



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK KURUMLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE
HEMŞİRELERİN KALİTE ALGI DÜZEYİ: KIRŞEHİR EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİNDE BİR UYGULAMA**

Şerife AYVA

0009-0005-8906-9139

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SIVAS
ŞUBAT 2025**

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK KURUMLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ
VE HEMŞİRELERİN KALİTE ALGI DÜZEYİ: KIRŞEHİR EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE BİR UYGULAMA

Şerife AYVA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Abdullah MISIRLIOĞLU

SİVAS
ŞUBAT-2025

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın hazırlanmasında emeği geçen, desteklerini ve yardımlarını esirgemeyen pek çok kişiye teşekkür etmek isterim.

Öncelikle, tez çalışmamın her aşamasında beni yönlendiren ve bana her daim destek olan danışman hocam **Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Mısırlıoğlu**'na teşekkür ederim. Kendisinin sabrı, rehberliği ve desteği, bu tezin tamamlanmasında çok büyük bir rol oynamıştır.

Bu süreç boyunca yanımda olan, beni her daim destekleyen ve sevgisiyle güç veren **anneme** ve **eşime** minnettarım. Onların sabrı ve desteği olmadan bu çalışmayı tamamlamam mümkün olmazdı.

Son olarak, anket çalışmama katılım sağlayarak değerli katkılarda bulunan Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelere gönülden teşekkür ederim. Onların katkıları olmadan bu araştırmayı gerçekleştirmek imkânsız olurdu.

Şerife AYVA

2025-Kırşehir

ÖZET

SAĞLIK KURUMLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE HEMŞİRELERİN KALİTE ALGI DÜZEYİ: KIRŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE BİR UYGULAMA

Şerife AYVA

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Abdullah MISIRLIOĞLU

2025, 61 Sayfa

Bu tez, sağlık kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi (TKY) uygulamalarının hemşireler üzerindeki etkilerini ve hemşirelerin kalite algı düzeylerini incelemeyi amaçlamaktadır. TKY, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak, hasta güvenliği ve memnuniyetini sağlamak için önemli bir yaklaşımdır. Sağlık kurumlarında kaliteyi sürdürülebilir kılmak, çalışanların kaliteye bakış açıları ve katkıları ile doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda, hemşirelerin TKY sürecine katılımı ve kalite algı düzeyleri, kurumun genel performansını belirleyen faktörler arasında yer almaktadır.

Araştırma kapsamında, Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2024 yılı Temmuz ayında görev yapan 205 hemşire üzerinde anket çalışmaları yapılmıştır. Anketler, personelin TKY'ye dair bilgi düzeylerini, kalite algılarını ve bu algıların mesleki tatmin ile ilişkisini ortaya koymayı hedeflemiştir. Ayrıca, hemşirelerin TKY'nin hasta bakım kalitesi üzerindeki etkisine dair değerlendirmeleri de incelenmiştir.

Elde edilen bulgular, hemşirelerin, TKY'yi algılama düzeylerinin, sağlık kurumlarındaki kalite süreçlerinin başarılı bir şekilde uygulanmasında kritik bir rol oynadığını göstermektedir. Katılımcıların önemli bir kısmı, TKY'nin hasta bakım kalitesini artırdığına inanmakta ve bu doğrultuda eğitimin ve farkındalık çalışmalarının önemine vurgu yapmaktadır. Sonuçlar, TKY süreçlerinin iyileştirilmesi ve hemşirelerin bu süreçlere aktif katılımının desteklenmesi gerektiğini belirtmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kalite, Sağlık Kurumları, Toplam Kalite Yönetimi, Hemşire, Sağlık Hizmetleri Kalitesi

ABSTRACT

TOTAL QUALITY MANAGEMENT IN HEALTHCARE INSTITUTIONS AND NURSES' PERCEPTION OF QUALITY: A STUDY AT KIRŞEHİR TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

Şerife AYVA

Master's Thesis

Supervisor: Dr. Abdullah MISIRLIOĞLU

2025, 61 Pages

This thesis aims to examine the effect of Total Quality Management (TQM) methods on nurses and the level of their quality perceptions. TQM is an important way of enhancing the efficiency of healthcare services and ensuring patient safety and satisfaction. Sustaining quality in healthcare institutions is directly related to the perspectives and contributions of employees. Within this framework, the involvement of nurses in the TQM process and their perception of quality are key factors influencing the institution's overall performance.

As part of the research, a survey was conducted in July 2024 on 205 nurses working at Kırşehir Training and Research Hospital. The surveys aimed to reveal the nurses' knowledge levels about TQM, their perceptions of quality, and the affiliation in the middle of these perceptions and job satisfaction. Furthermore, the nurses' evaluations of the effect of TQM regarding the quality of patient care were likewise examined.

The findings indicate that the perception levels of nurses regarding TQM have a critical role in the successful implementation of quality processes in healthcare institutions. A large number of participants are of the opinion that TQM enhances the quality of patient care and highlight the importance of education and awareness initiatives in this context. The findings emphasize the necessity of enhancing TQM processes and encouraging the active involvement of nurses in these processes.

Keywords: Quality, Total Quality Management, Nurse, Healthcare Quality

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLOLAR LİSTESİ	vii
1.GİRİŞ	1
2. KALİTE VE KALİTE YÖNETİMİ	3
2.1. Kalitenin tanımı	3
2.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi.....	3
2.3. Kalite Yönetimi.....	5
2.3.1. Kalite Yönetiminin Evrimi	6
2.3.2. Kalite Yönetiminin İlkeleri.....	7
2.3.3. Kalite Yönetim Döngüleri	8
3. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	11
3.1 Toplam Kalite Yönetimi Tanımı.....	11
3.2. Toplam Kalite Yönetiminin Temel İlkeleri	12
4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	15
4.1. Sağlık Hizmetleri Kapsamı ve Özellikleri	15
4.1.1. Sağlık Hizmetinin Tanımı.....	15
4.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri.....	15
4.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	16
4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Kalite Yönetimi	17
4.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi	18
4.4. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Karşılaştığı Engeller.....	19
4.5. Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Kalite Mekanizmaları	20

4.5.1. ISO 9001 Standardı.....	20
4.5.2. EFQM Mükemmellik Modeli	21
4.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları	22
5.METODOLOJİ.....	24
5.1.Araştırmanın Amacı.....	24
5.2. Araştırmanın Verileri ve Ölçek.....	24
5.3. Araştırmanın Hipotezleri ve Uygulanan Teknik.....	25
5.4. Araştırmanın Kısıtları	26
5.5.Gelecekteki Araştırmalar	26
5.6.Verilerin Analizi	27
6. BULGULAR.....	28
6.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri	28
6.2.Güvenilirlik ve Normallik Testi.....	29
6.3. Bağımsız Örneklem T-Testi ve ANOVA Sonuçları	37
6.4. KMO Değerler Tablosu	49
6.5.Korelasyon Analizleri	49
6.5.1.Müşteri Odaklılık Faaliyetleri ile Hemşirelerin Performansı Arasındaki İlişki	49
6.5.2. Liderlik Faaliyetleri ile Hemşirelerin Kalite Algısı Arasındaki İlişki	50
6.5.3.Sürekli İyileştirme Faaliyetleri ile Hemşirelerin Kalite Algısı Arasındaki İlişki	51
6.5.4. Takım Çalışması Faaliyetleri ile Hemşirelerin İş Tatmini Arasındaki İlişki.....	52
6.5.5. Tedarikçi Kalitesi Yönetimi Faaliyetleri ile Hastane Hizmet Kalitesi Arasındaki İlişki.....	53
6.5.6. Hemşirelere Yönelik Eğitim Faaliyetleri ile Hemşirelerin Kalite Algısı Arasındaki İlişki.....	54
6.5.7. Hizmet Süreçlerinin Yönetimi ile Hemşirelerin İş Verimliliği Arasında Olumlu Bir İlişki.....	54

6.6. Hipotez Sonuçları	55
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
KAYNAKÇA.....	58



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Kalitenin Tarihsel Gelişimi (Kubalı, 1998:117).....	5
Tablo 2. Gözlem Sayısı İle Değişken Sayısı Arasındaki İlişki.....	30
Tablo 3. Güvenilirlik Analizleri.....	31
Tablo 4. Normallik Testi.....	32
Tablo 5. Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları.....	32
Tablo 6. TKY Ölçeğine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerler	34
Tablo 7. TKY Ölçeği: Cinsiyete Göre T-Testi Sonuçları.....	38
Tablo 8. TKY Ölçeği: Medeni Duruma Göre T-Testi Sonuçları.....	40
Tablo 9. TKY Ölçeği: Kalite Eğitimi Alma Değişkenine Göre T-Testi Sonuçları	41
Tablo 10. TKY Ölçeği ve Alt Boyutları: Yaş Gruplarına Göre ANOVA Sonuçları.....	43
Tablo 11. TKY Ölçeği ve Alt Boyutları: Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları	45
Tablo 12. TKY Ölçeği ve Alt Boyutları: Mesleki Deneyime Göre ANOVA Sonuçları	47
Tablo 13. KMO Değerler Tablosu.....	49
Tablo 14. Müşteri Odaklılık Faaliyetleri ile Hemşirelerin Performansı Arasındaki İlişki .	50
Tablo 15. Liderlik Faaliyetleri ile Hemşirelerin Kalite Algısı Arasındaki İlişki.....	51
Tablo 16. Sürekli İyileştirme Faaliyetleri ile Hemşirelerin Kalite Algısı Arasındaki İlişki	51
Tablo 17. Takım Çalışması Faaliyetleri ile Hemşirelerin İş Tatmini Arasındaki İlişki	52
Tablo 18. Tedarikçi Kalitesi Yönetimi Faaliyetleri ile Hastane Hizmet Kalitesi Arasındaki İlişki	53
Tablo 19. Hemşirelere yönelik eğitim faaliyetleri ile hemşirelerin kalite algısı arasındaki ilişki	54
Tablo 20. Hizmet Süreçlerinin Yönetimi İle Hemşirelerin İş Verimliliği Arasındaki İlişki	55
Tablo 21. Hipotez Sonuçları	56

1. GİRİŞ

Küreselleşen dünya, teknolojik gelişmeler ve sağlık hizmetlerine olan talebin sürekli artması, sağlık sektöründe kalite yönetiminin önemini her geçen gün daha da artırmaktadır. Sağlık kurumları, sınırlı kaynaklarla yüksek kaliteli, güvenli ve etkin sağlık hizmetleri sunmak zorundadır. Bu noktada, Toplam Kalite Yönetimi (TKY), sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, hasta güvenliğini sağlamak ve çalışanların memnuniyetini yükseltmek amacıyla uygulanan bütüncül bir yönetim felsefesi olarak öne çıkmaktadır.

TKY, ilk olarak üretim sektöründe gelişmiş ve başarılı sonuçlar elde etmiştir. Ancak sağlık gibi insan odaklı hizmet sektörlerinde de TKY'nin uygulanması, hizmet kalitesini iyileştirmek, hasta memnuniyetini artırmak ve süreçlerin verimliliğini sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır. TKY'nin ana ilkeleri arasında müşteri odaklılık, sürekli iyileştirme, çalışanların katılımı, verilere dayalı karar verme ve liderlik yer almaktadır (Dağdelen, 2017). Sağlık sektöründe müşteri kavramı, yalnızca hastaları değil, aynı zamanda çalışanları ve diğer paydaşları da kapsamaktadır. Bu bağlamda, çalışanların özellikle hemşirelerin süreçlere katılımı ve kalite yönetimine yönelik algıları, sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde sunulmasında kilit bir faktördür.

Hemşireler, sağlık hizmetlerinin ön safında yer alan ve hasta bakımı ile doğrudan ilişkili olan en önemli profesyonel gruplardan biridir. Bu nedenle, hemşirelerin TKY süreçlerine aktif katılımı ve kalite yönetimine yönelik algı düzeyleri, sağlık kurumlarının genel performansı üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Hemşirelerin TKY'yi ne ölçüde benimsedikleri, hasta bakım kalitesi, iş tatmini ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından kritik öneme sahiptir.

Bu çalışma, Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşireler üzerinde yapılan anket sonuçlarına dayalı olarak, TKY uygulamalarının hemşirelerin kalite algıları üzerindeki etkisini incelemektedir. Çalışmada, hemşirelerin TKY'ye yönelik bilgi düzeyleri, kalite algıları ve bu algıların iş tatmini ve mesleki motivasyonları üzerindeki etkileri değerlendirilmektedir. Aynı zamanda, TKY'nin hasta bakım kalitesine olan yansımaları da ele alınmaktadır. Anket çalışması, 2024 yılı Temmuz ayında 205 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir

ve elde edilen bulgular, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yönelik veriler sunmaktadır.

Bu tezin temel amacı, hemşirelerin TKY sürecine katılım düzeylerini belirlemek ve TKY'nin, hemşirelerin mesleki performansı, hasta memnuniyeti ve kurum içi süreçler üzerindeki etkilerini değerlendirmektir. Ayrıca, TKY'nin sağlık kurumlarında başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için hemşirelerin kalite yönetimine daha etkin katılım sağlamalarını teşvik edecek öneriler sunulmaktadır. Çalışmanın sonunda elde edilen bulgular doğrultusunda, TKY'nin sağlık hizmetleri kalitesini nasıl etkilediği ve bu süreçlerin iyileştirilmesi adına yapılması gerekenler üzerine çeşitli öneriler geliştirilmektedir.

Sonuç olarak, TKY'nin sağlık kurumlarında etkin bir şekilde uygulanmasının, yalnızca hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesine değil, aynı zamanda hemşirelerin mesleki tatminine ve motivasyonuna da olumlu katkılar sunduğu öngörülmektedir. Bu doğrultuda, hemşirelerin kalite algı düzeylerinin yükseltilmesi ve TKY süreçlerine aktif katılımlarının sağlanması, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir kalitesinin temini açısından kritik bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

2. KALİTE VE KALİTE YÖNETİMİ

2.1. Kalitenin tanımı

Juran (1998) kalite kelimesinin birçok anlamı olduğunu ve bunlardan ikisinin önemini vurgulamıştır. Kalitenin ilk anlamı; müşterilerin ihtiyaçlarını karşılamak ve müşteri memnuniyetini sağlamak için üretilen ürünlerin özellikleri olarak tanımlanmış ve kalitenin gelir odaklı olduğunu belirtmiştir. Yüksek kaliteye ulaşmanın amacı, daha fazla müşteri memnuniyeti sağlayarak geliri artırmaktır. Daha kaliteli ürünler daha fazla yatırım gerektirir ve bu da maliyetin artması demektir. Kısaca, yüksek kalite “daha pahalıya mal olmaktadır”. İkinci anlamı ise, kalitenin eksikliklerden arınması ve tekrar tekrar çalışmayı gerektiren hatalardan veya saha aksaklıklarından, müşteri memnuniyetsizliğinden, müşteri şikâyetlerinden arınması şeklindedir. Bu anlamda yüksek kalite “daha az maliyetlidir”(Juran, 1998: 20).

Kalite, tüketici tarafından belirlenir ve üretilen ürünün kullanımına bağlı olarak, tüketicilerin tüm ihtiyaçlarını eksiksiz şekilde karşılamak, yani ürünü kullanan kişinin memnuniyet düzeyi olarak tanımlanabilir. Tüketicinin isteklerinin sürekli olarak değişmesi, kalite anlayışının da değişmesine neden olmaktadır, bu yüzden kalite algısı kişiden kişiye ve zamana göre değişken olabilmektedir. Çünkü tüketicinin üretilen ürünlerden beklentileri zaman içinde değişim gösterebilmektedir (Demirci, 2013:13-21).

2.2. Kalitenin Tarihsel Gelişimi

Kaliteye dair tanımlar, M.Ö. 2150'li yıllara kadar uzanmaktadır. Hamurabi Kanunları'nın 229. Maddesinde, 'Bir inşaat ustası, bir kişiye ev yaparsa ve yapılan ev yeterince sağlam olmazsa, ev sahibinin üzerine çöker ve onun ölümüne neden olursa, evi yapan inşaat ustasının cezası ölümle sonuçlanır' şeklinde bir ifade bulunmaktadır. Bu maddeyle, kaliteye en ilkel biçimle de olsa önem verilmeye başlandığı görülmektedir. (Şimşek, 2001:15).

1200'lü yıllarda kurulan Ahilik Teşkilatı'nda da kalitenin üzerinde durulmuştur. Ahilik Teşkilatı'ndaki kalite, bireyin kendisini, yaptığı işi, ustasını, çalışma ortamını ve hizmet ettiği kişileri kapsayan kapsamlı bir anlam taşır. Kalite bilincinin toplumun tüm kesimlerince benimsenmesi, kalite algısının özen gerektiren

bir nitelik taşıdığını ve toplam kalite yönetimindeki anlayışla paralellik gösterdiğini ortaya koymaktadır. (Çelen, 2014:10).

Sanayi Devrimi'nden sonra İşletmelerin büyümesiyle ayrı kalite kontrol birimleri oluşmaya başladı ve bitmiş mamullerin hatalılarını ayırma, kaliteli kalitesiz ayrımını yapma gibi bütün sorumluluklar bu birimlere verildi. Birinci Dünya Savaşı, seri üretimin yaygınlaşmasına zemin hazırlamış, artan ürün miktarı ve çeşitliliği, kalite kontrol süreçlerinde matematiksel yöntemlerin kullanılmasını gerekli kılmıştır. İkinci Dünya Savaşı'nda ise üretimdeki artışa paralel olarak İstatistiksel Kalite Kontrol yöntemleri geliştirilmiştir. (Şimşek, 2001:16-17).

Bazı yıllarda ise kalite, gelişimini şu şekilde sürdürmüştür (Demirci: 2013:14);

- 1950'lerde kalite bilinci tam olarak oluşmaya başlamış,
- 1960'larda maliyetlerin dikkat alınmasıyla birlikte kalitenin maliyeti artıracacağı inancı ile ucuz kalite kavramı ortaya çıkmış,
- 1970'lerde belirli standartlar oluşturma ihtiyacının doğması ile güvenilir kalite kavramı üzerinde durulmuş,
- 1980'lerde müşterinin bilinçlenmesi ve çeşitlenmesi ile yaratıcılık kalitesi gündeme gelmiş,
- 1990'larda kalite yaşam felsefesi olarak kabul edilmiş ve yaşam boyu her alanda kalite ilkesi benimsenmiş,
- 2000'lerde ise insan için kaliteli eğitim düşüncesi ile eğitimde kaliteye önem verilmiştir.

