdemir, 2006). Bu düşüncenin yaklaşımları;

Toplam Kalite Yönetimi; bu süreçte üretilen mal ve hizmette kalitenin korunması ve daha da iyiye ulaşması için işletmenin en alt kademesinden en üst düzey çalışanına kadar tüm personelin aktif katılımını gerektirir.

Reorganizasyon; organizasyonlarda açık bir sistemin olması çevresel faktörlerden etkilenmeye neden olur. Bu çevresel etkilenme sonunda olumsuzlukları ortadan kaldırmak ve yeniden yapılandırmaktır.

Değişim Mühendisliği; teknik bir yaklaşım olan değişim mühendisliği yönetimde süreçlerin yeniden yapılandırılması ve sistemlerin yenilenmesini içerir.

Benchmarking (Kıyaslama); işletmenin kendi seviyesindeki en iyi işletmeyi örnek alarak mukayese yapıp mevcut durumunu korumak ve en iyi örgütsel yapı ile sistemsel işleyişe ulaşmaktır.

Küçülme; bazı durumlarda rekabet gücünü artırmak olarak da görülmektedir. Çalışan sayısını, maliyet ve gereksiz iş yükünü azaltmakla işletmenin gücü artırılabilir.

Öğrenen Organizasyonlar; personelin sürekli geliştirilmesi örgütün sürekli öğrenmesi organizasyon içinde örgütün yaptığı iş ve işleyişten alınan tecrübelerle gerçekleşmektedir. Öğrenen organizasyonlarda yeni bilgiler elde edilecek, geliştirilecek ve organizasyon gelişime adapte olacaktır (Koçel, 2018, s. 388).

2.1.2. Hastaneler Hakkındaki Temel Kavramlar

2.1.2.1. Hastane Tanımı

Hastaneler; ekonomik, verimli ve etkili olarak, her türlü sağlık hizmetlerinin ayakta veya yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmetlerinin kesintisiz verildiği eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü profesyonel yönetim gerektiren kurumlardır. Hastaneler, matriks yapıda faaliyet gösteren hizmet organizasyonlarıdır. Matriks organizasyon ifadesiyle hastanelerin faaliyetlerinin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı organizasyonlar olduğunu anlamamızı sağlamaktadır. Bir diğer ifade ile hastaneler, sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü kendine göre değişik özellikler gösteren (poliklinikler, genel hastaneler, özel dal hastaneleri vb) kurumlardır (Zeyrekli ve Yaş, 2009, s. 65-66).

2.1.2.2. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler, en kısa ve yalın şekilde “hastaların ayaktan ya da yatarak teşhis, tedavi ve bakımlarının yapıldığı kurumlar olarak tanımlanmaktadır.” Hastaneler verilen hizmet türlerine göre de aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadırlar (Arslan, 2020);

- Hizmet türüne göre hastaneler
- Mülkiyetlerine göre hastaneler
- Büyüklüklerine göre hastaneler
- Hasta kalış süresine göre hastaneler
- Cerrahi müdahale yapabilen hastaneler
- Dikey entegrasyona göre hastaneler
- Akreditasyon durumuna göre hastaneler

Hizmet türüne göre hastaneler: Hastaneleri türlerine göre inceleyecek olursak eğer beş gruba ayırabiliriz; gün hastaneleri, ilçe-belde hastaneleri, genel hastaneler, özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri.

Gün hastaneleri: Günübirlik olarak, bir ve birden fazla branşta ayakta muayene, teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerini veren en az 5 yatak ile 24 saat sağlık hizmeti sunan kurumlardır.

İlçe-Belde hastaneleri: Acil servis, 112 hizmetleri, doğum, ayakta ve yatarak tıbbi müdahale, muayene, ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştirerek, hasta kabul ve tedavilerinin yapıldığı, ileri tetkik gerektiren durumlarda da hastaların stabil edildikten sonra bir üst kuruma sevkini yapıldığı kurumlara verilen addır.

Genel hastaneler: Yaş ve cinsiyet fark etmeksizin, acil hastalar ile bünyesindeki var olan uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabulünü yapan, ayakta veya yatarak hastaların muayene ve tedavilerini yapan en az 50 yataklı sağlık kuruluşlarıdır.

Özel dal hastaneleri: Belirli bir hastalığa yakalananların ya da bir organ veya organ grubu hastalarının muayene, teşhis, tedavi ve iyileştirmeleri ile müşahedelerinin yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

Eğitim ve araştırma hastaneleri: Eğitim-öğretim ve araştırma yapılan, her türlü sağlık hizmetinin verildiği, uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği, acil durumlarda müdahale edebilen, cerrahi operasyonlarda bulunabilen özel dal ve genel sağlık kurumlarıdır.

Mülkiyetlerine göre hastaneler: Bu grup hastaneler sınıflandırılırken finansal kaynakları dikkate alınmaktadır.



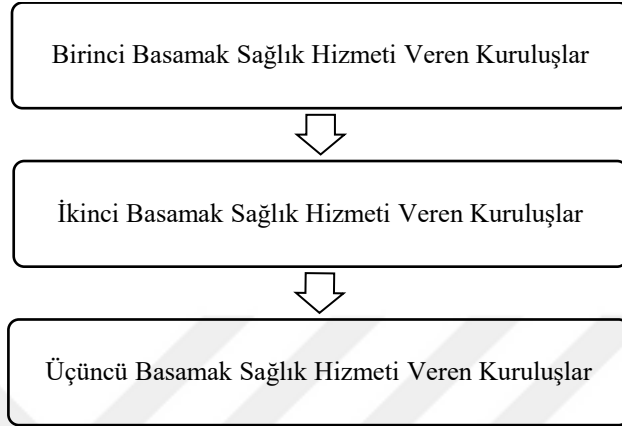
Şekil.2.2. Mülkiyetlerine Göre Hastaneler

Büyükliklerine göre hastaneler: Bu tip hastaneler ilk olarak hastanede bulunan yatak sayısına göre daha sonrada hastanelerde bulunan personel, uzman kadro, finans desteği ve teknik donanım özelliklerine göre sınıflandırılmaktadır. 50 yataklı özel ya da kamu hastaneleri, 100, 200, 400 ve üzeri yatak kapasitesine sahip hastaneler olarak ayrılmaktadırlar.

Hasta kalış süresine göre hastaneler: Hastaların aynı gün içinde tedavilerini sürdürebildiği ayaktan tedavi merkezleri, hastaların tedavilerinin 30 günden az olan sürede yapıldığı ve bu arada hasta kabulüne devam eden hastaneler kısa kalış süreli hastaneler olarak ayrılmaktadır. Tedavi süreleri 30 ve daha üzeri gün sayısı olan hastaların kaldığı hastaneler uzun kalış süreli hastaneler olarak ayrılabilir.

Cerrahi müdahale yapabilen hastaneler: Uzman kadro, teknik donanım, operasyon öncesi ve operasyon sonrası hasta tedavi ve bakımlarının yapıldığı tüm sağlık hizmetlerinin sağlanabildiği hastaneler cerrahi müdahale yapabilen hastaneler olarak sınıflandırılmaktadırlar. Bu özelliklere sahip olmayan sağlık kuruluşları hastaya yeterli desteği sağlayamadığında kuruluşlar kendi aralarında hastaların sevk işlemlerini sağlamaktadırlar.

Dikey entegrasyona göre hastaneler: Poliklinik hizmetlerinin sunulduğu hizmetler birinci basamak, hastaların kısa süreli tedavilerinin yapıldığı ve genel branşları olan hastanelerin verdiği hizmetler ikinci basamak, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yapamadığı işlemleri gelişmiş teknoloji ile yapan kuruluşlarda üçüncü basamak sağlık hizmetlerini veren kuruluşlar olarak ayrılmaktadırlar.



Şekil.2.3. Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler

Akreditasyon durumuna göre hastaneler: Türkiye’de geçerliliği olmayan bu sınıflandırma türü hastanelerin akredite olup akredite olmamasına göre yapılmaktadır. Akreditasyon, “Bir sağlık kuruluşunun, önceden belirlenen yayınlanmış standartlara uygunluğunun, herkesçe kabul gören bir tüzel kişilik tarafından değerlendirilerek onaylanan resmi bir sürecidir” (Marşap, 2014, s. 278). Özellikle Amerika’ da sağlık kurumları akreditasyon komisyonu tarafından belirlenmiş standartlara uygunluğunu sağlayan hastaneler akredite edilmiş hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.

2.1.2.3. Hastane Fonksiyonları

Hastanelerin fonksiyonel yapısı içerisinde; tıp hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, paramedikal hizmetler ve destek hizmetleridir (Çelik, 2013, s.28).

2.1.2.3.1. Tıp Hizmetleri

Dört ana bölüm olarak; dahiliye, hariciye, kadın doğum ve çocuk bölümlerinin yanı sıra acil servis, ameliyathaneler, kardiyoloji, yoğun bakımlar, laboratuvarlar, görüntüleme klinikleri, poliklinikler, sterilizasyon bölümü, eczane gibi bölümlerle hastanenin büyüklük ve işleyişine göre değişiklik göstererek hastalığın teşhis ve tedavisi ile ilgili hizmetler veren gruptur.

2.1.2.3.2. Hemşirelik Hizmetleri

Hastanın teşhisi konulduktan sonra hastaneye yatırılarak bakım ve tedavi ile ilgili hizmetleri içerir. Hemşirelik hizmetlerine; başhemşire, sorumlu servis hemşireleri, servisler ve polikliniklerdeki tüm hemşireler, ebeler ve sağlık memurları dahil olmaktadır.

2.1.2.3.3. Paramedikal Hizmetler

Destek tıbbi hizmetlerdir. Psikolog, diyetisyen, röntgen teknikerleri, nükleer tıp teknikerleri, laboratuvar teknikerleri, fizik tedavi teknisyen ve uzmanlarının verdiği hizmetlerdir.

2.1.2.3.4. Destek Hizmetleri

Tıbbi, paramedikal ve hemşirelik hizmetlerinin devamlılığı için otelcilik, mutfak, teknik, çamaşırhane, temizlik, danışma ve hasta kabul, arşiv, bilgi işlem gibi hizmetleri içeren destek gruplardır.

2.1.3. Hastanelerde Yönetim Kavramı

Yönetim kavramının günümüzde birçok tanımı mevcuttur. Belirli bir amaca ulaşmak için bir grup insanı iş bölümü yaparak, yönlendirerek, iş birliği içerisinde koordinasyonu sağlanarak iş yaptırmaktır. İnsanların gruplar halinde yaşamaya başlamasıyla yönetim ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Henry Fayol yönetim fonksiyonlarını planlama, örgütleme, yürütme (yöneltme), denetleme olarak öne sürmüştür. Yönetim fonksiyonlarını inceleyecek olursak;

Planlama; hedeflerin seçilmesini, belirlenen işlerin ne zaman ve nasıl yapılacağını organize edilip belirlenmesini içermektedir.

Örgütleme; belirlenen görevin başlaması için ekiplerin, sorumluların ve sorumlulukların belirlenmesidir.

Yürütme (yöneltme); faaliyetlerin yerine getirilmesi için emir-komuta zincirinin oluşturulmasıdır.

Denetleme fonksiyonu; faaliyetlerin plan ve amaca uygunluğunun izlenmesi ve gerekli durumların düzeltilmesidir.

Yönetim fonksiyonlarının düzenli işleyişinin sağlanması için iyi bir yöneticinin bulunması gerekmektedir. Ekonomik, teknolojik gelişmeler, işletme faaliyetlerindeki değişiklikler, sosyal, hukuki ve siyasi alanlardaki değişiklikler, organizasyon yapılarındaki değişiklikler işletmelerde profesyonel yönetici ihtiyacının doğmasına neden olmaktadır.

Yönetici belirli bir iş emrindeki kişilere işbirliği ve düzen içerisinde yaptıran kişidir. Yöneticilerin entelektüel, karakter ve sosyal bakımdan sahip olması gereken özellikleri vardır. Yöneticilerin entelektüel olarak; mantıklı, odaklanabilen, ifade yeteneği güçlü, olaylar arasında muhakeme kabiliyeti olan, sezgi gücü yüksek, genel kültürü iyi olmak gibi özellikleri bulunmalıdır. Karakter özellikleri bakımından; ciddi, dinamik, dikkatli, girişken, azimli ve sabırlı olmalıdırlar. Yöneticiler sosyal özellikleri bakımından; hitabet yeteneği olan, sosyal olan, dış görünüş olarak kendisine önem veren, kişiler arası iletişimi güçlü olan insanlar olmalıdırlar. Yöneticilerin kişilik özellikleri yanında kavramsal olarak (algılayabilmek, plan yapabilmek) beşeri olarak (liderlik, motivasyon, iletişim) ve teknik olarak (araç-gereçleri anlama, kavrama ve kullanabilmek) üç ana yeteneklerinin de olması gerekmektedir (Kıyak, 2015).

Genel olarak yönetim ve yönetici kavramlarından sonra hastane yönetim ve hastane yöneticisi kavramlarını inceleyecek olursak; hastaneler, hizmetin bölünemez olduğu, emek yoğun, hizmet kalitesinin ölçülemediği, standartlaşamayan, soyutluk barındıran, üretimin olduğu kadar tüketiminde olduğu, kullanılan teknoloji bakımından son sistem ve karmaşık olan, tedavinin acil ve geri çevrilemez olduğu organizasyonlardır.

Hastaneler bu özelliklerinden dolayı matriks yapıda organizasyonlardır. Matriks organizasyonlar faaliyetlerini fonksiyonları üzerine gruplandırır ve bu gruplandırma üzerine proje organizasyonunun eklenmesi ile ortaya çıkan bir yapıdır. Böylelikle; matriks organizasyonlarda fonksiyonel ve proje yöneticisi olarak iki tür yönetici oluşumundan bahsedilmektedir. Fonksiyonel yönetici gruplandırılmış faaliyetlerin yönetimini üstlenir. Proje yöneticisi ise planlamanın nasıl ve ne zaman yapılacağı konusunda çalışır (Koçel, 2018, s. 347). Hastane işletmelerindeki matriks yapıdaki yönetici türlerini aşağıdaki gibi örneklendirebiliriz.

Tablo.2.4. Matriks Organizasyonlardaki Yönetici Türleri

Fonksiyonel Yönetici	Proje Yöneticisi
Başhekim	Doktorlar
Başhemşire	Hemşireler
Poliklinik sorumluları	Teknikerler

Sağlık hizmetini satın almakta olan taraflar daha az ücret ödeyerek kaliteli hizmet almak istemektedirler. Kaliteli hizmet anlayışı teknolojik gelişmeler sonucunda sağlık sektöründe verimliliği artırmak için yeni sağlık kurumu işletmeleri ya da yeni örgütlenme şekillerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda olacak yenilikler daha karmaşık yönetim ve örgütlenmeye neden olacaktır. Dolayısıyla karmaşık yapıdaki bir organizasyonu da yönetecek sağlık kurumları yöneticilerine ihtiyaç duyulacaktır. Sağlık kurumları yöneticileri, sağlık hizmeti alıcıları ve paydaşlarını göz önünde bulundurarak iyi bir stratejik plan oluşturulmalıdırlar. Her sağlık kuruluşunun misyon ve vizyonu verdikleri hizmete göre farklılıklar göstermektedirler. Böylelikle yapılması gereken stratejik yönetim planlama süreci aşamaları aşağıdaki gibi oluşturulmaktadır (Uğurluoğlu, Demir ve Ürek, 2019, s.1).

- Stratejik plan oluşturulmalı; belirlenen hedef doğrultusunda verilecek sağlık hizmetinin kalitesinin nasıl ve ne şekilde olacağı, bu hizmeti verecek kişilerin, komisyonların oluşturulması gibi kritik konuları belirlemektir.
- Misyonun belirlenmesi; sağlık kurumlarının yönetiminde asıl konu misyonun belirlenmesi ve belirlenen bu misyonun da yönetimin her aşamasında aktif şekilde varlığının devam ettirilmesidir.
- Sağlık kurumları için stratejik planlama SWOT analizleri; sağlık kurumlarında stratejik planlama için dış çevre ve iç çevre analizlerinin yapılması gerekmektedir. Güçlü (strenghts) yanlarının neler olduğu, zayıf (weaknesses) yanlarının neler olduğu, fırsatlarının (opportunities) neler olduğu, tehditlerin (threats) neler olduğu belirlenmelidir.

Tablo.2.5. SWOT Analizi

Güçlü Yönler	Zayıf Yönler
Başarılı olunan alanlar nelerdir? Hangi konular daha kolay yapılıyor? Bizi farklı tutan özellikler neler?	Eksik yanlar nelerdir? Rakiplerimiz hangi alanlarda daha iyidir? Başarısız olduğumuz konular neler?
Fırsatlar	Tehditler
Sektörün fırsatları neler? Fark yaratılacak alanlar neler? Hangi alanlarda gelişme görülebilir?	Sektördeki sorunlar neler olabilir? Hangi konularda hata yapılabilir? Bizi engelleyecek neler var?

- Hedefler ve amaçlar belirlenmeli; belirlenecek her hedef ve amaç sağlık kurumunun stratejik planına ulaşması için basamak olacaktır.
- Stratejinin geliştirilmesi; belirlenen stratejinin kullanılabilmesi için sağlık kurumunun kendisi ve çevresine ait değerler detaylar iyi incelenmelidir.
- Stratejiyi uygulama; belirlenmiş stratejik plan için sağlık kurumundaki örgütte uygulamaları yönetecek, denetleyecek ve işleyişi gerçekleştirecek sorumluların belirlenmesi ve planın uygulanmaya başlanmasıdır.

Sağlık kurumları yönetimi, genel işletme yönetim kavramında olduğu gibi planlama, örgütlenme, yöneltme ile denetleme süreçlerini kullanarak toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için kaynakların kullanılması olarak ifade edilmektedir. Hastane yöneticisi yasal yetkileri doğrultusunda hastaneyi tüm hizmet ve faaliyetlerden sorumlu olarak yöneten kişidir. Hastane yöneticileri bütçeleden personel alımına ve gerekli araç-gereç sağlanmasına kadar hastane çalışmalarını yöneten, denetleyen nitelikli kişidir. Hastane yöneticilerinin başarılı olması için bazı sorumlulukları ve rolleri vardır. Bu sorumluklar; işverene, topluma, hastalara karşı sorumlulukları ayrıca kaynak ve yasal sorumluluklardır. Yöneticilerin belirli bazı rolleri ise (Gökçe ve Şahin, 2020);

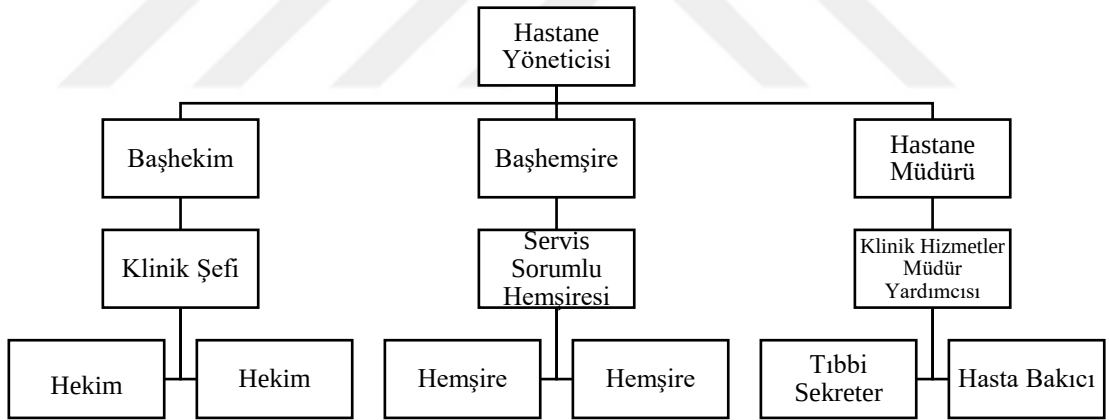
Bilgi ile ilgili roller; yeni bilgilere açık olmalı, bilgiyi işleme yeteneği olmalı. Aldığı bilgiyi toplum ve çalışanlarla paylaşabilmeli. Dış çevre gelişmeleri ile ilgili bilgi toplamalıdır.

Kişiler arası roller; temsil görevini yerine getirmeli. Hastane içerisinde ilgili birimler arasında yönetici - çalışan ve çalışan - çalışan arasındaki koordinasyon, motivasyon ve iletişimi sağlamalı, hastane dışı kurum, kuruluşlar ve kişilerle bağlantı kurmalıdır.

Karar verme ile ilgili roller; yöneticilerin kararsız kalma ve hata yapma olasılıkları çok düşük olmalıdır. Kaynak bulup kullanma konusunda karar verebilmeli, koordinasyon sorunlarında, belirsizlik durumlarında ve acil durum hallerinde gerekli karar verme yetisinde olmalıdır.

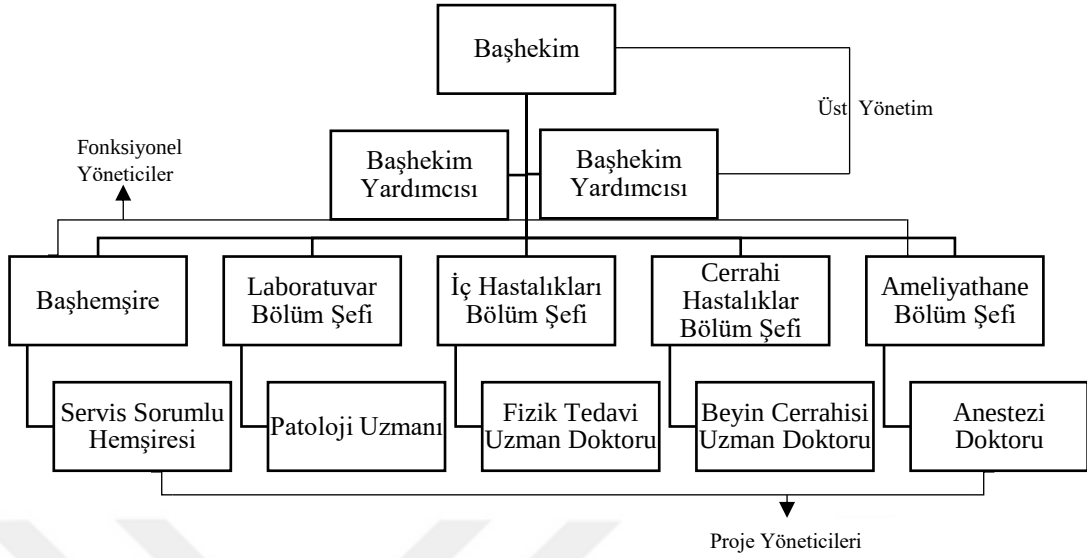
2.1.3.1. Hastane Yönetimi Özellikleri

Hastaneler, sürekli hizmet sunulan teknolojik ve emek yoğun olan karmaşık yapıda aşırı iş bölümü ve uzmanlığı olan matriks yapıda organizasyonlardır. Fonksiyonel yönetim planının üzerine proje temelli bir organizasyon entegrasi ile problemleri çözme ve projeleri zamanında bitirmek için sağlık kurumlarında hiyerarşik bir yapı oluşturulmaktadır.



Şekil.2.4. Hastane Yönetimi Hiyerarşik Yapı Örneği

Hastanelerdeki matriks yapılanmanın nedeni; yürütülen faaliyetlerin karmaşık olması, sağlık hizmetlerinde teknoloji yoğun tekniklerin kullanılması ve bünyesindeki farklı uzmanlık alanlarının olmasıdır. Matriks yapıda faaliyet gösteren bir hastane örneğine bakacak olursak;



Şekil.2.5. Matris Yapıda Faaliyet Gösteren Bir Hastane Örneği

“Genel olarak hastane organizasyon ve işleyişiyle ilgili özellikler” şu şekildedir (Marşap, 2014, s. 190):

- Hastanelerin organizasyon ve işleyişinde yönetim prensipleri ön plandadır. Böylece hastane yönetiminin karar alanları genişletilebilir.
- Hastanelerin işleyişini belirleyen yasal düzenler, bilimsel esaslara dayanan esaslar günün koşullarına uygunluk düzeyi yükseltilir.
- Hastane içinde yürütülen her türlü, idari ve mali nitelikte pek çok iş fiilleri ilgili birimce teknik ve statü yetki dengesinde geliştirilir.

Hastanelerde yönetimden servise en üst mevki hastane yönetim kuruludur. Yönetim kurulu ve yönetim kurulu üyeleri, hastane yöneticisi ve çalışanlarını yönlendirecek politikaları belirlemektedir ve gereken maddi ve beşeri kaynakları sağlayacak durumları bulmakla sorumludur.

Hastane yönetim ekibinde; başhekim, başhekim yardımcıları, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı, başhemşire ve başhemşire yardımcıları ile hastane yönetilir.

Başhekimlik; uzman hekimler veya tıp alanında doktora yapmış hekimler ya da kamu yönetimi, işletme ve sağlık yönetimi alanlarında yüksek lisans, doktora yapmış hekimler arasından seçilmektedir.

Hastane müdürlüğü; kurumun idari, mali ve teknik hizmetlerine kanun, tüzük ve yönetmelik uyarınca başhekimliğe bağlı olarak yürütmekle sorumludur. Sağlık kurumunun en verimli şekilde çalışması için gereken her türlü ihtiyacı tespit ederek sağlaması için gereken tedbirleri yine başhekimliğe bağlı olarak almaktadır. Kurum içinde gerekli her türlü emniyet tedbirlerini almaktadırlar. Kriz veya afet durumlarında genel olarak kendisine verilmiş olan sorumluluğu yerine getirmekle yükümlüdür. Hastane idari birimlerinin görevlerini kendisine bağlı personellerin tüm görev ve yetkilerini mevcut tüzük ve yönetmeliklere göre belirlemekle yükümlüdür.

Hastanelerde başhemşirelik kadrosu; görevinde başarılı hemşirelerden hemşire tayini yapılarak atanmaktadır. Hasta bakım hizmetleri ve hemşirelik hizmetlerinin en iyi şekilde yönetilmesi ile ilgili yükümlülüklerin yerine getirilmesinden sorumludurlar. Bu yükümlülükleri başhekimliğe bağlı olarak sorumlulukları dahilinde yerine getirmektedirler (Tatar, 2012, s.139).

Sağlık kurumlarında etkili verimli bir yönetim ve iyi bir örgüt yapısı olmalıdır. Hizmet birimleri arasında verimli iş birliği, iş bölümü, iyi işleyen bir iş akışının olmasıyla ancak etkin bir yönetimden bahsedilebilmektedir. Sağlık kurumları normal bir işletmeden ziyade farklı özelliklere de sahiptir. Hastanelerdeki işletme şekline yapısal olarak bakılacak olursa “Sağlık kurumlarının yapısal özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir” (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, s. 136):

- Sağlık kurumlarında uzmanlık düzeyi çok yüksektir.
- Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek grubu faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.
- Sağlık kurumlarında İK, profesyonel kişilerden oluşur ve kişiler kurumsal hedeflerden daha çok mesleki hedeflere önem verir.
- Hizmet miktarı ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü hekimler belirlerken, yönetsel ve kavramsal yönetim mekanizmasına ihtiyaç vardır.
- Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kurumlarında ikili otorite hattı eşgüdüm ve denetimle ilgili ihtiyaca neden olabilmektedir.
- Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık yapıda ve değişkendir.
- Sağlık kurumları etkinlikleri aciliyeti olan ve ertelenemez niteliktedir.
- İşler hatalara ve belirsizliğe karşı duyarlıdır ve tolerans gösterilemez.
- Çıktının tanımı ve ölçümü oldukça güçtür.