Kalite, tarihsel süreç içerisinde ürün ve hizmet alanların ihtiyacı ve beklentisi doğrultusunda birçok değişime uğramıştır. Kubalı (1998) bu değişimi Tablo 1'de de görüldüğü gibi en sade haliyle belirtmiştir.

Tablo-1: Kalitenin Tarihsel Gelişimi (Kubalı, 1998:117)

Özellikler	Muayene	İstatistiksel Kalite Kontrol	Toplam Kalite Kontrol	Toplam Kalite Yönetimi
Ana Prensiip	Ürünü sunmak	Süreçlerin denetlenmesi	Farklı birimlerin uyum içinde çalışması	Sürekli gelişme, insan odaklı bir yaklaşımı temel alma
Kaliteye Yaklaşım	Çözümüne kavuşturulması gereken bir sorun olarak ele alır	Hem çözüm hem de takip gerektiren bir konu olarak değerlendirilir	Üretim sürecinde kalite sorunlarını önceden tespit edip ortadan kaldırma	Koşulsuz müşteri memnuniyetini sağlama hedefi
Vurgu	Belirli standartlara uygun ürün üretme	Kontrol süreçlerini iyileştirerek standartlara bağlı kalma	Üretimden pazarlamaya kadar her aşamada kalite sorunlarını önleme	Tüm süreçlerde kaliteyi bir vizyon olarak benimseme ve bireysel kaliteyi artırma
Metot	Numune alma ve ölçüm yapma	İstatistiksel temelli araçlar ve yöntemlerin kullanımı	Programların ve sistemlerin tasarlanması	Süreç odaklı bir yönetim anlayışı geliştirme
Kalite profesyonellerinin rolü	Ürünlerin muayenesi, çeşitlendirilmesi ve ölçülmesi	Problemleri tespit ederek, istatistiksel yöntemler uygulama	Kalitenin planlanması, ölçümü ve süreç tasarımı	İşletme genelinde kaliteyi artırmak için sinerji oluşturma
Kalite koordinatörü	Muayene birimi personeli	İmalat ve mühendislik birimleri	Yönetim kadrosu ile tüm birimler	Yönetim, işletmedeki tüm birimler ve işletmede çalışan tüm bireyler
Ana Yaklaşım	Kalitenin incelenmesi	Kalitenin denetlenmesi	Kalitenin organizasyonel yapıya entegre edilmesi	Yaratılan kalite

2.3. Kalite Yönetimi

Ürün ve hizmet sunan kurumların, hedeflediği kalite düzeyine ulaşmak için yapmış olduğu sistematik çalışmalara kalite yönetimi denir. Kalite yönetimi, bir işletmedeki ürün veya hizmetlerin sunulması aşamasına kadar olan sürecin ve kaynakların geliştirilmesi ve maliyetlerin düşürülmesi ile tüketicinin beklentilerini karşılamayı amaçlayan yöntemler bütünü olarak tanımlanabilir (Aslantaş, 2020:9). Kalite yönetimi, hedeflenen kalitenin sağlanabilmesi için kuruluşun tüm üyelerinin aktif katılımını gerektirir; bu sorumluluk, üst yönetim tarafından üstlenilmiştir. Kalite yönetimi, hedef odaklı planlama, kaynak temini ve kalitenin planlanması gibi

sistematik işlemleri içerir ve bu süreçlerin işletilmesi ile değerlendirilmesini kapsar (Küçük, 2013: 32)

2.3.1. Kalite Yönetiminin Evrimi

2.3.1.1. Muayene

Bu aşamanın temel amacı, hatalı ürünlerin müşteriye ulaşmasını engellemektir. Muayene işlemi, üretim sürecinin son aşamasında yapıldığı için, farklı açılardan kaynak israfına yol açmakta ve maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Müşteri korunurken, üreticiler maliyet artışlarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu yüzden, üreticinin de korunduğu kalite kontrol aşamasına geçilmiştir. (Ed. Taşçı ve Çabuk, 2019:7).

2.3.1.2. Kalite Kontrol

Kalite kontrol, etkinliğin sağlanması için kalite çemberinin farklı aşamalarındaki süreçlerin izlenmesini ve performansı olumsuz etkileyen unsurların ortadan kaldırılmasını amaçlayan işlem ve uygulama tekniklerini içermektedir. (Küçük, 2016:137). Kalite kontrol, kalitenin gereksinimlerini yerine getirmek için uygulanan operasyonel yöntemler ve faaliyetlerdir. Kalite kontrol mekanizması, kullanılan yöntemlerin, sistemlerin, araçların ve tekniklerin gelişmişlik düzeyine göre daha ileri bir aşamayı ifade eder. Hatalı ürün ve hizmetlerin müşteriye ulaşmadan önce eleme muayenesi ile engellenmesi, sürecin temel mekanizmasıdır. Ayrıca, kullanılan kalite denetim ölçütleri sürecin daha etkin bir şekilde denetlenmesine yardımcı olarak uygunsuz üretimlerin azalmasına olanak sağlar. Kalite kontrolüne dayanan örgütler, hatalı üretimin tespit edilmesine ve bu hataların düzeltilmesine yönelik bir yaklaşımı benimsemişlerdir. (Ed. Tuna ve Diker, 2021:2-6).

2.3.1.3. Kalite Güvence

Kalite güvencesi, müşterilere uygun kalitede ürünler sunarken, ürünlerin müşterilerin ihtiyaçlarını karşıladığından emin olmayı sağlamak için yapılan planlı ve sistematik çalışmaları ifade eder. Kalıcı ve sürekli kalite iyileştirmesi, sorunların kaynağında çözümünün planlanması ve sorunlar ortaya çıkmadan önce engellenmesi yoluyla mümkün olabilir. Bu aşama, kalite yönetimindeki gelişmelerin üçüncü aşaması olan kalite güvencesini oluşturmaktadır. Kalite güvencesi, bir ürün ya da hizmetin belirlenen kalite kriterlerine tam uyum sağlayabilmesi amacıyla kalite yönetim

sistemi çerçevesinde gerçekleştirilen tüm planlı ve sistematik faaliyetleri kapsar. Burada önemli olan, yalnızca hataları tespit etmekle kalmayıp, ilk aşamada uygunsuzlukların önlenmesidir. (Ed. Tuna ve Diker, 2021:2-6).

2.3.1.4. Toplam Kalite Yönetimi (TKY)

TKY, bir organizasyonun tüm seviyelerini, bu seviyelerdeki her bölümü, birimi ve çalışanları kapsayan bir yaklaşımdır. Bu aşamada müşteri beklentilerinin tam ve eksiksiz olarak yerine getirilmesine önem verilmektedir. Üst yönetim de dahil olmak üzere tüm yönetim kademeleri ve yöneticiler, toplam kalite felsefesinin uygulanmasına aktif bir şekilde katılır ve bu felsefenin benimsenmesi ve yerleşmesi sürecine liderlik eder. Toplam kalite yönetimi ile ilgili bazı tanımlar şu şekildedir (Şimşek, 2018:47-49);

- Müşteri memnuniyetini en yüksek seviyeye çıkarma,
- Müşterinin beklentilerini en üst düzeyde karşılamak,
- Üretim süreci ve hizmetin her aşamasında sıfır hata prensibiyle maliyetleri azaltmak ve müşteri memnuniyetini artırarak organizasyonun karlılığını yükseltmek,
- Çalışanların hepsini karar alma sürecine katarak, ürün veya hizmetin üretimi ile müşteriye sunumu sırasında sıfır hata ve müşteri memnuniyeti ilkeleri doğrultusunda üretim süreçlerinin yeniden düzenlenmesi.

2.3.2. Kalite Yönetiminin İlkeleri

Kalite yönetim ilkelerindeki temel amaç, hizmetlerin, kaynakların ve iş süreçlerinin bütünlük içinde yönetilmesidir. Yaygın olarak kabul edilen kalite yönetimi ilkeleri şunlardır: (Kubalı: 1998-118-119):

- Hizmetten faydalanan kişilerin profillerinin, beklentilerinin ve ihtiyaçlarının tespit edilmesi,
- Hizmet sunumunu yöneten iş süreçlerinin bu ihtiyaçlara uygun şekilde yapılandırılması,
- Kurumun iş süreçlerinin devamlı iyileştirilip verimliliğin artırılması,
- İnsan kaynakları biriminin bu doğrultuda geliştirilip devamlı teşvik edilmesi.

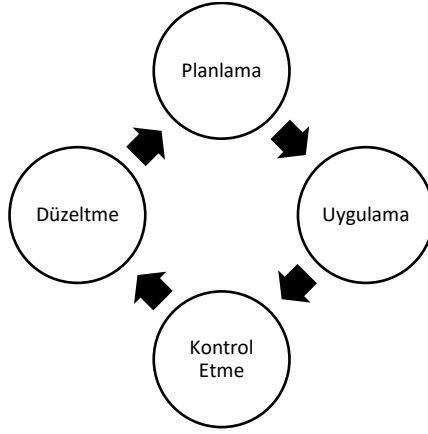
Deming ise kalite yönetimi ilkelerini 14 maddede açıklamıştır. Bunlar (Walton, 1991: 17-18):

1. Ürün ve hizmet geliştirilmesi için amaç tutarlılığı yaratılması.
2. Yeni felsefelerin benimsenmesi.
3. Kitle denetimine olan bağımlılığın sonlandırılması.
4. Yalnızca fiyat etiketine dayalı iş verme uygulamasına sonlandırılması.
5. İmalat ve hizmet sisteminin devamlı iyileştirilmesi.
6. Eğitim programlarının oluşturulması.
7. Liderliğin oluşturulması.
8. Korkunun yok edilmesi.
9. Çalışanların birimleri arasındaki engellerin ortadan kaldırılması.
10. İşgücünü için sloganları, hedefleri ve özendirici ifadelerin ortadan kaldırılması.
11. Sayısal kotaların ortadan kaldırılması.
12. İşçilik gururunun ortadan kaldırılması.
13. Eğitim ve yeniden eğitim için güçlü bir program başlatılması.
14. Dönüşümü gerçekleştirmek için harekete geçilmesi.

2.3.3. Kalite Yönetim Döngüleri

2.3.3.1. PUKÖ Döngüsü

Deming Çevrimi de denilen PUKO döngüsü, yönetimdeki herhangi bir sürecin istikrarlı bir duruma getirilmesinde ve süreç geliştirme çabalarının sürekli olduğunu vurgulamakta etkili olabilecek bir yaklaşımdır. Dört aşamadan oluşan ve sürekliliği olan döngü olarak açıklanan kalite yönetimi, sürekli geri bildirim mekanizmaları oluşturarak her aşamada ve her karar noktasında en iyi çözümü bulmayı ve sürekli gelişmeyi amaçlamaktadır. Deming'in PUKO döngüsü bu dört aşaması Şekil-1'de gösterilmiştir (Şimşek, 2001:114):



Şekil-1: Deming'in PUKO döngüsü

2.3.3.2 Altı Sigma

Altı Sigma, müşterilerin önem verdiği özellikler ve süreçlerdeki hataların ve yanlışların tespit edilip ortadan kaldırılmasına odaklanarak, iyileştirme hızını artırmayı ve performansını üst düzeylere çıkarmayı amaçlayan bir stratejidir. Bu yaklaşım, bir organizasyonun ürettiği ürün ve hizmetlerde ve süreçlerinde hata oranını milyonda 3,4 hataya düşürmeyi hedeflemektedir (Saat Ersoy ve Ersoy, 2015:185).

Altı Sigma, "İşin her aşamasında, hem müşteri hem de tedarikçi açısından ekonomik hedeflerin gerçekleştirilmesi" olarak tanımlanabilir. Altı Sigma'ya göre, müşteri taleplerinin karşılanması; yani ürün veya hizmetin belirtilen standartlara uygun olmasının yanı sıra, bu standartların en düşük maliyetle sağlanması da gereklidir. Ürün ve hizmet sağlayan şirketlerin daha kaliteli sonuçlara ulaşmasının önündeki en büyük engel, süreçlerdeki değişkenliklerdir. Bu gerçeği, kalite konusunda önemli bir isim olan W. Edward Deming ortaya koymuştur. Altı Sigma'da önemli olan, Deming'in "üretim süreçlerindeki değişkenliklerin analiz edilip en aza indirilmesi" yaklaşımının benimsenmesidir. (Atmaca ve Girenes, 2009:112).

2.3.3.3. Yalın Altı Sigma

Yalın düşünce ve Altı Sigma'nın birleşimi olan Yalın Altı Sigma, atıkları sistematik bir şekilde ortadan kaldırmayı, müşteri memnuniyetini artırmayı ve maliyet, kalite, işlem hızı ile yatırım sermayesindeki gelişmeyi hızlandırarak performansını yükseltmeyi amaçlayan bir yaklaşımdır. Bu yöntem, ortak bir ekip çalışmasına dayalı

olarak en hızlı iyileşmeyi sağlamayı hedefler. (Ekinci, 2019:179), . Yalın Altı Sigma'nın faydalarından en önemlileri atıkların azaltılması ve kalitenin artmasıdır. Atık ve kalite kavramlarının doğası gereği geniş kapsamlı olduğu ve çok çeşitli daha spesifik faydaları kapsadığı göz önüne alındığında, bu faydalar beklenen bir durumdur (Assarlind, Gremyr ve Backman, 2013:3).

2.3.3.4. Kaizen (Sürekli İyileştirme)

Kaizen, Japonlar tarafından isimlendirilmiştir. Burada kai: değişim ve zen: iyi olarak tanımlanmaktadır. İyileşme için sürekli değişiklik yapan ve sonu asla gelmeyen bir yapıya sahip olan Kaizen'nin iyileşme yönü, insanları, süreçleri ve ürünleri ifade etmektedir (Ed. Doğan ve Topoyan, 2016-349).

Kaizen felsefesini ortaya atan Masaaki IMAI, kaizeni: Japonya'da gelişip bütün dünyaya yayılan ve üretkenliğin artırılması, toplam kalite kontrol, kalite kontrol çemberleri gibi birçok yönetim uygulamasını kapsayan bir şemsiyedir şeklinde tanımlamıştır. Sürekli iyileşme ve gelişme, organizasyonun planlama aşamasında yönetim kurulu aracılığıyla yapılandırılır ve farklı seviyelerde oluşturulan, tanımlayıcı ve problem çözme odaklı yöntemlerle çalışan gruplar tarafından yürütülerek sağlanır. (Şimşek, 2001:140).

Toplam kalite yönetiminin temel unsurlarından biri olan Kaizen, üst yönetimin liderliğinde, eğitimli ekiplerin organize bir şekilde çalışmasını ve müşteri odaklı hedefler doğrultusunda sürekli iyileştirme çabalarını sürdürmesini gerektirir. İşletmedeki tüm bireylerin katılımını içeren bu süreç, sürekli bir gelişim anlayışına dayanır ve organizasyonun her seviyesindeki kişilerin Kaizen yaklaşımını faaliyetlerine entegre etmesini sağlar. Bu bakış açısına göre, tüm ürünler, hizmetler ve süreçler, büyük yatırımlara ihtiyaç duyulmadan sürekli geliştirilebilir. (Aslantaş, 2020:23).

3. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

3.1 Toplam Kalite Yönetimi Tanımı

TKY, maliyetleri azaltmayı ve müşteri memnuniyetini artırmayı amaçlayan bir sistem olup, iç ve dış müşteri beklentilerini karşılamaya odaklanan yönetim yaklaşımıdır. Bu felsefe, çalışanların bilgilendirilmesini, yetkilendirilmesini ve takım çalışmasının teşvik edilmesini sağlayarak, tüm süreçlerin sürekli olarak iyileştirilmesini hedefler. TKY, işletme içindeki süreçlerin, ürünlerin ve hizmetlerin sürekli geliştirilmesi, müşteri memnuniyetinin yükseltilmesi ve müşteri sadakatinin sağlanması için sonuçların iyileştirilmesine dayanır. Bu yönetim tarzı, müşteri beklentilerini öncelikli tutar ve kaliteyi müşteri tarafından belirlenen kriterlere göre şekillendirerek, tüm faaliyetlerin bu doğrultuda yürütülmesini sağlar. (Çakar ve Serdar, 2002:87)

Toplam kalite yönetimi, kaliteyi iyileştirmeye yönelik sistemli bir yaklaşımdır ve temeli takım tabanlı çalışma gruplarına dayanır. Toplam kalite yönetiminin en önemli yönlerinden biri çalışanları, istatistiksel süreç, kontrol grafikleri, nedensel analiz diyagramları, iş akış şemaları, Pareto grafikleri, tasarımda ortogonal diziler, takım oluşturma ve grup dinamikleri gibi belirli araçlar kullanarak gerçeklere dayalı sorun çözme konusunda bilimsel bir yaklaşımla eğitmektir (Barclay: 1992:89). Hackman ve Wageman (1995), TKY'nin kalite ekiplerinin, kaliteyi iyileştirmek için fırsatları belirleme ve analiz etme konusunda kolektif bilgilerini etkili olarak kullanmalarına yardımcı olmak için çeşitli teknikler olduğunu belirtmişler ve en yaygın kullanılan tekniklerin akış diyagramları, beyin fırtınası ve nedensel ilişki diyagramları olduğunu söylemişlerdir (Hackman ve Wageman, 1995:314).