Hastanelerde verilen hizmetler uzmanlık gerektiren karmaşık emek yoğun niteliktedir. Çok sayıda farklı branş ve bu branşlarda verilen hizmetler ile bölümler arasında ve çalışanlar arasında iletişim iyi olmalı ki yönetsel, organizasyonel sorunlara, karmaşıklığa neden olmasın. Hastane yönetimi; sağlık kurumunun verimli, etkili ve performansını yükseltecek şekilde çalışması için gerekli koşulları sağlamaktadır.

Sağlık kurumlarının, yasal, teknolojik, ekonomik ve politik çevrelerle ilişkileri karmaşıktır. Stratejik bir yaklaşım, yönetimde sürekli gelişim ve yenilikle bu karmaşıklığı gidermekte yararlı olmaktadır. Yönetimin geliştirilmesi yenilenmesi ve devamlılığı yöneticilerin görevidir. Sağlık kurumlarında yasal, teknolojik, politik ve ekonomik çevrenin yönetime etkileri aşağıdaki gibi görülebilmektedir (Bayın, 2014);

Tablo.2.6. Sağlık Kurumlarında Çevrenin Yönetime Etkileri

Etkilenilen Çevre	Yönetime Olan Etkileri
Teknolojik	○ Bütçe çalışmalarında düzenlenme ile maliyet düşüklüğünün sağlanması ve yeni yatırımların yapılması ○ Hizmet sunum sistemi için inovasyona gidilme ihtiyacı ○ Hizmete duyulan ihtiyaçla birlikte verimlilik ve teknolojik yeniliklerle beraber etkililikte artış beklentisi
Politik	○ Yönetim ve hizmet fonksiyonlarında, yenilikçi yaklaşım ihtiyacı ile politik düzenlemelerle beraber hizmet sunumu için oluşturulan yasalar, ○ Etkin klinik uygulamalar için rehberlerin ve kalkınma planlarının oluşturulması, ○ Sağlık kurumları arasında stratejik birlik ihtiyacı ile hizmet sunumu sağlanması
Ekonomik	○ Performans değerlendirilmesi ile birlikte maaş ve ücretler, ○ Sağlıkta sigorta kavramının oluşması düşüncesi, ○ Ekonomik anlamda, ortaklıklara duyulan ihtiyaç ve ileriye görebilme düşüncesi
Yasal	○ Hasta hakları yönetmeliği ile herkesin eşit haklarda sağlık hizmetlerinden faydalanması ○ Tüketici hakları yasası ile hasta hakları ve tıbbi etik gibi kavramların oluşması ○ Sağlıkta dönüşüm programı doğrultusunda inovasyon ihtiyacı

Kaynak: “Sistem Yaklaşımı Bakış Açısıyla Sağlık Kurumlarında Dış Çevre Analizi” 2014, Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF Dergisi, sayı 2. E.t: 16.08.2020. <https://dergipark.org.tr>download/article-file/382309> ‘ den alındı.

2.1.3.2. Hastane Yönetim Fonksiyonları

Hastane yönetim fonksiyonlarını aşağıdaki gibi inceleyebiliriz (Burçoğlu Karaca, 2014, s.36-37).

2.1.3.2.1. Tıbbi Fonksiyonları

Hastalara, sağlık hizmeti sunumu ihtiyacı olan herkese demografik farklılıkları gözlemeksizin teşhis, tedavi, rehabilitasyon, tıbbi bakım, ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlayan fonksiyonları içermektedir.

2.1.3.2.2. İdari Fonksiyonları

Hastanelerin organizasyon ve faaliyetlerinin yürütüldüğü yönetimin tüm faaliyetlerinin devamının sağlandığı planlama, örgüt oluşturulması, yöneltme ve denetleme faaliyetlerinin yapıldığı, İK departmanının çalışanlar ve kurum için tüm işlemleri yürüttüğü fonksiyonları içermektedir.

2.1.3.2.3. Mali Fonksiyonlar

Muhasebe ve finans departmanlarının çalışmalarını, bütçeleme çalışmalarını ve bu bütçelemenin paylaştırılmasını, hastanenin tüm gelir-gider ve kazanç tablolarının yapılıp takibinin sağlandığı çalışmaları içeren fonksiyonlardır.

2.1.3.2.4. Teknik Fonksiyonları

Hastanelerdeki; destek hizmetlerinin, teknik departmanın, biyomedikal departmanın işlerinin yürütüldüğü, hastanelerin genel olarak; bina bakım ve onarımlarının, tesisat işlemlerinin, iklimlendirme çalışmalarının yapıldığı, otelcilik olarak; çamaşır, temizlik ve mutfak hizmetlerinin verildiği, biyomedikal olarak; hastanelerdeki tıbbi cihazların periyodik olarak bakım ve onarımlarının yapıldığı çalışmaları içermektedir.

2.1.3.2.5. Eğitim ve Araştırma Fonksiyonları

Hastaneler sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar olmalarının yanında birer eğitim kurumlarıdır. Hastaların tedavileri yapıldıktan sonra hasta ve yakınlarına dikkat edilecek hususlar hakkında verilen eğitimler, hastane çalışanlarına verilen hizmet içi eğitimler, sağlık konusunda bilgilendirme amaçlı kamuya verilen eğitimler, hemşirelik ve sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu öğrencilerine mesleklerine yönelik verilen eğitimleri içeren fonksiyonlardır. Diğer taraftan da; verilen bu eğitimler yanında bilim dünyasının ve teknolojinin sürekli gelişip değişmesi yeni tedavi yöntemlerinin araştırılması ve geliştirilmesi için yapılan çalışmaları içermektedir.

2.1.3.2.6. Sosyal Fonksiyonlar

Her sağlık kurumu verdiği sağlık hizmeti yanında bünyesinde sosyal sorumluluk projelerini de oluşturmaktadır. Bu fonksiyonları hastanelerde bulunan sosyal destek hizmetleri, hasta ilişkileri departmanı, halkla ilişkiler bölümü ve gönüllü çalışanlar tarafından yönetimle koordinasyon içerisinde yürütölen hizmetleri kapsamaktadır.

2.1.4. Sağlığın Tanımı

Sağlık tanımının yapıldığı dönem ve anlayış özelliklerine göre birçok farklı şekilde yapılmıştır. Bir dönem sağlığın tanımı disiplinli yaşam olarak tanımlanırken bir dönemde hastalıkları yenmek olarak tanımlanmıştır. Bilimsel yöntemler, bakış açılardaki değişiklikler, teknolojik ilerlemeler, yeni tedavi yöntemleri sağlığın farklı açılardan ele alınmasını sağlamaktadır.

Bilimsel açıdan değişiklik ve gelişmeler sağlığın tanımını pozitif ve negatif olarak iki yönden ele alınmasını sağlamaktadır. Hastalığın yokluğu durumu, sağlığın negatif yönden tanımlanmasıdır. Sağlığın pozitif yönden tanımlanması birçok anlama ve karışıklığa neden olmaktadır. Yapılan inceleme ve araştırmalar sonunda sağlığın pozitif yönden tanımını 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yapmıştır. DSÖ sağlığı “ Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal, ve sosyal yönden tam bir iyilik hali ” olarak tanımlamaktadır (Atabey, 2020, s.10-11).

Bir diğer tanımda, Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkı Kanununda olduğu gibi “ Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik halidir “ (12.01.1961 gün ve 224 sayılı kanun).

2.1.4.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık hizmetlerinde tüketicilerin istek ve beklentileri, farklılık ve değişkenlik göstermektedir. Bundan dolayı sağlık hizmetleri diğer hizmetlerden farklı hizmet sunumu gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinde, hizmetin önceden alınıp değerlendirilmesi, denenmesi gibi bir özellik yoktur. Sağlık hizmetleri özelliklerine değinirsek;

- Sağlık hizmetlerinin alternatifi yoktur.
- Sağlık hizmetleri kişi ve topluma yöneliktir.

- Sağlık hizmetleri para kazanma amacından daha çok sosyal amaçlar taşımaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde, hizmet talepleri kişiye göre değişiklik göstermektedir.

Sağlık hizmetleri; “ İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir “ (Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun, sayısı 224, madde:2) olarak açıklanmaktadır.

2.1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak ayrılmaktadır (Marşap, 2014, s.184-187).

2.1.4.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye ve yaşanılan çevreye yönelik olarak sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi ile ilgili hizmetleri içermektedir. Aile planlaması, sağlık eğitimleri, aşı işlemleri, zararlı alışkanlıklarla mücadele gibi hizmetlerden oluşmaktadır.

2.1.4.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Kaza, yaralanma ya da hastalık sonucunda kişinin tanı, teşhis, tedavi ve bakımlarının hekim sorumluluğunda eğitimli sağlık personeli tarafından verildiği hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri kendi içerisinde üç basamağa ayrılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri; hastaların tedavilerinin evde ya da ayakta yapıldığı; acil ve ilk yardım merkezleri, çocuk ve aile sağlığı merkezleri, aile hekimlikleri gibi hizmet kurumlarının verdikleri hizmetlerdir. İkinci basamak sağlık hizmetleri; hastaların teşhis ve tanı sonrasında tedavilerinin hastanede yatırılarak verilmesi gereken hizmetlerdir. Birinci basamak tedavi hizmetlerinde tedavilerinin yeterli derecede yapılamayarak uzman hekim ve sağlık personeli gereken durumlarda tedavilerin yapıldığı kurumlardaki hizmetlerdir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayan hastalara yatarak tedavi hizmeti veren ileri derecede uzmanlık, belirli alanlarda uzmanlık ve ileri teknoloji gerektiren sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlardır.

2.1.4.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Yataklı ve yataksız rehabilitasyon merkezleri tarafından tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak iki ayrı şekilde hizmetlerin verildiği kurumlardır. Kişilerin kaza ya da sakatlanma sonucunda iş gücü kayıplarının, sosyal ve tıbbi yönden yeniden iyileştirilmesi hizmetleridir. Tıbbi yönden rehabilitasyon hizmetleri; bedensel olarak bireyin gücünü kaybettiği sakatlık durumlarının düzelmesinin sağlandığı hizmetlerdir. Sosyal yönden rehabilitasyon hizmetleri; kaza ya da hastalık sonucunda sakatlanan ve bu durum sonucunda psikolojik olarak rahatsızlanan bireylerin yeniden sosyal hayata katılımının sağlanmasına yönelik verilen hizmetlerdir.

2.1.4.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde tek sorumluluk sadece bireylerin kendisinde değil, ulusal ve uluslararası tüm kurumlar ile tüm sağlık kurumlarında bazı sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri mevcut sağlıklı olma durumundan ziyade daha da sağlıklı olmayı hedefleyen hizmetlerdir. Bu hizmetlerden başlıcaları; sağlık eğitimleri, çevre sağlığı düzenlemeleri, sosyo-ekonomik kalkınma düzeyinin geliştirilmesi, sağlık sistemi ve işlevlerinin geliştirilip yenilenmesi, sağlık sisteminin verimli kullanılması, kişilerin sağlıklı olmasının sağlanması ve daha iyi sağlık düzeyine ulaşmaları konusunda bilgilendirmeleri gibi konuları içermektedir. Sağlık hizmetlerinin asıl konusu ve hizmet alıcıları insanlardır. Sunulan sağlık hizmetlerinde de kişi memnuniyeti önem arz etmektedir.

Sağlık hizmetlerinde küreselleşme, kurumlar arasındaki rekabet ortamları, tıbbi gelişmeler, teknolojik inovasyonlar, güvenilir ve insan odaklı hizmet, sağlık hizmeti alan kişilerin ve sağlık çalışanlarının memnuniyeti kaliteli hizmet anlayışının doğmasına neden olmaktadır. Hasta, hasta yakını ve çalışan memnuniyeti sağlanması ve kaliteli hizmet verilmesi toplam kalite yönetimi sisteminin ilk kurallarını oluşturmaktadır.

2.2. Toplam Kalite Yönetim Sistemi

2.2.1. Kalite Kavramı

2.2.1.1. Kalite Tanımı

Kalite kavramı çok eski zamanlardan beri bilinen ve üzerinde durulan bir konudur. Günümüzde kalite kavramının belirli bir tanımından ziyade birçok tanımı da bulunmaktadır.

Globalleşme, teknolojik inovasyonlar, tüketicilerin değer yargılarındaki farklılıklar, hizmet ve ürüne olan taleplerdeki değişiklikler kalitenin farklı tanımlanmasına neden olmaktadır. Kalite çok boyutlu bir kavramdır ve bu özelliği onun farklı anlamlar almasına neden olmaktadır. Türk Dil Kurumuna göre “Kalite” nitelik olarak tanımlanmaktadır (TDK). Bir hizmet veya ürünün niteliği kullanım amacına, alınan hizmet türüne ve tüketiciye göre değişik anlamlar ifade etmektedir.

Kalite genel olarak ürün kalitesi şeklinde algılanmaktadır. Kalite ürün kalitesi yanında hizmet kalitesinde ifade etmektedir. Kimi insanlara göre kalite ürünün veya alınan hizmeti maddi boyutuyla ölçmekte, pahalı ve lüks sıfatlarının kalite kavramını oluşturduğunu düşünmektedir. Hizmette kalite ise; beklenen ihtiyacın karşılanma yeterliliği olarak tanımlanmaktadır (Yatkın, 2004, s.2).

Kimi yazarlara göre kalite “müşteri memnuniyeti”dir. Müşteri memnuniyetinin sağlanması önem teşkil etmektedir. Türk Standartları Enstitüsü (TSE) kurumuna göre kalite; hizmet veya ürünün ihtiyaçları karşılayabilme yeteneği ve yapısal şartları yerine getirebilme yeteneği ile kalite; esneklik, verimli olmak, müşteri tatmininin sağlanması, önceden önlem alınması ve bir süreç olarak da tanımlanabilmektedir (Buzlu, 2017, s.4). Farklı kalite tanımlarının olması kalitenin çok boyutlu olmasından kaynaklanmaktadır. Kalitenin farklılığa neden olacak boyutları ise (Bozkurt Uzan, 2019, s.16-17);

- Dayanıklı olmak
- Uygunluk göstermek
- Güvenilir olmak
- Ürün ve hizmet performansı ile algılanan kalite
- Hizmet ve ürün karakteristik özellikleri
- Estetik anlayışı
- Çözümsel yaklaşımla sorunların önüne geçilmesi

- Servis hizmetleri
- Saygınlık
- Marka ile birlikte kalite güvencesi

Yukarıdaki gibi yaklaşımlar kalitenin farklı boyutlarından bazılarını oluşturmakta ve kalitenin tanımlanmasında farklılıklara neden olmaktadır. Kaliteden söz edilirken müşteri ve işletme açısından kalite anlayışı bazı farklılıklar gösterebilmektedir. Müşteri ve işletme açısından kalite anlayışı özelliklerine bir tablo ile bakacak olursak (Parlak, 2020, s.7-8);

Tablo.2.7. Müşteri ve İşletme Açısından Kalite Anlayışı

Müşteri Açısından Kalite Anlayışı	İşletme Açısından Kalite Anlayışı
Müşteri memnuniyeti	Düşük maliyet
Mal ve Hizmette mükemmellik	Düşük sayıda sorun ve şikayet
Mal ve Hizmette güvenilirlik	Transfer işlemlerinin sorunsuz olması
Algılanan kalite sunumunda müşteri mutluluğu	Ürün hata oranlarında en düşük seviye ve kazanç elde etme
İhtiyaç ve beklentilerin karşılanabilmesi	Ürün ve Hizmet garantisinin sağlanması

Kaynak: Parlak, S. (2020). “Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Yönetim Sistemi Standartları” s. 7-8, 3.Baskı, Bursa. Ekin Basım Yayın Dağıtım ‘ dan alınmıştır.

2.2.1.2. Kalitenin Tarihçesi ve Gelişimi

İnsanların topluluk halinde yaşamaya başlaması nüfus artışları, sanayi devrimi, küreselleşme ile insanların ihtiyaçları da artmış ve çeşitlenmiştir. Bu ihtiyaçlar tüketimin oluşmasına ve kalite kavramının hayatımıza girmesine neden olmaktadır. Kalite kavramı günümüz dünyasında çok önemli bir yere sahip olsada bu kavram çok eski çağlardan itibaren hayatımızda yer etmektedir.

Kalite kavramıyla ilgili ilk oluşum olarak M.Ö 2000’ li yıllardaki Babil’ de Hammurabi Kanunları gösterilmektedir. Hammurabi Kanununa göre; bir ustadan ev yapılması istenmektedir, eğer bu ev düzgün yapılmaz yıkılırsa ve bir kişinin ölümüne neden olursa evi yapan ustanında öldürülmesi gerekmektedir (Yatkın, 2004, s.5).

Selçuklular döneminde ahilik, 13. Yy' da Osmanlı döneminde çıraklık ve esnaf loncaları; belirli meslekte grupların oluşmasını, mesleğin geliştirilmesini, mesleki inceliklerin öğrenilmesini ve kuşaklara aktarılmasını, mesleği uygulayanların haklarının korunması gibi içerikleri sağlamaktaydı. Bugünkü meslek odaları ve işleyişlerinin temelleri bu dönemlerde başlamış olmaktadır. Meslek grupları sayesinde çalışanlar haricinde müşterilerinde hakları korunmakta ve o dönem şartlarına göre kalite prensipleride yerine getirilmekteydi (Parlak, 2020, s. 10). 1502 tarihinde Osmanlı Döneminde sultan II. Beyazıt Han buyruğu ile çıkarılan “Kanunname-i İhtisab-ı Bursa” (Bursa Belediye Kanunu) kalite kavramını doğrulayan en eski yazılı belge olmaktadır. Bu belgede; ölçme işlemleri, ambalajlama, tüketici hakları ile ilgili konular, kalite gerekliliklerinin neler olduğuna yer verilmiştir (Buzlu, 2017, s.2).

18. Yy'da buhar gücünün bulunup buhar gücü ile çalışan makinelerin üretilmesiyle Endüstri Devrimi gerçekleşmiş atölye tipi üretim yerini toplu ve seri olarak üretim gerçekleştiren fabrikalara bırakmıştır. Çoklu üretime geçiş ve insanların bir arada çalışması bazı yönetsel sorunları da beraberinde getirmiş bunların çözümü ve üretilen ürünlerin kalite denetimlerinin yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur.

1851- 1915' te Frederick Taylor “Bilimsel Yönetim Yaklaşımı” ile iş bölümü kavramının oluşmasının, üretimde standartların oluşmasının ve uzmanlaşmanın öneminden bahsetmektedir.

II. Dünya Savaşı sonrasında ise; ekonomideki değişimler sonunda ürün ve hizmetteki artışlar ve çeşitlenme ile yeni bir döneme girilmiş olmaktadır. İşletmeler üretim ve tüketim yönünden daha özenli, dikkatli ve belirli bir standartlaşmayla kaliteye daha da önem vermeye başlamışlardır.

II. Dünya Savaşı sonrası dönemde istatikçilerin yaptığı çalışmalar ve yine bir istatikçi olan W. Edwards Deming'in ilgisini çekmiştir. Kalite kontrol ve istatistiksel yöntemler üzerine çalışmalar yapmış 1950' de Japonya' ya giderek buradaki bilim insanlarını çalışmalarıyla ilgili bilgilendirmiştir. Böylece kalite uygulamaları çoğu alandaki işletmelerde kullanılmaya başlamıştır.

II. Dünya Savaşı sonrası kalite kavramının çok önem kazandığı bir dönem olmuştur. Üretilen ürün ve verilen hizmetlerin kaliteli olması, bu kalitenin sürdürülebilirliğinin sağlanması ve kalitenin bir süreç olduğu olgusu işletmeler tarafından benimsenmektedir (Parlak, 2020, s.11-14).

2.2.2. Toplam Kalite Yönetim (TKY) Kavramı

2.2.2.1. Toplam Kalite Yönetimi Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Endüstri Devrimi ile birlikte sanayileşme başlamış ve toplu üretime geçilmiştir. Farklı sektörler, birçok işletme varlığı ürün ve hizmet çeşitlilikleride beraberinde rekabet ortamı oluşmasına neden olmaktadır. Böylelikle kalite kavramı daha da önem kazanmaya başlamıştır.

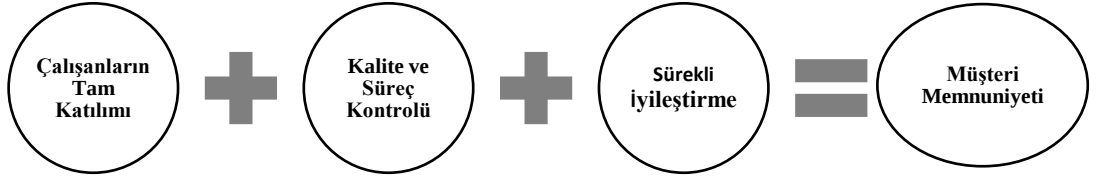
Toplam Kalite; “Tüketiciyi daima memnun edecek özelliklere sahip ürünleri tasarlamak, geliştirmek, üretmek ve satış sonrası hizmetleri vermek aşamalarında kaliteyi sağlamak ve sürekli geliştirmek demektir” (Parlak, 2020, s.30).

İşletmelerde müşteri isteklerini karşılanmasında; “Üst yönetimin liderliği, müşteri odaklılık, işletme çalışanlarının eğitimi, takım çalışması, sürekli geliştirme ve iyileştirme (Kaizen) sürecinin benimsenerek uygulanması” Toplam kalitenin öğelerini oluşturmaktadır (Şimşek, 2001, s.134).

Toplam Kalite Yönetimindeki: Toplam; İşletme ya da kurum içerisindeki tüm çalışanların tam kapasitede katılımını ifade etmektedir. Kalite ise; müşteri memnuniyetinin, mutluluğunun sağlanarak beklentilerinin karşılanmasını ifade etmektedir. TKY’ deki yapılan işin esas özelliği olarak ilk seferinde ve doğru yapmak önemlidir. Diğer bir ifade ile TKY, müşteri memnuniyetini esas alarak beklenti ve ihtiyaçların karşılanması için kurumun tam katılımıyla organizasyon işlevlerini sürdürmesi olarak da tanımlanabilmektedir (Karta, 2018).

TKY’nin tanımları arasında farklı açıklamalar olsada toplam kalite yönetimi organizasyonda kaliteyi esas alarak çalışan tüm kişilerin katılımını sağlayan, müşteri memnuniyetini ve organizasyon başarısının devamlılığını sağlayan yönetim yaklaşımı olarak da tanımlanabilmektedir (Uryan, 2002).

TKY, müşteri ve çalışan memnuniyetinin sağlanabilmesi, müşteri beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için mükemmellik hedeflenerek kurumun vizyon ve misyonunun stratejik süreçle sürekli gelişim algısıyla yönetilmesi olarak da tanımlanabilmektedir (Halis, 2016, s. 113).



Şekil.2.6. TKY Anlayışı

Toplam kalite yönetimi tarihsel gelişim, kalite anlayışı Endüstri Devrimi ile önem kazanmış, II. Dünya Savaşı sonrasında önemi daha da artarak günümüze kadar çeşitli yenilik ve gelişmeyle ulaşmıştır.

TKY, anlayışı 1980-90'lı yıllarda anlam kazanmaya başlamıştır. Sanayileşmenin artması, üretim bantlarının oluşturulması, seri üretime geçilmesi, uzmanlaşmanın yaygınlaştırılması, çalışanların tam katılımı TKY olgusunu geliştirmiştir. 1932 yılına kadar W.A. Shewhart'ın istatistiksel çalışmaları sonrasında 1950 ve 1960'lı yıllarda Edward Deming, Joseph Juran gibi araştırmacılarında çalışmaları ile istatistiksel kalite çalışmalarının tüm sektörlerde önem kazanmasını sağlamıştır (Koçel, 2018, s. 388).

TKY anlayışıyla kalitenin gelişimindeki süreç; kalite muayene, kalite kontrol, kalite belgelendirme, süreç geliştirme, süreç iyileştirme gibi aşamaları içermektedir. TKY, aşamalarından kalite muayene; sanayileşme ile üretim sistemindeki karmaşıklıklar, çoklu üretim ve üretim sonucu ürünlerin hatalarının tespitini sağlamaktadır. Ürünlerin üretilip en sonunda hata tespitinin yapılması işletmede maliyetin artmasına neden olmaktadır.

Kalite kontrol aşaması; 19. Yy sonlarında ve 20. Yy başlarında kalite olgusunu Bilimsel Yönetim Teorisiyle işletmelere kazandıran kişi Frederick Taylor olmuştur. Taylor, seri üretim sonucunda ürünlerin artması kalite için belirli standartların olmasını ve işi parçalara ayırarak yapmayı öngörmüştür. Bu düşünce bazı açılardan eksiklikler doğurmuştur. Kalite kontrol daha da geliştirilerek sadece üretim sonunda elde edilen ürün için değil üretim başında ve üretim esnasında ara kontroller yapılarak kalite kontrol sağlanmıştır (Çelik, 2010, s. 36-39).

Kalite belgelendirme ise; II. Dünya Savaşı sonrası daha çok askeri alanda kabul görmüş olup, NATO üyesi ülkelerden bazıları kalite güvence sistemi çalışmalarına başlamışlardır. 1950-70'li yıllar ile kalite güvencesi, ürünün üretime başlayıp

hazırlanması, oluşturulması ve müşteriye satıldıktan sonrasıyla ilgili olan dönemde de kalite adına üretim, bakım, tedarik alanında da kalite önem taşımaktadır. TKY, 1970’li yıllarda Japonya’ da yapılan çalışmalar ve konferanslarla kabul görmüştür ve 1980’li yılların başı itibariyle daha kapsamlı çalışmalarla günümüze kadar ulaşmıştır. TKY, tüm işletme ve organizasyonda tam katılımı, müşteri beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayarak müşteri memnuniyetini sağlayan yönetim felsefesidir (Çelik, 2010, s. 38).

2.2.2.2. Türkiye’de Kalite Çalışmaları ve Dönemleri

Türkiye’de kaliteyle ilgili anlayış ve çalışmalar, Osmanlı Dönemiyle başlamaktadır daha sonrasında da sırasıyla Cumhuriyet’in ilanından 1932 yılına kadar olan dönem, sanayileşmeyle beraber 1933-1950 yılları arası dönem, 1950-1960 arası dönem ve son olarak 1960 ve sonrası dönem ile günümüz olarak birbirini takip eden dönemlerden oluşmaktadır (Sarp, 2017, s.35).