TKY, hem iç müşterinin hem de dış müşterinin beklentilerini aşmayı hedefleyen, kurumda çalışan kişilerin bilgilendirilmesi, yetkilendirilmesi ve ekip çalışması yoluyla tüm aşamaların sürekli geliştirilmesini amaçlayan bir yönetim anlayışı şeklinde tanımlanır. TKY, bütün süreçlerin, ürün ve hizmetlerin tam katılım ile iyileştirilmesi, müşteri memnuniyetinin artırılması ve müşterilerin sadakatinin oluşturulması için işletme sonuçlarının sürekli olarak geliştirilmesine dayanır. Müşteri beklentilerini her şeyin önünde tutan bu yönetim tarzı, kaliteyi müşteri tarafından belirlenen standartlara göre şekillendirir ve tüm faaliyetlerin ürün ve hizmet süreçleri boyunca bu kaliteyi sağlamayı amaçlar. (Çakar ve Serdar, 2002:87)

Toplam kalite yönetimi organizasyondaki herkesi içeren sürekli iyileşme sürecinden oluşur. Bu yöneticilerin ve çalışanların her adımda performansını artırmaya yönelik entegre bir çabasıdır. Toplam kalite yönetiminde amaç, üretim sürecinin kontrol edilmesini, spesifikasyonlarını ve ölçümlerini yapmak ve kontrolü sürdürmek, nihai ürünlerin maliyetini ve kalitesini süreç yeterliliğinin göstergeleri olarak kullanmaktır. Bu amaca ulaşmak için yönetim kültürü, organizasyon yapısı, sorumluluk noktaları, çalışan eğitimi gibi unsurlar oluşturmak veya değiştirmek gereklidir (Kaufman: 1989:183). Toplam kalite yönetimi hem yönetim tarzını hem de organizasyon kültürünü derinlemesini etkilemektedir. Toplam kalite yönetimi uygulandığında üst düzey yöneticiler ve denetçiler artık emir verip kontrol etmek yerine, kendi kendine yönlendirilen çalışma gruplarının, ürün ve hizmetleri sunarken yeni yaklaşımları test etmelerine ve başarılı olanları uygulamalarına koçluk yapacak ve kolaylık sağlayacaklardır (Pearson: 2000:53).

TKY savunucularına göre TKY'nin gerçekten etkili olabilmesi için bir bütün olarak benimsenmesi ve uzun bir süre boyunca devam ettirilmesi gerekmektedir. TKY'nin prensipleri; üst yönetim tarafından bağlılık ve destek, tüm düzeylerde çalışanlara karar alma yetkisi verme, çalışanların bilinçli karar alabilmeleri için eğitim verme ve sunulan ürün veya hizmetin sürekli kalite iyileştirmesine kurumsal olarak bağlılıktır (Rosenhoover and Harold, 1996:436).

3.2. Toplam Kalite Yönetiminin Temel İlkeleri

3.2.1. Kalite odaklılık

Kalite, kalıcı bir şekilde başarılı olmanın en önemli şartlarından biridir. Şirketlerin kısa vadeli kazançlar yerine, kaliteyi ön planda tutarak sürdürülebilir başarıyı hedeflemesi gerekir. Kalitenin artırılmasının maliyetleri de yükselteceği endişesi hâlâ bazı firmalarda baskın olsa da, bu yaklaşım uzun vadede müşteri memnuniyeti ve rekabet avantajı sağlar. Uygun kalite standardına ulaşılması, hatalı ürünlerin azaltılması ve yeniden işleme ihtiyaçlarının ortadan kalkmasıyla maliyetleri düşürür. Bu sayede, hem maliyet avantajı sağlanır hem de verimlilik artışı elde edilir. Kalitenin iyileştirilmesi, satışları artıran ve kârlılığı yükselten önemli bir adımdır (Efil, 2003:165).

3.2.2. Müsteri odaklılık

Bu ilke, işletmelerin var olma amacının, sınırlı ekonomik kaynakları kullanarak müşterilerin istek ve ihtiyaçlarını en verimli şekilde karşılamak olduğunu vurgular. Türk kültüründeki "müşteri velinimetir" anlayışı, Japonların Toplam Kalite Yönetimi (TKY) yaklaşımı ile yönetim literatürüne kazandırılmıştır. Bu yaklaşımla, müşterilerin ihtiyaç ve beklentileri; pazar araştırmaları, anketler, görüşmeler ve diğer veri toplama yöntemleri aracılığıyla toplanan veriler doğrultusunda ele alınır. Ürün ve hizmet tasarımı, üretim süreçleri ve satış sonrası hizmetlerde bu verilere dayanarak düzenlemeler yapılır (Dağdelen, 2017:32).

3.2.3. Tam Katılım

Tam katılım, bir işletmede tüm çalışanların, özellikle kaliteyle ilgili sorunlar hakkında görüş, düşünce ve önerilerinin alınması süreci olmakla birlikte sorunların çözümünde çalışanların enerjileri ve fikirlerinden faydalanmayı amaçlar. Toplam kalite yönetiminde, tam katılımda asıl hedef, kuruluştaki her çalışanın düşünmenin ve uygulamanın önemini kavramasıdır. Bu yönetim anlayışı, çalışanların fikir ve önerilerini değerlendirip başarılı önerileri ödüllendirerek, düşünmenin ve katkı sağlamanın önemini vurgulamaktadır (Tekin, 2007:154-156).

Toplam Kalite Yönetiminde “tam katılım” anlayışı iki temel unsura dayanır. Birincisi, tüm liderliğin Toplam Kalite Yönetimi çalışmalarında yer alması, ikincisi ise etkin bir Takım Çalışmasının oluşturulmasıdır. Tam katılım, bilgilerin ve kararların, işin yapıldığı en alt düzeye kadar aktarılması anlamına gelir. Bu bağlamda, Toplam Kalite Yönetiminde paylaşılan bilgiyle katılımın artırılması hedeflenir. Katılımcı yönetim anlayışında, sorumluluk, yetki ve ödüllendirme mekanizmaları organizasyonun tüm seviyelerine eşit şekilde yayılır. Tam katılımın olduğu bu tür yönetim yapısı, daha az yöneticiye ihtiyaç duyarken kaliteyi ve verimliliği artırmayı hedefler. (Tekin, 2007:157).

3.2.4. Sürekli İyileştirme

TKY'nin en temel amaçlarından biri, çalışanların tamamının sürekli iyileştirme çalışmalarına aktif katılımını teşvik etmektir. Sürekli iyileştirme, Toplam Kalite Yönetimi'nin ana unsurlarından biridir. Bu süreç, üst yönetimin liderliğinde, eğitimli personelin oluşturduğu ekipler tarafından yürütülür ve müşteri odaklı hedeflere

ulaşmak için sürekli gelişim çalışmalarını yapılıır. Japon kültüründe önemli bir yere sahip olan Kaizen anlayışı da bu sürekli iyileştirme faaliyetlerini destekleyen bir yaklaşımdır. Kaizen, işyerinde sürekli küçük ama sık yapılan adımlarla iyileştirmeler sağlayarak büyük sıçramalar yerine sürdürülebilir gelişmeyi hedefler. Japonlar bu yöntemle, sık yapılan küçük iyileştirmeler sayesinde önemli ilerlemeler kaydetmişlerdir (Demirci, 2013:35)

3.2.5. Ölçme ve İstatistik

TKY'nin nihai hedefi müşteri memnuniyetini sağlamak olduğuna göre, bu memnuniyetin sürekli ölçülmesi ve değerlendirilmesi gerekir. En basit yöntem, müşterilere uygulanacak anketlerdir. Bu anketlerdeki sorular, müşterilerin rahatça ve açık bir şekilde cevaplayabileceği, sade, anlaşılır ve kısa sorular olmalıdır. Bu sayede müşteriler, üründen ya da hizmetten duydukları memnuniyeti veya memnuniyetsizliği samimi bir şekilde ifade etme fırsatını bulacaklardır (Ören, 2002:45).

4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

4.1. Sağlık Hizmetleri Kapsamı ve Özellikleri

4.1.1. Sağlık Hizmetinin Tanımı

Sağlık hizmetleri, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'ye göre şu şekilde tanımlanmaktadır: " İnsan sağlığını olumsuz etkileyen etmenlerin ortadan kaldırılması, toplumu bu etmenlerden koruma, hastaların tedavi edilmesi ve fiziksel ya da ruhsal yeteneklerinde azalma yaşayan bireylerin rehabilitasyonu amacıyla sunulan hizmetlerdir. (SB, 2005).

Sağlık hizmeti, kişilerin sağlık güvenliğinin sağlanması, geliştirilmesi, gerektiği zaman tedavi edilmesi ve rehabilitasyon süreçlerini içeren kapsamlı hizmetlerdir. Bu hizmetlerin temel amacı, bireylerin sağlıklı kalmasını sağlamak ve bu durumu koruyarak toplumu genel olarak daha sağlıklı hale getirmektir. Bu hedef, çevre, toplum ve bireyler için sunulan sağlık hizmetlerinin arzı ve talebi ile ilişkilidir ve nihai amaç, sağlıklı bir dünya oluşturmak olarak belirlenmektedir (Söyük ve Gün, 2018:18).

4.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

Sağlık hizmetleri, birçok özgün özellik taşır ve bu özellikler, sağlık hizmetlerinin tüketiminde önemli zorluklar yaratır. Öncelikle, sağlık hizmetlerinin tüketimi genellikle tesadüfidir ve bu durum, sağlık hizmeti talebinin önceden tahmin edilmesini zorlaştırır; dolayısıyla, sağlık hizmetlerinde arz ve talep arasında bir denge mevcut değildir. Bireyler, satın aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini ve niceliğini belirleme konusunda yetersizdirler ve sağlık hizmetleri standart bir yapıya sahip olmadığından, hizmetlerin özellikleri ile ilgili kısıtlı bilgileri vardır. Ayrıca, hastaların hastalık riski ile bağlantılı olarak yapacakları masraflar belirsizlik taşır ve sağlık hizmetlerinde bütünlük sağlamak oldukça zordur. Son olarak, sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez, bu da acil durumlarda hizmet erişimini daha da karmaşık hale getirir (Yazgan, 2009:32).

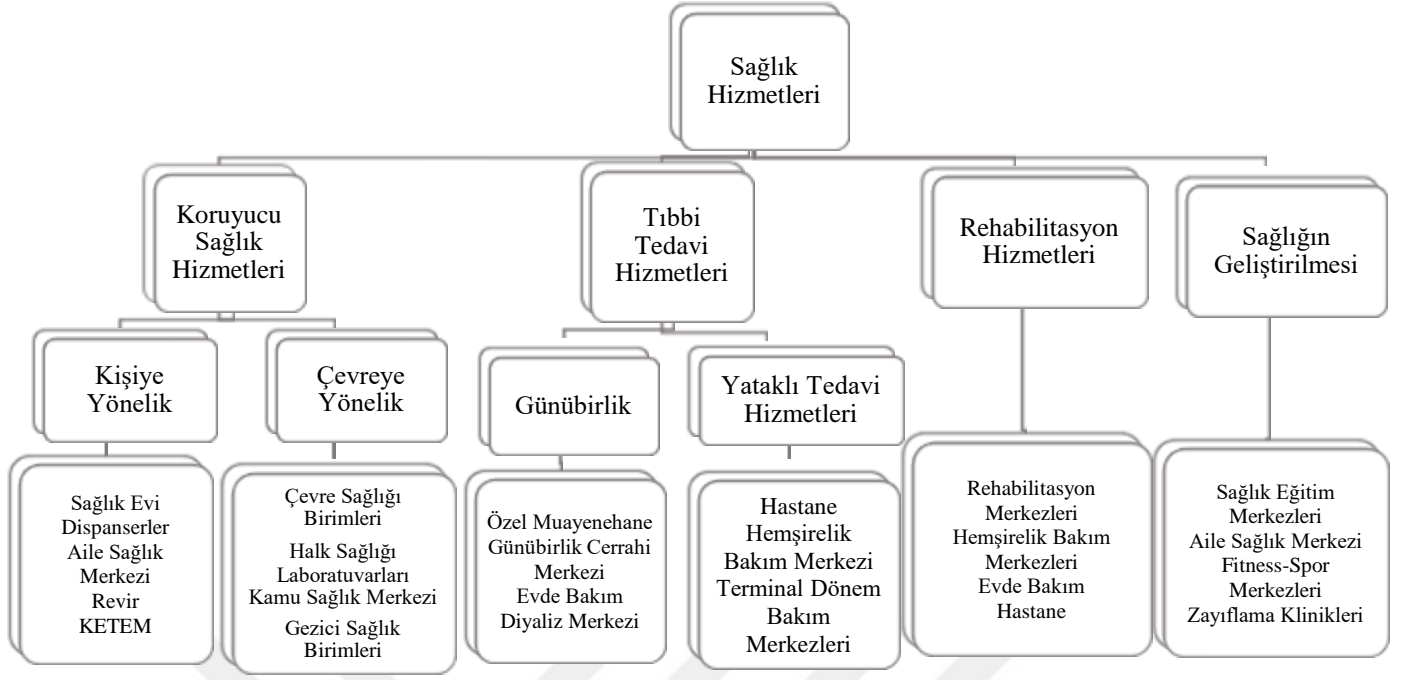
Tengilimoğlu ve ark. (2018) sağlık hizmetinin özelliklerini şu şekilde sıralamıştır (Tengilimoğlu ve ark, 2018:74-78:

- Sağlık hizmetlerinde talep, öngörülemez bir şekilde ortaya çıkar.

- Bu hizmetlerin yerini, daha düşük maliyetli veya alternatif başka bir hizmet alamaz.
- Sağlık hizmetleri, çoğu durumda zamanında alınması gereken, ertelenemeyen bir nitelik taşır.
- Sağlık hizmetlerinde pek çok akılcı olmayan davranışa rastlamak mümkündür.
- Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve hastaların elde edeceği memnuniyeti önceden tahmin etmek kolay değildir.
- Sağlık hizmetlerinde topluma yönelik koruyucu hizmetlerinin tamamı kamu malı özelliği taşımaktadır.
- Sağlık, ekonomik ölçütlerle tam anlamıyla değerlendirilemeyen ve fiyatlandırılması güç bir hizmettir.
- Sağlık hizmeti teknoloji yoğun emek işletmeleridir
- Hata ve belirsizliklere izin vermemektedir
- Hizmet sunumunda garanti söz konusu değildir.

4.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık kurumları, verdikleri hizmetlerin çeşitliliğine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Bu kurumlar, sağlık hizmetlerini dört ana grupta sunmakta ve çeşitli düzeylerde hizmet üretmektedir. Örneğin, bir aile sağlığı merkezi, öncelikle koruyucu sağlık hizmetleri sunarken, aynı zamanda teşhis ve tedavi hizmetleriyle sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetler de sağlamaktadır. Hastaneler, yataklı tedavi hizmetlerinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilitasyon ve sağlığı geliştirme gibi alanlarda da çeşitli hizmetler sağlamaktadır. (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018:38-39).



Şekil-2: Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018:39)

4.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Kalite Yönetimi

Avedis Donabedian, sağlık hizmetlerindeki yüksek kaliteyi, "hizmet sürecinin tüm aşamalarında beklenen risk ve getiri dengesi gözetildiğinde, hastaların genel iyilik halini üst düzeye çıkararak hizmet" olarak tanımlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışının kökenleri yüzyıllar öncesine dayanmaktadır. Tarihçiler, modern hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale ile kalite kavramını anlatmaya başlamaktadır. Nightingale (1820~1910), hastanelerde istatistiklerin toplanması ve değerlendirilmesi için standart bir sistemin gerekli olup olmadığını savunarak, kalite güvencesi programlarının temellerini atmıştır (Kaya ve ark., 2013:20-26).

Donabedian, sağlık hizmetlerinde kaliteyi üç ana temel yapı üzerinden değerlendirir: (Erdem ve ark., 2022:277):

Yapı kalitesi, fiziksel yapılar, teknoloji, altyapılar ve insan kaynakları gibi unsurları içerir.

Süreç kalitesi, tıbbi süreçler, idari süreçler ve destek hizmetleri süreçlerinin kalitesini ifade eder.

Sonuç kalitesi olarak ise, mortalite oranları, morbidite, enfeksiyon oranları, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyeti gibi ölçütler dikkate alınır.

Sağlık hizmetlerindeki kalite göstergeleriyle ilgili standartlar şunlardır (Kaya ve ark., 2013:80-81):

- Kesici ve delici aletlerle meydana gelen yaralanmalar izlenmelidir.
- Kan vb. vücut sıvılarına maruz kalan sağlık çalışanları düzenli olarak takip edilmelidir.
- Yoğun bakım ünitelerinde ölüm oranları izlenmelidir.
- Yoğun bakım ünitelerinde basınç yarası görülme sıklığı izlenmelidir.
- Yoğun bakımda hastaneden kaynaklı enfeksiyon oranları takip edilmelidir.
- Cerrahi alanda gelişen enfeksiyon oranları takip edilmelidir.
- Düşme vakaları oranları izlenmelidir.
- Sezaryen doğum oranları takip edilmelidir.
- Ameliyat masası kullanım sıklığı takip edilmelidir.
- Yoğun bakımda yeniden yatış sıklığı gözlemlenmelidir.
- Acil servise, 24 saat içinde benzer sorunlarla başvuran hasta oranları izlenmelidir.
- Başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilen hastaların sayısı ve teşhis dağılımları takip edilmelidir.
- Müşahade odasında kalan hastaların yatış süreleri izlenmelidir.
- Acil serviste konsültan hekimin ulaşma süresi takip edilmelidir.
- Patolojik ve sitolojik tanıların uyumu incelenmeli ve oranları izlenmelidir.
- Hemşirelerin görev değişikliği oranları takip edilmelidir.
- Tam doldurulmuş hasta dosyalarının oranları izlenmelidir.
- Hekim başına düşen poliklinik oda oranları izlenmelidir.
- Cerrahi profilaksi sırasında antibiyotik kullanım doğruluğu izlenmelidir.

4.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

1950'li yıllarda üretim sektöründe başlayan kalite anlayışı, günümüzde pek çok farklı alanda önemli bir yer edinmiştir. Son yıllarda sağlık sektörü de bu konuda büyük adımlar atmış ve birçok sağlık kuruluşu, toplam kalite yönetimi ilkelerini uygulamak için "Kalite Birimi" kurmuştur. TKY'nin temel prensiplerinden biri müşteri odaklılıktır ve bu özellik, onu diğer yönetim yaklaşımlarından farklı kılar. TKY'de müşteri, iki ana gruptan oluşur: iç müşteri (çalışanlar) ve dış müşteri (sağlık hizmeti alan kişiler). Sağlık hizmetlerinde iç müşteri, hekimler, hemşireler ve diğer sağlık

personelini; dış müşteri ise hastalar ve onların yakınlarını ifade eder. (Oksay, 2016:190) .

Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi, hasta memnuniyeti ve bakım kalitesini sürekli iyileştirmeyi hedefleyen, sağlık organizasyonlarının tüm seviyelerinde uygulanan bir yönetim felsefesidir. TKY'nin sağlık hizmetlerindeki temel amaçları arasında hasta güvenliğini sağlamak, hataları ve israfı minimize etmek, kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak ve çalışanların iş süreçlerine katılımını artırmak yer alabilir.

Toplam kalite yönetimi anlayışıyla çalışan hastaneler, müşteri hizmetlerine daha çok önem vermeye başlamışlardır. Eskiden yalnızca hastalar sağlık hizmetlerinin müşterisi olarak kabul ediliyordu fakat artık sağlık hizmetleriyle etkileşimde bulunan herkes müşteri olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde TKY uygulamalarının önemli bir unsuru, örgütün kendi eksikliklerini fark etmesi ve bu eksiklikleri tanımlayarak hizmet kalitesini artırmak için müşterilerinden geri bildirim alarak planlama ve iyileştirme çalışmalarına yönelmesidir (Ed. Peker ve ark. 1999:134-135).

4.4. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Karşılaştığı Engeller

Hastanelerde toplam kalite yönetimi uygulamalarında birçok engel bulunmaktadır. Bu engeller arasında, doktorların sürece katılımının sağlanamaması, sağlık çalışanlarının eğitim eksiklikleri ve laboratuvar hizmetlerinde kaliteyi olumsuz etkileyen faktörler sayılabilir. Ayrıca, değişime karşı gösterilen direnç, yönetsel algılama hataları, kamu hastanelerindeki yönetim ve organizasyonel problemler, iş gücü planlaması ve personel alımındaki zorluklar da önemli engeller arasında yer almaktadır. Hastane yönetimi ile ilgili karşılaşılan zorluklar, birinci basamaktaki sağlık hizmetlerindeki aksaklıklar, tıbbi teknolojilerin kullanımındaki zorluklar ve Türkiye'deki ulusal akreditasyon standartlarındaki eksiklikler, TKY uygulamalarını olumsuz yönde etkilemektedir. (Atamacan, 1999:94-95).

Sağlık hizmetlerinin özelliklerinden kaynaklanan engeller, klinik uygulamalarda karşılaşılan sorunlar, iletişimdeki eksiklikler, üst yönetim ile çalışanlar arasındaki çatışmalar, grup performansından ziyade bireysel performansa

verilen önem ve istatistiksel kontrol yöntemlerine direnç de bu zorlukları pekiştirmektedir. Ayrıca, Türkiye'de sağlık sistemindeki sorunları, aracı odaklı yaklaşım, hastane yöneticilerinin danışmanlarla çalışması gibi alışkanlıklarının bulunmaması, birimler arası rekabet, yönetimin TKY'yi erteleme eğilimi ve kamu hastanelerindeki finansal sorunlar önemli engeller arasındadır. Hemşirelik mesleği ile ilgili sorunlar, sağlık kurumları arasında rekabetin teşvik edilmemesi, yönetime katılımın yanlış algılanması, hastane yönetiminde eczacılık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasında karşılaşılan zorluklar, sağlık personellerinin meslek ile ilgili risklerinin olması ve özel hastanelerde sunulan hizmetleri olumsuz etkileyen faktörler de toplam kalite yönetimi uygulamalarında karşılaşılan diğer engellerdir. Karmaşık ve değişken kültürel yapılar, hastanelerdeki ölçme ve değerlendirme sistemlerinin yetersizliği ve katılımcılığın güçlendirilmesindeki problemler de TKY'nin önündeki önemli engeller arasında sayılmaktadır (Atmacan, 1999:95).

4.5. Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Kalite Mekanizmaları

4.5.1. ISO 9001 Standardı

Sağlayıcının, ürün tasarımı ve buna bağlı olarak üretim süreçlerinin tamamını kontrol edebildiğini kanıtlaması gerektiğinde ISO 9001 standardı devreye girer. Bu standart, tasarım sürecinden başlayarak satış sonrası hizmetler dâhil tüm süreçlerde müşteri memnuniyetini sağlamaya odaklanır. ISO 9001, bu hedefi gerçekleştirmek amacıyla bir kalite güvencesi modeli sunar ve tüm aşamalarda müşteri tatminini gözeten bir yapı oluşturur (Bucak, 2011:120).

ISO 9001 standardı, işletmelerin kaliteli ürün ve hizmet sunmalarını sağlayan önemli bir kalite yönetim sistemi olup, temelini sekiz ana prensip oluşturur. Bu prensipler, organizasyonların sürdürülebilir başarıyı yakalamaları ve müşteri memnuniyetini artırmaları amacıyla belirlenmiştir (Kaya, 2013:195-197):

1. Müşteri Odaklılık: Kuruluşlar, faaliyetlerinin merkezine müşterilerini alarak onların ihtiyaç ve beklentilerini anlamalı, bu doğrultuda ürün veya hizmet sunmalıdır. Müşteri memnuniyeti, uzun vadeli başarının anahtarıdır.

2. Liderlik: Etkili liderlik: İşletmenin vizyon ve hedeflerini net bir şekilde tanımlar, çalışanları bu hedefler doğrultusunda motive eder. Güçlü bir liderlik, organizasyonda birlik ve yön birliği sağlar.

3. Çalışanların Katılımı: Tüm çalışanların sürece aktif katılımı, başarıyı artıran önemli bir faktördür. Çalışanların bilgi ve becerilerinden en üst düzeyde yararlanılarak, işletme hedeflerine ulaşmada katkı sağlanır.

4. Proses Yaklaşımı: Kuruluşlar, süreçleri birbiriyle ilişkili aktiviteler bütünü olarak yönetmelidir. Bu, süreçlerin verimli bir şekilde planlanmasını, uygulanmasını ve kontrol edilmesini sağlar, böylece işletme performansı artar.

5. Yönetimde Sistem Yaklaşımı: Organizasyonun tüm süreçlerinin birbirine bağlı olduğu gerçeği göz önünde bulundurularak, bu süreçlerin bir sistem olarak yönetilmesi, hedeflere daha etkin ulaşılmasını sağlar.

6. Sürekli İyileştirme: İyileştirme, kalite yönetim sisteminin önemli bir parçasıdır. Kuruluşlar, her zaman daha iyiye ulaşmak için süreçlerini gözden geçirip iyileştirmelidir. Bu, sürdürülebilir bir rekabet avantajı sağlar.

7. Karar Vermede Gerçekçi Yaklaşım: Verilere dayalı karar alma, belirsizlikleri minimize eder ve doğru stratejik adımlar atılmasını sağlar. Verilerin dikkatli analizi, işletme kararlarının etkinliğini artırır.

8. Karşılıklı Yarara Dayalı Tedarikçi İlişkileri: Tedarikçilerle kurulan işbirliği, her iki taraf için de değer yaratacak şekilde yönetilmelidir. Güven ve şeffaflık üzerine kurulu bu ilişkiler, hem ürün hem de hizmet kalitesini artırır.

4.5.2. EFQM Mükemmellik Modeli

EFQM Modeli, Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı vasıtasıyla, sanayi ve akademi temsilcilerinden oluşmuş bir ekip tarafından geliştirilmiş ve 1991 yılında dünya genelinde tanıtımı yapılmış bir modeldir. EFQM, 1988'de, Bosch, BT, Bull, Ciba-Geigy, Dassault, Electrolux, Fiat, KLM, Nestlé, Olivetti, Philips, Renault, Sulzer ve Volkswagen gibi firmaları kapsayan ve Avrupa'da öncü olann 14 şirketinin CEO'larının imzaladığı, niyet mektubu ile kurulmuştur. Bu model, veriye dayalı içgörüler ve yenilikçi yaklaşımlar ile küresel düzeyde bireylerin ve organizasyonların öğrenme ve gelişim süreçlerine katkı sağlayan kâr amacı olmayan bir sivil toplum örgütü olarak hizmet vermektedir.

Modelin tanımladığı mükemmellik, müşterilerin ve çalışanların memnuniyetinin sağlanması, topluma karşı sorumlulukların yerine getirilmesi, kaynakların etkin bir şekilde kullanılması, stratejik liderlik ve uygun süreç yönetimi ile mümkün olmaktadır. Model, hedeflenen mükemmelliğe ulaşmak için, kilit performans sonuçları ile müşteriler, çalışanlar ve toplum dikkate alınarak, politika, strateji, çalışanlar, paydaşlar, kaynaklar ve süreçlerin liderlik eşliğinde uygun bir şekilde kullanılmasıyla başarılı sonuçlar elde edilmesini hedeflemektedir (Yıldırım ve Esen, 2018:223).

EFQM Modeli'nin sunduğu kolaylık, bir referans noktası olarak kullanılmasını sağlamaktadır. Başarı nedenleri ne olursa olsun, EFQM Modeli, "Benchmarking başlangıç modeli" olarak değerlendirilebilir ve işletme puanlarını diğer işletmelerle karşılaştırma imkanı sunar. Eğitimciler, personel ve organizasyon geliştiricileri, EFQM Modeli'nin hem performans göstergesi hem de yönlendirme aracı olarak sunduğu olanaklar nedeniyle bu modeli tercih etmektedir. Çünkü bu model, işletmelerin yeniden yapılandırılmasıyla ilgili sorulara da yanıtlar sunmaktadır (Simon, 2024:130).

EFQM Modeli, mükemmelliği, organizasyonu en iyi şekilde yönetmenin ve istenen sonuçlara ulaşmanın en etkili yolu olarak tanımlar ve bu da aşağıdaki sekiz temel kavramın uygulanmasıyla sağlanır (Martin, 2002:126):

- Sonuç Odaklılık
- Müşteri Odaklılık
- Liderlik ve Amaç Birliği
- Süreçler ve Gerçeklere Dayalı Yönetim
- İnsanların Gelişmesi ve Katılımı
- Devamlı Öğrenme, Gelişimci Yaklaşım ve İyileştirme
- İşbirliği Fırsatlarının Artırılması
- Toplumsal Yükümlülük

4.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin yüksek olduğunu söyleyebilmek için, Sağlıkta Kalite Standartları'na ilişkin hedeflerin yerine getirilmiş olması gerekmektedir. Bu hedeflerin bir bütün olarak değerlendirilip uygulanması oldukça önemlidir ve

aralarında öncelik sırası olmamalıdır; tam tersine, hedeflerin birbirleriyle uyumlu bir şekilde gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır. Sağlıkta Kalite Standartları'na ait hedefler şu şekildedir: (SKS Hastane, Sağlık Bakanlığı, 2020:38):

- Etkililik: Belirlenen hedeflere ulaşmanın başarısını ölçen bir kriterdir.
- Etkinlik: Görevlerin doğru bir şekilde yerine getirilmesi yeteneğidir.
- Verimlilik: Sunulan hizmetin büyüklüğü ile bu hizmetin sağlanabilmesi için kullanılan kaynaklar arasındaki bağlantıyı tanımlar. Bu, hedeflere olabildiğince az kaynakla ulaşmayı ifade eder.
- Sağlıklı İş Ortamı: Çalışanlarının güvenli ve verimli bir ortamda çalışabilmesi için gerekli olan altyapı ve çalışma koşullarının sağlandığı ortamdır.
- Hasta Güvenliği: Hizmetten yararlanan tüm bireylerin zarar görmesini engellemek için öngörülebilir tehlikelerin kontrol altına alınması ve risklerin kabul edilebilir düzeyde tutulması amacıyla alınan önlemler ve iyileştirmelerdir.
- Hakkaniyet: Tüm hastaların yalnızca tedavi ve bakım gereksinimlerine dayalı olarak eşit haklardan faydalanmasının sağlanması, ayırım yapılmaksızın tüm hizmet birimlerinde korunmasıdır.
- Hasta Odaklılık: Sunulan sağlık hizmetlerinde, hastaların ihtiyaçları, talepleri, beklentileri ve değerleri göz önünde bulundurularak, hastanın tedavi sürecine aktif katılımının teşvik edilmesidir.
- Uygunluk: Uygulanan tıbbi işlem ve prosedürlerin, kişinin sağlığını riske atmak yerine daha fazla fayda sağlaması durumudur.
- Zamanlılık: Hastanın ihtiyaçlarına en uygun ve kabul edilebilir bir zaman diliminde teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulması anlamına gelir.
- Süreklilik: Sağlık hizmetlerinin, tedavi süreci boyunca kesintisiz ve disiplinler arası bir yaklaşımla sağlanması, tedavi tamamlandıktan sonra da devamlılığının sağlanmasıdır.

5.METODOLOJİ

Çalışmanın metodoloji kısmında, araştırmanın amacı, veri toplama süreci, kullanılan ölçek, test edilen hipotezler, araştırmanın sınırlılıkları ve gelecekteki araştırmalar için öneriler detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Ayrıca, verilerin analizi hakkında bilgiler sunulmuştur.

5.1.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, sağlık kurumlarında TKY ilkelerinin hemşirelerin kalite algı düzeyi üzerindeki etkilerini incelemektir. Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilen bu uygulamada, liderlik, müşteri odaklılık, sürekli iyileşme, takım çalışması, tedarikçi kalitesinin yönetimi, eğitim, ürün tasarımı ve süreç yönetimi gibi TKY ilkelerinin hemşirelerin algıladığı kalite düzeyine katkıları detaylı olarak değerlendirilmiştir. Araştırma, bu ilkelerin hemşireler üzerindeki etkilerini ortaya koymayı ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmada hemşirelerin rolünü daha iyi anlamayı hedeflemektedir.

5.2. Araştırmanın Verileri ve Ölçek

Araştırmanın verileri, Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşireler arasından toplanmıştır. Araştırmanın evreni, hastanenin merkez yerleşkesinde aktif olarak görev yapan toplam 396 hemşireden oluşturmaktadır. Örneklemi ise bilinen evren örneklem hesaplama formülüyle belirlenmiş olup, %5 hata payı ve %95 güven aralığına göre 196 hemşire olarak hesaplanmıştır. Evrenin tamamına ulaşma hedefiyle yapılan çalışmada, araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan ve katılım konusunda gönüllü olan 205 hemşire araştırmanın örneklemi olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılma kriterleri, hemşire olarak görev yapıyor olmak ve araştırmaya gönüllü olarak katılmaktır.

Anket çalışmaları sonucunda, 205 katılımcıdan geri dönüş alınmış ve bu veriler analiz için kullanılmıştır. Bu katılımcılardan elde edilen veriler, araştırmanın temelini oluşturarak, sağlık kurumlarında TKY ilkelerinin hemşirelerin kalite algı düzeyi üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla incelenmiştir.

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için, Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ile Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmış, ayrıca

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Ek-1) temin edilmiştir. Araştırmanın evrenini oluşturan 396 hemşireye, araştırmacı tarafından sözlü ve yazılı olarak bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı vurgulanmış ve bu doğrultuda 191 hemşire araştırmaya katılmayı reddetmiştir. Araştırma kriterlerine uyan hemşirelere anket formları araştırmacı tarafından yüz yüze iletilmiştir. Toplam 58 sorudan oluşan anket formunun cevaplanması, ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

5.3. Araştırmanın Hipotezleri ve Uygulanan Teknik

Hemşirelerin kalite algı düzeyiyle ilgili olarak aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur:

H₁: Hemşirelerin TKY algı düzeyleri ile demografik durumları arasında anlamlı farklılık vardır.

- *H_{1a}: Hemşirelerin TKY algı düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık vardır.*
- *H_{1b}: Hemşirelerin TKY algı düzeyleri ile medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık vardır.*
- *H_{1c}: Hemşirelerin TKY algı düzeyleri ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık vardır.*
- *H_{1d}: Hemşirelerin TKY algı düzeyleri ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık vardır.*
- *H_{1e}: Hemşirelerin TKY algı düzeyleri ile çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.*

H₂: Müşteri odaklılık faaliyetleri ile hemşirelerin performansı arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.

H₃: Üst yönetimin liderlik faaliyetleri ile hemşirelerin kalite algısı arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.

H₄: Sürekli iyileştirme faaliyetleri ile hemşirelerin kalite algısı arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.

H₅: Takım çalışması faaliyetleri ile hemşirelerin iş tatmini arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.

H₆: Tedarikçi kalitesi yönetimi faaliyetleri ile hastane hizmet kalitesi arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.

H₇: Hemşirelere yönelik eğitim faaliyetleri ile hemşirelerin kalite algısı arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.

H₈: Hizmet süreçlerinin yönetimi ile hemşirelerin iş verimliliği arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.

Bu hipotezler araştırmanın yapısına uygun bir şekilde SPSS analizi ile test edilerek hemşirelerin kalite algı düzeyi belirlenmeye çalışılmıştır.

5.4. Araştırmanın Kısıtları

Bu araştırmanın bazı kısıtları bulunmaktadır. İlk olarak, örneklem yalnızca Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan hemşireler ile sınırlıdır. Bu durum, bulguların sadece bu hastaneye özgü olmasına ve diğer sağlık kurumlarındaki hemşirelerin kalite algı düzeyleriyle karşılaştırma yapılmamasına neden olabilir. Ayrıca, katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup, çalışmaya katılmayan hemşirelerin neden katılmadığına dair bilgi mevcut değildir. Bu da katılım oranının düşük olması nedeniyle, bulguların genellenebilirliğini sınırlayabilecektir.

Son olarak, araştırmanın yalnızca bir şehirdeki hastane ile sınırlı olması, sonuçların diğer bölgelerdeki sağlık kurumlarına genellenmesini zorlaştırabilir. Türkiye'nin farklı bölgelerindeki hemşirelerin kalite algısı, bu çalışmanın bulgularından farklılık gösterebilir.

5.5. Gelecekteki Araştırmalar

Bu çalışma ile ilgili gelecekteki araştırmalar için çeşitli önerilerde bulunulabilir. İlk olarak, benzer çalışmalar farklı şehirlerdeki ve sağlık kurumlarındaki hemşirelerle de gerçekleştirilmelidir.

Ayrıca, nicel veri toplamanın yanı sıra nitel araştırma yöntemlerinin (örneğin, mülakat veya grup görüşmeleri vb. gibi) kullanılması, hemşirelerin kalite algı düzeyleri hakkında daha derinlemesine bilgi edinmeyi mümkün kılabilir.

Uzun vadeli çalışmalar, hemşirelerin kalite algılarındaki değişimleri ve sürekli iyileşme süreçlerinin uzun dönemli etkilerini anlamamıza yardımcı olabilir.