Ülkemizde kalite ile ilgili çalışmalar yapan bazı kurum ve kuruluşlar bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; Türk Standartları Enstitüsü (TSE), 1960 yılında üretim ve ihracatın geliştirilmesi, ithalatın denetlenmesi, gümrük, müşteri memnuniyeti ve oluşabilecek sorunları, kalite standartları faaliyetleri, kalite eğitim ve bilgilendirme çalışmalarını içermektedir.

1990 yılında ülkemizde kaliteyi geliştirmek ve desteklemek amacıyla kurulan KOSGEB (Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeleri Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı) işletmelerin kalite sistemlerinin kurulumu aşamasında desteklemek için faaliyetlerini sürdürmektedir.

Kalite Derneği (KALDER), 1990 yılı itibariyle ülkemizde kurulan ve halen günümüzde kalite ile ilgili çalışmalarına devam eden kalite derneği, kurumlar ve sektör için kalite ödüllendirmeleri ve kalite çalışmalarına devam etmektedirler.

Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK), 1999 yılı itibariyle ülkemizde kurulan akreditasyon kurumumuzdur. Kaliteyle ilgili ürün ve sistemlerin belgelendirilmeleri, laboratuvar, kalibrasyon, kontrol ve belgelendirilmeleri, kalite muayene kuruluşlarının akreditasyonundan sorumlu kurumumuzdur (Çelik, 2010, s. 119). Türkiye’de toplam kalite ile ilgili gelişmeler bazı şirketler tarafından 1983 yılı itibariyle kalite çemberlerinin kullanımına başlanmasıyla kalite anlayışı ve uygulamaları günümüze kadar ulaşmakta ve uygulanmaktadır (Yaş, 2009).

2.2.3. Toplam Kalite Yönetiminde Temel Kavramlar

2.2.3.1. Vizyon, Misyon, Hedefler

Vizyon, kurumun kendini ileride görmek istediği yeri belirten bir kavramdır. Kurumun yüksek kalite, güvenli ürün ve hizmet sunumunu sağlaması için kurumun stratejisini belirleyip olmak istediği yer belirli bir standarta oturtulmalıdır.

Misyon, daha somut bir kavramdır. Kurumun keline özgü işleyişini belirlediği amaçlarını ifade eder. Misyonda amaç ürün ve hizmetlerini müşteri memnuniyetini sağlamak için belirlediği kalite standartları doğrultusunda müşteriye sunma faaliyetlerini ifade etmektedir.

Hedefler, kurumun nicelik olarak belirlediği amaçlarına ulaşmasının kesinleşmiş hali olarak değerlendirilebilmektedir. Kurumun çalışanlarının ve müşterilerinin memnuniyeti hedeflenerek faaliyetler oluşturmak, uluslararası kalite standartlarını uygulayarak hizmet verilmesi, kaliteli hizmet ya da kaliteli ürün anlayışıyla sektörün lider kurumu olmayı hedeflemek ve bu hedefleri uygulamak olarak tanımlanabilmektedir (Uğurluoğlu vd. , 2019, s. 10).

2.2.3.2. Müşteri Memnuniyeti

İşletmeler, müşterilerin şuanki ve gelecekteki ihtiyaçlarını anlayarak bu ihtiyaçlar doğrultusunda ürün ve hizmet üretmek durumundadırlar. Müşteriler beklentilerinin karşılanması doğrultusunda memnuniyet duyacaklardır. Kurumun ana hedefleri doğrultusunda kalite standartlarının kullanılmasıyla yapılacak her ürün ya da verilecek olan her türlü kaliteli hizmet müşterilerinin mutluluğunu sağlamaktadır. Kısacası müşteri memnuniyeti; kişilerin ihtiyaçları doğrultusunda beklentilerinin en üst düzeyde karşılanması olarak tanımlanabilmektedir (Yatkın, 2004, s. 70-71).

2.2.3.3. Liderlik

Lider “Önder, Şef” anlamına gelmektedir (TDK). Lider gücü doğrultusunda çevresini etkileyerek kitleleri arkasından sürükleyen insanları olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilen kişidir. Liderliğin TKY deki varlığı ise; kurumun vizyonu ve hedefleri doğrultusunda ürün ve hizmet kalitesinin oluşturulması, kalitenin sürekliliğinin sağlanması ile sürekli iyileştirme amacını içermektedir.

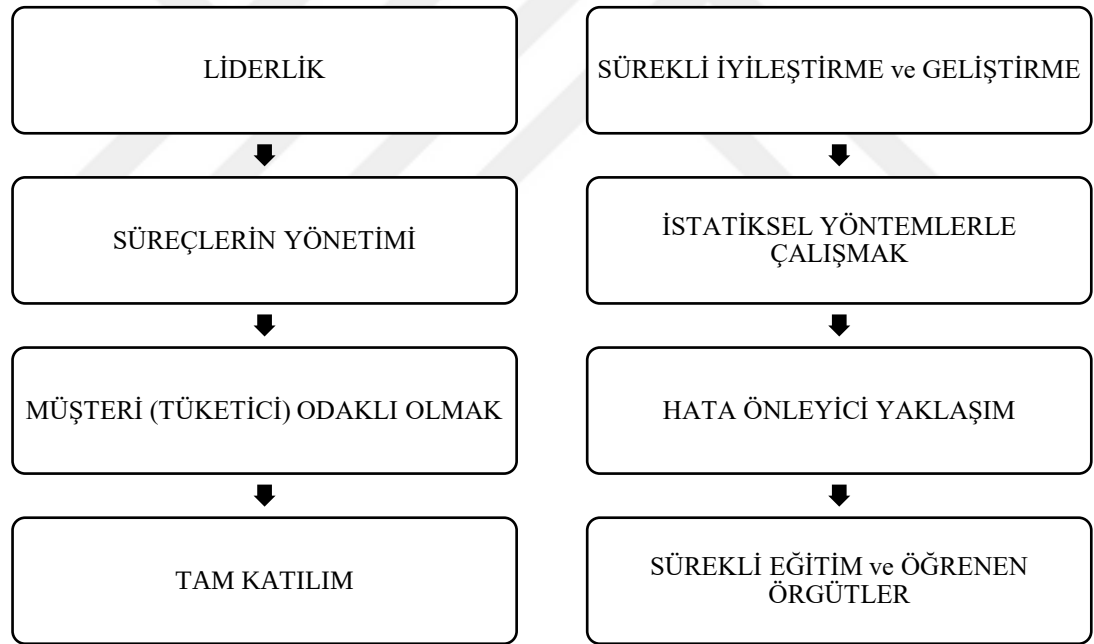
Kalite için liderlik, kalite süreci doğrultusunda liderliğin yapılması ile kurumun çalışanlarının tam katılımını, kalite sisteminin oluşturulmasını, kalitenin sürekliliğini sağlayarak kurumun politikaları doğrultusunda çalışan ve müşteri memnuniyetini sağlamaktır (Goetsch ve Davis, 2016, s. 124).

2.2.3.4. Sıfır Hata

TKY, felsefesindeki amaç yapılan işin ilk kez ve doğru yapılmasıdır. Hata yapmamak TKY’ de önemli bir unsur teşkil etmektedir. Sıfır hata kuralı, ürünün sıfır hata ile çıkmasının yanında oluşabilecek hataların nedenini bulup bir daha oluşmasını önlemek için çalışmaktır. Crosby’nin tanımladığı gibi sıfır hata, kalitede önlemek yerine mükemmelleştirmeyi sağlamak için bir kavramdır (Sevimler vd. b.t.).

2.2.4. Toplam Kalite Yönetimi Temel İlkeleri

Toplam kalite yönetiminin temel ilkeleri aşağıdaki özellikleri içermektedir (Marşap, 2014, s. 74-103);



Şekil.2.7. TKY Temel İlkeleri

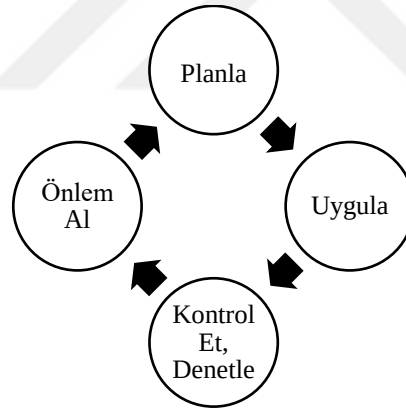
2.2.5. Toplam Kalite Yönetimi Öncüleri

2.2.5.1. Walter A. SHEWHART

Amerikalı bir istatikçi olan Shewhart, 1930-32’li yıllarda kalite kontrol sağlanması için bazı istatistiksel çalışmalar yapmıştır. Bu istatistiksel çalışmalar kalite geliştirme ve sorun çözme için faydalı olmuştur. Shewhart’ ın kalite kontrol yöntemlerine göre; üretimden üst düzey fayda sağlanabilir, maliyetler düşürülebilir, belirlenmiş kalitede ürünler elde edilebilir. Tüketicinin ürün ve hizmeti reddetmesi en az seviyeye iner ve arzulanan kaliteye ulaşılmış olunabilir.

Shewhart, kaliteyi subjektif ve objektif kalite olarak ikiye ayırmaktadır. Kalitenin insandan insana değişik algılar gösterdiğini ve bu yüzden subjektif olarak değerlendirildiğini savunmaktadır.

Shewhart’ ın diğer bir çalışması da “PUKÖ” olarak bilinen çalışmasıdır. Shewhart, PUKÖ döngüsünün babası olarak bilinmektedir. Bu çalışmaya göre; P; planlama aşamasını, U; planın uygulama aşamasını, K; kontrol ve denetimleri, Ö; önlem almayı ifade etmektedir (Parlak, 2020, s. 15-17).



Şekil.2.8. Shewhart Döngüsü

Bu döngüye “Shewhart Döngüsü” ya da “Deming Döngüsü” de denilmektedir. Döngü kendini sürekli tekrarlayıp tamamlayarak ürün ve hizmet oluşumundaki süreçte oluşan eksiklikleride görerek düzeltip geliştirilmesini sağlamakta ve sürecin iyileştirilmesi ile özünde müşteri memnuniyeti sağlanmaktadır.

2.2.5.2. W. Edwards DEMİNG

William Edwards Deming, Amerikalı istatikçi ve mühendistir. 1930- 50’li yıllarda yaptığı maliyeti azaltarak kaliteli, verimli hizmet ve ürün geliştirilmesi çalışmalarıyla kalite kavramının işletmelerde önemli bir yer almasını sağlamıştır.

Deming' e göre küçük işletmelerden büyük işletmelere, üretim ve hizmet sektöründen işletmelerin en küçük birimlerine kadar kalite için uyulması gereken, kalitenin 14 kuralı bulunmaktadır (Koçel, 2018, s. 388);

- Sürekli gelişmeyi hedef alan yönetim şekli oluşturulmalıdır.
- Oluşturulan yeni yönetim felsefesi çalışanların tümü tarafından benimsenmelidir.
- Kalite kontrol ve muayene sistemleri iyice anlaşılmalıdır.
- Kurumun faaliyetleri sadece fiyatlandırma esasına göre olmamalıdır.
- Eğitim kurumsallaştırılarak çalışanların kendini geliştirmesi hedeflenmelidir.
- Çalışanlara rakamsal hedefler koymaktan ve katı kurallardan kaçınılmalıdır.
- Kurum içindeki çalışanlar arasındaki engeller ortadan kaldırılmalıdır.
- Güvenin sağlandığı, korkunun olmadığı ortamlar oluşturularak çalışanların yaratıcılığı desteklenmelidir.
- Kurumsallaşma ve liderlik önemsenmeli ve öğretilmesi gerekmektedir.
- Planlama ile ürün ve hizmetteki her süreç durmaksızın kontrol edilip iyileştirilmelidir.
- Şirket hedefleri doğrultusunda çalışan ve yöneticiler arasındaki engeller ortadan kaldırılmalıdır.
- Değişik yöntemler bulunarak verimliliğin artması sağlanmalıdır.
- Eğitimin iş başında verilmesi ve nasıl geliştirilmesi gerektiği öğrenilmelidir.
- Son olarak Deming' e göre değişimin gerçekleşmesi için harekete geçilmesi gerekmektedir.

2.2.5.3. Joseph M. JURAN

Mühendis olan Joseph M. Juran yaptığı kalite çalışmalarıyla önemli bir yer edinmiştir. Ayrıca II. Dünya Savaşı sonrasında da Japonya' ya kalite gelişimi ile ilgili önemli katkılar sağlamıştır. Juran sonuçlardaki büyük çoğunluğun küçük sebepler nedeniyle olduğunu savunarak “Pareto İlkesi” ni benimsemiştir. Pareto ilkesine göre; sorunların %80’lik büyük kısmı %20’lik nedenlerden oluşmaktadır (Aktan, 2000, s. 31-32). Juran’ a göre kalite “kullanım için uygunluk” tur. Daha sonraları bu açıklamanın yeterli olmadığını kendisi de kabul etmektedir. Juran kaliteyi planlama, kontrol ve iyileştirme olarak üç başlığa ayırmıştır (Halis, 2016, s. 142); Kalite Planlaması; süreci ideal şekilde kullanarak beklenti ve ihtiyaçların anlaşılıp ona göre ürün ve hizmet üretilmesini ifade etmektedir.

Kalite Kontrolü; kalite standartlarının belirlenmesi, kontrolü sağlanacak ürün ve hizmetin belirlenmesi, oluşan olumsuzluklarda düzenleyici önlemler sağlanmasını ifade etmektedir. Kalite İyileştirilmesi; problemlerin belirlenip çözüm için gerekenlerin belirlenmesi, kalite iyileştirme teknikleri ile sorunun kontrolünün sağlanmasını ifade etmektedir.

2.2.5.4. Kaoru ISHIKAWA

Profesör Dr. Kaoru Ishikawa, Tokyo' lu kimya mühendisi ve kalite çemberlerin babası olarak bilinmektedir. Müşteri beklentilerini karşılamak asıl amaçtır ve kaliteye ulaşmada oluşabilecek bazı sorunlar toplam kalite oluşturulması için birkaç teknikle çözümlenebilmektedir. Bu sorunlar; neden-sonuç diyagramları, çetele tabloları, süreç akış şemaları, pareto analizi, histogramlar ile çözümlenebilmektedir. Ishikawa' ya göre kalite için (Yatkın, 2004, s. 16-17);

- Gelişmiş eğitim ve öğretim programları uygulanmalıdır.
- Kalite kontrolü için çalışanların tam katılımı sağlanmalıdır.
- Kalite iyileştirme için kalite kontrol çemberleri kullanılmalıdır.
- Oluşabilecek sorunların önlenmesi için istatistiksel teknikler kullanılmalıdır.
- Kalite çemberleri ile çalışanların tam katılımının sağlandığı ve çalışanlara sorumluluk verildiği bir yönetim şekli olmalıdır.

2.2.5.5. Philip B. CROSBY

Amerikalı kalite uzmanı olan Philip B. CROSBY, kaliteyi koşullara uygunluk, sıfır hata ve yapılan işin ilk defa ve doğru yapılması olarak ifade etmektedir. Her işin ilk defa ve doğru yapılması ifadesiyle Crosby kalite maliyet kavramını oluşturmuştur. Kalite maliyeti ile işletmelerin yanlışları düzeltmek için gereksiz israfa gitmesinin önüne geçileceğini vurgulamıştır (Kaya, 2013, s. 18-19). Crosby' de Deming gibi kalite için bazı ilkelerin olduğunu söylemektedir (Uzan, 2019, s. 23-24);

- Kaliteyi iyileştirmek için belirli bir ekip kurulmalıdır.
- Kalite ölçümlemesi yapılarak gerekli verilerle hatalar önlenmelidir.
- Yönetim kalite çalışmaları için önder bir rol oluşturmalıdır.
- Kalite farkındalığı yaratarak kalite bilincine ulaşılmalıdır.
- Gereksiz israfın önüne geçilmesi için kalite maliyet ilişkisi önemsenmelidir.
- Sorunlarla ilgili düzeltici faaliyetler yapılmalıdır.
- Sıfır hata kavramı bilinci oluşmalı ve uygulamaya geçilmelidir.

- Kalite için iş görenin eğitim ve gelişimi önemsenmelidir.
- Kalite iyileştirme hedefleri belirlenmeli ve ulaşılmaya çalışılmalıdır.
- İş görene kalite bilincinin benimsenmesi için ödüllendirme sağlanmalıdır.
- Sıfır hata ile hata kaynaklarının önüne geçilmeli ve üretim teşvik edilmelidir.
- Güven esası üzerine kurulu bir yönetim anlayışıyla kalite için çalışanların üst yönetimden çekinmesinin önüne geçilmelidir.
- Kalitenin geliştirilmesi, gerekli değerlendirmelerin yapılabilmesi, alınacak kararların uygulanması için kalite heyetleri oluşturulmalıdır.
- Kalite birbirini takip eden süreçlerden oluşmaktadır ve bu sürecin devamlılığı için tekrar başa dönülmelidir.

2.2.5.6. Masaaki IMAİ

Yönetim danışmanı olan Imai, kalite çalışmalarında sürekli iyileştirme kavramına dikkat çekmiştir. Imai, sürekli iyileştirmenin öncüsü olarak kabul edilmektedir. Batılı şirketlere gelişimleri için birçok seminer ve konferanslar vermiştir (Çelik, 2010, s.113). Sürekli iyileştirme; ürün ve hizmette müşteri istek ve beklentilerini karşılayabilmek, üretim ve hizmet sürecinde sorunların oluşmasını beklemekten ziyade bu süreci sürekli kontrol ederek, sürekli iyileştirme ile maliyetleri düşürerek en az hata ile çıktı almayı amaçlayan bir kalite kavramıdır (Parlak, 2020, s.25).

2.2.5.7. Genichi TAGUCHİ

Japon mühendis ve istatistikçi olan Taguchi, ürün kalitesinin iyileştirilmesinde istatistiklerin kullanılması için metotlar oluşturmuştur. Taguchi, kalite çalışmalarıyla Deming kalite ödülü almış bir kalite öncüsüdür. Ürün kalitesi, üretim sonrası değil öncesinde ürün tasarımıyla gerçekleştirilerek müşteri memnuniyeti ve itibarını kazanmasını sağlamakta, pazar paylarının artması ile daha çok kara geçilmektedir. Taguchi tarafından ürün kalitesi için üç kavram oluşturulmuştur (qualitygurus.com/genichi-taguchi/ b.t.);

- ❖ Ürün tasarımı için yöntem belirlenmeli ve bu yöntemler ürüne göre tasarlanmalıdır.
- ❖ Kalite maliyeti, ürünün gösterdiği değişkenlere göre oluşturulmalıdır.
- ❖ Kaliteyi hedefleyip hizmet ve ürün arasındaki kabul edilebilir değişkenlerin arasındaki denge kurulmalıdır.

2.2.5.8. Avadis DONABEDIAN

2.2.5.8.1. Avadis Donabedian Kimdir?

1919’ da Lübnan’da doğan Avadis DONABEDIAN, Tıp doktoru, araştırmacı, halk sağlığı uzmanı, epidemiyoloji uzmanıdır. Donabedian’ ın en önemli çalışmaları sağlık alanında olmuştur. Sağlık hizmetleri sonuçlarında kalite araştırması ve Donabedian bakım modeli bu çalışmalarından bazılarını oluşturmaktadır. Donabedian çalışmalarında; sağlık hizmetleri kalitesi ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu için kalite ölçümünü; yapı, süreç ve sonuç aşamalarıyla incelemek gerektiğini savunmaktadır (wikipedia, Avadis Donabedian, b.t).

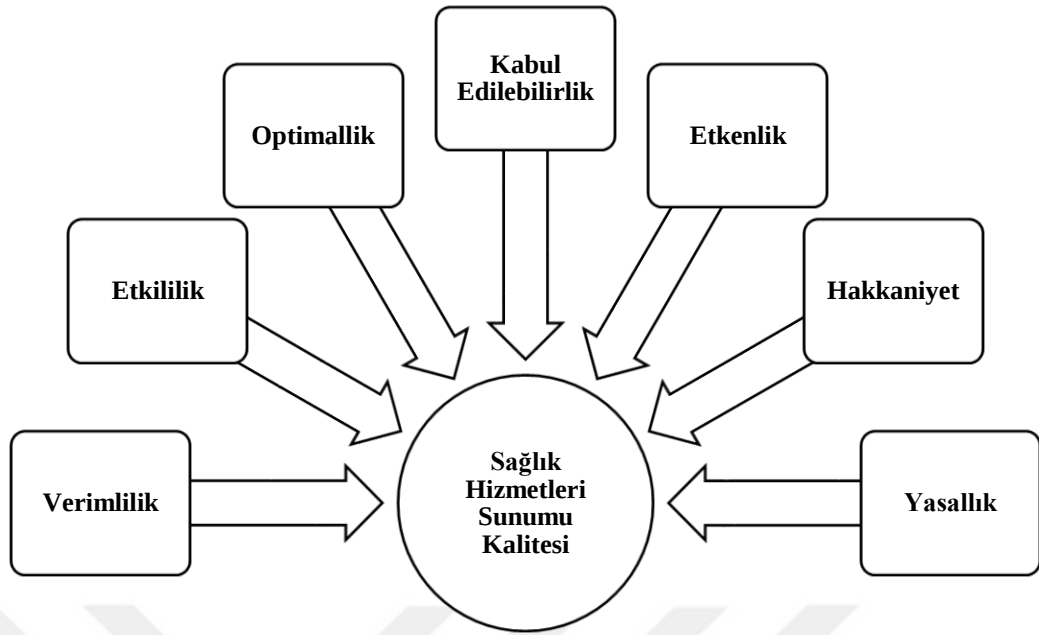
2.2.5.8.2. Donabedian’ ın Sağlık Hizmet Kalite Anlayışı

Donabedian, kalite ile ilgili çalışmalarını sağlık hizmeti alanında yapmıştır. Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışı kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir ve kalitenin ölçümü zor olmaktadır. Bu nedenden dolayı kavramın zorluğu da ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesinin yapı, süreç ve sonuç aşamalarının değerlendirilmesiyle olacağını savunmaktadır. Donabedian’ a göre sağlık hizmetlerinde kalite algısının oluşması için bazı gereklilikler vardır. Bunlar sırasıyla; etkenlik, etkililik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık ve hakkaniyet kavramlarıdır.

Sağlık hizmetleri sunumunda kalite güvencesi, kalitenin oluşturulması ve sürekliliği için gereken tüm aşamaları da içermektedir. Donabedian’ ın sağlık hizmetlerinin kalitesi için kullandığı diğer bir ifade kalite güvencesi için; teknik hizmetin kalitesi, sağlık hizmeti sunucularının kendileri arasında ve hastalar ile iyi anlaşması, son olarak da hizmetin sunulan yerin fiziki özelliklerinin (konforu, sessizliği, uygunluğu vb.) önemli olmasıdır (Beylik ve Avcı, 2019, s. 30-32).

2.2.5.8.3. Donabedian Sağlıkta Hizmet Kalitesi Özellikleri

Donabedian’ a göre, sağlıkta sunulan hizmetin kalitesi önemlidir ve bu kaliteyi etkileyecek kavramları; verimlilik, etkililik, optimallik, kabul edilebilirlik, etkenlik, hakkaniyet ve yasallık olarak 7 özellikte belirtmektedir (Kaya ve Işık, 2013, s. 4);



Şekil.2.9. Donabedian Sağlıkta Hizmet Kalitesi Özellikleri

Verimlilik; sağlık maliyetinin düşük olması, alınan hizmetin kalitesinin artırılması, sürekli geliştirilmesi sağlık hizmetlerinde verimliliği ifade etmektedir.

Etkenlik; klinik araştırmaların, teknolojik inovasyonların, bilimsel araştırma ve uygulamaların sağlıkta hizmet kalitesini artırmayı hedeflemektedir.

Optimallik; sağlıkta kaliteli hizmet maliyeti ve sağlıkta iyileştirme arasındaki denge ve oranın sağlanarak en uygun şekilde sağlık hizmeti sunulmasını ifade etmektedir.

Kabul Edilebilirlik; sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğu anda ulaşılması, verilen hizmetin fiziki koşullarının (konfor, sağlığa uygun ve temiz olması, ulaşılabilirlik vb.) hastanın beklentilerine uygunluğuna, hizmet sunucusu ve alıcı arasındaki etkili iletişim, kaliteli hizmetin uygunluğu kabul edilebilirlik düzeyini ifade etmektedir.

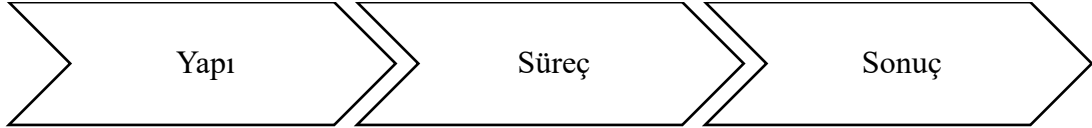
Etkililik; belirlenen hedefler doğrultusunda bilim ve teknolojik yaklaşımlarla sağlık hizmetinin verildiği kişilerdeki tedavinin istenen sonuca ulaşması iyileştirmenin etkililik düzeyini belirtmektedir.

Hakkaniyet; verilecek olan tedavi ve sağlık hizmetlerinin hasta ve hasta yakınlarına demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, ırk, kültür vb.) bakılmaksızın duyulan ihtiyaca göre kaliteli ve etkili bir şekilde verilmesini ifade etmektedir.

Yasallık; hasta ve yakınlarının mahremiyetine özen göstererek verilen kaliteli sağlık hizmetini, ahlaki prensipleri ve kişilerin sosyal tercihlerine yönelik hizmet anlayışını ifade etmektedir.

2.2.5.8.4. Donabedian Hizmette Yapı, Süreç, Sonuç Modeli

Donabedian' ın sağıkta kaliteli hizmet sunumu için savunduğu diğer konu üç aşamadan oluşmaktadır.



Şekil.2.10. Donabedian Modeli

Birbirini takip eden bu aşamalar kaliteli hizmetin oluşmasında önemli rol oynamaktadırlar. Bu üçlemeden: Yapı; hastanenin fiziki koşullarını (makine- teçhizat, araç- gereç, çalışan sayısı, uzmanlık alanları, hastane mimari yapısı vb.). Süreç; sağık hizmeti sunum faaliyetleri, hastane işleyişi, tedavi aşamalarını belirtmektedir. Sonuç; verilen hizmetin kalitesi, sağık sunucularının başarısı, hasta ve yakınlarının aldığı tedavi bakım hizmetlerinin başarısı ile hastaya faydasını ifade etmektedir (Yıldız, 2014).

Tablo.2.8. Donabedian Yapı, Süreç, Sonuç Modeli

YAPI	SÜREÇ	SONUÇ
Hastane ortamı	Hizmet sunum faaliyetleri	Tedaviden alınan sonuç
Fiziki olanaklar	Teşhis ve tedavi	Etkin ve faydalı tedavi
Çalışan sayısı	Bakım hizmetleri	Kaliteli hizmet
Hizmet politikaları	Yatarak tedavi ve bakım	Hasta memnuniyeti

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

2.3.1. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite

Sağlık hizmetlerindeki kalite algısı; kişilerin ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmaması, tedavinin etkililiğinin ne derecede olduğu ve iyi bir tedavi alıp almadıklarıyla ilgili değerlendirmeleriyle oluşmaktadır.