Son olarak, verilerin daha kapsamlı bir analizi, hemşirelerin kalite algısını etkileyen diğer faktörleri (örneğin, iş yükü ve kariyer memnuniyeti) dikkate alarak daha ayrıntılı sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.

Bu önerilerin, hemşirelerin kalite algı düzeylerini etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılmasına ve TKY uygulamalarının sağlık hizmetlerinde etkinliğinin artırılmasına katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

5.6.Verilerin Analizi

Verilerin analizi IBM SPSS yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilere güvenilirlik ve geçerlilik analizleri uygulanmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistik bilgileri sunulmuştur.

Çalışmada, korelasyon testi ve çoklu regresyon analizleri yapılmıştır. Bu ilişkiyi araştırmak adına tüm bağımsız değişkenler aynı anda modele dahil edilmiştir. Modelin uyumunu değerlendirmek için düzeltilmiş R^2 değeri ve modelin anlamlılığını belirlemek için F istatistiği kullanılmıştır. Beta katsayıları ise her bir faktörün resmi olmayan öğrenme faaliyetlerine katılım ile ne kadar ilişkili olduğunu göstermektedir. Daha yüksek beta değerleri, daha güçlü bir öngörü gücünü ifade etmektedir.

6. BULGULAR

Bulgular bölümünde öncelikle araştırmanın güvenilirlik bilgisi ve normallik testi, katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Sonrasında KMO değeri ve faktör analizi ile korelasyon analizleri sunulmuştur.

6.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri

Tablo 1, çalışmaya katılan 205 katılımcının demografik özelliklerini göstermektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri (n = 205)

Özellikler	N	(%)
Cinsiyet		
Kadın	168	82,00
Erkek	37	18,00
Toplam	205	100,00
Yaş Grubu		
23-28 yaş arası	40	19,51
29-34 yaş arası	62	30,24
35-40 yaş arası	55	26,83
41-46 yaş arası	35	17,07
47 ve üzeri	13	6,34
Toplam	205	100,00
Medeni Durum		
Evli	171	83,40
Bekar	34	16,60
Toplam	205	100,00
Eğitim Durumu		
Lise	18	8,78
Ön Lisans	41	20,00
Lisans	137	66,83
Lisansüstü	9	4,39
Toplam	205	100,00
Görev/Unvan		
Servis Hemşiresi	160	78,05
Yönetici Hemşire	3	1,46
Sorumlu Hemşire	12	5,85
Eğitim Hemşiresi	2	0,98
Poliklinik Hemşiresi	28	13,66
Toplam	205	100,00
Mesleki Deneyim Süresi		
0-5 yıl	46	22,44
6-10 yıl	56	27,32
11-15 yıl	47	22,93
16-20 yıl	25	12,20
21 ve üzeri	31	15,12
Toplam	205	100,00
Kalite Konusunda Eğitim Aldınız mı?		
Evet	184	89,80
Hayır	21	10,20
Toplam	205	100,00

Not: Her bir demografik özelliğin frekansı n = 205'e dayanmaktadır.

Bu çalışmada, Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan ve araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri ile mesleki deneyimleri analiz edilmektedir. Çalışmaya katılan 205 hemşirenin %82'si kadın, %18'i erkek olarak cinsiyet dağılımı göstermektedir. Yaş gruplarına göre en büyük pay %30,24 ile 29-34 yaş aralığındaki hemşirelerdedir. Bunu %26,83 ile 35-40 yaş grubu takip etmektedir. Katılımcıların %83,40'ı evli, %16,60'ı ise bekarlıdır.

Eğitim durumu açısından, katılımcıların çoğunluğunu %66,83 ile lisans mezunları oluştururken, %20'si ön lisans, %8,78'i lise ve %4,39'u lisansüstü eğitim seviyesindedir.

Görev unvanı dağılımında ise, hemşirelerin %78,05'i servis hemşiresi olarak çalışmakta, %13,66'sı poliklinik hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

Mesleki deneyim süresi bakımından, katılımcıların %27,32'si 6-10 yıl arasında deneyime sahipken, %22,93'ü 11-15 yıl, %22,44'ü ise 0-5 yıl aralığında mesleki deneyim göstermektedir.

Son olarak, katılımcıların %89,80'i kalite konusunda eğitim aldığını belirtirken, %10,20'si bu konuda eğitim almadığını ifade etmiştir.

Bu bulgular, hemşirelerin demografik ve mesleki profillerinin kalite algı düzeylerini ve mesleki yeterliliklerini değerlendirmek amacıyla yapılacak olan analizler için önemli bir temel sağlamaktadır.

6.2.Güvenilirlik ve Normallik Testi

Araştırmalarda anakütlenin tamamını incelemek zaman ve maliyet açısından zor olduğundan, genellikle örneklem tercih edilmektedir. Hair ve arkadaşları, (2014) tarafından yapılan bir örneklem çalışmasına göre, en az 100 gözlemin tercih edilmesi önerilmektedir (Hair vd., 2014, s. 100; Nakip & Yaraş, 2017, s. 534). Gözlem sayısı/değişken sayısı ve değerlendirme kriterleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. Gözlem Sayısı İle Değişken Sayısı Arasındaki İlişki

Gözlem Sayısı/Değişken Sayısı	Değerlendirme
5 Kat	İdeal
4 Kat	Çok iyi
3 Kat	İyi
2 Kat	Zayıf

Kaynak: Nakip ve Yaraş, 2017, s. 534

Örnekleme hesaplanırken kullanılan formül aşağıda belirtilmiştir (Karasar, 2014; Akt. Nacar, 2019, ss. 24-25):

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq}$$

Denklemden kullanılan simgeler;

n : Örneklem büyüklüğü

N : Evren (Popülasyon) büyüklüğü

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde t tablosuna göre bulunan teorik değer

p : İncelenen olayın gerçekleşme olasılığı (örnekleme aranan özellik)

q : İncelenen olayın gerçekleşmeme olasılığı (1 - p)

d : Hata payı (istenilen doğruluk seviyesi)

anlamlarını ifade etmektedir. Araştırmanın % 95 güven aralığında ve 0,05 örnekleme hatası ile teorik t değeri 1.96'ya denk gelmektedir. Bu çalışmada, toplam evren 396 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırma verileri denklemden yerine konulduğunda;

$$n = \frac{(396 \times (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5)}{(0,05)^2 \times (396-1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{380,32}{1,95}$$

$$n = 195,25$$

Hesaplama sonucuna göre 396 kişilik evrenin temsil edilebilmesi için örneklem sayısının en az **“195,25”** olmasının gerektiği sonucu bulunmuştur. Bu çalışmada ise **“205”** katılımcı örnekleme dâhil edilmiştir. Çalışmada örneklem büyüklüğü 205 olarak belirlenmiş ve bu sayı araştırmaya dâhil edilmiştir (N=205 > 195,25).

Tablo 2. Güvenilirlik Analizleri

	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alfa*	Madde Sayısı
Müşteri Odaklılık	,794	,815	7
Liderlik	,903	,906	8
Süreç İyileştirme	,862	,865	4
Takım Çalışması	,886	,886	5
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	,900	,903	7
Eğitim	,862	,867	6
Ürün Tasarımı	,941	,942	5
Süreçlerin Yönetimi	,925	,926	4
Performans	,893	,892	5
TKY Genel	,969	,970	51

*Standartlaştırılmış Maddelere Dayalı Cronbach's Alfa

Tablo 3'te çalışmanın Cronbach's Alpha değerleri verilmiştir. 51 maddeden oluşmuş olan TKY ölçeğinin güvenilirlik katsayıları incelendiğinde, genel Cronbach's Alpha değeri 0,969 olarak hesaplanmıştır. Bu yüksek değer, ölçeğin genel güvenilirliğinin çok yüksek olduğunu ve verilerin tutarlı bir şekilde toplandığını göstermektedir.

Müşteri odaklılık alt boyutunun güvenilirliği 0,794 olarak bulunmuştur. Bu değer, müşteri odaklılık algılarının güvenilir olduğunu ancak biraz daha iyileştirilebileceğini göstermektedir. Liderlik alt boyutunun güvenilirliği 0,903'tür; bu yüksek değer, liderlik algılarının oldukça güvenilir bir şekilde ölçüldüğünü ifade etmektedir. Süreç iyileştirme alt boyutunun güvenilirliği 0,862 olarak hesaplanmıştır. Bu, süreç iyileştirme ile ilgili ölçümlerin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu belirtmektedir. Takım çalışması alt boyutunun güvenilirliği 0,886'dır. Bu değer, takım çalışması ile ilgili algıların güvenilir bir şekilde ölçüldüğünü göstermektedir. Tedarikçi kalitesinin yönetimi alt boyutunun güvenilirliği 0,900 olarak bulunmuştur. Bu, tedarikçi kalitesi ile ilgili ölçümlerin yüksek güvenilirlikte olduğunu ifade etmektedir. Eğitim alt boyutunda ise Cronbach's Alpha değeri 0,862'dir. Bu, eğitim ile ilgili algıların yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. Ürün tasarımı alt boyutunun güvenilirliği 0,941 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, ürün tasarımı ile ilgili ölçümlerin çok yüksek güvenilirlikte olduğunu göstermektedir. Süreçlerin yönetimi alt boyutunun güvenilirliği ise 0,925'tir. Bu, süreç yönetimi ile ilgili ölçümlerin güvenilir olduğunu ifade etmektedir. Son olarak, performans alt

boyutunun güvenilirliği 0,893 olarak bulunmuştur. Bu değer, performans ile ilgili algıların yüksek güvenilirlikte ölçüldüğünü göstermektedir.

Tablo 4'te çalışma ile ilgili normallik testi sonuçları sunulmuştur.

Tablo 3. Normallik Testi

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	Sd	P	İstatistik	Sd	P
Müşteri Odaklılık	0,153	205	,000	0,897	205	,000
Liderlik	0,155	205	,000	0,945	205	,000
Sürekli İyileştirme	0,154	205	,000	0,944	205	,000
Takım Çalışması	0,114	205	,000	0,961	205	,000
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	0,159	205	,000	0,936	205	,000
Eğitim	0,177	205	,000	0,918	205	,000
Ürün Tasarımı	0,210	205	,000	0,875	205	,000
Süreç Yönetimi	0,156	205	,000	0,930	205	,000
Performans	0,176	205	,000	0,893	205	,000

a. Lilliefors Anlamlılık Düzeltmesi Sd: Serbestlik Derecesi P: Sig.

Hem Kolmogorov-Smirnov hem de Shapiro-Wilk testlerinin sonuçları, her bir değişkenin normal dağılıma uymadığını göstermektedir ($p < 0,05$).

Tablo 4. Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği Alt Boyutlarına Ait Normal Dağılım Testi Sonuçları

	İstatistik	Sd	P	Skewness	Kurtosis	Mean	Median
Müşteri Odaklılık	,897	205	,000	-1,498	4,181	3,74	3,86
Liderlik	,945	205	,000	-,846	1,584	3,67	3,75
Sürekli İyileştirme	,944	205	,000	-,658	,462	3,51	3,75
Takım Çalışması	,961	205	,000	-,520	-,175	3,11	3,20
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	,936	205	,000	-,848	1,265	3,15	3,14
Eğitim	,918	205	,000	-,952	,912	3,64	3,83
Ürün Tasarımı	,875	205	,000	-1,046	1,169	3,57	3,80
Süreç Yönetimi	,930	205	,000	-,729	,102	3,22	3,50
Performans	,893	205	,000	-1,215	2,282	3,78	4,00
TKY	,911	205	,000	-1,206	2,289	3,50	3,65

Yapılan normal dağılım analizi sonucunda, Toplam Kalite Yönetimi ölçeğinin ve alt boyutlarının verilerinin normal dağılmadığı tespit edilmiştir. Ancak, Tablo 5'te sunulan verilere göre, normal dağılımın diğer kriterleri olan basıklık ve çarpıklık değerleri, ortalama ve medyan değerlerinin birbirine yakın olması ve örneklem büyüklüğünün Merkezi Limit Teoremi gereği 30 veya daha fazla olması gibi

faktörler göz önüne alındığında, verilerin normal dağılımdan çok fazla sapmadığı sonucuna varılmıştır.

Normal dağılımın diğer bir kriteri olan basıklık ve çarpıklık değerlerinin $\pm 1,5$ aralığında olması (Tabachnick ve Fidell, 2013) normal dağılım için kabul edilebilir sayılmıştır. Ayrıca, +2 ile -2 aralığındaki verilerin de normal dağılım gösterdiği kabul edilmektedir (George ve Mallery 2010; HahsVaughn ve Lomax, 2013; Hair, Black, Babin, Anderson ve Tatham, 2006). Hatta Kline'a (2011: 63) göre normallik varsayımının sağlandığının kabul edilmesi için çarpıklık ve basıklık değerlerinin 3'ten küçük olması kabul edilebilir sayılmıştır. Bu çalışmada da nicel verilerin normal dağıldığı varsayılmıştır. Bu nedenle, analizler parametrik testlerle devam edilmiştir.

Tablo 5. TKY Ölçeğine Ait Ortalama ve Standart Sapma Değerler

Maddeler	(%) Kesinlikle Katılmıyorum	(%) Katılmıyorum	(%) Kararsızım	(%) Katılıyorum	(%) Kesinlikle Katılıyorum	(%) Toplam	Ortalama	Standart Sapma
M1 Hasta şikayetlerini çözümlmek için etkin süreçlere sahibiz	3,90	9,76	14,15	60,00	12,20	100	3,67	0,95
M2 Hastalar ara sıra bizi ziyaret eder.	15,61	31,71	11,71	37,07	3,90	100	2,82	1,20
M3 Hastaların mevcut ve gelecekteki ihtiyaçlarını karşılız.	1,46	3,41	9,76	66,34	19,02	100	3,98	0,75
M4 Süreçlerimiz ve faaliyetlerimiz hastaların memnuniyetine odaklanmıştır	1,95	3,41	8,29	59,51	26,83	100	4,06	0,81
M5 Yöneticiler hasta memnuniyetini artıran faaliyetleri teşvik etmektedir.	1,95	8,29	11,22	56,10	22,44	100	3,89	0,91
M6 Hastaları memnun etme, onların beklentilerini karşılama en önemli şeydir.	2,93	6,34	14,63	55,61	20,49	100	3,84	0,92
M7 Üst yöneticiler hastaların önemini azaltacak şekilde davranmazlar	1,95	3,41	15,61	58,05	20,98	100	3,93	0,82
Müşteri Odaklılık Genel Ortalama ve Standart Sapma							3,74	0,62
L1 Kalite performansından hastane üst yönetimi sorumludur	1,46	10,24	10,73	56,10	21,46	100	3,86	0,92
L2 Hasta memnuniyetini sistematik ve düzenli olarak ölçeriz	3,90	10,24	19,02	51,22	15,61	100	3,64	0,99
L3 Üst yönetim uzun dönemli kalite geliştirme süreçlerini destekler	0,98	5,37	22,44	55,12	16,10	100	3,80	0,81
L4 Büyük bölümlerin yöneticileri kalite geliştirme süreçlerine katılır	0,98	8,29	22,44	53,17	15,12	100	3,73	0,85
L5 Üst yönetim kârı artırmak için kalitenin nasıl geliştirilmesi gerektiğini dikkate alır	1,46	7,80	20,98	58,54	11,22	100	3,70	0,83
L6 Kalite planları oldukça ayrıntılıdır	1,95	11,71	19,51	51,71	15,12	100	3,66	0,94
L7 Çevre koruma konulan öngörülü şekilde yönetilir.	2,93	11,22	28,78	50,24	6,83	100	3,47	0,89
L8 Üst yönetim “en iyi uygulama” için gereken katılım ve sorumluluk kültürünü destekler	2,44	10,24	28,78	51,22	7,32	100	3,51	0,87
Liderlik Genel Ortalama ve Standart Sapma							3,67	0,69

SI1	Hastanemiz bütün, hizmetlerin ve süreçlerin geliştirilmesine önem verir	1,95	11,71	17,07	55,12	14,15	100	3,68	0,93
SI2	Çalışanlar süreçlerin yenilenmesi ve değişimi için öneri sunabilmektedir.	4,39	16,10	20,49	48,78	10,24	100	3,44	1,02
SI3	Hizmetlerin çoğu yakın geçmişte geliştirilmiştir.	2,44	9,27	26,83	54,63	6,83	100	3,54	0,85
SI4	Hastanemiz geliştirdiğimiz hizmetler için övgü almaktadır.	6,34	11,71	28,78	44,39	8,78	100	3,38	1,01
İyileştirme Genel Ortalama ve Standart Sapma								3,51	0,80
TÇ1	Kalite çemberleri ve çalışanların katılımını sağlayan programlar hastanede kullanılır	3,90	12,68	30,73	50,24	2,44	100	3,35	0,88
TÇ2	Yöneticiler karar verirken tüm çalışanları dikkate alır	14,63	23,90	32,20	26,83	2,44	100	2,79	1,07
TÇ3	Çalışanlar hastane faaliyetleri hakkında fikirlerini ve önerilerini söyleyebilir.	11,22	18,05	33,66	34,63	2,44	100	2,99	1,04
TÇ4	Hastanemiz faaliyet kararlarında personele yetki verir	7,32	16,59	38,05	34,63	3,41	100	3,10	0,97
TÇ5	Kalite çemberleri ve çalışanların katılımını sağlayan programlar hastanede kullanılır	3,90	11,22	34,15	48,29	2,44	100	3,34	0,86
Takım Çalışması Genel Ortalama ve Standart Sapma								3,11	0,80
TK1	Hastanemizin isteklerini karşılayan tedarikçilerle uzun vadeli ilişkileri tercih eder	1,46	7,32	43,41	46,34	1,46	100	3,39	0,71
TK2	Yöneticiler fiyattan daha ziyade kaliteye dayalı birkaç tedarikçi ile çal. tercih eder	10,24	18,54	38,54	30,24	2,44	100	2,96	1,00
TK3	Tedarikçiler kalite teslimat ve fiyat açısından değerlendirilir	6,34	11,20	44,88	36,10	1,50	100	3,15	0,88
TK4	Tedarikçilere eğitim verilir.	5,37	10,73	59,51	22,93	1,46	100	3,04	0,78
TK5	Tedarikçilere teknik yardım verilir.	5,85	9,27	60,00	23,90	0,98	100	3,05	0,78
TK6	Tedarikçiler, hastanenin ürün geliştirme sürecine katılır	5,85	8,78	60,00	23,41	1,95	100	3,07	0,80
TK7	Yöneticiler hastaneye tedarikçiler arasındaki iş birliğini artırmaya önem verir.	5,37	8,78	31,71	52,68	1,46	100	3,36	0,87
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi Genel Ortalama ve Standart Sapma								3,15	0,66
E1	Hastanemiz çalışanlara özel çalışma yetenekleri hakkında eğitim verir.	3,90	16,10	25,37	43,90	10,73	100	3,41	1,01
E2	Hastanemiz çalışanlara kalite ile ilişkili eğitim verir	0,49	6,34	5,37	60,49	27,32	100	4,08	0,79
E3	Yönetici ve denetçilere kalite ile ilişkili eğitim verilir	1,95	3,90	15,12	56,10	22,93	100	3,94	0,84
E4	Tüm hastane çalışanlarına "Toplam Kalite felsefesi" hakkında eğitim verilir.	2,44	9,27	14,63	60,00	13,66	100	3,73	0,90
E5	Tüm hastane çalışanlarına temel istatistiksel teknikler hakkında eğitim verilir.	4,39	15,61	31,71	43,90	4,39	100	3,28	0,93
E6	Çalışanlara problem çözme konusunda eğitim verilir	6,34	12,68	20,00	55,61	5,40	100	3,41	0,99
Eğitim Genel Ortalama ve Standart Sapma								3,64	0,70
U1	Hizmet sunulmadan önce gözden geçirilir	2,93	5,37	19,50	64,88	7,32	100	3,68	0,81
U2	Yeni hizmetler için sürekli araştırma yapılır	4,39	8,78	26,34	54,63	5,85	100	3,49	0,90

U3	Müşteri hizmetleri, pazarlama ve halkla ilişkiler personeli kaliteye önem verir.	2,44	10,24	23,90	57,56	5,90	100	3,54	0,85
U4	Hizmet geliştirme sürecinde etkili olan bölümler arasında koordinasyon vardır	1,95	9,27	21,95	61,46	5,37	100	3,59	0,81
U5	Yeni hizmetler maliyet veya program hedeflerine ilişkin olarak belirlenir	1,46	8,78	25,85	60,49	3,41	100	3,56	0,76
Ürün Tasarımı Genel Ortalama ve Standart Sapma								3,57	0,74
S1	Tedarikçilerden gelen malzemelerin kalitesini ölçen etkili bir sistem vardır	10,24	19,02	42,93	23,90	3,90	100	2,92	1,00
S2	Hizmetin kalitesini ölçen etkili bir ekibe sahibiz	7,32	14,63	39,51	35,12	3,41	100	3,13	0,96
S3	Çalışma talimatları hastane çapında standartlaştırılır	4,39	11,20	22,93	58,05	3,41	100	3,45	0,90
S4	Hizmet süreçlerin kontrolü en iyi şekilde uygulanır	4,88	12,20	26,34	53,17	3,41	100	3,38	0,92
Süreçlerin Yönetimi Genel Ortalama ve Standart Sapma								3,22	0,85
P1	Hasta sayıları sürekli kontrol edilir	3,90	4,88	6,34	45,85	39,02	100	4,11	1,00
P2	Hizmet kalitesi sürekli kontrol edilir	2,93	6,34	12,20	50,24	28,29	100	3,95	0,96
P3	Personel verimliliği sürekli kontrol edilir	3,90	7,80	16,10	54,15	18,05	100	3,75	0,97
P4	Pazar payında artış kontrol edilir	2,93	10,73	37,56	39,50	9,27	100	3,41	0,91
P5	Müşteri memnuniyet düzeyi kontrol edilir	3,90	4,88	25,90	51,22	14,10	100	3,67	0,92
Performans Genel Ortalama ve Standart Sapma								3,78	0,80
TKY Genel Ortalama ve Standart Sapma								3,50	0,57

Tablo 6’da çalışma ile ilgili ortalama ve standart sapma değerleri sunulmuştur. Bu veriler, anketin sonuçlarını özetlemektedir. Genel olarak, katılımcılar, hastanelerin hasta memnuniyeti ve kalite yönetimi konularında olumlu bir algıya sahiptir. Özellikle “Hasta şikayetlerini çözümlmek için etkin süreçlere sahibiz (M1)” ve “Süreçlerimiz ve faaliyetlerimiz hastaların memnuniyetine odaklanmıştır (M4)” gibi maddelerde yüksek memnuniyet oranları göze çarpmaktadır. Bununla birlikte, “Yöneticiler karar verirken tüm çalışanları dikkate alır (TÇ2)” gibi bazı maddelerde daha düşük memnuniyet oranları ve yüksek kararsızlık gözlemlenmektedir. Genel ortalamalar 3,50 civarında olup, bu da katılımcıların genelde olumlu bir görüşe sahip olduklarını, ancak bazı alanlarda iyileştirme fırsatlarının bulunduğunu göstermektedir. Standart sapmalar ise genel olarak 0,70 civarında, bu da katılımcıların görüşlerinde nispeten tutarlı olduklarını işaret etmektedir. Özellikle, “Müşteri Odaklılık” ve “Liderlik” alanlarında ortalamalar daha yüksek olup, “Takım Çalışması” ve “Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi” alanlarında ortalamalar nispeten daha düşük çıkmıştır. Bu durum, hastane yönetiminin liderlik ve müşteri odaklılık konusunda güçlü olduğu, ancak takım çalışması ve tedarikçi yönetimi konularında iyileştirme alanları bulunduğunu göstermektedir.

6.3. Bağımsız Örneklem T-Testi ve ANOVA Sonuçları

Bu bölümde TKY ölçeği ve alt boyutlarının katılımcıların demografik bilgilerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği analiz edilmiştir.

Tablo 6. TKY Ölçeği: Cinsiyete Göre T-Testi Sonuçları

	Cinsiyet	n	X	SS	Levene Test			
					F	p	t	p
Müşteri Odaklılık	Kadın	168	3,72	0,66	8,220	0,005	-1,103	0,271
	Erkek	37	3,84	0,35				
Liderlik	Kadın	168	3,68	0,70	0,110	0,740	0,426	0,670
	Erkek	37	3,63	0,64				
Süreç İyileştirme	Kadın	168	3,46	0,82	1,614	0,205	-1,735	0,084
	Erkek	37	3,72	0,72				
Takım Çalışması	Kadın	168	3,10	0,80	0,010	0,920	-0,501	0,617
	Erkek	37	3,17	0,80				
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Kadın	168	3,16	0,63	0,846	0,359	0,584	0,560
	Erkek	37	3,09	0,77				
Eğitim	Kadın	168	3,63	0,72	0,654	0,420	-0,440	0,661
	Erkek	37	3,69	0,61				
Ürün Tasarımı	Kadın	168	3,57	0,74	0,170	0,681	-0,206	0,837
	Erkek	37	3,59	0,75				
Süreçlerin Yönetimi	Kadın	168	3,25	0,81	3,119	0,079	1,092	0,276
	Erkek	37	3,08	1,02				
Performans	Kadın	168	3,78	0,75	2,694	0,102	0,175	0,861
	Erkek	37	3,76	0,98				
TKY Genel	Kadın	168	3,50	0,57	0,113	0,737	-0,188	0,851
	Erkek	37	3,52	0,56				

Tablo 7, kadın ve erkek katılımcılar arasında müşteri odaklılık, liderlik, süreç iyileştirme, takım çalışması, tedarikçi kalitesinin yönetimi, eğitim, ürün tasarımı, süreçlerin yönetimi, performans ve toplam kalite yönetimi (TKY) genel skorları açısından fark olup olmadığını anlamak için yapılan istatistiksel analizleri göstermektedir. Levene testi, gruplar arasındaki varyansların eşit olup olmadığını test ederken, t-testleri gruplar arasındaki ortalama farkları incelemektedir.

Tablo 7 üzerinden yapılan genel değerlendirmede;

- ✓ **Müşteri Odaklılık:** Kadın ve erkek katılımcılar arasında ortalama puanlarda bir fark vardır (Kadın: 3,72; Erkek: 3,84). Levene testi ($p = 0,005$) varyansların eşit olmadığını gösterir. Ancak, t-testi sonuçları ($t = -1,103$, $p = 0,271$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını gösterir.

- ✓ **Liderlik:** Ortalama puanlar kadınlar için 3,68, erkekler için 3,63'tür. Levene testi ($p = 0,740$) varyansların eşit olduğunu gösterir. t-testi sonuçları ($t = 0,426$, $p = 0,670$) anlamlı bir fark olmadığını gösterir.
- ✓ **Süreç İyileştirme:** Kadınların ortalama puanı 3,46, erkeklerin ise 3,72'dir. Levene testi ($p = 0,205$) varyansların eşit olduğunu, t-testi ($t = -1,735$, $p = 0,084$) ise farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterir.
- ✓ **Takım Çalışması:** Kadınların ortalama puanı 3,10, erkeklerin ise 3,17'dir. Levene testi ($p = 0,920$) varyansların eşit olduğunu gösterir. t-testi sonuçları ($t = -0,501$, $p = 0,627$) anlamlı bir fark olmadığını gösterir.
- ✓ **Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi:** Kadınlar için ortalama 3,16, erkekler için 3,09'dur. Levene testi ($p = 0,359$) varyansların eşit olduğunu, t-testi sonuçları ($t = 0,584$, $p = 0,560$) ise farkın anlamlı olmadığını gösterir.
- ✓ **Eğitim:** Kadınların ortalama puanı 3,63, erkeklerin ise 3,69'dur. Levene testi ($p = 0,420$) varyansların eşit olduğunu gösterir. t-testi sonuçları ($t = -0,440$, $p = 0,661$) farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterir.
- ✓ **Ürün Tasarımı:** Kadınların ortalama puanı 3,57, erkeklerin ise 3,59'dur. Levene testi ($p = 0,681$) varyansların eşit olduğunu, t-testi sonuçları ($t = -0,206$, $p = 0,837$) farkın anlamlı olmadığını gösterir.
- ✓ **Süreçlerin Yönetimi:** Kadınların ortalama puanı 3,25, erkeklerin ise 3,08'dir. Levene testi ($p = 0,079$) varyansların eşit olduğunu, t-testi sonuçları ($t = 1,092$, $p = 0,276$) farkın anlamlı olmadığını gösterir.
- ✓ **Performans:** Kadınların ortalama puanı 3,78, erkeklerin ise 3,76'dır. Levene testi ($p = 0,102$) varyansların eşit olduğunu, t-testi sonuçları ($t = 0,175$, $p = 0,861$) farkın anlamlı olmadığını gösterir.
- ✓ **TKY Genel:** Kadınların ortalama puanı 3,50, erkeklerin ise 3,52'dir. Levene testi ($p = 0,737$) varyansların eşit olduğunu, t-testi sonuçları ($t = -0,188$, $p = 0,851$) farkın anlamlı olmadığını gösterir.

Bu analiz sonuçlarına göre, cinsiyetler arasında belirtilen tüm alanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Bu durum, kadın ve erkek katılımcıların müşteri odaklılık, liderlik, süreç iyileştirme, takım çalışması, tedarikçi kalitesinin

yönetimi, eğitim, ürün tasarımı, süreçlerin yönetimi ve performans gibi konulardaki algı ve tutumlarının birbirine oldukça benzer olduğunu göstermektedir. Bu verilere göre, “Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık vardır (H_{1a})” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 7. TKY Ölçeği: Medeni Duruma Göre T-Testi Sonuçları

	Medeni Durum	n	X	SS	Levene Test																																																																																																																			
					F	p	t	p																																																																																																																
Müşteri Odaklılık	Evli	171	3,74	0,63	1,231	0,268	-0,074	0,941																																																																																																																
	Bekar	34	3,75	0,54					Liderlik	Evli	171	3,67	0,69	0,416	0,520	-0,008	0,994	Bekar	34	3,67	0,69	Süreç İyileştirme	Evli	171	3,52	0,81	0,000	0,984	0,602	0,548	Bekar	34	3,43	0,80	Takım Çalışması	Evli	171	3,11	0,78	1,274	0,260	-0,129	0,897	Bekar	34	3,13	0,93	Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Evli	171	3,15	0,64	0,802	0,372	0,277	0,782	Bekar	34	3,12	0,75	Eğitim	Evli	171	3,66	0,66	7,559	0,007	0,586	0,558	Bekar	34	3,58	0,89	Ürün Tasarımı	Evli	171	3,62	0,69	5,981	0,015	1,891	0,060	Bekar	34	3,35	0,96	Süreçlerin Yönetimi	Evli	171	3,24	0,78	14,183	0,000	0,762	0,447	Bekar	34	3,12	1,15	Performans	Evli	171	3,79	0,75	2,623	0,107	0,527	0,599	Bekar	34	3,71	0,99	TKY Genel	Evli	171	3,51	0,54	3,897	0,050	0,568
Liderlik	Evli	171	3,67	0,69	0,416	0,520	-0,008	0,994																																																																																																																
	Bekar	34	3,67	0,69					Süreç İyileştirme	Evli	171	3,52	0,81	0,000	0,984	0,602	0,548	Bekar	34	3,43	0,80	Takım Çalışması	Evli	171	3,11	0,78	1,274	0,260	-0,129	0,897	Bekar	34	3,13	0,93	Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Evli	171	3,15	0,64	0,802	0,372	0,277	0,782	Bekar	34	3,12	0,75	Eğitim	Evli	171	3,66	0,66	7,559	0,007	0,586	0,558	Bekar	34	3,58	0,89	Ürün Tasarımı	Evli	171	3,62	0,69	5,981	0,015	1,891	0,060	Bekar	34	3,35	0,96	Süreçlerin Yönetimi	Evli	171	3,24	0,78	14,183	0,000	0,762	0,447	Bekar	34	3,12	1,15	Performans	Evli	171	3,79	0,75	2,623	0,107	0,527	0,599	Bekar	34	3,71	0,99	TKY Genel	Evli	171	3,51	0,54	3,897	0,050	0,568	0,571	Bekar	34	3,45	0,69								
Süreç İyileştirme	Evli	171	3,52	0,81	0,000	0,984	0,602	0,548																																																																																																																
	Bekar	34	3,43	0,80					Takım Çalışması	Evli	171	3,11	0,78	1,274	0,260	-0,129	0,897	Bekar	34	3,13	0,93	Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Evli	171	3,15	0,64	0,802	0,372	0,277	0,782	Bekar	34	3,12	0,75	Eğitim	Evli	171	3,66	0,66	7,559	0,007	0,586	0,558	Bekar	34	3,58	0,89	Ürün Tasarımı	Evli	171	3,62	0,69	5,981	0,015	1,891	0,060	Bekar	34	3,35	0,96	Süreçlerin Yönetimi	Evli	171	3,24	0,78	14,183	0,000	0,762	0,447	Bekar	34	3,12	1,15	Performans	Evli	171	3,79	0,75	2,623	0,107	0,527	0,599	Bekar	34	3,71	0,99	TKY Genel	Evli	171	3,51	0,54	3,897	0,050	0,568	0,571	Bekar	34	3,45	0,69																					
Takım Çalışması	Evli	171	3,11	0,78	1,274	0,260	-0,129	0,897																																																																																																																
	Bekar	34	3,13	0,93					Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Evli	171	3,15	0,64	0,802	0,372	0,277	0,782	Bekar	34	3,12	0,75	Eğitim	Evli	171	3,66	0,66	7,559	0,007	0,586	0,558	Bekar	34	3,58	0,89	Ürün Tasarımı	Evli	171	3,62	0,69	5,981	0,015	1,891	0,060	Bekar	34	3,35	0,96	Süreçlerin Yönetimi	Evli	171	3,24	0,78	14,183	0,000	0,762	0,447	Bekar	34	3,12	1,15	Performans	Evli	171	3,79	0,75	2,623	0,107	0,527	0,599	Bekar	34	3,71	0,99	TKY Genel	Evli	171	3,51	0,54	3,897	0,050	0,568	0,571	Bekar	34	3,45	0,69																																		
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Evli	171	3,15	0,64	0,802	0,372	0,277	0,782																																																																																																																
	Bekar	34	3,12	0,75					Eğitim	Evli	171	3,66	0,66	7,559	0,007	0,586	0,558	Bekar	34	3,58	0,89	Ürün Tasarımı	Evli	171	3,62	0,69	5,981	0,015	1,891	0,060	Bekar	34	3,35	0,96	Süreçlerin Yönetimi	Evli	171	3,24	0,78	14,183	0,000	0,762	0,447	Bekar	34	3,12	1,15	Performans	Evli	171	3,79	0,75	2,623	0,107	0,527	0,599	Bekar	34	3,71	0,99	TKY Genel	Evli	171	3,51	0,54	3,897	0,050	0,568	0,571	Bekar	34	3,45	0,69																																															
Eğitim	Evli	171	3,66	0,66	7,559	0,007	0,586	0,558																																																																																																																
	Bekar	34	3,58	0,89					Ürün Tasarımı	Evli	171	3,62	0,69	5,981	0,015	1,891	0,060	Bekar	34	3,35	0,96	Süreçlerin Yönetimi	Evli	171	3,24	0,78	14,183	0,000	0,762	0,447	Bekar	34	3,12	1,15	Performans	Evli	171	3,79	0,75	2,623	0,107	0,527	0,599	Bekar	34	3,71	0,99	TKY Genel	Evli	171	3,51	0,54	3,897	0,050	0,568	0,571	Bekar	34	3,45	0,69																																																												
Ürün Tasarımı	Evli	171	3,62	0,69	5,981	0,015	1,891	0,060																																																																																																																
	Bekar	34	3,35	0,96					Süreçlerin Yönetimi	Evli	171	3,24	0,78	14,183	0,000	0,762	0,447	Bekar	34	3,12	1,15	Performans	Evli	171	3,79	0,75	2,623	0,107	0,527	0,599	Bekar	34	3,71	0,99	TKY Genel	Evli	171	3,51	0,54	3,897	0,050	0,568	0,571	Bekar	34	3,45	0,69																																																																									
Süreçlerin Yönetimi	Evli	171	3,24	0,78	14,183	0,000	0,762	0,447																																																																																																																
	Bekar	34	3,12	1,15					Performans	Evli	171	3,79	0,75	2,623	0,107	0,527	0,599	Bekar	34	3,71	0,99	TKY Genel	Evli	171	3,51	0,54	3,897	0,050	0,568	0,571	Bekar	34	3,45	0,69																																																																																						
Performans	Evli	171	3,79	0,75	2,623	0,107	0,527	0,599																																																																																																																
	Bekar	34	3,71	0,99					TKY Genel	Evli	171	3,51	0,54	3,897	0,050	0,568	0,571	Bekar	34	3,45	0,69																																																																																																			
TKY Genel	Evli	171	3,51	0,54	3,897	0,050	0,568	0,571																																																																																																																
	Bekar	34	3,45	0,69																																																																																																																				