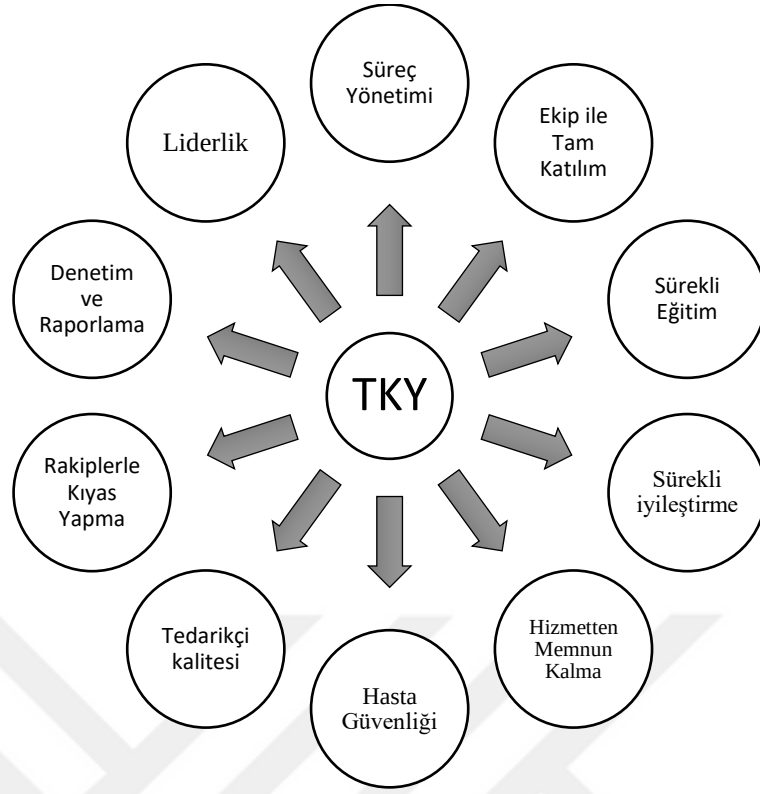
Sağlık hizmetleri; ertelenemez, alternatifi olmayan, dikkat gerektiren, birçok branşın bir arada çalıştığı; teşhis, tanı, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleridir. Sağlık hizmetlerindeki odak nokta insan ve insan sağlığı olduğu için verilen hizmetin kalitesi daha da önem teşkil etmektedir. Kalite: Sağlık alanındaki hizmet kalitesi; alınan hizmetin güvenilirliği, tedavilerin iyileştirme etkisi, verimliliği gibi kavramlar ile algılanan kalite ise; hizmeti alan kişilerin psikolojik olarak hizmetin kalitesiyle alakalı olumlu ya da olumsuz aldığı sonuç doğrultusunda algıladığı kalite olarak ikiye ayrılmaktadır.

Sağlık alanında kalite için; belirli hedefler oluşturulmalı, belirlenen hedeflerin kalite standartları doğrultusunda uygulanması gerekmektedir. Kalifiye ve eğitimli sağlık personellerinin de varlığı kaliteli hizmet sunumu için etkin rollerden birisini oluşturmaktadır (Çepni, 2019, s. 35).

Toplam kalite yönetiminde ana düşünce; yapılan işin ilk kez ve doğru yapılması, sürekli iyileştirme, çalışanların sürece tam katılımı ve müşteri memnuniyetinin sağlanmasıdır.

Sağlık hizmetlerindeki toplam kalite anlayışı; sürekli iyileştirme, sağlık çalışanlarının sürece tam katılımı, hasta güvenliğinin sağlanması, hasta ve hasta yakınlarının beklenti ve ihtiyaçlarının doğru anlaşılıp karşılandığı, düşük maliyetle, etkili ve verimli tedavi hizmetlerinin sunularak hastaların memnuniyetinin sağlandığı hizmetler olarak görülmektedir.

Toplam kalite yönetiminin sağlık hizmetlerindeki şeklinde, sektörün kendisi için belirlediği stratejik plan ve kalite hedefleriyle hasta memnuniyetine odaklanarak birçok alanda rakiplerine üstünlük sağlayabilmektedir. Kaliteli hizmet sunumu beraberinde memnuniyeti getirmektedir. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi uygulamalarından bazı etkenler kalite için önem oluşturmaktadır (Avcı, 2019, s.4).



Şekil.2.11. TKY’ de Kalite için Gereken Etkenler

Toplam kalite yönetiminde sürekli iyileştirme, geliştirme önemlidir. Sağlıkta TKY’ de ise; aynı şekilde sürecin sürekli yenilenip, iyileşmesi ve kaliteli hizmet için hep daha iyi yolların aranması gerekmektedir. Sağlık hizmeti verilen kurumlarda ilk olarak zarar vermeme ilkesi dikkate alınarak sağlık çalışanlarının tam katılımıyla, sürekli eğitimlerle, iyi bir liderlik yönlendirilmesiyle, hasta güvenliği ve memnuniyeti sağlanarak süreç sürekli yenilenerek kendini iyileştirmektedir.

2.3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde TKY’ nin Amacı

Sağlık hizmeti sunumu hata affetmez, alternatifi olmayan hizmetlerdir. Hizmet sunumunun direkt muhatabı insandır. Bu yüzden kaliteli hizmet anlayışında önem daha da artmaktadır. Verilen hizmetin kalitesi, sağlık personeli kalitesi, tedavi hizmetlerinin kalitesi ve sürekliliği önemlidir. Sağlık hizmetlerindeki toplam kalite yönetiminin amacı; bireylere sağlık hizmeti sunmak ve toplumsal sağlık düzeyini geliştirmek amacıyla kalite standartları doğrultusunda tam katılımı hasta ve yakınlarının beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması olarak tanımlanabilmektedir (Marşap, 2014, s. 443).

Sağlık hizmetlerinde kalite; tam zamanında, doğru, uygun tanı ve tedavi olarak da tanımlanabilmektedir. Diğer bir ifade ile TKY amacı (Kömürcü, 2006);

- _ Kalite standartlarının oluşturulması
- _ Tam katılımın sağlanması ve ekip çalışması anlayışı
- _ Sürecin sürekli yenilenmesi, iyileştirilmesi, geliştirilmesi
- _ Sağlık personelinin eğitim kalitesinin ve deneyimlerinin iyi olması
- _ Sürekli eğitimin gerçekleştirilmesi
- _ Tüm kaynakların verimli kullanılması
- _ Sağlıklı iletişim kurulması
- _ Hataların önlenmesinin sağlanması
- _ Tüm sürecin etkin liderle yönetilmesi
- _ Verilen tedavi hizmetlerinin etkililiğinin artırılması
- _ Hasta ve hasta yakını memnuniyetinin sağlanması amaçlanmaktadır.

TKY amacı; sıfır hata kuralıyla güvenilir, kaliteli, en düşük maliyetle verilen hizmetin, yapılan işin ilk defada doğru zamanlamayla ve doğru yapılması ile sağlık hizmeti kullanıcılarının memnuniyetinin sağlanması olarak da yorumlanabilmektedir.

2.3.1.2. Sağlık Hizmetlerinde TKY Özellikleri

Sıfır hata ile doğru ve zamanında hizmet; sağlık hizmetlerinde hizmet alıcılarının insan olması verilecek hizmetin hata toleransının olmaması gerekmektedir. Hasta ve yakınlarının beklentileri, ihtiyaçları ve talepleri doğrultusunda verilecek tedavi, bakım hizmetleri kişiye yönelik hatasız gerçekleşmelidir. Sağlık hizmetlerinin ertelenemez oluşu, kişiye göre tedavi bakım ihtiyaçlarının farklılığı, verilecek hizmetin zamanında, doğru ve hatasız yapılmasıyla kişi aldığı sağlık hizmetinden olumlu yönde faydalanmaktadır.

TKY' nin sıfır hata ve doğru zamanda hizmet özelliği; sağlık kurumlarını ve sağlık çalışanlarını gereksiz maliyet ve iş yükünden korumuş olmaktadır. Sıfır hataya ulaşmak için TKY sürecinin iyi yönetilmesi gerekmektedir. Hatasız hizmet; sürekli gelişme, çalışanların sürekli eğitimi ile gerekli kontrol ve denetimlerle gerçekleştirilmektedir (Uzunçakmak, 2015).

İnsan odaklı müşteri memnuniyeti; küreselleşme, teknolojik değişiklikler beraberinde sürekli yeniliği getirmekte ve hali hazırda kişilerin beklentileri ile ihtiyaçları da farklılıklar göstererek değişmektedirler. Sağlık kurumlarında hizmet kalitesinin bir diğer belirleyici özelliği müşteri (hasta ve hasta yakınları) memnuniyeti dir (Şimşek, 2000, s.52-53).

Sağlık yönetimindeki temel amaç hastaların, tedavi ve bakım ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Sağlık kurumlarının fiziki yapı olarak kalitesi ve hastaların algıladıkları kalite ile müşteri memnuniyeti sağlanabilmektedir. Hastaların aldığı sağlık hizmetlerinin fiziki yapısı ile yeri bakımından, sağlığa uygunluğu, son teknolojik araç- gereçlerin kullanımı, konforlu bir alanın varlığı, kolay ulaşılabilirliği ve psikolojik olarak aldıkları hizmet sonucundaki tatmin olma duygularıyla tedavilere olumlu katkılarıyla algıladıkları kalite hastaların memnuniyetini oluşturmaktadır (Marşap, 2014, s. 92-93). İnsan odaklı bir yaklaşımla, sağlık çalışanlarının tam katılımıyla, müşteri beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak anlaşılacak kişiye göre hizmet verilmesiyle müşteri (hasta ve hasta yakını) memnuniyeti sağlanabilmektedir.

Süreç yönetimi; sağlık hizmetlerinde TKY süreci sürekli gelişim gösteren ve birbirini takip eden belirli hiyerarşik yapıdaki işlevlerden oluşmaktadır. Sürecin iyi yönetimi en düşük maliyetle en kaliteli hizmetin sağlanmasının hastaya verilecek tedavi bakım hizmetlerinde kaynakların tümünün verimli şekilde kullanılmasıyla müşteri memnuniyetini sağlamaktadır. Sağlık hizmetinin kalitesi için TKY sürecinin iyi yönetimi oluşabilecek olumsuz değişkenlerin önüne geçilebilmesini, hizmet kalitesinin artırılmasını, müşteri memnuniyetinin oluşmasını, gereksiz maliyet ve iş yükünün önüne geçilmesini sağlamaktadır (Küçükaltay, 2019).

Sürekli iyileştirme ve geliştirme; daha önce tanımlı yapıldığı üzere “Kaizen” Japonca bir kelime olup sürekli değişim ve hep daha iyiye ulaşmayı ifade etmektedir. Sürekli iyileştirme kavramı ile TKY sürecini, sürekli dönmekte olan bir çark gibi düşünürsek sürekli iyileştirme faaliyetleriyle olumsuzluk karşısında hatalar en aza indirilip düzeltilerek kaliteli ve verimli hizmete devam edilmesini, hizmet kalitesinin geliştirilmesini ve müşteri beklenti ile ihtiyaçlarını karşılanmasını sağlamaktadır. Sürekli iyileştirme var olan sistemin hep daha iyiye ulaşmasını, teknolojik ve tıbbi bakım, tedavi alanındaki sürekli yeniliklerin yakından takibini sağlayarak TKY’ de sağlık hizmet kalitesini artırmaktadır (Öztoprak, 2017).

Çalışanların tam katılımı ve eğitimi; çalışanların eğitimi kişilerin gelişimini desteklemenin yanında kalite kavramlarını anlamalarını ve uygulamaya geçerek kaliteli hizmet vermelerini sağlamayı desteklemektedir. Eğitimler, üst yönetimden alt kademe çalışanlara kadar gerekli plan doğrultusunda verilmektedir. TKY deki bu eğitimlerdeki amaç çalışanların kalite kavramını anlayıp uygulamaya koymasını,

müşteri memnuniyeti için yani hasta ve hasta yakınlarının beklenti ve ihtiyaçlarına nasıl verimli cevap verilmesi gerektiğinin öğrenilmesini sağlamaktır. Öğrenilen kalite gelişimi için sürekliliğin sağlanması amaçlanmaktadır (Parlak, 2020, s. 81-83). Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi özelliği olarak çalışan eğitimi ve çalışanların sürece tam katılımının sağlanması, verilen eğitimlerle çalışanların kendilerini tanımlarını, yapabileceklerinin farkına varmalarını ve yönetimin aşamalarına katılmalarını sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde verimli ve kaliteli hizmet sunumu için çalışanlar aldıkları sorumluluklarla tam katılımı gerekmektedir.

Çalışanların tam katılımı ve sürekli eğitimlerinin sağlanmasıyla birlikte kalite bilinci doğrultusunda en düşük maliyetle, verimli ve sürekli gelişen hizmet anlayışıyla sorunların çözümlendiği, kalitenin arttığı, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının karşılandığı bir süreç oluşturulmaktadır (Kaya, 2013, s. 90).

Liderlik yönetimi; TKY’ de sağlık hizmetlerinde belirlenen kalite hedeflerinin prosedürlerinin sürdürülmesi kurumun amaç ve vizyonu doğrultusunda çalışanların yönlendirilip yönetilmesi ve yönetim işleyişinin sürdürülmesi için liderlik anlayışı, stratejik plan doğrultusunda uygulanmaktadır. TKY’ de liderlik, sağlık kurumunun kaliteli hizmet adına belirlediği hedef ve prosedürleri yakından takip etmek ve kalite çalışmalarını destekleyerek kalite geliştirilmesi faaliyetlerini takip ederek süreci devam ettirmek olarak da tanımlanabilmektedir (Karta, 2018). Hasta memnuniyeti ve aldıkları tedavi hizmetlerinin kalitesi ve verimliliğinde TKY’ de liderlik kavramı da etkili olmaktadır.

TKY’ de liderlik, olması gereken önemli kavramlardan birini oluşturmaktadır. Çalışanların yönlendirilmesi, kurumunun oluşturduğu stratejisinin sürdürülmesi, kalite çalışmalarının devamlılığı ve geliştirilmesi, motivasyon sağlanarak çalışanların toplam kalite yönetimi sürecine tam katılımının sağlanması, kalite denetlemelerinin gerçekleştirilmesi için yönetimde itici, düzenleyici ve yönlendirici bir güç olarak liderlik anlayışı bulunması gerekmektedir (Beylik ve Avcı, 2019, s. 86-87).

2.3.1.3. Sağlık Hizmetlerinde TKY Gelişimi

Sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi teşhis, tedavi ve tıbbi bakım süreçlerinin doğru, etkili, uygun şekilde yapılmasında ve hasta ile hasta yakınlarının aldığı hizmet memnuniyeti için önem arz etmektedir.

Sağlık sistemlerinde kalite anlayışı M.Ö. 5. Yy’ da yaşamış olan Hipokrat’ ın “ önce zarar verme “ ilkesi ve yazılı kurallarından başlayarak 1900’lü yıllarda Florence Nightingale, Kırım Savaşı’nda hemşirelik hizmetlerindeki çalışmalarıyla savaştaki ölen asker sayısındaki düşüşü sağlamıştır. Yine 1900’lü yıllarda Dr. Ernest A. Codman cerrahi işlemlerin sonuçlarını değerlendirerek yaptığı çalışmalarla tıptaki gelişmeler ve sağlık hizmetlerinde kalitenin gelişmesinde etkin rol oynamışlardır. Daha sonraları Avadis Donabedian’ ın 1966 yılında yaptığı çalışmalarla sağlık hizmetlerinde kalitenin öncüsü olarak kabul edilmektedir. Donabedian, sağlıkta hizmet kalitesi çalışmalarıyla 7 özellik belirlemiş (verimlilik, etkenlik, etkililik, optimallik, kabul edilebilirlik, hakkaniyet ve yasallık) ve bu özelliklerin hizmet kalitesinde etkin rol oynadığını savunmuştur (Kaya, 20013, s.20-21).

Belli başlı kalite öncülerinin yaptıkları kalite çalışmalarıyla sağlık hizmet kalitesi düşük maliyet, yüksek verimlilik, etkili ve doğru tedavi, sürekli iyileştirme, kalite güvenceleri, hasta güvenliği, hasta odaklılık gibi kavramların önemine değinilmiş ve bu kavramlara yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiştir.

Kalitede güvence sistemine geçilmeye başlanmasıyla 1960’lı yılların sonuna doğru Amerika’ da kalite güvencesi anlayışı hizmet sektöründe uygulanmaya başlamıştır.

1990’larda Akreditasyon kuruluşları ve bazı kalite kuruluşları kalite ödülleriyle birlikte sağlık hizmetleri kalitesi için gerekli çalışmaların yapılması ve sonuçların iyileştirilmesi için çalışmışlardır. Tıbbi uygulamada yanlışların önüne geçilmesi, az ya da çok ilaç kullanımı, hasta güvenliği, doğru hasta doğru işlem kuralının uygulanması ile kalite çalışmalarında daha da önemsenmeye başlamıştır. Özellikle 2000 ve sonrası yıllara bakıldığında kalite kuruluşları kalite konusunda iyileştirmelerin yapıldığı, hasta güvenliğinin sağlanmasına önem gösterildiği, eğitimli sağlık çalışanlarının varlığına önemin gösterildiği, verimliliklerin sürekli iyileştirildiği hastanelerde ödüllendirmelere gitmişlerdir. Yapılan çalışmalar verilen ödüllendirmelerin temelinde sağlık hizmetlerinin kaliteliliği önemsenmektedir. Sağlık hizmet kalitesinde amaç; düşük maliyetle, doğru teşhis ve tedavi ile etkililiğin, verimliliğin arttığı hizmetle sürekli gelişme ve yenilik içinde hasta ve yakınlarının memnuniyetidir (Beylik ve Avcı, 2019, s. 18).

Türkiye’ de yapılan çalışmalarda da hizmet kalitesi önemli bir yer tutmaktadır. Türkiye’ de kaliteli sağlık hizmetleri için gereken önem her geçen gün artmaktadır. Yapılan çalışmalarda sağlıkta hizmet kalitesi için sürekli iyileştirilmiş bir süreç, etkili, verimli sağlık tedavi sunumu, kaliteli, yerinde, zamanında ve doğru tedavi ile hasta memnuniyetinin artırılmasına yönelik yönetmelik ve yönergeler oluşturulmaktadır. Türkiye’ de kaliteye yönelik ilk çalışmalar gönüllülük esası ile bazı kuruluşlar tarafından yapılmaktayken 2000’li yıllarda Sağlık Bakanlığı bazı çalışmalarla sağlıkta dönüşüm programlarıyla belirlenen kalite hedefleri doğrultusunda sağlık hizmetlerinin gelişimi ve sağlık kurumlarının denetlenerek hizmet kontrollerinin yapılması amaçlanmaktadır.

Sağlık sunumu, TKY ile birlikte birçok fayda sağlamaktadır. Sağlık çalışanlarının tam katılımları, sürekli eğitimleri ile sıfır hata ilkesi benimsenerek hataların önüne geçilebilmektedir. TKY ile sürekli yenilik ve gelişim tetiklenerek doğru teşhis, doğru tedavi ile etkili bakım hizmeti verilmesini sağlamaktadır. Düşük maliyetle, doğru zamanda doğru müdahale, işin doğru yapılması sektörde verimliliği ve kişilerin aldığı kaliteli hizmet sonunda memnuniyeti artırabilmektedir.

Sağlık kurumlarındaki matriks örgüt yapısında tüm çalışanların sorumlulukları doğrultusunda kurumun stratejik kaliteli hizmet politikası uygulanırken bir taraftan kaliteli sağlık hizmeti benimsenmiş olmakta ve ölçülebilen, denetlenebilen, ulaşılabilir, belirlenen kalite hedefleri doğrultusunda hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir (Bozkurt Uzan, 2019, s. 51).

2.3.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçütleri

Sağlık hizmetleri karmaşık yapıda emek yoğun ve branşında uzman, deneyimli sağlık profesyonelleri tarafından topluma sunulan her türlü koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi için verilen hizmetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri özellik olarak; ertelenemez, yerine konulabilecek aynı düzeyde başka bir hizmeti bulunamaz, karmaşık ve yüksek uzmanlık gerektiren, hata kabul edemez, kar amacı gütmeyen düşük maliyetli yüksek kaliteyi hedefleyen hizmetlerdir.

Kalite kavramı her sektörde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de özellikle son yıllarda önemini her geçen gün daha da artırmaktadır. Hizmetin kalitesi için çalışmalar araştırma ve incelemeler yapılmış ve hizmet kalitesi ile ilgili birçok değerlendirmeye

varılmıştır. Hizmet kalitesi her şeyden önce hasta ve yakınlarının ihtiyaç duydukları tedavi bakım hizmetlerinin karşılanmasıyla aldıkları hizmetten memnun kalmasıyla ilişkilendirilmektedir (Kayral, 2015, s. 22).

Hizmet kalitesi sunulan hizmetin teknik ve fonksiyonel kalitesi ile değerlendirilmektedir. Sunulan hizmetin kaliteli hizmet verilmesiyle gereken teknik ekiple gerek araç gereç gerek teknik yapıyla, sağlık hizmeti verecek olan personelin kalite anlayışıyla verdiği hizmet sonunda elde edilen sonuç teknik kaliteyi oluşturmaktadır. Kaliteli hizmet sunumu için gereken işleyişte, hizmetin nasıl sunulduğu kavramı fonksiyonel kaliteyi oluşturmaktadır (Beylik ve Avcı, 2019, s. 324).

Bilimsel kaynaklara bakıldığında hizmet kalitesinin bir ya da birden fazla boyutu ele alınmaktadır. Bu boyutlar;

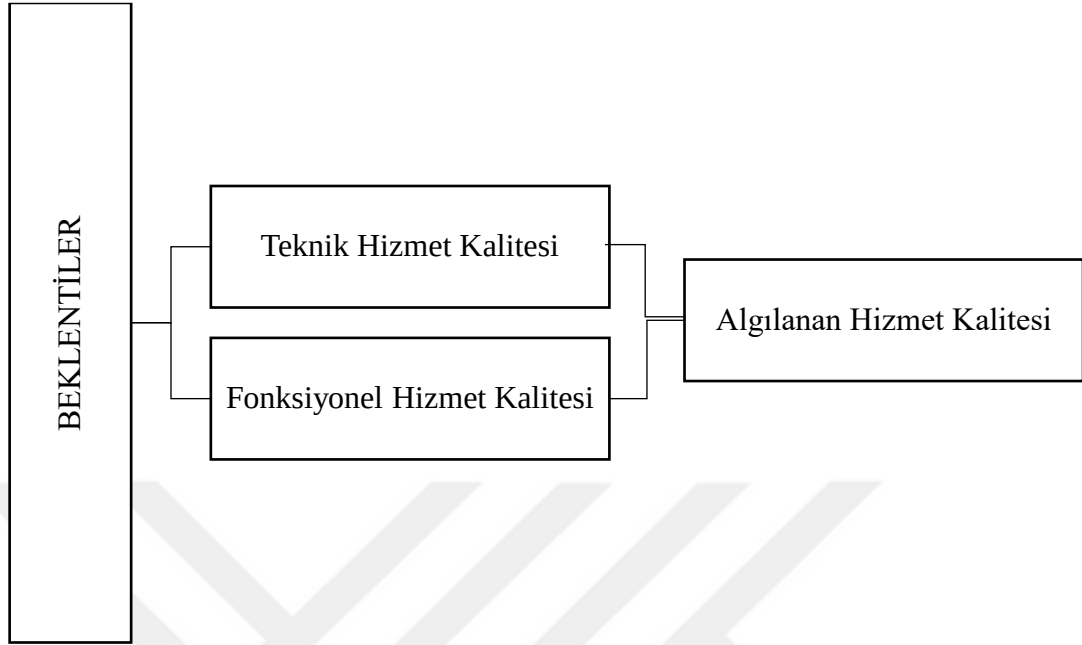
- Hizmetin sunulduğu ortam (fiziksel yapı),
- Güvenilir ve tam zamanında hizmet,
- Uzman kadro ile ihtiyaçlara doğru cevap verebilmek,
- Hizmetin güvenilirliği ve sürekliliği,

Sayıdığımız hizmet kalitesi boyutları ile hasta ve yakınlarının ihtiyaç duyduğu hizmetlerin kalitesinin ne olduğunu görmemiz için hizmet kalitesi modellerine ihtiyaç vardır. Hizmet kalitesi modelleriyle de sunulan hizmet sürecin yol haritası olarak görülmektedir.

Her sektörde olduğu gibi, sağlık hizmetleri sektöründe de verilen hizmetin kalitesi ve sürekliliği için hep daha iyi hedeflenmektedir. Kalite modelleri ile yapılan çalışmalar hizmet kalitesini artırmada aracı olarak görülmektedir. Günümüze kadar birçok kalite modelleri çalışmaları yapılmıştır. Belli başlı olan kalite modellerine bakılacak olursa;

Teknik ve fonksiyonel hizmet kalitesi ile algılanan kalite modeli; bu modelin temelleri 1984 yılında Grönroos tarafından oluşturulmuştur. Sağlık hizmetlerini verecek olan sağlık personellerinin kaliteli hizmet anlayışıyla kaliteli hizmetin verilmesi için gerçekleşen süreç sonundaki çıktıda müşterilerin (hasta ve hasta yakınları) beklediği ve algıladığı kalite sonucunu ifade etmektedir (Kayral, 2015, s.37-43).

Kısaca; teknik ve fonksiyonel hizmet, kaliteli hizmetin çıktısında algılanan kaliteli hizmetin modelini oluşturmaktadır.



Şekil.2.12. Algılanan Hizmet Kalitesi

Bir diğer model; hizmet kalitesinde boşluk modeli olarak da adlandırılan 1985 yılında Parasuraman Zeithaml ve Berry' in öncülüğünde çalışılan SERVQUAL modelidir. Bu modele göre sunulan hizmetin kaliteli olmasını engelleyecek durumların olmamasını ya da olursa da çözümlenmesi için gereken analiz ölçümleri boşluk analizi olarak ele alınmaktadır.

Birinci boşluğa göre; hizmet alıcılarının beklentileri ile kurum yönetiminin algıladığı kalite arasında oluşan farklılıklar hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaç ve beklentilerinin doğru anlaşılmasından kaynaklanmaktadır.

İkinci boşluğa göre; yönetimin hasta ve hasta beklentilerini doğru anlayıp hizmette kaliteye çevirememesinden kaynaklanabilen olumsuzlukları ifade etmektedir.

Üçüncü boşluğa göre; oluşturulan hizmet standartları ile sunumu gerçekleştirilen hizmet arasındaki farklılıkları ifade etmektedir.