Tablo 8, evli ve bekar katılımcılar arasında müşteri odaklılık, liderlik, süreç iyileştirme, takım çalışması, tedarikçi kalitesinin yönetimi, eğitim, ürün tasarımı, süreçlerin yönetimi, performans ve toplam kalite yönetimi (TKY) genel skorlarının farklılaşıp farklılaşmadığını incelemektedir. Tabloya göre T-testi sonuçları, gruplar arasındaki ortalamaların anlamlı bir fark gösterip göstermediğini değerlendirmektedir. p değeri 0,05’ten büyükse fark anlamlı değildir. Tüm alt boyutlar için p değerleri 0,05’ten büyüktür. Bu da medeni durumun TKY ve alt boyutlarında anlamlı bir fark

yaratmadığını göstermektedir. En yakın fark Ürün Tasarımı alt boyutunda görülmektedir ($p = 0,060$), ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmez. Bu bulgular, evli ve bekar katılımcılar arasında TKY ve alt boyutlarına yönelik tutumlarda anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. Medeni durumun, bu alanlarda belirleyici bir etkisi olmadığı söylenebilir. Bu verilere göre, “Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık vardır (H_1b)” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 8. TKY Ölçeği: Kalite Eğitimi Alma Değişkenine Göre T-Testi Sonuçları

	Kalite Eğitimi Alma	n	X	SS	Levene Test			
					F	p	t	p
Müşteri Odaklılık	Evet	184	3,76	0,59	5,769	0,017	1,388	0,167
	Hayır	21	3,56	0,79				
Liderlik	Evet	184	3,73	0,66	0,234	0,629	3,536	0,001
	Hayır	21	3,18	0,72				
Süreç İyileştirme	Evet	184	3,57	0,76	6,910	0,009	2,981	0,003
	Hayır	21	3,02	1,05				
Takım Çalışması	Evet	184	3,18	0,74	9,073	0,003	3,923	0,000
	Hayır	21	2,49	1,03				
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Evet	184	3,19	0,64	1,617	0,205	3,183	0,002
	Hayır	21	2,72	0,73				
Eğitim	Evet	184	3,75	0,61	3,627	0,058	7,516	0,000
	Hayır	21	2,67	0,73				
Ürün Tasarımı	Evet	184	3,64	0,69	4,950	0,027	4,262	0,000
	Hayır	21	2,94	0,91				
Süreçlerin Yönetimi	Evet	184	3,29	0,82	1,489	0,224	3,796	0,000
	Hayır	21	2,57	0,91				
Performans	Evet	184	3,82	0,77	2,484	0,117	2,200	0,029
	Hayır	21	3,42	0,96				
TKY Genel	Evet	184	3,56	0,53	2,834	0,094	4,641	0,000
	Hayır	21	2,98	0,67				

Tablo 9’da, “Kalite eğitimi aldınız mı?” sorusuna verilen “Evet” ve “Hayır” yanıtlarına göre TKY ve alt boyutları arasında anlamlı farklılık olup olmadığını test eden bağımsız örneklem T-testinin sonuçları sunulmuştur. T-testi, “Evet” ve “Hayır” diyen

gruplar arasındaki ortalamalar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını göstermektedir. P değeri 0,05'ten küçükse fark anlamlı kabul edilmektedir.

Liderlik, süreç iyileştirme, takım çalışması, tedarikçi kalitesinin yönetimi, eğitim, ürün tasarımı, süreçlerin yönetimi ve TKY Genel skorlarında eğitim alanlar ile almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Bu alt boyutlarda eğitim alanlar genellikle daha yüksek ortalamalara sahiptir.

Kalite eğitimi alan katılımcıların, toplam kalite yönetimi ve alt boyutlarında daha yüksek değerlere sahip oldukları görülmektedir. Bu durum, kalite eğitiminin çalışanların TKY algısını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bu verilere göre, “Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile kalite eğitimi alma değişkeni arasında anlamlı bir farklılık vardır (H_{1c})” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 9. TKY Ölçeği ve Alt Boyutları: Yaş Gruplarına Göre ANOVA Sonuçları

	Yaş	N	X	SS	F	p	Fark
Müşteri Odaklılık	23-28 yaş arası	40	3,82	0,44	0,833	0,505	-
	29-34 yaş arası	62	3,81	0,44			
	35-40 yaş arası	55	3,67	0,72			
	41-46 yaş arası	35	3,62	0,73			
	47 ve üzeri	13	3,79	0,95			
Liderlik	23-28 yaş arası	40	3,78	0,50	0,965	0,428	-
	29-34 yaş arası	62	3,75	0,58			
	35-40 yaş arası	55	3,55	0,74			
	41-46 yaş arası	35	3,60	0,83			
	47 ve üzeri	13	3,70	0,95			
Süreç İyileştirme	23-28 yaş arası	40	3,61	0,70	0,201	0,938	-
	29-34 yaş arası	62	3,47	0,65			
	35-40 yaş arası	55	3,51	0,83			
	41-46 yaş arası	35	3,48	1,02			
	47 ve üzeri	13	3,46	1,08			
Takım Çalışması	23-28 yaş arası	40	3,30	0,72	0,709	0,587	-
	29-34 yaş arası	62	3,08	0,76			
	35-40 yaş arası	55	3,05	0,81			
	41-46 yaş arası	35	3,05	0,92			
	47 ve üzeri	13	3,17	0,88			
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	23-28 yaş arası	40	3,26	0,61	0,853	0,493	-
	29-34 yaş arası	62	3,18	0,62			
	35-40 yaş arası	55	3,07	0,72			
	41-46 yaş arası	35	3,04	0,76			
	47 ve üzeri	13	3,24	0,44			
Eğitim	23-28 yaş arası	40	3,73	0,51	0,439	0,780	-
	29-34 yaş arası	62	3,69	0,71			
	35-40 yaş arası	55	3,58	0,68			
	41-46 yaş arası	35	3,56	0,86			
	47 ve üzeri	13	3,63	0,86			
Ürün Tasarımı	23-28 yaş arası	40	3,73	0,57	0,874	0,481	-
	29-34 yaş arası	62	3,57	0,63			
	35-40 yaş arası	55	3,46	0,79			
	41-46 yaş arası	35	3,62	0,93			
	47 ve üzeri	13	3,43	0,95			
Süreçlerin Yönetimi	23-28 yaş arası	40	3,18	0,92	0,888	0,472	-
	29-34 yaş arası	62	3,27	0,77			
	35-40 yaş arası	55	3,07	0,90			
	41-46 yaş arası	35	3,33	0,88			
	47 ve üzeri	13	3,44	0,72			
Performans	23-28 yaş arası	40	3,77	0,62	0,187	0,945	-
	29-34 yaş arası	62	3,84	0,59			
	35-40 yaş arası	55	3,72	1,01			
	41-46 yaş arası	35	3,74	0,90			
	47 ve üzeri	13	3,82	0,93			
TKY Genel	23-28 yaş arası	40	3,59	0,42	0,663	0,619	-
	29-34 yaş arası	62	3,54	0,44			
	35-40 yaş arası	55	3,42	0,63			
	41-46 yaş arası	35	3,45	0,74			
	47 ve üzeri	13	3,54	0,74			

ANOVA testi, gruplar arasındaki ortalamaların istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterip göstermediğini test etmektedir. Tablo 10'da, ANOVA sonuçları (p değerleri) 0.05'in üzerindedir. Tablo sonuçlarına göre, yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Bu, incelenen değişkenler için yaş grupları arasında önemli bir fark olmadığını göstermektedir. Bu verilere göre, "Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık vardır (H_1d)" hipotezi reddedilmiştir.



Tablo 10. TKY Ölçeği ve Alt Boyutları: Eğitim Durumuna Göre ANOVA Sonuçları

	Eğitim Durumu	n	X	SS	F	p	Fark
Müşteri Odaklılık	Lise	18	3,72	0,65	0,629	0,597	-
	Ön Lisans	41	3,74	0,66			
	Lisans	137	3,73	0,61			
	Lisansüstü	9	4,02	0,49			
Liderlik	Lise	18	3,65	0,52	0,553	0,647	-
	Ön Lisans	41	3,75	0,71			
	Lisans	137	3,67	0,69			
	Lisansüstü	9	3,43	0,79			
Süreç İyileştirme	Lise	18	3,51	0,80	1,643	0,181	-
	Ön Lisans	41	3,70	0,79			
	Lisans	137	3,48	0,80			
	Lisansüstü	9	3,08	0,83			
Takım Çalışması	Lise	18	3,27	0,90	1,120	0,342	-
	Ön Lisans	41	3,22	0,65			
	Lisans	137	3,08	0,83			
	Lisansüstü	9	2,76	0,71			
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	Lise	18	3,43	0,60	2,550	0,057	-
	Ön Lisans	41	3,30	0,57			
	Lisans	137	3,07	0,68			
	Lisansüstü	9	3,00	0,75			
Eğitim	Lise	18	3,71	0,62	0,249	0,862	-
	Ön Lisans	41	3,70	0,70			
	Lisans	137	3,61	0,72			
	Lisansüstü	9	3,70	0,62			
Ürün Tasarımı	Lise	18	3,78	0,52	2,049	0,108	-
	Ön Lisans	41	3,65	0,67			
	Lisans	137	3,55	0,77			
	Lisansüstü	9	3,07	0,82			
Süreçlerin Yönetimi	Lise	18	3,24	0,68	0,532	0,661	-
	Ön Lisans	41	3,37	0,90			
	Lisans	137	3,18	0,86			
	Lisansüstü	9	3,14	0,92			
Performans	Lise	18	3,83	0,68	0,062	0,980	-
	Ön Lisans	41	3,80	0,71			
	Lisans	137	3,76	0,85			
	Lisansüstü	9	3,78	0,53			
TKY Genel	Lise	18	3,59	0,51	0,721	0,540	-
	Ön Lisans	41	3,59	0,56			
	Lisans	137	3,48	0,59			
	Lisansüstü	9	3,37	0,43			

Tablo 11’de, ANOVA sonuçları (p değerleri) 0.05’in üzerinde tespit edilmiştir. Tablo 11’e göre, “Hastane çalışanlarının TKY algı düzeyleri ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık vardır (H_{1e})” ile ilgili olarak, ANOVA sonuçları bu hipotezi

desteklememektedir. Eğitim durumuna göre TKY algı düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p = 0,540$). H_0 hipotezi reddedilmiştir. Bu, eğitim durumu ile TKY algı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı anlamına gelmektedir.



Tablo 11. TKY Ölçeği ve Alt Boyutları: Mesleki Deneyime Göre ANOVA Sonuçları

	Mesleki Deneyim	n	X	SS	F	p	Fark
Müşteri Odaklılık	0-5 yıl ¹	46	3,80	0,44	3,124	0,016	(1-5), (2-5), (3-4), (4-3/5), (5-1/2/4)
	6-10 yıl ²	56	3,84	0,46			
	11-15 yıl ³	47	3,63	0,75			
	16-20 yıl ⁴	25	3,94	0,45			
	21 ve üzeri ⁵	31	3,47	0,85			
Liderlik	0-5 yıl	46	3,79	0,56	1,939	0,105	-
	6-10 yıl	56	3,79	0,60			
	11-15 yıl	47	3,47	0,77			
	16-20 yıl	25	3,70	0,43			
	21 ve üzeri	31	3,57	0,95			
Süreç İyileştirme	0-5 yıl	46	3,63	0,65	0,666	0,616	-
	6-10 yıl	56	3,41	0,67			
	11-15 yıl	47	3,56	0,91			
	16-20 yıl	25	3,54	0,73			
	21 ve üzeri	31	3,40	1,08			
Takım Çalışması	0-5 yıl	46	3,30	0,72	0,816	0,516	-
	6-10 yıl	56	3,04	0,72			
	11-15 yıl	47	3,06	0,95			
	16-20 yıl	25	3,08	0,62			
	21 ve üzeri	31	3,07	0,94			
Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi	0-5 yıl	46	3,26	0,67	0,697	0,595	-
	6-10 yıl	56	3,12	0,59			
	11-15 yıl	47	3,11	0,73			
	16-20 yıl	25	3,21	0,52			
	21 ve üzeri	31	3,03	0,76			
Eğitim	0-5 yıl	46	3,73	0,61	1,361	0,249	-
	6-10 yıl	56	3,65	0,61			
	11-15 yıl	47	3,56	0,82			
	16-20 yıl	25	3,84	0,46			
	21 ve üzeri	31	3,46	0,91			
Ürün Tasarımı	0-5 yıl ¹	46	3,78	0,55	2,684	0,033	(1-2/3/5), (2-1/4), (3-1/4), (4-2/3/5), (5-1/4)
	6-10 yıl ²	56	3,46	0,67			
	11-15 yıl ³	47	3,46	0,88			
	16-20 yıl ⁴	25	3,83	0,47			
	21 ve üzeri ⁵	31	3,42	0,96			
Süreçlerin Yönetimi	0-5 yıl	46	3,27	0,90	0,231	0,921	-
	6-10 yıl	56	3,16	0,82			
	11-15 yıl	47	3,16	0,93			
	16-20 yıl	25	3,28	0,68			
	21 ve üzeri	31	3,29	0,89			
Performans	0-5 yıl	46	3,80	0,58	0,564	0,689	-
	6-10 yıl	56	3,77	0,75			
	11-15 yıl	47	3,74	0,99			
	16-20 yıl	25	3,97	0,52			
	21 ve üzeri	31	3,66	1,01			
TKY Genel	0-5 yıl	46	3,61	0,43	1,261	0,287	-
	6-10 yıl	56	3,50	0,45			
	11-15 yıl	47	3,42	0,69			
	16-20 yıl	25	3,61	0,37			
	21 ve üzeri	31	3,38	0,81			

Tablo 12’de, mesleki deneyim süresi açısından gruplar arasındaki farklılıkların değerlendirilmesi yapılmıştır. Varyansların homojenlik testi sonucunda varyanslar homojen bulunmuş ($p>0,05$), dolayısıyla LSD testi kullanılmıştır.

Müşteri odaklılık değişkeni için;

- ✓ 0-5 yıl ile 21 ve üzeri: 0-5 yıl deneyimi olan bireylerin müşteri odaklılık puanı, 21 yıl ve üzeri deneyimi olanlardan anlamlı şekilde düşük tespit edilmiştir ($p=0,021$). 0-5 yıl deneyim grubundaki bireylerin ortalama puanı 21 ve üzeri deneyim grubundakilerden %32.7 daha düşüktür.
- ✓ 6-10 yıl ile 21 ve üzeri: 6-10 yıl deneyimi olanların müşteri odaklılık puanı, 21 yıl ve üzeri deneyimi olanlardan anlamlı şekilde düşük tespit edilmiştir ($p=0,007$). 6-10 yıl deneyim grubundaki bireylerin ortalama puanı 21 ve üzeri deneyim grubundakilerden %36.7 daha düşüktür.
- ✓ 11-15 yıl ile 16-20 yıl: 11-15 yıl deneyimi olan bireylerin müşteri odaklılık puanı, 16-20 yıl deneyimi olanlardan anlamlı şekilde düşük tespit edilmiştir ($p=0,037$). 11-15 yıl deneyim grubundaki bireylerin ortalama puanı 16-20 yıl deneyim grubundakilerden %31.4 daha yüksektir.

Ürün tasarımı değişkeni için;

- ✓ 0-5 yıl ile 6-10 yıl: 0-5 yıl deneyimi olan bireylerin ürün tasarımı puanı, 6-10 yıl deneyimi olanlardan anlamlı şekilde düşüktür ($p=0,028$). 0-5 yıl deneyim grubundaki bireylerin ortalama puanı 6-10 yıl deneyim grubundakilerden %32.2 daha düşüktür.
- ✓ 0-5 yıl ile 11-15 yıl: 0-5 yıl deneyimi olanların ürün tasarımı puanı, 11-15 yıl deneyimi olanlardan anlamlı şekilde düşüktür ($p=0,034$). 0-5 yıl deneyim grubundaki bireylerin ortalama puanı 11-15 yıl deneyim grubundakilerden %32.3 daha düşüktür.
- ✓ 0-5 yıl ile 21 ve üzeri: 0-5 yıl deneyimi olanların ürün tasarımı puanı, 21 yıl ve üzeri deneyimi olanlardan anlamlı şekilde düşüktür ($p=0,034$). 0-5 yıl deneyim grubundaki bireylerin ortalama puanı 21 ve üzeri deneyim grubundakilerden %36.3 daha düşüktür.

6.4. KMO Değerler Tablosu

KMO değerlendirmesinde, 51 maddeyi içeren korelasyon matrisinin incelenmesi sonucunda, müşteri odaklılık, liderlik, sürekli iyileştirme, takım çalışması, tedarikçi kalitesinin yönetimi, eğitim, ürün tasarımı, süreç yönetimi ve performans gibi değişkenler arasında korelasyon bulunmuştur.

Tablo 12. KMO Değerler Tablosu

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,921
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	9478,978
	df	1275
	Sig.	,000

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri ile ilgili bilgiler Tablo 5’te sunulmuştur. Buna göre, KMO değeri 0,92 olarak tespit edilmiştir. Bu değer, faktör analizinin uygunluğunu gösteren minimum 0,60 değerinin oldukça üzerindedir (Kaiser, 1970). Ayrıca, Bartlett küresellik testi sonuçları ($\chi^2(1275)=9478,978$; $p < .0005$), korelasyon matrisinin faktörlere ayrılabilir olduğunu desteklemektedir.