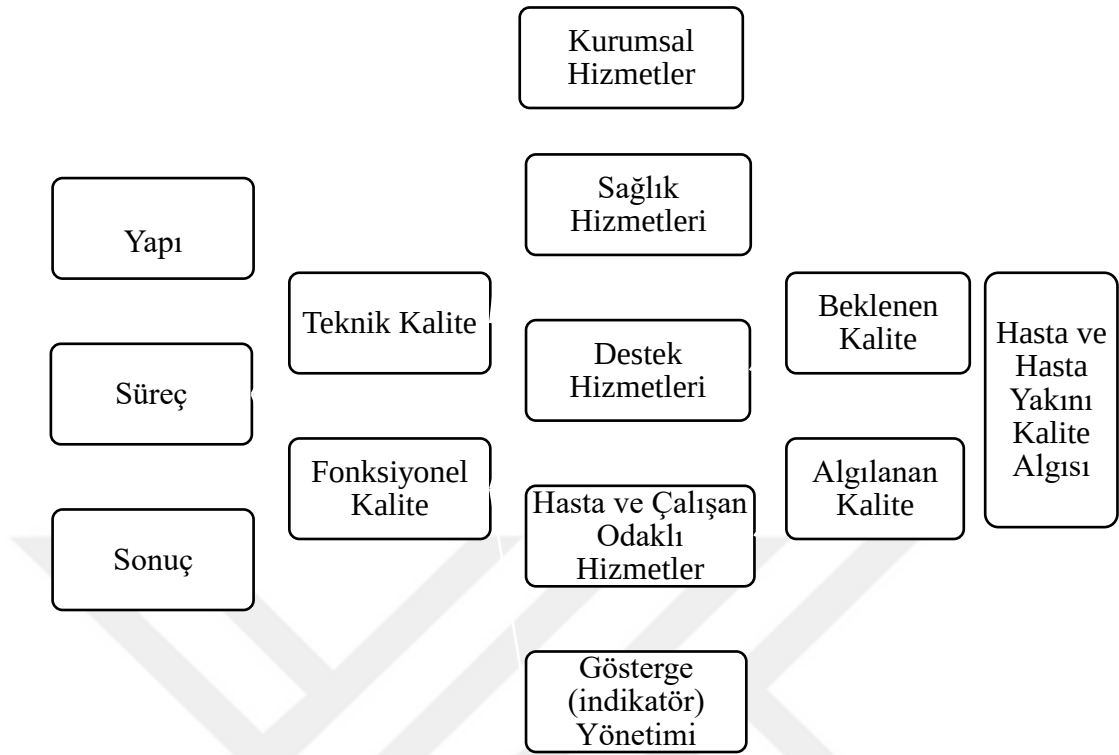
Dördüncü boşluğa göre; müşterilere sunulacak hizmetin tanımı için kurumun hizmet güvencesi ile verilen hizmet arasındaki tutarsızlık sonucunda oluşan farklılıkları ifade etmektedir.

Beşinci boşluğa göre; müşterilerin (hasta ve hasta yakınları) hizmetin kalitesinden bekledikleri ve hizmeti aldıktan sonraki algıları arasındaki farktan oluşan boşluğu ifade etmektedir.

Kalite algısı, beklenen ve algılanan kalitedeki farklılıklar yönetimin algısı ve hizmet sunumundaki farklılıklar ve verilen hizmetin sonucunda oluşan farklılıklar yukarıda saydığımız boşluklara neden olmaktadır. Kurumun bu boşluklara dikkat ederek kaliteli hizmetin kaliteli sunumu için çözümler geliştirilmesi gerekmektedir (Beylik ve Avcı, 2019, s. 313). Son olarak bir diğer kalite modeli de; sağlık hizmetlerinde çok boyutlu kalite modelidir.

Sağlık hizmetlerindeki çok boyutlu kalite modeli; hasta ve hasta yakını memnuniyetini merkezinde tutarak sunulan hizmeti teknik ve fonksiyonel kalite boyutu ile incelemektedir. Çok boyutlu kalite modeli hizmet sunumu kalitesi için Donabedian' ın sağlık hizmeti kalitesi için sunduğu “Yapı, Süreç, Sonuç” üçlüsüyle sunulan hizmetler ele almaktadır. Çok boyutlu kalite modelini sağlık hizmet sunumu kalitesi için; kurumsal hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri, hasta ve çalışan odaklı hizmetler, gösterge (indikatör) yönetimleri şeklinde alt başlıklar olarak ele alacağız (Kayral, 2015, s. 102).

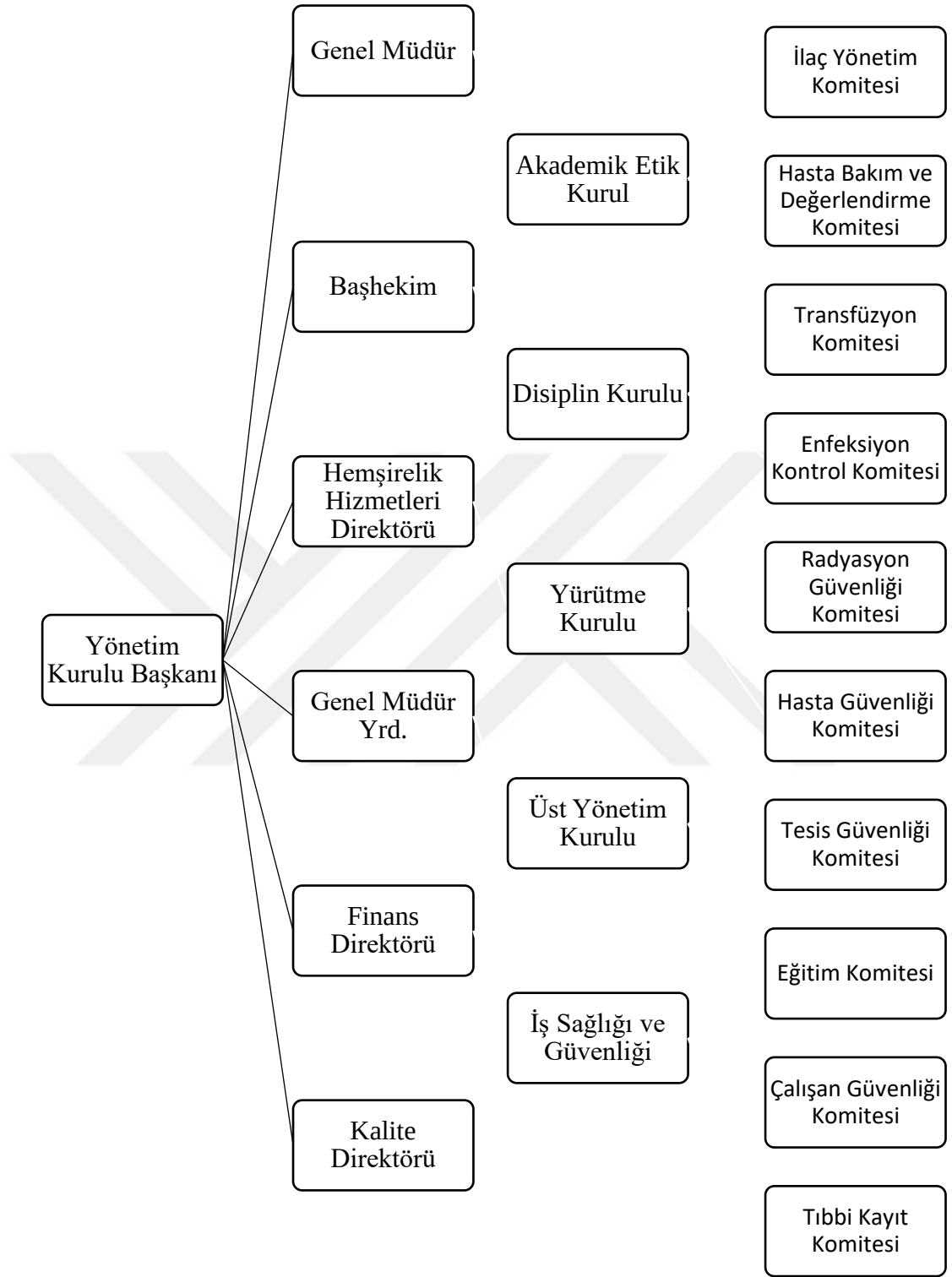
Tablo.2.9. Hasta ve Hasta Yakını Kalite Algısı Oluşumu



2.3.2.1. Kurumsal Hizmetler

Günümüzde sağlık hizmetlerine kolay ulaşım isteği hasta ve hasta yakınlarının beklenti ve ihtiyaçlarının artması sağlık hizmeti kullanıcıları ve sunucuları için memnuniyetin önemini daha da artırmaktadır. Kaliteli hizmet sunumu için kurumun tüm çalışanlarını kapsayan kalite yönetim sistemi kurumsal hizmet politikaları ve prosedürlerini oluşturmaktadır. Sağlık kuruluşlarında verilen hizmetin sürekliliğinin sağlanması, stratejik rekabet üstünlüğünün sağlanması, kurumun kendisi ve çalışanları için finansal devamlılığın sağlanması için kurumun alt yönetim ve üst yönetim kademelerinin işleyişinde kalite önem taşımaktadır. Kurumsal hizmetler; bir sağlık kuruluşundaki hizmetin devamlılığının sağlanmasında yönetim ve kalite yönetim sürecinin sistematik devamlılığının sağlanması olarak uygulanmaktadır.

Kurumsal hizmetler; yönetim kurulu, genel müdür, idari müdürler, başhekim, başhemşirelik, mali işlerden sorumlu genel müdür, insan kaynakları direktörlüğü, kalite yönetim direktörlüğü, kalite birimi, akademik ve etik kurul, kalite kontrol birimi, doktor, hemşire, sağlık teknikerleri ve tüm sağlık çalışanları ile birlikte yürütülmektedir. Kurumsal hizmetler; idari ve klinik hizmetlerin, hasta tedavi ve bakımlarının koordinasyon içerisinde kaliteli ve etkin sunulmasını ifade etmektedir.



Şekil.2.13. Hastane Kurul/ Komite Örneği

2.3.2.2. Sağlık Hizmetleri

Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası 56. maddesinde olduğu gibi “herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak iş birliği gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elde planlayıp hizmet vermesini düzenler “ (T.C. Anayasası, 2008, s. 37-38).

Devletin sağlık hizmetleri ile ilgili topluma karşı sorumlulukları bulunmaktadır ve bu sorumluluğun içinde kanun ve düzenlemeler gördüğümüz gibi 1982 Anayasası’nda olduğu gibi herkesin sağlıklı yaşam ve sağlık hizmeti almak hakkı bulunmaktadır. Bu haklar yadsınamaz şekilde devlet tarafından karşılanmaktadır (TBB, 2011, s. 132-134).

Sağlık hizmetleri kişilerin ve toplumun ihtiyaç duyduğu tedavi edici, koruyucu rehabilite edici ve sağlıklarının gelişimi için gereken tüm tıbbi bakım hizmetlerinin kalite standartları doğrultusunda verilmesini içermektedir. Sağlık hizmetlerindeki en önemli hususu “öncelikle zarar vermeme” ilkesi ve “fayda sağlamak” ilkesi oluşturmaktadır.

Sağlık kurumu içerisinde, doğru ve uygun doz yönetimini, enfeksiyon kontrolünü, sterilizasyon hizmetini, hastane bünyesindeki branşlarla (acil servis, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi, kadın doğum bölümü, laboratuvarlar, poliklinikler vb.) gerektiğinde ayakta ya da yatarak, ihtiyaç duyulan tedaviyi kaliteli hizmet doğrultusunda politika ve prosedürler oluşturularak hasta bakım ve tedavileri gerçekleştirilmektedir (Atabey, 2020, s. 19).

2.3.2.3. Destek Hizmetleri

Destek hizmetleri; ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin sunumu için, hizmetin sürekliliği ve kalitesi için, çalışan sistemsel bir süreci içermektedir. Destek hizmetleri içerisinde; otelcilik hizmetleri (yemek, çamaşırhane, temizlik hizmetleri), malzeme ve cihaz yönetimi hizmetleri (havalandırma, iklimlendirme hizmetleri, teknik bakım-onarım, tıbbi cihaz bakım ve onarımı), biyomedikal hizmetleri, bina yönetim hizmetlerinin çalışmaları yer almaktadır.

Güvenlik hizmetlerinin sağlanması, tehlikeli ve tıbbi atıkların yönetimi, bilgi yönetim sistemleri hizmetleri, dış kaynak kullanımı, satın alma ve depo hizmetleri, acil durum yönetim hizmetleri, sağlık kurumu bina iç ve dış çevre mimari hizmet ve

bakımları da destek hizmetlerinin görevleri içerisinde bulunmaktadır. Sağlık kurumlarında iklimlendirme ve havalandırmanın belirli kalite standartları doğrultusunda, gerekli prosedürde yapılmasının nedeni; sağlık kurumu kaynaklı kontaminasyon ve enfeksiyonun önüne geçilerek çalışan ve hastaların sağlıklarının korunmasının sağlanmasından oluşmaktadır.

Enfeksiyon kaynaklarının hava yoluyla önüne geçilebilmesi gerekli şekilde yapılan havalandırma işlemleriyle olmaktadır. Böylelikle ilk olarak kurum içerisinde kaliteli bir iklimlendirme sağlanmış olacaktır. Otelcilik hizmetlerinden temizlik, çamaşırhane ve yemek hizmetleri hijyen kurallarının sağlanmasıyla enfeksiyonların önüne geçilerek kaliteli hizmet sunumunu bir basamağı daha tamamlanmış olmaktadır. Teknik bakım-onarım ve biyomedikal bakım hizmetleriyle tıbbi araç- gereç ve tesisatlarının bakım-onarımı yapılarak sağlık hizmeti için gereken alanların düzenlenmesi, biyomedikal hizmetiyle de tedavi ve teşhis için gerekli kaliteli cihazların bakım ve onarımının sağlanması gerçekleşmektedir.

Bilgi yönetim sistemleri; arşiv ve tıbbi kayıtlar ile tedavi alacak hastaların klinik kayıtlarının tedavilerinin, her türlü bulgunun kayıt altına alınmasına, bu bilgilerin güvenliğinin sağlanmasına bilgisayar destekli hizmet sunumuna kaliteli hizmet güvenlik ve kalite doğrultusunda yapılan her işlemin kayıt altına alınmasını desteklemektedir.

Dış kaynak kullanımı ile teşhis, tedavi, bakım ve hastane fiziki yönetsel yapısı için gereken her türlü ekipmanın sağlanmasıyla satın alma ve depolama hizmetlerini gerçekleştirmektedir. Satın alınacak araç- gereç ve malzemelerin kaliteli ve kullanıma uygun olması gerekmektedir.

Tehlikeli madde ve tıbbi atıklar prosedürlere, talimatlara uygun olarak kişi, toplum sağlığını ve çevre sağlığının korunması için kalite kuralları doğrultusunda imha edilmektedir. Kaliteli hizmet sunumu için tehlikeli madde kullanımı kontrol edilmesi ve depolanması, imha edilmesi gibi evrakların kayıt altına alınması önem arz etmektedir. Böylelikle insan ve çevre sağlığının sürekliliği sağlanmaktadır.

Görüldüğü üzere destek hizmetleri, sağlık kurumlarında hizmetin kalitesi, uygunluğu ve sürekliliği için her türlü konuda sağlık hizmetlerini desteklemektedirler (Tengilimoğlu, 2018, s. 438).

2.3.2.4. Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler

Sağlık kurumlarında verilen hizmetin kullanıcıları hasta ve hasta yakınlarından oluşmaktadır. Hasta ve hasta yakınları odaklı hizmet sunumunda müşterilerin beklenti ve ihtiyaçlarının doğru anlaşılacak gereken uygun hizmetin verilmesi çok önemlidir. Beklenti ve ihtiyaçlar doğrultusunda hastalara doğru, güvenilir, etkili, verimli ve hizmete ulaşımın kolay olduğu kaliteli hizmet vermek ve bu hizmet sonunda hasta ve yakınlarının algıladıkları hizmetin kalitesinin artırılması sağlanmış olmaktadır.

Sağlık hizmeti kurumlarındaki alt ve üst yönetimi; toplumun ihtiyaç ve beklentilerini doğru anlayarak kurumdaki tüm çalışanların katılımıyla sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmektedirler. Hasta odaklı hizmette asıl nokta hasta memnuniyetidir. Hasta ve yakınlarının memnuniyeti ihtiyaç duyduğu ve beklediği hizmetin sağlık kurumunun ve çalışanların ne kadar karşıladığıyla, aldıkları tedavi hizmeti sonucunda sağlıklarına kavuşup kavuşamadıklarıyla ilgili algıladıkları hizmet kalitesinden oluşmaktadır (Baş, 2004, s. 90).

Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti beklenti ve ihtiyaçlarının kaliteli hizmetle yerine getirilmesiyle doğru orantılı olarak gelişmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda hizmet kullanıcılarından alınan geri bildirimlerle de verilen hizmetin ölçümü yapılarak var olan eksiklikler giderilerek daha iyi ve daha kaliteli, güvenli hizmet sunumu gerçekleştirilmesi sağlanmaktadır (Efil, 2016, s. 158).

Sağlık hizmetlerinde kaliteli ve güvenilir hizmetin sunumundan, çalışanların beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması da önemlidir. Motivasyonun sağlanması, iş gücünün karşılığının alınması, ödüllendirme, sürekli eğitimler çalışanlarda verimliliği, dikkati, başarının ve isteğin artırılmasındaki etkenlerdendir. Motivasyonu sağlanmış çalışanların işleyişe tam katılımının gerçekleşmesi; çalışanların verimliliği ve başarısının artması, yaptıkları işlerin etkili, verimli ve kaliteli olmasını sağlamaktadır.

Sürekli eğitimlerle, sağlık çalışanlarının etkinliği artırılarak sürekli iyileştirme ve geliştirmeye katkısı sağlanmaktadır. Çalışanların motivasyonu, sürekli eğitimleri, iş sağlığı ve güvenliklerinin sağlanması kendilerine olan güvenlerinin artmasına, başarılı ve istekli olmalarına neden olmaktadır. Bu etkenlerin sonucunda kaliteli hizmet kaçınılmaz olmaktadır ve beraberinde de tatmini yüksek çalışan ve aldıkları hizmetten memnun hasta ve hasta yakınlarının olmasına sağlık kurumunun başarısının artmasına olumlu yönde etki etmektedir (Bozkurt Uzan, 2019, s. 40-42).

Karmaşık yapıda olan sağlık hizmetlerinde tüm sağlık çalışanlarının deneyimli ve iyi bir sağlık hizmeti sunması gerekmektedir. Sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, tekniker, sağlık yöneticileri gibi) ihtiyacı her geçen gün daha da artmaktadır. Müşteri memnuniyetinin sağlanmasında, kurumsal başarının yakalanmasında, kaliteli hizmet sunumunda çalışanların, sürece tam katılımı önemli olmaktadır. Sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan memnuniyetlerinin sağlanması için öncelikle güvenliklerinin sağlanması, beklenti ve ihtiyaçlarının doğru algılanması gerekmektedir. Verilecek sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasında çalışan odaklı olmak, çalışanlara sürekli eğitimler verilmesi, motivasyonlarının sağlanması ve sürekli gelişime açık olmalarının sağlanmasıyla iş tatmininin sağlanması beraberinde aldığı hizmetten memnun müşterilerin (hasta ve hasta yakınları) olmasını sağlamaktadır (Beylik ve Avcı, 2019, s. 277).

2.3.2.5. Gösterge (İndikatör) Yönetimi

Sağlık kurumlarındaki kaliteli hizmetin devamlılığı için hizmetin ölçülmesi, değerlendirilmesi, sürekli iyileştirilmesiyle ve performans değerlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetleri kalitesinin kontrolü ve gelişimini ölçmek için bir diğer yöntem gösterge (indikatör) yönetimi kullanılmasıdır. Kalitenin ölçülmesi için bazı özellikler belirlenmiş ve bu özellikler aşağıdaki tabloda kısaca anlatılmıştır (Kaya, 2013, s. 61-67);

Tablo.2.10. Kalite Ölçülmesi İçin Kullanılan Özellikler

Faydalı Olmak	Yapılan performans ölçümü fayda göstermeli ki insanlar öğrenmek istediklerini alabilsinler.
İlgili Olmak	Kalitenin ölçüsü hizmet; hizmet sunucuları, kullanıcıları ve ortak paydaları için önemli olmalıdır.
Doğruluk Göstermek	Doğru ölçüm istenilen verinin alınabildiğinin göstermesi açısından önem taşımaktadır.
Güvenilirlik	İndikatörlerin ve toplanan verilerin kaliteyi algılamaları için tutarlı olması gerekmektedir.
Kanıtlanabilirlik	Ölçümler doğru ve bilimsel kanıta dayandırılmalıdır.
Gerçeklik	Tedavi ve bakım hizmetlerinde kalitenin varlığını ölçmek için oluşturulan ölçütlerin gerçek kaliteyi sağlayıp sağlamadığını anlamamızı sağlamaktadır.
Yorumlanabilme	Ölçümler kalite anlayışı için herkesin anlayabileceği şekilde oluşturulmalıdır.
Yapılabilirlik	İstenen kalite ölçümlerinin hali hazırda kolay ve uygulanabilirliği sağlanmalıdır.

Kaynak: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını No: 1821, (2013). “Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi”, Eskişehir. (15.09.2020) tarihinde <https://docplayer.biz.tr/22204205-saglik-kurumlarinda-kalite-yonetimi.html>’ den alındı.

Kalitenin sürekliliği ve gelişimin sağlanması gösterge yönetiminin varlığıyla da gerçekleştirilmektedir. Hastanelerdeki hizmetlerin kalitesinin ölçülmesi, değerlendirilmesi, denetlenmesi ve sürekli iyileştirilmesi gösterge (indikatör) yönetimi desteği ile sağlanmaktadır. Gösterge yönetimi adımlarının neler olduğuna bakacak olursak (SKS, Hastane, 2020, s. 454);

- Sağlık kurumunda, gözlemi yapılacak kalite indikatörleri belirlenmelidir.
- Her indikatörün oluşturulmasında takip edilecek süreç belirlenmelidir.
- Veri toplama kaynakları belirlenerek, veriler toplanarak analizleri yapılmalıdır.
- İndikatörlerden alınan verilerin analizleri sonucunda gereken düzeltmeler, iyileştirmeler yapılmalı ve yeni planın uygulamaya geçilmesi gerekmektedir.
- İndikatör sonuçlarının ortak alanda paylaşımı sağlanması gerekmektedir.

Sağlık kurumlarındaki hizmet kalitesinin sağlanmasındaki bazı kalite indikatörleri aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Marşap, 2014, s.320-321);

- Çalışan sağlığı ve güvenliği için kesici, delici alet (iğne, bistüri gibi) yaralanmalar izlenmelidir.
- Enfeksiyona karşı kan, vücut sıvısı, enfekte sıvı bulaşına uğramış çalışanlar izlenmelidirler.
- Yoğun bakım ünitesinde yatak yarası olan hasta takibi yapılmalıdır.
- Hasta enfeksiyonları takibi yapılmalıdır.
- Hastane mortalite oranları izlenmelidir.
- Riskli ve düşen hasta oranları denetlenerek izlenmelidir.
- Doğum oranlarında sezeryan ve normal doğum oranları izlenmelidir.
- Yapılan ameliyatların oranları izlenilmelidir.
- Acil servis hizmeti için servise başvuranlar ve hastalıkların çeşitleri oranı izlenmelidir.
- Hasta dosyası ve formlarının düzenli tutularak takipleri yapılmalıdır.
- Hemşirelerin çalıştığı bölümlerin değiştirilme sıklığı izlenmelidir.
- Doğru antibiyotik kullanımı oranları takibi yapılmalıdır.

Kısacası, sağlık kurumlarındaki indikatör kullanımı amacı; medikal verilerin belirlenmesi, değerlendirilmesi, uygun analiz yöntemleri belirlenerek analizlerinin yapılması ile sonuçların hizmetin kalitesinin sürekliliği ve gelişiminin sağlanması için aracı görev oluşturmaktadır.

2.3.3. Kalitenin Ölçülmesi

Sağlık hizmetlerinde kalite ve kalitenin ölçülmesi anlayışı daha öncede değindiğimiz üzere Florence Nightingale' in Kırım Savaşı sırasındaki çalışmaları ile başlamış olmakla beraber, sağlık hizmeti ölçümü Donabedian' ın “yapı, süreç, sonuç” çalışmasıyla en verimli halini almış bulunmaktadır.

Kuşkusuz kalitenin sürekli ölçülmesi var olan olumsuzlukları ortaya çıkarmak, çözülmesini sağlamak, işleyiş sürecini geliştirmek ve belirlenen hedefe ulaşmak için yarar sağlamaktadır. Kalite ölçümü; işleyişin sürekli kontrolünü, denetimini sağlayarak kalite iyileştirilmesi ve kalitenin sürekliliği için gereken kontrollerden oluşmaktadır (Kaya, 2013, s. 62).

2.3.3.1. Yapı, Süreç, Sonuç Ölçüleri

1960'lı yıllarda Donabedian sağlık hizmet kalitesi için bazı çalışmalar yürütmüş ve sağlıkta hizmetin kalitesinin ölçülmesi için yapı, süreç, sonuç merkezli çalışma ortaya koymuştur. Donabedian; yapı, süreç, sonuç öğelerini oluşturan kavramlar arasındaki dengenin, çeşitliliğin anlaşılmasıyla sağlık hizmeti kalitesinin oluşturulmasının sürekliliğinin sağlanması, kaliteyi iyileştirme ve geliştirilmesinin sağlandığını savunmuştur (Beylik ve Avcı, 2019, s. 29-32).

Tablo.2.11. Yapı, Süreç, Sonuç Ölçüleri

YAPI	SÜREÇ	SONUÇ
• Sağlık hizmeti protokol ve prosedürleri • Hizmet sunulan yerin fiziki koşulları • Kullanılan teknik ekipman • Sağlık profesyonellerinin sayısı ve deneyimleri	• Hizmet politikalarının işleyişi • Teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri • Hasta ve yakınlarının beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması	• Etkili, verimli tedavi ve bakım hizmetleri • Hasta ve yakınlarının memnuniyeti • Kaliteli hizmet sunumu • Sağlık hizmetlerinde daha kaliteli işleyişin sağlanması

Yapı, süreç, sonuç kavramlarının kalite ölçümü ile işleyişlerin birbirini tamamlaması ve işleyişin anlaşılması, beraberinde sağlık hizmetlerinin daha kaliteli ve belirli kalite standartları oluşturularak sunulmasını sağlamaktadır.

Sağlık kalite hizmet sunumunda Donabedian' ın çalışmasına göre; sağlık hizmeti için belirlenen hizmet politika ve prosedürleri uygulanabilmekte midir? Verilen sağlık hizmet sunumu içeriği nedir? Nasıl yapılmaktadır? Sonuç olarak; verilen hizmetlerin personel ve çalışanlardaki etkililiği nasıl olmakta ve istenilen kaliteli hedefe ulaşılmakta mıdır? Gibi sorulara verilen cevaplarla kalitede yapı, süreç, sonuç ölçütü araştırılarak kaliteli hizmetin sunumu sağlanmaktadır (Esatoğlu, 2017).

2.3.3.2. Dengeli Puan Cetveli

Sağlık hizmetlerinde, hizmetin kalitesini artırmak, düşük maliyet yüksek kaliteli hizmet sunmak, stratejik rekabeti üstünlükle devam ettirmek, kaliteli hizmete ulaşımı kolaylaştırmak için kurumların performans değerlendirmeleri yapmaları gerekmektedir. Kurumun kaliteli hizmet sunumu için belirlediği hedefe ulaşmasında bazı ölçüm yöntemlerine başvurulmaktadır. Sağlık hizmet kalitesi ölçümü için kullanılan diğer bir yöntemde dengeli puan cetvelidir. Dengeli puan cetveli yöntemi; dengeli puan kartı, dengeli performans değerlendirme tablosu ve dengeli skor tablosu olarak da adlandırılmaktadır.

1990'lı yıllara geçiş yapıldığında hizmet sunumu sağlayan kurumlar için kalite hedeflerinin belirlenmesi ve belirlenen kalite hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığının görülmesini sağlamak için Kaplan ve Norton tarafından dengeli puan cetveli adı verdikleri ölçüm yöntemi geliştirmişlerdir. Dengeli puan cetveliyle kurum içi maddi olan ve maddi olmayan değerler dikkate alınarak performans yönetiminin değerlendirilmesi sağlanmaktadır. Dengeli puan cetvelinde; finansal performans yaklaşımı, içsel faaliyetler boyutu, müşteri (hasta ve hasta yakınları) boyutu ve son olarak da öğrenme ve büyüme yaklaşımı olarak dört bölüm bulunmaktadır (Öztürk, 2019, s. 170).

Kurumun vizyon, misyon ve ulaşmak istediği hedefleri doğrultusunda performansının değerlendirilip kaliteli sonuca ulaşp ulaşmadığının ölçümünün yapıldığı dengeli puan cetvelindeki yaklaşımlar ve açıklamaları aşağıdaki kavramlardan oluşmaktadır (Uğurluoğlu vd. , 2019, s. 234);

Finansal performans yaklaşımı olarak; kurumun stratejik finansal beklentilerinin neler olduğuna nasıl değerlendirmeler yapıp nasıl ölçüldüğünü anlamayı içermektedir. Finansal boyutun içinde bulunan göstergeler kurumun aktif ve pasif varlıkları, kar durumları, satış hedefleri ve sonuçları, pazar payları gibi öğelerden oluşmaktadır.

İçsel faaliyet yaklaşımı olarak; hasta ve yakınlarının beklenti ve mevcut ihtiyaçlarının karşılanması için yapılan faaliyetlerden oluşmaktadır. Yeni müşteri (hasta ve hasta yakınları) kazanılması, finansal faydanın artması, etkinlik, verimlilik ve yönetsel faaliyetlerdeki işleyiş kalitesinin devamlılığı için gereken ölçümleri kapsamaktadır.

Müşteri (hasta ve hasta yakınları) yaklaşımı olarak; hasta ve hasta yakınlarının beklenti ve ihtiyaçları karşılanıyor mu? Daha iyi, kaliteli tedavi ve bakım hizmetleri için gereken ölçütler nelerdir? Gibi soruların yanıtlarından oluşmaktadır. Son olarak, öğrenme ve büyüme yaklaşımında; sağlık kurumlarında çalışan profesyonellerin eğitimlerini ve sürekli gelişimlerini, teknolojinin yakından takibinin sağlanmasını, klinik hizmetler için gereken teknik ekipmanların alınmasını ve bu alımlar için bütçenin ayarlanmasını, stratejik hedeflere ulaşmadaki gelişmeler ve büyümeyi ifade etmektedir.

2.3.3.3. Kıyaslama (Benchmarking)

Toplam kalite yönetiminin bir diğer basamağı da kıyaslamadır. Robert C. Camp' ın 1980'li yıllarda kıyaslama kavramını kullanmasıyla hayatımıza girmiş bulunmaktadır. 1990'lı yılların başlamasıyla kıyaslama sektörde başarı ve kalitenin sağlanması için gereken bir kavram olarak büyük anlamda kullanılmaya başlanmıştır. Branşında en iyi olan işletmenin yönetim ve işleyiş faaliyetleri ile kıyaslama yaparak işletmenin kendi faaliyetlerini değerlendirmesini ve en iyi olmaya çalışmasını sağlamak olarak da görülmektedir.

Toplam kalite yönetimi anlayışında kıyaslama yapmak; kalitenin sürekliliğini sağlamak, müşteri memnuniyetini artırmak işletmenin sahip olduğu maddi ve maddi olmayan değerleri iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Kıyaslama yapmak işletmenin var olan süreçlerini yenileyerek geliştirmesini ve işletmenin yönetim sürecindeki kalite anlayışının gelişmesine olanak sağlamaktadır. Kıyaslama yapmaya başlamadan önce izlenecek adımlar aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Goetsch vd. , 2016, s. 369- 380);

- Yönetimsel karar alınarak kıyaslama yapmaya karar verilmelidir.
- Kıyaslama sürecinin neler olduğu belirlenmelidir.
- Stratejik olarak swot (güçlü, zayıf yönler ile tehditler ve fırsatlar analizi) analizi yapılmalıdır.
- Kıyaslamayı uygulamaya geçirmek için gruplar belirlenip oluşturulmalıdır.
- Kıyaslama yapılacak durum için işletmelerden alanında en iyi olan seçilmelidir.
- Bilgiler toplanmalıdır.
- Bilgiler toplandıktan sonra analizleri yapılmalı ve eksik yönler belirlenerek gelişim için harekete geçilmelidir.

- Planlama yapılarak çözüm yolları belirlenmelidir.
- Sonuçlar analiz edilerek denetlenmesi sağlanmalıdır.
- Kıyaslama; başarı, kalite ve sürekli gelişim için devamlı bir döngü şeklinde yapılmalıdır.

Kıyaslama, kalite iyileştirmede, kurumsal işleyiş sürecini daha iyi, daha kaliteli hale getirmek amacıyla alanında farklı bir lider kurumun işleyişinin süreciyle karşılaştırılması olarak ifade edilmektedir. Kıyaslama (Benchmarking) kurumun hedeflediği kaliteye ulaşmada kullanılan bir diğer ölçütü oluşturmaktadır. Kıyaslama ile sağlık hizmet kalitesinde istenilen hedefe ulaşılabilen şekilde hep daha iyiye yönelmek, öğrenen ve gelişen bir kurum olmak için aracı bir yöntem olarak görülmektedir. Kıyaslama, kurumlara stratejik rekabetten üstün çıkmayı sağlamaktadır. Kıyaslama ölçütü; rekabetçi, iç ve işlevsel kıyaslama olarak üç şekilde uygulamaya koyulmaktadır. Kurum içinde bölümler arasında kıyaslama yapılarak verimliliğinin artırılmasıyla iç kıyaslama şekli uygulanmış olmaktadır. İşletmenin kendi faaliyet süreciyle başka bir alanında lider işletme ile kıyaslama yaparak performansının artırması rekabetçi kıyaslama olarak açıklanabilmektedir. Stratejik rekabetin üstünlüğünün sağlanmasında rekabetçi kıyaslama fayda sağlamaktadır. İşlevsel kıyaslama ölçütü ile kurumsal faaliyetlerin en iyiye ulaşması için gereken değerlendirmelerin yapılıp uygulanmasını sağlamaktadır. Kıyaslama ile amaçlanan; çalışanlarda motivasyonun artırılarak verimin sağlanmasını, kurumun stratejik rekabeti elinde tutmasını sağlamak, maliyetleri düşük tutarak diğer yandan da kaliteli hizmet sunmak, kurumsal hedef, amaç, vizyon ve misyonun oluşturulmasına katkı sağlamak, kaliteli hizmete ulaşmadaki gerekenleri uygulamak için bir yöntem olarak görülmektedir (Halis, 2016, s. 230- 233).

2.3.3.4. PATH Modeli

Sağlık kuruluşlarında hizmetin kaliteli olması için belirli performans ölçümleri yapılması gerekmektedir. Belirlenen indikatörler (göstergeler) sağlık kurumlarında kalite geliştirme için birer ölçüt oluşturmaktadırlar. PATH modeli (hastane performans ölçüm modeli) DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), 2003 yılında sağlık kurumlarında kalite geliştirilmesi sürekliliğinin sağlanması ve değerlendirilmesi için bir diğer yöntem olan PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals) modelini geliştirmiştir. PATH modelinde performans değerlendirilmesi yapılarak kaliteli hizmet sunumu sağlanması amaçlanmaktadır (Akbolat vd., 2018, s. 416-419).

Sağlık kurumları, PATH modeline dahil olmalarıyla, kaliteli hizmet sunumu, geliştirme, sürekli iyileştirme gibi özellikleri içeren bir sisteme eklenmiş olmaktadır. Hastane performans ölçüm modeli (PATH); hasta ve tesis güvenliğini, hasta odaklı olmayı, hassas yönetim sürecini, çalışan odaklı olmayı, verimlilik sağlamayı ve klinik etkililiği içeren kavramlardan oluşmaktadır. Kalitenin ölçülmesi için kullanılan araçlar sağlık hizmeti sunumunda kalitenin sağlanması, sürekliliğinin devam ettirilmesi, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin sağlanmasına yardımcı olmaktadır.

PATH modeli; hasta ve tesis güvenliği; hastaların ve sağlık kurumunun iç ve dış çevresinde riskli olabilecek durumların oluşmasını önleme ve azaltmayı amaçlayan ölçüleri ifade etmektedir. Hasta odaklı olmayı gösteren ölçüt; hastaya ve yakınlarına verilen tedavi ve bakım hizmetlerinde beklentilerin karşılanması ve gizliliğe özen gösterilmesi ile kaliteyi sağlayarak memnuniyeti artırmayı ifade etmektedir. Hassas yönetim süreci ölçütüyle; sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarına, hasta ve hasta yakınlarının beklenti ve ihtiyaçlarına cevap verebilen yönetimin sağlanmasını ifade etmektedir. Sürekli gelişimi ve yeniliği ifade eden yönetim sürecinin tüm aşamalarının uygulandığı yönetimi ifade etmektedir. Çalışan odaklı olma ölçütüyle; çalışanların eğitim ve gelişmelerini destekleyerek motivasyonlarının artmasını sağlayarak kaliteli hizmet sunumu için çalışanların gerekli çalışma koşullarının oluşturulmasını değerlendirmek için oluşturulan ölçütleri ifade etmektedir. Verimlilik sağlamak tedavi ve bakım hizmetlerinde elde edilecek en uygun ve faydalı hizmeti sağlamak kurumun tam kapasitesinin optimum kullanılması ve kalite için herkesin sorumluluğunun olduğu bir ölçütü ifade etmektedir. Klinik etkililik; medikal tedavi ve bakım hizmetlerinden alınan sonuçların faydalı olmasını ifade etmektedir (Öztürk, 2019, s. 176-178).

2.3.4. Sürekli İyileştirme (KAİZEN)

Japonca' da Kai; değişim, Zen; daha iyi anlamına gelmektedir. Kelimenin birleşimi olan Kaizen kelimesi gelişme, iyileştirmek ve sürekli iyileştirmek anlamlarında kullanılmaktadır. Kaizen, Japon yönetiminin temel felsefesinde bulunmaktadır ve işletme içindeki her alan ile her çalışmayı kapsayan sürekli iyileştirme yaklaşımıdır. Bu çerçevede Kaizen, toplam kalite yönetiminin temelini oluşturan ana öğelerden birisidir.

Kaizen, müşteri beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanarak müşteri memnuniyetinin sağlanması için bu süreçte hep daha iyiyi hedefleyen bir kavramdır. Sürekli iyileştirmek sonuçtan ziyade bir süreci ifade etmektedir. Çünkü memnuniyet sonuçta oluşan bir olgu değil bu sonuca ulaşana kadar olan sürecin iyileştirilmesidir. Kısacası sürecin iyileştirilmesi sonucunda kaliteyi ve müşteri memnuniyetini ifade etmektedir. İşletmelerde başarı ve müşteri memnuniyeti için sürekli iyileştirme çalışmaları, tam katılım ve kalite çemberleriyle sağlanmaktadır. Ürün ve hizmet olarak sürekli iyileştirme algısı, müşteri memnuniyetini sağlayarak beraberinde maliyet ve israfın azaltılmasıyla da işletmeye fayda sağlamaktadır (Cihan, ve Cihan, s. 313-314).

Kaizen, tüm süreçlerin kalitesini içeren ve hedefleri bir an önce tamamlayarak sıfır hatayı hedefleyen bir anlayış olarak tanımlanabilir. Sürekli iyileştirmenin faydaları şu şekilde sıralanabilir (Genç, 2000, s. 56-57):

- Yöntemin geliştirilmesini sağlamak, yeni buluşlara ihtiyaç duymadan işletmenin tüm faaliyetlerinde bir dinamizm yaratacaktır.
- Çalışanlar da aynı hedefi benimseyebilecek ve bu yönde çalışabilecektir.
- Yönetimin her çalışanın sorumlu olduğu yöntem geliştirme olgusunu tüm çalışanlara anlatması sonucunda her departman görevini daha verimli ve etkili olarak yerine getirebilecektir.
- Problem çözüm metodlarının yaygınlaşması sonucunda departmanların ortak sorunları kısa sürede ve kalıcı şekilde çözülecektir.
- Yönetimin sürekli iyileştirilmesini sağlamak için çalışanlar da kendilerini sürekli geliştirmelidir. Sonuç olarak, çalışanların bilgi ve becerileri artacaktır.

Toplam Kalite Yönetiminin, sürekli iyileştirme ilkesinin başarıyla uygulanabilmesinde işletmenin her kademesindeki gelişim seviyesinin iyi belirlenmesi gerekmektedir. Kaizen' i (sürekli iyileştirme) hedefleyen bir yönetim tarzı olan toplam kalite yönetiminde; iyileştirmeye yönelik planlar, amaçlar ve hedefler belirlenmelidir. İşletmenin potansiyel aksaklık ve sorunları önceden tespit edilerek iyileştirilmesi gereken alanlar, gelişime yönelik yapılan uygulamalar değerlendirilerek kalkınmanın destekleyici gücü olan teşvik ve ödüllendirme yöntemlerinin temeli oluşturulmalıdır.

İşletmelerde kaliteyi ve verimliliği artırmak ve özellikle maliyetleri düşürmek amacıyla üretim ve hizmet sisteminin sürekli iyileştirmesi gerekmektedir. Sürekli yenilenme ve gelişmeyi hedefleyen bir işletme; yöneticilerin ve çalışanların üretim süreçlerine katılmasını teşvik etmektedir. (Cihan, ve Cihan, s. 316).

Sürekli iyileştirme, işletmenin hedeflerine ulaşmak için yapılan faaliyetlerle ilgili olarak her kademedede elde edilen başarıdan memnun kalmamak, sürekli daha iyiye ulaşmak için faaliyetlerin gerçekleştirilmesidir.

Kaizen aynı zamanda bir problem çözme yöntemidir. Problemlerin neler olduğu belirlendikten sonra çözüm yollarına gidilmesi gerekmektedir. Kaizen' in sorunlara yaklaşımı "hoş karşılanan sorunlar" dır. İnsanları suçlamanın sorunları çözmediği de akılda tutulmalıdır (Genç, 2000, s. 58).

Günümüzde Shewhart tarafından bulunan ve sonrasında Deming tarafından geliştirilen PUKÖ döngüsü, sürekli iyileştirme ve geliştirme uygulamalarında kullanılmaktadır. PUKÖ döngüsünün aşamaları; iyileştirme için, Planla - Uygula - Kontrol Et - Harekete Geç aşamalarından oluşmaktadır. Bu döngü iyileştirme için gerçekleştirilen bir faaliyettir. Bu çemberin aşamalarına bakılacak olursa (Aydoğmuş, 2015):

➤ **Planla:** PUKÖ döngüsünün temel ve en önemli aşamasıdır. "Harekete geçme" aşamasındaki faaliyetlerin en aza indirilebilmesi için planlamanın iyi hazırlanmış olması gerekir. Planlamaya gerekli özen gösterilmezse, "kontrol" aşaması uzayarak gereksiz zaman harcanmasına neden olmaktadır. Acele etmeden kesinlikle sağlıklı bir şekilde planlama yapılmalıdır.

Hedeflerin belirlenmesi, belirlenen hedeflere nasıl ve kimler tarafından ulaşılacağı belirlenmesi ve veri toplama aşamasıdır. Belirlenen hedeflerin ölçülebilir ve anlaşılması kolay olması önemlidir. Öncelikle ulaşılabilir hedefler belirlenmeli, daha sonra kazanımlar ile daha karmaşık problemler yönlendirilmelidir.

➤ **Uygula:** Planın kesinleştikten sonraki uygulama aşamasıdır.

➤ **Kontrol Et:** İstenilen iyileştirmenin sağlanıp sağlanmadığını analiz etme ve sapmaları belirleme aşamasıdır.

Bu aşamada hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı belirlenir. Sonuç başarılı ise uygulama standardize edilir ve böylece sağlanan iyileştirme sürekli kullanılır.

➤ **Harekete Geç (Doğru):** Hataların veya eksikliklerin tespit edilmesi, giderilmesi, hedeflenen performans ile gerçek performans arasındaki herhangi bir sapmanın ortaya çıkarılması ve düzeltilmesi için gerekenlerin yapılması aşamasıdır. Sürekli iyileştirme ile ulaşılan standardın yeterliliği gözden geçirilmekte, daha iyi ve yeni bir standarda doğru ilerleyerek süreç gelişmeye devam etmektedir. Böylece, PUKÖ döngüsü sürekli devam etmektedir.

Sürekli gelişmenin işletmeye faydaları şu şekilde sıralanabilir (Aydoğmuş, 2015);

- İşletmenin tüm faaliyet alanlarında dinamizm vardır.
- Çalışanların, ortak hedef ve amaçları benimseyerek çalışmalarını sağlar.
- Departmanlar görevlerini daha verimli ve etkili bir şekilde yerine getirir.
- Birbirleriyle etkileşim halinde olan departmanların sorunları daha kısa sürede çözülebilir.

İşletmelerin planlama ve uygulama faaliyetlerini en alt aşamadan başlayarak, tüm şirketi kapsayan hedeflerle, yetkinliği asla kabul etmeden organize etmesi ve sürekli iyileştirmesi gerekir. İşletmeler arasında rekabet gücündeki üstünlük, sürekli iyileştirme stratejisine dayanmaktadır. Gelişen teknolojik koşullar, işletmelerde sürekli gelişim ve değişim anlayışının uygulanmasını zorunlu kılmaktadır (Aydoğmuş, 2015).

Her işletmede olduğu gibi sağlık işletmelerinde de Kaizen önemli bir yer tutmaktadır. Kaizen; sağlık çalışanlarının tam katılımıyla sağlık hizmeti sunumundaki; hata ve eksikliklerin tespiti yapılarak, eksikliklerin giderilmeye çalışıldığı bir yöntemdir. Hataların bulunması, analizlerin yapılması ve hataların ortadan kaldırılmasıyla sağlık işletmeleri, sürekli iyileştirme (Kaizen) yöntemiyle beraber düşük maliyet, yüksek kalite, başarı ve etkili tedavi sunumunda avantaj sağlamaktadır (Çavmak, 2018).

3. YÖNTEM VE MATERYAL

Bu bölümde; araştırmanın hangi yöntemle yapıldığına, araştırmanın örnekleme ve araştırma evreninin ne olduğuna, verileri toplamak amacıyla kullanılan araçlara, verilerin toplanma sürecine ve veri analizlerinin yapıldığı tekniklerin neler olduğuna dair bilgiler bulunmaktadır.

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma; tanımlayıcı tarama yöntemiyle yapılmış olup, araştırmada bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile bağımlı değişken olan kalite sistemlerine yönelik algı ve tutum arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla tanımlayıcı tarama modeli kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini İstanbul Beylikdüzü Medicana International Hastanesi'nde görevli sağlık çalışanları oluşturmaktadır. İstanbul Beylikdüzü Medicana International Hastanesi'nde görevli sağlık çalışanlarının seçilmesinin sebebi; zaman ve ulaşım olanakları bakımından uygun şartlar sağlamış olması ve aynı zaman da kendi çalıştığım hastane olmasıdır. Araştırmanın örneklemini sosyal ortamlarda doldurulmak üzere rastgele olarak seçilmiş 100 gönüllü katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmamızda, veri toplama aracı olarak; katılımcıların toplam kalite yönetimi algılarını belirlemek için TKY-Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği ile katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini toplamak amacıyla oluşturulan Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, araştırmaya katılım sağlayanların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, unvanı, meslekte çalışma yılı ve bağlı bulunduğu iş yerindeki çalışma yılına dair soruları içermektedir.

3.3.2. TKY-Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği

TKY ölçeği 1996 yılında Al-Assaf ve Steven Gentling tarafından ABD'deki bazı sağlık kuruluşlarında (167 Department of Veterans Affairs Medical Centers) çalışan üst düzey yöneticilerin TKY konusundaki algılarının araştırıldığı çalışmada kullanılmıştır. Geçerliliği ve güvenilirliği kabul edilmiş olan anket formu, 2004 yılında Songül Doğan tarafından çevirisi yapılmış, güncelleştirilerek, kullanılmıştır. Beşli likert tipi ölçekle hazırlanan sorularda her ifadenin karşısında, yöneticilerin ifadelerdeki durumlarla ilgili düşüncelerini öğrenmek amacıyla; Tamamen katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2), Hiç Katılmıyorum (1), seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir.

Araştırmada ölçeğin 28 adet ifadesine ilişkin olarak hesaplanan Cronbach's Alpha katsayısı 0.85'dir. TKY ölçeği yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

- Süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut ölçeğinin 9 ifadeye ilişkin alpha değerleri: 0.68'dir. Süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut ölçeği oldukça güvenilir çıkmıştır (Soru ifadeleri; 1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 16, ve 19. Maddeler).
- Sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut ölçeğinin 9 ifadeye ilişkin alpha değerleri: 0.78'dir. Sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut ölçeği oldukça güvenilir çıkmıştır (Soru ifadeleri; 13, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, ve 26. Maddeler).
- Yönetici eğitimi – kalite felsefesi alt boyut ölçeğinin 4 ifadeye ilişkin alpha değerleri: 0.65'dir. Yönetici eğitimi – kalite felsefesi alt boyut ölçeği oldukça güvenilir çıkmıştır (Soru ifadeleri; 4, 5, 6, ve 7. Maddeler).

Standardizasyon alt boyut ölçeğinin 3 ifadeye ilişkin alpha değerleri: 0.36'dür (Soru ifadeleri; 25, 27, ve 28. Maddeler). Paydaş ve paydaş bilinci alt boyut ölçeğinin 3 ifadeye ilişkin alpha değerleri: 0.30'dur (Soru ifadeleri; 3, 14, ve 24. Maddeler).

TKY ölçeğinde alınabilecek minimum puan 28, maksimum puan 140'dır. Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim alt boyutunda alınabilecek minimum puan 9, maksimum puan 45'dir.

Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık alt boyutunda alınabilecek minimum puan 9, maksimum puan 45'dir. Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi alt boyutunda alınabilecek minimum puan 4, maksimum puan 20'dir. Standardizasyon alt boyutunda alınabilecek minimum puan 3, maksimum puan 15'dir. Paydaş ve Paydaş Bilinci alt boyutunda alınabilecek minimum puan 3, maksimum puan 15'dir.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma için kullanılan ölçekler birleştirilerek bir araya getirilmiş olup anketi yanıtlayacak bireylere online bir şekilde ulaştırılmıştır. İnternet üzerinden sağlanan olanaklar dahilinde anketlerin cevaplanması sağlanmıştır.

3.5. Araştırma Verilerinin Analizi

Sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi Donabedian kalite özellikleri ve sağlık çalışanlarının hizmet kalitesi üzerine etkisinin ölçülmesinde ankete katılan kişilerin görüşleri esas alınmıştır. Yapılan çalışma bittikten sonra anketler kontrol edilmiş olup yönergeye uygun doldurulmayan anketlerin değerlendirilmeye alınmaması sağlanmıştır.

Toplanan veriler SPSS 22 bilgisayar temelli istatistik programı ile çözümlenmiştir. Güvenirlilik testi olarak Cronbach Alpha testi tercih edilmiş, bulunan alfa değerlerinin yeterli düzeyde değere sahip oldukları görülmüştür. Sonuç yöntemi olarak temel bileşenler analiz yöntemiyle kullanılmıştır.

Araştırmada toplanan veriler, demografik özelliklerin frekansı alınarak değerlendirilmiştir. Katılımcıların ölçeklere verdikleri cevaplar ile frekans, ortalama ve standart sapmaları tespit edilerek değerlendirme yapılmıştır. Araştırma hipotezlerinin test edilmesindeki ilişkiyi ve ilişkinin derecesini ortaya koymak için anova analizi kullanılmıştır. Değişken sayıları 2 olan cinsiyet değişkeni için t testi kullanılmış olup, değişken sayıları 3 ve daha fazla olan değişkenler için ise anova testleri yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde; sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi Donabedian kalite özellikleri ve sağlık çalışanlarının hizmet kalitesi üzerine etkisi araştırmasının online anket çalışmasından ortaya çıkan verilerin analizleri ve değerlendirmesi bulunmaktadır.

4.1. Örneklem Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümde, örneklem grubunun yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, unvanı, meslekte çalışma yılı ve bağlı bulunduğu iş yerindeki çalışma yılına dair bulgular özetlenmiştir.

Tablo.4.1. Örneklem Grubunun Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	n	%
Kadın	56	56,0
Erkek	44	44,0
Toplam	100	100,0

Tablo 4.1 sonuçlarına bakıldığında araştırmaya katılan katılımcıların 56'sının (%56) kadınlardan oluştuğu görülürken, 44'ünün de (%44) erkek katılımcılardan oluştuğu görülmektedir.

Tablo.4.2. Örneklem Grubunun Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı

Medeni Durum	n	%
Evli	77	77,0
Bekar	23	23,0
Toplam	100	100,0

Tablo 4.2 sonuçlarına bakıldığında araştırmaya katılan katılımcıların %77'sinin evli, %23'ünün ise bekar olduklarını ifade ettikleri görülmektedir.

Tablo.4.3. Örneklem Grubunun Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim	n	%
Lise Mezunu	10	10,0
Ön Lisans Mezunu	25	25,0
Üniversite Mezunu	49	49,0
Yüksek Lisans/Doktora Mezunu	16	16,0
Toplam	100	100,0

Tablo 4.3 sonuçlarına bakıldığında katılımcıların eğitim durumlarına vermiş oldukları cevaplar görülmektedir. Katılımcıların % 49'luk bir oranının üniversite mezunu olduğu görülürken, % 25'i ön lisans, %16'sı yüksek lisans ve doktora ve %10'u ise lise mezunu olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo.4.4. Örneklem Grubunun Meslekte Çalışma Yılına Göre Dağılımı

Meslekte Çalışma Yılı	n	%
1 yıl ve altı	1	1,0
2-5 yıl	40	40,0
6-10 yıl	38	38,0
11-15 yıl	7	7,0
16 yıl üzeri	14	14,0
Toplam	100	100,0

Tablo 4.4 sonuçlarına bakıldığında araştırmaya katılan katılımcıların meslekte çalışma yılı durumlarına yönelik verdikleri cevaplar görülmektedir. Katılımcıların %40'ı 2-5 yıl arası çalışma süresine sahip olduğunu belirtirken, %38'i 6-10 yıl arası, %14'ü 16 yıl ve üzeri, %7'si 11-15 yıl arası ve %1'i 1 yıl ve altı olarak ifade etmişlerdir.

Tablo.4.5. Örneklem Grubunun Hastanede Çalışma Yılına Göre Dağılımı

Hastanede Çalışma Yılı	n	%
1 yıl ve altı	21	21,0
2-5 yıl	23	23,0
6-10 yıl	38	38,0
11-15 yıl	12	12,0
16 yıl üzeri	6	6,0
Toplam	100	100,0

Tablo 4.5 sonuçlarına bakıldığında araştırmaya katılan katılımcıların hastanede çalışma yılı durumlarına verdikleri cevaplar görülmektedir. Katılımcıların %38’lik bir oranının 6-10 yıl arası çalışma yılına sahip olduğu görülürken, %23’ünün 2-5 yıl, %21’inin 1 yıl ve altı, %12’sini 11-15 yıl arası ve %6’sının ise 16 yıl ve üzeri hastanede çalışma yılına sahip olduğu görülmektedir.

Tablo.4.6. Örneklem Grubunun Unvanına Göre Dağılımı

Unvan	n	%
Hemşire-Ebe	57	57,0
Sağlık Teknikeri	27	27,0
Doktor	13	13,0
Memur	3	3,0
Toplam	100	100,0

Tablo 4.6 sonuçlarına bakıldığında araştırmaya katılan katılımcıların unvanlarına yönelik vermiş oldukları cevaplar görülmektedir. Katılımcıların %57’lik bir oranının Hemşire-Ebe olduğu görülürken, %27’si Sağlık Teknikeri, %13’ü Doktor ve sadece %3’ü memur olduklarını ifade etmişlerdir.

Tablo.4.7. Örneklem Grubunun Yaşına İlişkin Bilgiler

Arkadaşlık İlişkileri	Min	Max	Ortalama	Std. Sapma
Kaç Yaşındasınız	20,0	62,0	32,820	6,8525

Tablo 4.7 sonuçlarına bakıldığında katılımcıların minimum yaşının 20 maksimum yaşının ise 62 olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşları ortalaması 32,82 standart sapması ise 6,85'tir.

4.2. Bağımlı Değişkenin Tanımlayıcı İstatistikleri ve Normallik Kontrolü

Bir çalışmanın, normallik kontrolünün yapılabilmesinde; çarpıklık ve basıklık değerlerinin hesaplanması etkili olmaktadır. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin + 3 ile -3 arasında bulunuyor olması, çalışmanın normal dağılımını göstermektedir (Şen, 2016).

Tablo.4.8. Katılımcıların Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına Yönelik Tanımlayıcı İstatistikleri, Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Değişkenler	Ort.	Std. Spm.	Çarpıklık	Basıklık
TKY Algısı	94.3	1,112	-,365	,236
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	32.4	1,208	-,452	,325
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	31.8	0,879	-,962	1,918
Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi	11.3	1,251	-,098	-1,434
Standardizasyon	8.7	0,562	-,423	,647
Paydaş ve Paydaş Bilinci	8.1	1,641	-,682	,095

Tablo 4.8 incelendiğinde sağlık çalışanlarının toplam kalite yönetimi algılarını ortaya koyan sonuçların normal olarak kabul edilen çarpıklık ve basıklık değerleri içerisinde yer aldığı görülmektedir (+3 ile -3). Alanyazın incelenmesinde ortaya çıkan bu çarpıklık ve basıklık değerleri için genel ve alt boyutlarda normal dağılımla kullanıldığı söylenilebilir. Bu bağlamda araştırma bulguları oluşturulurken parametrik test kriterleri kullanılmıştır. Katılımcıların toplam kalite yönetimi algılarına yönelik demografik yönelimler üzerindeki etkisini değerlendirmek için ise regresyon analizleri yapılmıştır. Toplanan bulgular 0,95 güven aralığında, 0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4.3. Güvenirlilik Analizi

Araştırma için verilerin güvenilir olup olmadığının belirlenmesinde Cronbach alpha- α değer tespitlerinden yararlanılmıştır.

Tablo.4.9. Araştırmanın Güvenirlilik Katsayıları ve Değişken Sayıları

Değişkenler	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
TKY Algısı	,821	28
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	,769	9
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	,721	9
Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi	,796	4
Standardizasyon	,708	3
Paydaş ve Paydaş Bilinci	,801	3

Tablo 4.9 incelendiğinde araştırma verilerine uygulanan iç tutarlılık değerinin uluslararası standartlarda kabul gören, 70 ve üzerinde yer aldığı görülmektedir. Bu bağlamda verilerin iç tutarlılığa sahip ve güvenilir olduğu anlamına gelmektedir.

4.4. Gruplar Arası Karşılaştırmalar

Demografik değişkenler bakımından araştırma değişkenleri olan, sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi Donabedian kalite özellikleri ve sağlık çalışanlarının hizmet kalitesi üzerine etkisinin incelendiği çalışmada, uygulanan metotlar ise Bağımsız örneklem t testi ve anova testi olarak seçilmiştir ve anlamlılık değeri $p=0,05$ düzeyinde alınmıştır.

Tablo.4.10. Kadın ve Erkek Katılımcıların Toplam Kalite Uygulaması ve Alt Boyutlarında Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Cinsiyet	N	Ortalama	ss	t	p
TKY Algısı	Kadın	56	90,45	1,362	4,428	,032
	Erkek	44	95,35	1,632		
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	Kadın	56	31,75	1,423	3,301	,046
	Erkek	44	35,74	1,012		
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	Kadın	56	38,67	1,301	,932	,624
	Erkek	44	37,24	1,182		
Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi	Kadın	56	12,02	1,341	2,935	,050
	Erkek	44	11,36	1,307		
Standardizasyon	Kadın	56	8,14	1,321	,601	,632
	Erkek	44	9,35	1,601		
Paydaş ve Paydaş Bilinci	Kadın	56	8,63	1,012	1,963	,082
	Erkek	44	9,96	1,303		

Cinsiyet değişkenine göre toplam kalite uygulamaları ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan “Bağımsız Örneklem t Testi” sonuçları Tablo 4.10 da gösterilmiştir. Tabloya göre: Toplam Kalite Yönetimi Algısı (TKY) cinsiyete göre ($t=4,428$; $p<0,05$), toplam kalite yönetimi süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutu ($t=3,301$; $p<0,05$) ve toplam kalite yönetimi yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyutu cinsiyete göre ($t=2,935$; $p<0,05$) anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Erkeklerin toplam kalite yönetimi algıları ile toplam kalite yönetimi süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutu puan ortalamaları kadınlardan daha yüksek iken toplam kalite yönetimi yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyutunda ise kadınların puan ortalamaları erkeklerden daha yüksek olarak bulgulanmıştır.

Fakat toplam kalite yönetimi diğer alt boyutlar bakımından kadın ve erkek katılımcılar bakımından anlamlı düzeyde farklılaşmadıkları görülmektedir.

Tablo.4.11. Evli ve Bekâr Katılımcıların Toplam Kalite Uygulaması ve Alt Boyutlarında Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

	Medeni Durum	N	Ortalama	ss	t	p
TKY Algısı	Evli	77	100,85	1,19	5,234	0,004
	Bekar	23	104,96	1,34		
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	Evli	77	32,57	1,96	3,924	0,037
	Bekar	23	34,65	1,97		
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	Evli	77	37,47	1,01	2,342	0,044
	Bekar	23	36,25	1,97		
Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi	Evli	77	13,47	1,74	1,647	0,142
	Bekar	23	12,96	1,96		
Standardizasyon	Evli	77	9,42	1,74	,896	0,487
	Bekar	23	8,37	1,34		
Paydaş ve Paydaş Bilinci	Evli	77	8,74	1,45	1,267	0,197
	Bekar	23	9,01	1,34		

Tablo 4.11 sonuçlarına bakıldığında medeni durum değişkenine göre toplam kalite uygulamaları ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan “Bağımsız Örneklem t Testi” sonuçlarına göre Toplam Kalite Yönetimi Algısı (TKY) medeni duruma göre ($t=5,234$; $p<0,05$), toplam kalite yönetimi süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutu ($t=3,924$; $p<0,05$) ve toplam kalite yönetimi sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyutu medeni duruma göre ($t=2,342$; $p<0,05$) anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Bekar katılımcıların toplam kalite yönetimi algıları (TKY) ile toplam kalite yönetimi süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyutu puan ortalamaları evli bireylerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Fakat toplam kalite yönetimi sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyutunda ise evli bireylerin puan ortalamaları bekar bireylerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulgulanmıştır.

Fakat toplam kalite yönetimi diğer alt boyutlar bakımından evli ve bekar katılımcılar bakımından anlamlı düzeyde farklılaşmadıkları görülmektedir.

Tablo.4.12. Katılımcıların Eğitim Düzeyi Gruplarına Göre Toplam Kalite Uygulaması ve Alt Boyutlarında Anova Sonuçları

	Eğitim Düz.	n	Ort.	ss	F	p
TKY Algısı	Lise	10	99,35	1,41	,769	,345
	Ön Lisans	25	100,47	1,33		
	Üniversite	49	100,48	1,26		
	Yüksek Lisans/ Doktora	16	99,44	1,43		
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	Lise	10	31,09	,11	,364	,940
	Ön Lisans	25	31,08	,09		
	Üniversite	49	31,17	,12		
	Yüksek Lisans/ Doktora	16	30,83	,13		
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	Lise	10	36,15	,11	,914	,296
	Ön Lisans	25	36,21	,10		
	Üniversite	49	37,12	,12		
	Yüksek Lisans/ Doktora	16	37,31	,20		
Yönetici Eğitimi- Kalite Felsefesi	Lise	10	13,32	,13	,647	,756
	Ön Lisans	25	13,34	,11		
	Üniversite	49	12,43	,15		
	Yüksek Lisans/ Doktora	16	12,42	,22		
Standardizasyon	Lise	10	10,15	,11	,778	,641
	Ön Lisans	25	9,05	,09		
	Üniversite	49	10,02	,11		
	Yüksek Lisans/ Doktora	16	11,26	,19		
Paydaş ve Paydaş Bilinci	Lise	10	10,70	,01	,632	,091
	Ön Lisans	25	9,37	1,43		
	Üniversite	49	8,97	1,64		
	Yüksek Lisans/ Doktora	16	9,73	,66		

Tablo 4.12 sonuçlarına bakıldığında eğitim düzeyi değişkenine göre oluşturulan grupların toplam kalite uygulamaları ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan “Anova Testi” sonuçlarına göre toplam kalite uygulamaları ve alt boyutları eğitim düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır ($p < .05$).



Tablo.4.13. Katılımcıların Meslekte Çalışma Yılına Göre Toplam Kalite Uygulaması ve Alt Boyutlarında Anova Sonuçları

	Meslekte Çalışma Yılı	N	Ort.	ss	F	P / Post Hoc.
TKY Algısı	2-5 yıl (1)	40	100,12	1,41	1,005	,092
	6-10 yıl (2)	38	99,28	1,43		
	11-15 yıl (3)	7	98,38	1,39		
	16 yıl üzeri (4)	14	100,40	1,32		
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	2-5 yıl (1)	40	33,66	1,26	,714	,621
	6-10 yıl (2)	38	33,74	1,19		
	11-15 yıl (3)	7	34,15	,98		
	16 yıl üzeri (4)	14	34,10	1,20		
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	2-5 yıl (1)	40	32,91	1,03	1,992	,027 4-1= 0,018*
	6-10 yıl (2)	38	33,12	,85		
	11-15 yıl (3)	7	31,91	,82		
	16 yıl üzeri (4)	14	34,63	,77		
Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi	2-5 yıl (1)	40	11,35	1,37	1,810	,031 4-2= 0,044*
	6-10 yıl (2)	38	12,18	1,15		
	11-15 yıl (3)	7	12,15	1,16		
	16 yıl üzeri (4)	14	12,27	1,03		
Standardizasyon	2-5 yıl (1)	40	10,82	1,27	1,307	,119
	6-10 yıl (2)	38	9,83	1,27		
	11-15 yıl (3)	7	10,56	1,32		
	16 yıl üzeri (4)	14	8,21	1,55		
Paydaş ve Paydaş Bilinci	2-5 yıl (1)	40	9,21	1,27	1,753	,040 3-1= 0,026*
	6-10 yıl (2)	38	8,11	1,30		
	11-15 yıl (3)	7	9,24	,75		
	16 yıl üzeri (4)	14	9,20	,91		

Not: 1 Yıl ve altı çalışma süresine sahip 1 kişi olduğu için analiz bulgusuna etki etmemesi adına değerlendirmeye alınmamıştır. Tablo 99 kişinin katılım bulgularına göre oluşturulmuştur.

Tablo 4.13 sonuçlarına bakıldığında meslekte çalışma yılı değişkenine göre oluşturulan grupların toplam kalite uygulamaları ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan “Anova Testi” sonuçlarına göre toplam kalite yönetimi sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyutu meslekte çalışma yılına göre ($f=1,992$; $p<0,05$), toplam kalite yönetimi yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyutu meslekte çalışma yılına göre ($f=1,810$; $p<0,05$) ve toplam kalite yönetimi paydaş ve paydaş bilinci alt boyutu meslekte çalışma yılına göre ($f=1,753$; $p<0,05$) anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Fakat toplam kalite yönetimi algısı ile toplam kalite yönetimi diğer alt boyutları meslekte çalışma yılına göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulgulanmıştır.

Tablo 4.13 incelendiğinde toplam kalite yönetimi algıları ile alt boyutları puanlarının meslekte çalışma yılına göre hangi alt gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonrası post-hoc Tukey testi sonucunda ‘Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık’ alt boyutunda ‘16 Yıl ve Üzeri’ ile ‘2-5 Yıl’ çalışma yılı arasında istatistiksel olarak ($p=0,018^*$; $p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. 16 yıl ve üzeri çalışma süresi olanların sürdürülebilirlik ve katılımcılık ortalamaları 2-5 yıl çalışma yılına sahip olanlardan daha yüksektir.

‘Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi’ alt boyutu için; ‘16 Yıl ve Üzeri’ ile ‘6-10 yıl’ çalışma yılı arasında istatistiksel olarak ($p=0,044^*$; $p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. 16 yıl ve üzeri çalışma süresi olanların yönetici eğitimi-kalite felsefesi ortalamaları 6-10 yıl çalışma yılına sahip olanlardan daha yüksektir.

Son olarak ‘Paydaş ve Paydaş Bilinci’ alt boyutu için; ‘11-15 Yıl’ ile ‘2-5 Yıl’ çalışma yılı arasında istatistiksel olarak ($p=0,026^*$; $p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. 11-15 yıl arası çalışma süresi paydaş ve paydaş bilinci ortalamaları 2-5 yıl çalışma yılına sahip olanlardan daha yüksektir.

Tablo.4.14. Katılımcıların Hastanede Çalışma Yılına Göre Toplam Kalite Uygulaması ve Alt Boyutlarında Anova Sonuçları

	Hastanede Çalışma Yılı	N	Ort.	ss	F	P / Post Hoc.
TKY Algısı	1 yıl ve altı (1)	21	93,51	7,380	1,658	,017 2-3= 0,010*
	2-5 yıl (2)	23	100,36	1,450		
	6-10 yıl (3)	38	99,84	4,683		
	11-15 yıl (4)	12	99,76	4,228		
	16 yıl üzeri (5)	6	94,45	3,395		
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	1 yıl ve altı (1)	21	34,00	2,345	,081	,936
	2-5 yıl (2)	23	33,99	1,846		
	6-10 yıl (3)	38	35,03	3,377		
	11-15 yıl (4)	12	31,30	4,543		
	16 yıl üzeri (5)	6	31,42	3,212		
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	1 yıl ve altı (1)	21	32,13	2,964	,681	,497
	2-5 yıl (2)	23	32,33	2,965		
	6-10 yıl (3)	38	34,01	4,069		
	11-15 yıl (4)	12	35,61	4,841		
	16 yıl üzeri (5)	6	38,15	5,870		
Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi	1 yıl ve altı (1)	21	15,36	4,422	1,023	,038 5-4= 0,050*
	2-5 yıl (2)	23	10,13	4,150		
	6-10 yıl (3)	38	14,39	,365		
	11-15 yıl (4)	12	14,50	3,046		
	16 yıl üzeri (5)	6	15,45	3,133		
Standardizasyon	1 yıl ve altı (1)	21	9,82	2,118	-,142	,887
	2-5 yıl (2)	23	10,86	3,188		
	6-10 yıl (3)	38	9,74	3,942		
	11-15 yıl (4)	12	8,38	4,598		
	16 yıl üzeri (5)	6	7,96	2,982		
Paydaş ve Paydaş Bilinci	1 yıl ve altı (1)	21	8,79	2,875	-,316	,753
	2-5 yıl (2)	23	9,76	4,326		
	6-10 yıl (3)	38	9,88	4,531		
	11-15 yıl (4)	12	8,47	5,378		
	16 yıl üzeri (5)	6	7,64	5,826		

Tablo 4.14 sonuçlarına bakıldığında hastanede çalışma yılı değişkenine göre oluşturulan grupların toplam kalite uygulamaları ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan “Anova Testi” sonuçlarına göre toplam kalite yönetimi algısı (TKY) hastanede çalışma yılına göre ($f=1,658$; $p<0,05$) ve toplam kalite yönetimi yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyutu hastanede çalışma yılına göre ($f=1,023$; $p<0,05$) anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Fakat toplam kalite yönetimi diğer alt boyutları hastanede çalışma yılına göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulgulanmıştır.

Tablo 4.14 incelendiğinde toplam kalite yönetimi algıları ile alt boyutları puanlarının hastanede çalışma yılına göre hangi alt gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonrası post-hoc Tukey testi sonucunda ‘Toplam Kalite Yönetimi Algısı (TKY)’ boyutunda ‘2-5 Yıl’ ile ‘6-10 Yıl’ çalışma yılı arasında istatistiksel olarak ($p=0,010^*$; $p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. 2-5 yıl arası hastanede çalışma süresi olanların toplam kalite yönetimi algıları ortalamaları 6-10 yıl çalışma yılına sahip olanlardan daha yüksektir.

‘Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi’ alt boyutu için; ‘16 Yıl ve Üzeri’ ile ‘11-15 yıl’ çalışma yılı arasında istatistiksel olarak ($p=0,050^*$; $p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. 16 yıl ve üzeri çalışma süresi olanların yönetici eğitimi-kalite felsefesi ortalamaları 11-15 yıl arası hastanede çalışma yılına sahip olanlardan daha yüksektir.

Tablo.4.15. Katılımcıların Unvanlarına Göre Toplam Kalite Uygulaması ve Alt Boyutlarında Anova Sonuçları

	Unvan	N	Ort.	ss	F	P / Post Hoc.
TKY Algısı	Hem.-Ebe (1)	57	99,00	,080	3,342	,017 3-2= 0,08*
	Sağlık Tek. (2)	27	99,36	1,631		
	Doktor (3)	13	101,96	1,741		
	Memur (4)	3	99,32	1,321		
Süreç Yönetimi, Etkinlik ve Yönetişim	Hem.-Ebe (1)	57	38,41	1,307	1,641	,064
	Sağlık Tek. (2)	27	34,00	,142		
	Doktor (3)	13	39,41	1,362		
	Memur (4)	3	34,12	1,741		
Sürdürülebilirlik ve Katılımcılık	Hem.-Ebe (1)	57	38,74	1,395	1,012	,077
	Sağlık Tek. (2)	27	31,41	1,423		
	Doktor (3)	13	39,00	,059		
	Memur (4)	3	38,07	1,725		
Yönetici Eğitimi-Kalite Felsefesi	Hem.-Ebe (1)	57	14,10	1,341	,652	,701
	Sağlık Tek. (2)	27	14,11	1,484		
	Doktor (3)	13	15,74	1,963		
	Memur (4)	3	14,00	,071		
Standardizasyon	Hem.-Ebe (1)	57	10,37	,641	,965	,789
	Sağlık Tek. (2)	27	9,21	,632		
	Doktor (3)	13	9,74	,821		
	Memur (4)	3	9,85	,714		
Paydaş ve Paydaş Bilinci	Hem.-Ebe (1)	57	9,00	,043	1,125	,092
	Sağlık Tek. (2)	27	9,10	,214		
	Doktor (3)	13	8,30	,371		
	Memur (4)	3	8,54	,891		

Tablo 4.15 sonuçlarına bakıldığında unvan değişkenine göre oluşturulan grupların toplam kalite uygulamaları ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan “Anova Testi” sonuçlarına göre toplam kalite yönetimi algısı (TKY) unvana göre ($f=3,342$; $p<0,05$) anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Fakat toplam kalite yönetimi alt boyutları unvana göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulgulanmıştır.

Tablo 4.15 incelendiğinde toplam kalite yönetimi algıları ile alt boyutları puanlarının unvana göre hangi alt gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonrası post-hoc Tukey testi sonucunda ‘Toplam Kalite Yönetimi Algısı (TKY)’ boyutunda ‘Doktor’ ile ‘Sağlık Teknikeri’ unvanları arasında istatistiksel olarak ($p=0,008^*$; $p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Doktor unvanına sahip olanların toplam kalite yönetimi algıları ortalamaları sağlık teknikeri unvanına sahip olanlardan daha yüksektir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Teknolojik yenilikler, rekabet ortamlarındaki artış her alanda olduğu gibi sağlık işletmelerinde de kalite olgusunun öneminin artmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde hizmet sunumu sağlayıcıları ve kullanıcıların insan olması, verilen hizmetin ertelenemez oluşu ve sağlık hizmetlerinin hatasız yapılması ilkesi beraberinde kaliteli hizmet anlayışını zorunlu kılmaktadır. Hasta beklenti ve memnuniyetlerinin kaliteli hizmet sağlanmasında belirleyici rolü olduğu gibi sağlık çalışanlarının da hizmet kalitesine etkileri bulunmaktadır. Bu araştırma ile amaçlanan; kalite kavramının ne olduğunun, toplam kalite yönetiminin anlaşılmasının ve sağlık sektöründeki toplam kalite yönetimi kavramının anlaşılması sağlamaktır. Ayrıca; kaliteli hizmet anlayışının gelişmesinde sadece hizmet sunumunu kullanan kişilerin memnuniyetleri değil aynı zamanda sağlık çalışanlarında da kalite algısının oluşturulması ve kaliteli hizmet anlayışının belirlenmesi ile sunulan sağlık hizmetine etkilerinin neler olduğunun ölçülmesi amaçlanmıştır.

Çalışma sonucunda ulaşılan bulgulara ilişkin değerlendirme ve tartışma aşağıdaki gibidir:

Cinsiyet değişkenindeki kadın ve erkeklerin süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması ve yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Fakat Toplam Kalite Yönetimi - TKY algı puanlarının sıra ortalaması, sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması, standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Literatürde cinsiyet değişkeni ile kalite anlayışı arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalardan, Akar (2014) sağlık sektöründeki yöneticilerin kalite anlayışını Ankara ili örneğinde incelediği çalışmada araştırmamıza benzer şekilde katılımcıların cinsiyetleri ile kalite anlayışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bazı boyutlarda tespit etmiş ($p<0.05$) bazı boyutlarda ise tespit edememiştir. Ablak (2019), sağlık kuruluşlarında toplam kalite yönetimi algısını tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmada araştırma bulgularımıza benzer şekilde sağlık çalışanlarının cinsiyet değişkeni ile kalite anlayışları arasında anlamlı farklılık tespit etmiştir.

Tunç (2018) hemşirelerin kalite anlayışlarını tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmada, araştırma sonuçlarına benzer şekilde cinsiyet ile kalite algıları arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık tespit etmiştir. Kızıl (2018), hemşirelerin kalite anlayışlarını tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmasında, benzer şekilde hemşirelerin cinsiyeti ile Toplam Kalite Yönetimi - TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmiştir. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bu bulgu literatürle uyumlu ve beklentimizle tutarlıdır.

Eğitim durumu değişkeni ile Toplam Kalite Yönetimi - TKY algı puanlarının sıra ortalaması, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması, sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması, yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Eğitim durumu değişkeni ile Toplam Kalite Yönetimi - TKY arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan çalışmalardan, Akar (2014) çalışmasında, araştırma sonuçlarına benzer şekilde eğitim durumu ile TKY arasında istatistiksel bir ilişki tespit etmemiştir. Doğan (2013) çalışmasında benzer şekilde katılımcıların eğitim durumu ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ablak (2019) çalışmasında, çalışmamızdan farklı şekilde eğitim durumu ile TKY algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmişlerdir. Tunç (2018) çalışmasında, çalışmamızdan farklı olarak hemşirelerin eğitim durumu ile TKY algıları arasında anlamlı bir fark tespit etmiştir. Kızıl (2018) çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerin eğitim durumları ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmemiştir. Yılmaz (2017) araştırmasında çalışmamızdan farklı olarak eğitim durumu değişkeni ile TKY algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmiştir. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bu bulgu literatürle uyumlu ve beklentimizle tutarlıdır.

Medeni duruma göre Toplam Kalite Yönetimi - TKY algı puanlarının sıra ortalaması, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması ile sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Fakat yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması, standardizasyon alt boyut

puanlarının sıra ortalaması ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Medeni durum değişkeni ile Toplam Kalite Yönetimi - TKY arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan çalışmalardan, Akar (2014) çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde yöneticilerin medeni durumları ile TKY arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmiştir. Doğan (2013), özel ve kamu hastanelerindeki toplam kalite yönetimi uygulamalarının çalışan sağlık personeli tarafından algılanmasını tespit etmek amacıyla Malatya ilinde yapmış olduğu çalışmasında benzer şekilde katılımcıların medeni durumu ile kalite anlayışları arasında istatistiksel anlamlılık tespit etmiştir. Ablak (2019) çalışmasında, medeni durum değişkeni ile TKY algısı arasında anlamlı bir ilişki tespit etmiştir. Araştırma bulgumuzun dışında farklı sonuçlara da ulaşıldığı görülmektedir. Yılmaz (2017) sağlık çalışanlarında TKY düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, araştırma bulgumuzdan farklı olarak sağlık çalışanlarının medeni durumları ile TKY algıları arasında istatistiksel bir fark tespit etmemiştir. Aynı şekilde Tunç (2018) çalışmasında, hemşirelerin medeni durumları ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmemişlerdir. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bu bulgu literatürle uyumlu ve beklentimizle tutarlıdır.

Hastanede çalışma yılı ile Toplam Kalite Yönetimi - TKY algı puanlarının sıra ortalaması ile yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Fakat süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması, sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması, standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastanede çalışma yılı değişkeni ile Toplam Kalite Yönetimi - TKY arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla Akar (2014) çalışmasında çalışmamızda elde edilen sonuçta benzer şekilde çalışma süresi ile TKY arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmiştir. Fakat araştırma bulgumuzla tutarlılık gösteren başka bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Meslekteki çalışma yılı ile sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması, yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Fakat Toplam Kalite Yönetimi - TKY algı puanlarının sıra ortalaması, süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması ile standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Literatürde çalışma yılı ile TKY arasındaki ilişkiyi tespit etmeyi amaçlayan çalışmalar mevcuttur. Doğan (2013) çalışmasında, araştırmamıza benzer şekilde sağlık personelinin meslekteki çalışma süreleri ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmiştir.

Ablak (2019) çalışmasında aynı şekilde sağlık personelinin çalışma süreleri ile TKY algıları arasında istatistiksel bir ilişki tespit etmiştir. Yılmaz (2017) çalışmasında hemşirelerin çalışma süresi TKY algıları arasında anlamlı bir fark tespit etmiştir. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bu bulgu literatürle uyumlu ve beklentimizle tutarlıdır.

Katılımcıların unvanı ile Toplam Kalite Uygulamaları - TKY algı puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Fakat süreç yönetimi, etkinlik ve yönetim alt boyut puanlarının sıra ortalaması, sürdürülebilirlik ve katılımcılık alt boyut puanlarının sıra ortalaması, yönetici eğitimi-kalite felsefesi alt boyut puanlarının sıra ortalaması, standardizasyon alt boyut puanlarının sıra ortalaması ile paydaş ve paydaş bilinci alt boyut puanlarının sıra ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Unvan değişkeni ile TKY arasındaki ilişkiyi tespit etmeyi amaçlayan Akar (2014)'da yaptığı çalışmada, araştırma bulgumuzla paralel olarak yöneticilerin unvanları ile TKY arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmiştir. Ablak (2019) çalışmasında benzer şekilde sağlık personelinin unvanı ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmiştir. Kızıl (2018) çalışmasında, aynı şekilde hemşirelerin unvanı ile TKY algıları arasında anlamlı bir fark tespit etmiştir. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bu bulgu literatürle uyumlu ve beklentimizle tutarlıdır.

Araştırma bulguları dışında kalan çalışma sonuçları şu şekildedir:

- Araştırmaya katılan katılımcıların 56'sının (%56) kadınlardan oluştuğu görülürken, 44'ünün de (%44) erkek katılımcılardan oluştuğu görülmektedir.
- Araştırmaya katılan katılımcıların %77'sinin evli, %23'ünün ise bekar olduklarını ifade ettikleri görülmektedir.
- Katılımcıların % 49'luk bir oranının üniversite mezunu olduğu görülürken, % 25'i ön lisans, %16'sı yüksek lisans ve doktora ve %10'u ise lise mezunu olduklarını ifade etmişlerdir.
- Katılımcıların %40'ı 2-5 yıl arası çalışma süresine sahip olduğunu belirtirken, %38'i 6-10 yıl arası, %14'ü 16 yıl ve üzeri, %7'si 11-15 yıl arası ve %1'i 1 yıl ve altı olarak ifade etmişlerdir.
- Katılımcıların %38'lik bir oranının 6-10 yıl arası çalışma yılına sahip olduğu görülürken, %23'ünün 2-5 yıl, %21'inin 1 yıl ve altı, %12'sini 11-15 yıl arası ve %6'sının ise 16 yıl ve üzeri hastanede çalışma yılına sahip olduğu görülmektedir.
- Katılımcıların %57'lik bir oranının Hemşire-Ebe olduğu görülürken, %27'si Sağlık Teknikeri, %13'ü Doktor ve sadece %3'ü memur olduklarını ifade etmişlerdir.
- Katılımcıların minimum yaşının 20 maksimum yaşının ise 62 olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşları ortalaması 32,82 standart sapması ise 6,85'tir.

Bu bölümde sonuçları değerlendirerek, hem konuya ilgi duyan uygulamacılara hem de yapılması olası yeni araştırmalara ilişkin öneriler sunulmuştur.

- Sağlık kurumlarında kalite sistem uygulamaları noktasında kurumlarda görevli tüm personelin katılımı ile genel eğitim sistemlerinin oluşturulması önerilmektedir.
- Kalite kavramı sadece hastaneler için değil tüm sağlık kurumları için belli bir sistemde ilerlemeli ve tüm birimlerin ortak katılımı ile yaygınlaştırılması önerilmektedir.
- Sağlık kurumlarında birimlere yönelik uygulamalar yapılırken ilgili birimlerin özellikleri göz önüne alınarak genel kalite sistem planı oluşturulması önerilmektedir.

- Özellikle sağlık kurumları için uygulanacak kalite sistemi kuruma özgü olmalı, diğerk farklı kurumlarda kullanılan kalite anlayışına göre birebir benzerlik göstermemesi önerilmektedir.
- Hastane alışanlarının görev unvan düzeylerine göre yetkilerini tam olarak kullanmaları ve bu yolla kendi alt birimlerinde bulunanlara da kalite sistemi uygulamaları hakkında bilgiler vererek bu sistemin uygulamadaki durumunu kontrol etmeleri gerekmektedir.
- Tüm bu sistemsel kalite uygulamalarının verimliliğinin ölçülebilmesinde yapılandırıcı bir geri dönüş sisteminin de kurulması önerilmektedir.
- Sağlık kuruluşlarında kalite algısı ile ilgili farklı çalışmalar planlandığında oluşturulacak demografik bilgi formunun daha geniş tutulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ablak, K. (2019). **Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımının İnsan Kaynakları Yönetiminde İş Tatminine Etkisi: Akredite Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Bir Araştırma**, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Akar, Y. (2014). **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı (Ankara İli Örneği)**, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Akbolat, M. Tengilimoğlu, D., ve Işık, O. (2018). **“Sağlık İşletmeleri Yönetimi”** 9. Basım, Ankara. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.
- Arslan, A. (2020). **“Tıbbi Görüntüleme Programı TGT 217 Sağlık Yönetimi Hastanelerin Sınıflandırılması”**. E.t: 01.08.2020
<https://avys.omu.edu.tr/storagelapp/public/ayasel.arslan/135826/TGT-217%20Hastanelerin%20sınıflandırılması.pdf>
- Atabey, S. (2020). **“Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası”** 4. Baskı, Ankara. Gazi Kitabevi Tic. Ltd. Şti.
- Avcı, K. (2019). **“Sağlıkta Kalite Yönetimi, Güncel Konular Stratejik Yaklaşımlar”** 1.Basım, Ankara, Gazi Kitabevi Tic. Ltd. Şti.
- Aydoğmuş, B. (2015) **“Hastanelerde Toplam Kalite Yönetiminin Çalışan Tatminine Etkileri”** Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Baş, T. (2004). **“ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemi”** 4. Basım, İstanbul. Sistem Yayıncılık ve Mat. San. Tic. A.ş.
- Bayın, G. (2020). **“Sistem Yaklaşımı Bakış Açısıyla Sağlık Kurumlarında Dış Çevre Analizi”** 2014, Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF Dergisi, sayı 2. E.t: 16.08.2020. <https://dergipark.org.tr>download/article-file/382309>
- Beylik, U., ve Avcı, K. (2019). **“Sağlıkta Kalite Yönetimi ve Akreditasyon”** 1.basım Ankara, Gazi Kitabevi Tic. Ltd. Şti

- Bozkurt Uzan, Ş. (2019). **“Toplam kalite Yönetimi ve Sağlık Sektörü”** İstanbul, Efe Akademi Yayınevi.
- Burçoğlu K.Ş. (2014). **“Sağlık hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama”** Adnan Menderes Üniversitesi SBE, Yüksek Lisans Tezi
- Buzlu, H. (2017). **“Kalite Yönetim Sistemleri”** 3. Basım, İzmir. Zeus Kitabevi
- Cihan, A., ve Cihan, F. (2020). **“Sağlık Kurumlarında Yönetim ve Organizasyon, Sağlık Kurumlarında Lisans tamamlama Programı”**,. E.t: 10.09.2020, <https://docplayer.biz.tr/43142538-saglik-kurumlarinda-yonetim-ve-organizasyon.html>.
- Çavmak, D. (2018). **“ Sağlık Hizmetlerinde Yalın Yönetim: Bir Özel Hastane Koroner Yoğun Bakım Değerlendirmesi ”** Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, Cilt:4 Sayı:1 E.t: 01.11.2020 <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/471495>
- Çelik, A. (2010). **“Toplam Kalite Yönetimi, Kalite Yönetim Sistemi ve CE İşareti Uygulamaları”** 2. Baskı, Ankara. Gazi Kitabevi Tic, Ltd. Şti.
- Çelik, Y. (2013). **“ Sağlık Kurumları Yönetimi- II”** no: 2861, Anadolu Üniversitesi Yayını, E.t: 09.08.2020 <https://docplayer.biz.tr/1487494-saglik-kurumlari-yonetimi-ii.html>
- Çepni, S., ve Avcı, K. (2019). **“Sağlıkta Kalite Yönetimi, Güncel Konular Stratejik Yaklaşımlar”** 1.Basım, Ankara, Gazi Kitabevi Tic. Ltd. Şti.
- Dalay, İ. (2013). **“Yönetimin Tarihsel Gelişimi”**. E.t: 12.08.2020, <https://ismildalay.blogspot.com/2013/11/yonetimin-tarihsel-gelismisi.html>
- Doğan, S. (2013). **“Özel ve Kamu Hastanelerindeki Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Çalışan Sağlık Personeli Tarafından Algılanması (Malatya İli Örneği)”**, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.

- Donabedian (2020). “**BHL. Avadis Donabedian Gazeteleri quad. lib. umich. edu**”
E.t: 16.09.2020 <https://quod.lib.umich.edu/b/bhlead/umich-bhl-031360view=twxt>
- Efil, İ. (2016) “**Toplam Kalite Yönetimi**” 8. Baskı, Bursa. Dora Basım Yayın Dağıtım Ltd. Şti.
- Erdemir, E. (2006) “**Postmodernizmin işletme Yönetimine Etkileri: Kavramsal Bir Çözümleme**” E.t: 08.08.2020 https://e_akademi.org/
- Esatoğlu, A.E. (2017). “**Yapı, Süreç, Sonuç Göstergelerinin Kalite İyileştirmeye Etkisi**” Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. E.t:22.10.2020. <https://docplayer.biz.tr/36645985-Yapi-surec-sonuc-gostergelerinin-kalite-iyilestirmeye-etkisi-prof-dr-afsun-ezel-esatoglu-ankara-u-saglik-bilimleri-fakultesi.html>
- Genç, S. (2000). “**Toplam Kalite Yönetimi Perspektifinde İçsel Pazarlama Anlayışı**” Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 22.
- Genichi, T. (2020). “**Kalite Gurusu**” E.t: 15.10.2020, https://qualitygurus.com/genichi_taguchi
- Goetsch, D., ve Davis, S. (2016). “**Toplam Kalite Yönetimi, Örgütsel Mükemmellik için, toplam Kaliteye Giriş**” 7. Basım, Ankara. Nobel Akademik Yayıncılık
- Gökçe, O., ve Şahin, A. (2020). “**Yönetimde Rol Kavramı ve Yönetimsel Roller**” Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi. E.t: 16.08.2020. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/289645>.
- Halis, M. (2016). “**Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemleri**” 3. Baskı, Ankara. Seçkin Yayıncılık San. ve Tic. A.Ş.
- Karabulut, K. Yapraklı, Ş (2001). “**Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi (Erzurum’da Bir Uygulama)**”, İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 15.
- Karta, T. (2018). “**Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisi**” Ufuk Üniversitesi SBE İşletme ABD Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

- Kavrakoğlu, İ. (1996). **“Kalite, Kalite Güvencesi ve ISO 9000”** 2. Basım, İstanbul. Rekabetçi Yönetim Dizisi No: 1, Mavi Tanıtım ve Pazarlama Ltd. Şti.
- Kavuncubaşı, Ş., ve Yıldırım, S. (2012). **“Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”** 3. Basım, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kaya, S. (2013). **“Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi”** Anadolu Üniversitesi Yayını no:2864. Eskişehir, E.t: 15.09.2020 <https://docplayer.biz.tr/22204205-saglik-kurumlarinda-kalite-yonetimi.html>
- Kayral, A. (2015). **“Beklenen-Gerçekleşen-Algılanan Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite”** 1. Baskı, Ankara. Detay Anatolia Akademik yayıncılık
- Kıdak, L. B. Nişancı, Z. N., ve Burmaoğlu, S. (2015). **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü: Kamu Hastanesi Örneği**. Journal of Management and Economics, 22(2), 483-500.
- Kıyak, M. (2015). **“Sağlık İşletmelerinde Yönetim ve Organizasyon”** E.t. 15.08.2020, <https://slideplayer.biz.tr/slide/3215567/html>
- Kızıl, S. (2018). **“Kamu Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algılarının Değerlendirilmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği”**, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Koçel, T. (2018). **“İşletme Yöneticiliği”** (s.219-243), 17. Basım, İstanbul. Beta Basım Yayın Dağıtım A.ş.
- Kovancı, A. (2004). **”Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl?”** 3. Basım, İstanbul. Sistem Yayıncılık.
- Kömürcü, N. (2006). **“Sağlık Hizmetlerinde Kalite”** Marmara Üniversitesi HYO, E.t: 16.09.2020. <https://istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/saglik-hizmetlerinde-kalite.pdf>.

- Küçükcalbay, N. (2019). **“Sağlık Hizmetlerinde TKY ile Sağlık Çalışanlarının Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma”** Nişantaşı Üniversitesi SBE, Yüksek Lisans tezi
- Lüleci, M. (2018). **“Sağlık İşletmeleri ve Toplam Kalite Uygulamalarının Hastane Personeli Performansına Etkisi, Bir Vakıf Üniversitesi Hastanesi Örneği”**, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Programı, Ankara.
- Marşap, A. (2014) **“Sağlık İşletmelerinde Kalite”**. 1. Basım, İstanbul. Beta Basım A.ş.
- Özdemir, M. (2020) **“Yönetme Sanatı, Lider Yöneticinin El Kitabı”** 1. Basım, Ankara. Anı Yayıncılık.
- Öztoprak, E. (2017). **“Toplam Kalite Yönetimi İlkelerinin Sıralanmasında Çalışan Katılımının Yeri”** Marmara Üniversitesi SBE, Doktora Tezi, İstanbul
- Öztürk, Z. (2019). **“Sağlık Kurumlarında Yönetim”** 1. Basım, Ankara. Siyasal Kitabevi
- Parlak, S. (2020). **“Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Yönetim Sistemi Standartları”** 3.Baskı, Bursa. Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Polat, A. (2016). **Sağlık Kurumlarında Kalite, Memnuniyet ve Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Tavas Devlet Hastanesi Örneği**, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Sağlıkta Kalite Standartları, (2020). **“Hastane”** 1. Basım. Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayınları no: 1156. E.t: 26.09.2020.
<https://kalite.gov.tr/eklenti/38654/0/skshastanesetiv62020revize29082020pdf/inkpdf.pdf>
- Sarp, N. (2017). **“Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları”** 2. Basım, Ankara. Siyasal Kitabevi.

- Sevimler, S., Duran, C., ve Çetindere, A. (2020). **“Toplam Kalite Yönetimi Unsurları ile İşletme Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi; Eskişehir Örneği”** E.t: 12.09.2020, <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/55675>.
- Sistem Yaklaşımı Bakış Açısıyla Sağlık Kurumlarında Dış Çevre Analizi** 2014, Çankırı Karatekin Üniversitesi İİF Dergisi, Sayı 2. E.t: 16.08.2020 <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/382309>
- Şen, S. (2016). **“İki Grubun Karşılaştırılması”** 2. Sunum E.t: 14.11.2020 <https://sedatsen.files.wordpress.com/2016/11/2-sunum.pdf>
- Şimşek, M. (2000). **“Sorularla Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemleri”** 1. Basım, İstanbul. Alfa Basım Yayın Dağıtım Ltd. Şti.
- Şimşek, M. (2001). **“Toplam Kalite Yönetimi “** 3. Baskı, İstanbul. Alfa Basım Yayın Dağıtım.
- Tatar, M. (2012). **“Sağlık Kurumları Yönetimi- I”** Anadolu Üniversitesi Yayınları no: 2631, Eskişehir. E.t: 18.08.2020. <https://docplayer.biz.tr/2734495-saglik-kurumlari-yonetimi-i.html>.
- TC. Anayasası, (2008). **“İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi”** 8. Baskı, Ankara. Adalet Yayınevi.
- TC. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı (2020). **“I. HKS Okulu Ders Notları”** Antalya, 2011. E.t: 25.09.2020 <https://kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/4413/0/sks-okulu-ders-notlari-kitabipdf.pdf/>
- TDK, Türk Dil Kurumu, (2020). **“Kalite”**, E.t:27.08.2020 <https://sozluk.gov.tr>
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., ve Akbolat, M. (2018). **“Sağlık İşletmeleri Yönetimi”** 9. Basım, Ankara. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.
- Tunç, M. (2018). **“Toplam Kalite Yönetiminin Hemşirelerin Performans Algısına Etkisi”**, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş.

- Türkiye Barolar Birliği, (2011). **“Türkiye Cumhuriyeti Anayasa Önerisi”** 5.Baskı, Ankara. TBB Yayınları no: 13, Şen Matbaa.
- Uğurluoğlu, Ö., Bilgin Demir, İ., ve Ürek, D. (2019). **“Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim”** s.1-15. 1. Basım, Ankara. Nobel akademik yayıncılık
- Uryan, B. (2002). **“Toplam Kalite Yönetimi”** Mevzuat Dergisi, sayı: 55. E.t: 01.09.2020 <https://mevzuatdergisi.com/2002/07a/02htm>
- Uzunçakmak, T. (2015). **“Sağlık hizmetlerinde Toplam Yönetimi ve Akreditasyon”** Beykent Üniversitesi, SBE Yüksek Lisans Tezi. İstanbul
- Wikipedia, Avadis Donabedian, (2020), **“Avadis Donabedian Kimdir”** E.t: 03.09.2020, <https://en.wikipedia.org/wiki/Avedis-Donabedian>
- Yatkın, A. (2004). **“Toplam Kalite Yönetimi”** , s.16-17. 2. Basım, İstanbul. Nobel Yayın Dağıtım.
- Yıldız, M.S. (2014). **“Donabedian Kalite Çerçevesi”** E.t:16.09.2020, <https://kaliteturkiye.wordpress.com/2014/08/13/donabedian-modeli-yapi-surec-ve-sonuc>.
- Yılmaz, S. N. (2017). **Sağlık Çalışanlarında Toplam Kalite Yönetimi ve İş Performansı Algısı: Bir Kamu Hastanesi Örneği**, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Yönetimi Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Yurtman, G.G. (2017). **“Toplam Kalite Yönetiminin İç ve Dış Müşterilerin Performansına Değerlendirmesi Üzerine Etkisi”** Yönetim ve Araştırma Ekonomisi Dergisi. 15(1):43-65.
- Zeyrekli Yaş, S. (2009). **“Toplam Kalite Yönetiminin Sağlık Sektöründe Uygulanması Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesinin Karşılaştırılması”** Yüksek Lisans tezi. Trakya Üniversitesi SBE.
- 12.01.1961 gün ve 224 sayılı kanun **“Sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, sayısı 224, madde: 2”** E.t: 14.08.2020. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224>.

Ek-1: Demografik Bilgi Formu

1. Yaşınız :
2. Cinsiyetiniz : Kadın () Erkek ()
3. Eğitim Düzeyiniz : Lise () Ön Lisans () Üniversite ()
Yüksek Lisans/Doktora ()
4. Medeni Durumunuz : Evli () Bekar ()
5. Meslekte Çalışma Yılıınız : 1 yıl ve altı () 2-5 yıl () 6-10 yıl ()
11-15 yıl () 16 yıl üzeri ()
6. Hastanede Çalışma Yılıınız : 1 yıl ve altı () 2-5 yıl () 6-10 yıl ()
11-15 yıl () 16 yıl üzeri ()
6. Unvanınız : Hemşire-Ebe () Sağlık Teknikeri ()
Doktor () Memur ()

Ek-2: Toplam Kalite Yönetimi Uygulama Ölçeği – TKYÖ

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

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

12	Kalite sistemleri, hastanelerin kalite problemlerine bir “hızlı çözüm” dır.					
13	Hastanemdeki yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.					
14	Kalite yönetimi, kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.					
15	Hastanemde kalite sistemlerinin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.					
16	Kalite sistemlerinin, uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.					
17	Hastanemizin yönetimi, kalite yönetimine uzun dönemli taahhüde hazırdır.					
18	Kalite sistemlerinin uygulanması toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.					
19	Kalite yönetimi, Hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.					
20	Kalite yönetimi, çalışanların kalite sistemleri araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.					
21	Sağlık çalışanlarının “ekip” yaklaşımı nedeniyle, sağlık hizmetlerinde kalite sistemlerinin kabul edileceği kanısındayım					
22	Sağlık Personeli güçlendirilmeye açıktır.					
23	Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.					
24	Sağlık personeli güçlendirmeye açıktır.					
25	ISO9001-2008 Kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır					
26	Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.					
27	Kalite yönetimi ekipleri uzmanlık alanları yerine özel problemler çevresinde oluşturulmalıdır.					
28	ISO9001-2008 Kalite yönetim sistemleri ve TKY, bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken kalite programlarıdır.					

irem

ORIJINALLIK RAPORU

% 14	% 10	% 2	% 10
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	% 4
2	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	% 1
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 1
4	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<% 1
5	Submitted to Anadolu University Öğrenci Ödevi	<% 1
6	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<% 1
7	journalofsocial.com İnternet Kaynağı	<% 1
8	earsiv.arel.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

9	1pdf.net İnternet Kaynağı	<%1
10	Submitted to Üsküdar Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
11	Submitted to Cumhuriyet University Öğrenci Ödevi	<%1
12	isfaw2019.isfaw.org İnternet Kaynağı	<%1
13	www.iscess.com İnternet Kaynağı	<%1
14	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
15	Submitted to Istanbul Aydın University Öğrenci Ödevi	<%1
16	mnergiz.blogspot.com İnternet Kaynağı	<%1
17	Submitted to Bilkent University Öğrenci Ödevi	<%1
18	Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
19	Submitted to Pamukkale Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
20	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	

<%1

21 adudspace.adu.edu.tr:8080
İnternet Kaynağı

<%1

22 www.ejmanager.com
İnternet Kaynağı

<%1

23 docs.neu.edu.tr
İnternet Kaynağı

<%1

24 dergipark.gov.tr
İnternet Kaynağı

<%1

25 tez.sdu.edu.tr
İnternet Kaynağı

<%1

26 aof.sorular.net
İnternet Kaynağı

<%1

27 unipress.bg
İnternet Kaynağı

<%1

28 Submitted to Türkiye ve Orta Dogu Amme
İdaresi Enstit
Öğrenci Ödevi

<%1

29 docplayer.biz.tr
İnternet Kaynağı

<%1

30 www.guvenplus.com.tr
İnternet Kaynağı

<%1

www.ijtase.net

31	İnternet Kaynağı	<%1
32	dosyamerkez.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
33	www.yasingulpolat.com İnternet Kaynağı	<%1
34	eogrenme.anadolu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
35	acikerisim.nku.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
36	auzefkitap.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
37	polen.itu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
38	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	<%1
39	eytepe.com İnternet Kaynağı	<%1
40	shyk2018.mu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
41	rukiyeyldz.files.wordpress.com İnternet Kaynağı	<%1
42	www.yumpu.com İnternet Kaynağı	<%1

43	www.manas.edu.kg İnternet Kaynağı	<%1
44	bafragundem.blogspot.com İnternet Kaynağı	<%1
45	www.ttb.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
46	YAZIOĞLU, İrfan. "Örgütlerde İş Tatmini ve İşgören Performansı İlişkisi: Türkiye ve Kazakistan Karşılaştırması", Ahmet Yesevi Üniversitesi, 2010. Yayın	<%1
47	www.j-humansciences.com İnternet Kaynağı	<%1
48	kampus.beykent.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
49	www.bosphorusdisticaret.com İnternet Kaynağı	<%1
50	Submitted to Atilim University Öğrenci Ödevi	<%1
51	saglikcalisanisagligi.org İnternet Kaynağı	<%1
52	prezi.com İnternet Kaynağı	<%1

www.tiredh.gov.tr

53	İnternet Kaynağı	<%1
54	openaccess.iku.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
55	mutkidh.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
56	gbrs.thestrategicmanagement.com İnternet Kaynağı	<%1
57	www.bilgindir.com İnternet Kaynağı	<%1
58	bahcelievlerdh.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
59	earsiv.halic.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
60	acikerisim.ticaret.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
61	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
62	Submitted to Abant İzzet Baysal Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
63	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
64	KILIÇLAR, Arzu and DÜZGÜN, Ertuğrul.	<%1

"Yöneticilerin Liderlik Davranışları ile İşgörenlerin İş Tatmin Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Ankara'daki Beş Yıldızlı Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama", Melih Topaloğlu, 2014.
Yayın

65	synnadasanat.com İnternet Kaynağı	<% 1
66	KAYRAL, İbrahim H and BEYLİK, Umut. "Kurumsal Yönetim Standartları Ağırlıklandırılmış Kalite Analizi", Melih Topaloğlu, 2016. Yayın	<% 1
67	acikarsiv.atilim.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
68	tez.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
69	iopsted.blogaaja.fi İnternet Kaynağı	<% 1
70	bys.trakya.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
71	www.turansam.org İnternet Kaynağı	<% 1
72	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

73 www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 <% 1
İnternet Kaynağı

74 library.cu.edu.tr <% 1
İnternet Kaynağı

75 YILDIRIM, Tahsin. "SOSYAL BİLGİLER VE
SINIF ÖĞRETMENLİĞİ ÖĞRENCİLERİNİN
COĞRAFYA OKURYAZARLIĞI ALGI
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ", Erzincan
Üniv. Fen Edebiyat Fak. Türk Dili ve Edebiyatı
Bl., 2016.
Yayın

76 OKUMUŞ, Abdullah and DUYGUN, Adnan. <% 1
"Eğitim Hizmetlerinin Pazarlamasında Hizmet
Kalitesinin Ölçümü ve Algılanan Hizmet Kalitesi
ile Öğrenci Memnuniyeti Arasındaki İlişki",
Anadolu Üniversitesi, 2008.
Yayın

77 essrakalaycioglu.blogspot.com <% 1
İnternet Kaynağı

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

< 5 words

Bibliyografyayı Çıkart

üzerinde