6.5.Korelasyon Analizleri

Eğer değişken çiftlerinden herhangi biri düzey bakımından sıralı ise, Pearson’un çarpım momenti yerine Spearman’ın Sıra Sırası korelasyonu kullanılmaktadır. Cohen’e göre korelasyon katsayılarının gücü şu şekilde sınıflandırılabilir: Küçük etki (+/- 0,10 - 0,29), orta etki (+/- 0,30 - 0,49) ve büyük etki (+/- 0,50 - 1,0).

6.5.1.Müşteri Odaklılık Faaliyetleri ile Hemşirelerin Performansı Arasındaki İlişki

Verilerin normal dağıldığı varsayımı altında, müşteri odaklılık faaliyetleri ile hemşirelerin performansı arasındaki ilişkiyi test etmek için “Pearson Korelasyon Testi” kullanılmıştır. Hipotezin yönü hakkında spesifik bir beklenti olmaması ve ilişkinin herhangi bir yönde olup olmadığı test edilmek istendiği için “Two-tailed” seçeneğini ile test gerçekleştirilmiştir. Pearson korelasyon katsayısı (r) ve (p) değerleri bulunmuştur. Korelasyon katsayısı ilişkinin yönü ve gücü hakkında bilgi verirken, p-değeri bu

ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını göstermektedir. Müşteri odaklılık faaliyetleri ile hemşirelerin performansı arasındaki ilişki Tablo 14’te sunulmuştur.

Tablo 13. Müşteri Odaklılık Faaliyetleri ile Hemşirelerin Performansı Arasındaki İlişki

Korelasyonlar			
		Müşteri Odaklılık (M)	Performans (P)
Müşteri Odaklılık (M)	Pearson Correlation	1	,481**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	205	205
Performans (P)	Pearson Correlation	,481**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	205	205

** . Korelasyon, %1 anlamlılık düzeyinde (çift yönlü) anlamlıdır.

Tablo 14’e göre;

- ✓ **Korelasyon Katsayısı (0.481):** Müşteri odaklılık faaliyetleri ile hemşirelerin performansı arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki vardır. Bu, müşteri odaklılık arttıkça performansın da arttığını gösterir.
- ✓ **Anlamlılık Düzeyi (p-değeri 0.000):** Bu ilişki, %99 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.01$). Müşteri odaklılık faaliyetleri ile hemşirelerin performansı arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Bu durum da “Müşteri odaklılık faaliyetleri ile hemşirelerin performansı arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır (H_2)” hipotezi kabul edilmiştir.

6.5.2. Liderlik Faaliyetleri ile Hemşirelerin Kalite Algısı Arasındaki İlişki

Liderlik faaliyetleri ile hemşirelerin kalite algısı arasındaki ilişki Tablo 15’te sunulmuştur.

Tablo 14. Liderlik Faaliyetleri ile Hemşirelerin Kalite Algısı Arasındaki İlişki

Korelasyonlar			
		Liderlik	Toplam Kalite Algısı
Liderlik	Pearson Correlation	1	,809**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	205	205
Toplam Kalite Algısı	Pearson Correlation	,809**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	205	205

** . Korelasyon, %1 anlamlılık düzeyinde (çift yönlü) anlamlıdır.

Buna göre;

- ✓ **Korelasyon Katsayısı (0.809):** Liderlik ile toplam kalite yönetimi arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki vardır. Bu, liderlik düzeyi arttıkça toplam kalite yönetimi uygulamalarının da arttığını gösterir.
- ✓ **Anlamlılık Düzeyi (p-değeri 0.000):** Bu ilişki, %99 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.01$). Liderlik ile toplam kalite yönetimi arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Bu durum da “Üst yönetimin liderlik faaliyetleri ile hemşirelerin kalite algısı arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır (H_3)” hipotezi kabul edilmiştir.

6.5.3.Sürekli İyileştirme Faaliyetleri ile Hemşirelerin Kalite Algısı Arasındaki İlişki

Sürekli iyileştirme ve hemşirelerin kalite algısı arasındaki ilişki Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 15. Sürekli İyileştirme Faaliyetleri ile Hemşirelerin Kalite Algısı Arasındaki İlişki

Korelasyonlar			
		Sürekli İyileştirme	Toplam Kalite Algısı
Sürekli İyileştirme	Pearson Correlation	1	,815**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	205	205
Toplam Kalite Algısı	Pearson Correlation	,815**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	205	205

** . Korelasyon, %1 anlamlılık düzeyinde (çift yönlü) anlamlıdır.

Tablo 16'ya göre;

- ✓ **Korelasyon Katsayısı (0.815):** Sürekli iyileştirme ile TKY arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bu, sürekli iyileştirme arttıkça toplam kalite yönetimi uygulamalarının da arttığını göstermektedir.
- ✓ **Anlamlılık Düzeyi (p-değeri 0.000):** Bu ilişki, %99 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.01$).

Sürekli iyileştirme ile TKY arasında anlamlı ve güçlü bir pozitif ilişki bulunmaktadır. Bu durum da “Sürekli iyileştirme faaliyetleri ile hemşirelerin kalite algısı arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır (H_4)” hipotezi kabul edilmiştir

6.5.4. Takım Çalışması Faaliyetleri ile Hemşirelerin İş Tatmini Arasındaki İlişki

Takım çalışması faaliyetleri ve hemşirelerin iş tatmini arasındaki ilişki Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 16. Takım Çalışması Faaliyetleri ile Hemşirelerin İş Tatmini Arasındaki İlişki

		Korelasyonlar	
		Takım Çalışması	İş Tatmini
Takım Çalışması	Pearson Correlation	1	,801**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	205	205
İş Tatmini	Pearson Correlation	,801**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	205	205

** . Korelasyon, %1 anlamlılık düzeyinde (çift yönlü) anlamlıdır.

Buna göre;

- ✓ **Korelasyon Katsayısı (0.801):** Takım çalışması ile hemşirelerin iş tatmini arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bu, takım çalışmasının arttıkça hemşirelerin iş tatmininin de arttığını göstermektedir.
- ✓ **Anlamlılık Düzeyi (p-değeri 0.000):** Bu ilişki, %99 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.01$). Takım çalışması ile hemşirelerin iş tatmini arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Bu durumda “Takım çalışması faaliyetleri ile hemşirelerin iş tatmini arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır (H_5)” hipotezi kabul edilmiştir.

6.5.5. Tedarikçi Kalitesi Yönetimi Faaliyetleri ile Hastane Hizmet Kalitesi Arasındaki İlişki

Tedarikçi kalitesi yönetimi faaliyetleri ile hastane hizmet kalitesi arasındaki ilişki Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 17. Tedarikçi Kalitesi Yönetimi Faaliyetleri ile Hastane Hizmet Kalitesi Arasındaki İlişki

Korelasyonlar			
		Tedarikçi Kalitesi Yönetimi	Hastane Hizmet Kalitesi
Tedarikçi Kalitesi Yönetimi	Pearson Correlation	1	,782**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	205	205
Hastane Hizmet Kalitesi	Pearson Correlation	,782**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	205	205

** . Korelasyon, %1 anlamlılık düzeyinde (çift yönlü) anlamlıdır.

Tablo 18’e göre;

- ✓ **Korelasyon Katsayısı (0.782):** Tedarikçi kalitesi yönetimi ile hastane hizmet kalitesi arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bu, tedarikçi kalitesinin arttıkça hastane hizmet kalitesinin de arttığını göstermektedir.
- ✓ **Anlamlılık Düzeyi (p-değeri 0.000):** Bu ilişki, %99 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.01$). Tedarikçi Kalitesi Yönetimi ile Hastane Hizmet Kalitesi arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Bu durum da “Tedarikçi kalitesi yönetimi faaliyetleri ile hastane hizmet kalitesi arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır (H_6)” hipotezi kabul edilmiştir.

6.5.6. Hemşirelere Yönelik Eğitim Faaliyetleri ile Hemşirelerin Kalite Algısı Arasındaki İlişki

Hemşirelere yönelik eğitim faaliyetleri ile hemşirelerin kalite algısı arasındaki ilişki Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 18. Hemşirelere yönelik eğitim faaliyetleri ile hemşirelerin kalite algısı arasındaki ilişki

Korelasyonlar			
		Eğitim Faaliyetleri	Hemşirelerin Kalite Algısı
Eğitim Faaliyetleri	Pearson Correlation	1	,823**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	205	205
Hemşirelerin Kalite Algısı	Pearson Correlation	,823**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	205	205

** . Korelasyon, %1 anlamlılık düzeyinde (çift yönlü) anlamlıdır.

Buna göre;

- ✓ **Korelasyon Katsayısı (0.823):** Hemşirelere yönelik eğitim faaliyetleri ile hemşirelerin kalite algısı arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bu, hemşirelerin eğitim faaliyetlerine katılımı arttıkça kalite algılarının da arttığını göstermektedir.
- ✓ **Anlamlılık Düzeyi (p-değeri 0.000):** Bu ilişki, %99 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.01$). Hemşirelere yönelik eğitim faaliyetleri ile hemşirelerin kalite algısı arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Bu durum da “Hemşirelere yönelik eğitim faaliyetleri ile hemşirelerin kalite algısı arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır (H_7)” hipotezi kabul edilmiştir.

6.5.7. Hizmet Süreçlerinin Yönetimi ile Hemşirelerin İş Verimliliği Arasında Olumlu Bir İlişki

Hizmet süreçlerinin yönetimi ile hemşirelerin iş verimliliği arasındaki ilişki Tablo 20’de sunulmuştur.

Tablo 19. Hizmet Süreçlerinin Yönetimi İle Hemşirelerin İş Verimliliği Arasındaki İlişki

Korelasyonlar			
		Süreç Yönetimi	İş Verimliliği
Süreç Yönetimi	Pearson Correlation	1	,628**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	205	205
İş Verimliliği	Pearson Correlation	,628**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	205	205

** . Korelasyon, %1 anlamlılık düzeyinde (çift yönlü) anlamlıdır.

Buna göre;

- ✓ **Korelasyon Katsayısı (0.628):** Hizmet süreçlerinin yönetimi ile hemşirelerin iş verimliliği arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bu, hizmet süreçlerinin yönetimi iyileştikçe hemşirelerin iş verimliliğinin de arttığını göstermektedir.
- ✓ **Anlamlılık Düzeyi (p-değeri 0.000):** Bu ilişki, %99 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.01$). Hizmet süreçlerinin yönetimi ile hemşirelerin iş verimliliği arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmaktadır.

Bu durumda “Hizmet süreçlerinin yönetimi ile hemşirelerin iş verimliliği arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır (H_8)” hipotezi kabul edilmiştir.

6.6. Hipotez Sonuçları

Çalışmanın hipotezleri ve sonuçları Tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 20. Hipotez Sonuçları

Hipotezler	Kabul	Ret
H ₁ : Hemşirelerin TKY algı düzeyleri ile demografik durumları arasında anlamlı farklılık vardır.		X
H _{1a} : Hemşirelerin TKY algı düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık vardır.		X
H _{1b} : Hemşirelerin TKY algı düzeyleri ile medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık vardır.		X
H _{1c} : Hemşirelerin TKY algı düzeyleri ile kalite eğitimi alma arasında anlamlı bir farklılık vardır.	X	
H _{1d} : Hemşirelerin TKY algı düzeyleri ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık vardır.		X
H _{1e} : Hemşirelerin TKY algı düzeyleri ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık vardır.		X
H _{1f} : Hemşirelerin TKY algı düzeyleri ile çalışma süresi arasında anlamlı bir farklılık vardır.	A-G Faktörleri	
H ₂ :Müşteri odaklılık faaliyetleri ile hemşirelerin performansı arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.	X	
H ₃ : Üst yönetimin liderlik faaliyetleri ile hemşirelerin kalite algısı arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.	X	
H ₄ : Sürekli iyileştirme faaliyetleri ile hemşirelerin kalite algısı arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.	X	
H ₅ : Takım çalışması faaliyetleri ile hemşirelerin iş tatmini arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.	X	
H ₆ : Tedarikçi kalitesi yönetimi faaliyetleri ile hastane hizmet kalitesi arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.	X	
H ₇ : Hemşirelere yönelik eğitim faaliyetleri ile hemşirelerin kalite algısı arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.	X	
H ₈ : Hizmet süreçlerinin yönetimi ile hemşirelerin iş verimliliği arasında olumlu bir ilişki bulunmaktadır.	X	

(A: Müşteri Odaklılık, B:Liderlik; C:Sürekli İyileştirme, D: Takım Çalışması, E:Tedarikçi Kalitesinin Yönetimi F: Eğitim, G:Ürün Tasarımı, H: Süreçlerin Yönetimi, I: Performans)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, sağlık kurumlarında TKY ilkelerinin hemşirelerin kalite algı düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilen bu uygulamada, liderlik, müşteri odaklılık, sürekli iyileşme, takım çalışması, tedarikçi kalitesinin yönetimi, eğitim, ürün tasarımı ve süreç yönetimi gibi TKY ilkelerinin hemşirelerin algıladığı kalite düzeyine katkıları detaylı olarak değerlendirilmiştir.

Bulgulara göre, hemşirelerin TKY algısı ile demografik faktörler (cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, çalışma süresi) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak, kalite eğitimi alma durumu, TKY algısını etkileyen önemli bir faktördür ve bu algıyı artırabileceği düşünülmektedir.

Müşteri odaklılık faaliyetlerinin hemşirelerin performansını olumlu şekilde etkilediği, üst yönetimin liderlik faaliyetlerinin hemşirelerin kalite algısını artırdığı, sürekli iyileştirme faaliyetlerinin kalite algısını geliştirdiği ve takım çalışması faaliyetlerinin iş tatminini artırdığı görülmüştür. Ayrıca, tedarikçi kalitesi yönetimi faaliyetlerinin hastane hizmet kalitesini ve hemşirelere yönelik eğitim faaliyetlerinin hemşirelerin kalite algısını artırdığı tespit edilmiştir. Hizmet süreçlerinin yönetimi de hemşirelerin iş verimliliğini olumlu yönde etkilemektedir.

Araştırma sonucuna göre hemşirelerin kalite algısını güçlendirmek amacıyla verilen düzenli TKY eğitimlerinde özellikle liderlik, çalışan katılımı ve sürekli iyileştirme gibi kritik unsurlara odaklanılmalıdır. Hastane yönetiminin, hemşirelerin karar süreçlerine daha aktif katılımını sağlayacak mekanizmalar oluşturması ve çalışanları destekleyen liderlik yaklaşımları geliştirmesi önem arz etmektedir. Ayrıca, sürekli iyileştirme kültürünün kurumsal olarak benimsenmesi için ekip çalışmaları teşvik edilmeli ve geri bildirim mekanizmaları daha etkin hale getirilmelidir.

KAYNAKÇA

- Aslantaş, T. (2020), "Toplam Kalite Yönetimi", Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı.
- Assarlind, M., Gremyr, I. ve Bäckman, K. (2013) "Multi-faceted views on a Lean Six Sigma application". *International Journal of Quality & Reliability Management*, vol. 30(4), pp. 387- 402.
- Atmacan, B. (1999), Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller, Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi,
- Barclay, C. A. (1992), Quality Strategy and TQM Policies: Empirical Evidence, *Management International Review*, 1993-1, 87-98.
- Bucak, T. (2011) İşletmelerde Kalite Yönetimi, İlya İzmir Yayınevi, İzmir.
- Çakar, T. ve Serdar, M. (2002), Kalite Yönetim Sistemleri, Sakarya Üniversitesi Fen Bilimleri Üniversitesi Dergisi, Sayı: 6/2, 87-92.
- Çelen, A. İ. (2014), Toplam Kalite Yönetiminin Çekirdeği; Ahilik, Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Syf: 5-14.
- Dağdelen, O. (2017) Toplam Kalite Yönetimi, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Demirci, H. (2013), Toplam Kalite Yönetimi, Kum Saati Yayınları, 1. Baskı, İstanbul.
- Ed. Doğan, Ö. İ. ve Topoyan, M. (2016), Toplam Kalite Yönetimi, Örgütsel Mükemmellik İçin Toplam Kalite Giriş, 7. Basımdan Çeviri, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Ed. Peker, Ö., Savaşkan Durak, N., Gümüştuyu, Ç. ve Akdoğan, A.A. (1999), Kamu Yönetiminde Kalite I. Ulusal Kongresi II. Cilt, TODAİE Masa Üstü Yayıncılık, Ankara.
- Ed. Taşçı, D. ve Çabuk, N. (2019), Kalite Yönetim Sistemleri, Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Eskişehir.
- Ed. Tuna, M. ve Diker, O. (2021), Kalite Yönetimi, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Efil, İ. (2003) Toplam Kalite Yönetimi ve Toplam Kaliteye Ulaşmada Önemli Bir Araç ISO 9000 Kalite Güvencesi Yönetimi, Alfa Kitabevi, 5. Baskı, İstanbul.

- Ekinci, N. Ed. Eriş, H. ve Kabalcıoğlu, Bucak, F.(2019), Sağlık Bilimlerinde Yeni Gelişmeler, İksad Yayınevi, Ankara,
- Erdem, R., Bostan, S. ve Özata, M. (2022), Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Hackman, J. R. ve Wageman, R. (1995), Total Quality Management: Empirical, Conceptual and Practical Issues, Administrative Science Quarterly, Vol.40/2, pp. 309-342.
- Hair, J. F. Jr., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). Multivariate Data Analysis (Seventh Edition). Pearson Education Limited.
- Juran, J. M. ve Godfrey, A.B. (1998), Juran's Quality Handbook, McGraw Hill, 5. Baskı, New York.
- Kaiser, H. F. (1970). A second-generation little jiffy. Psychometrika, 35(4), 401-415.
- Kaufman, J. J. (1989), Total Quality Management, *Ekistics*, Vol. 56-336/337, pp. 182-187.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2018), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, 5. Baskı, Ankara.
- Kaya, S., Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. ve Yılmaz, A. (2013), Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Eskişehir.
- Kubalı, D. (1998), Toplam Kalite Yönetimi, *Sayıştay Dergisi*, Sayı:28, Syf:114-129.
- Küçük, O. (2016), Kalite Kontrol ve Kalite Güvence Sistemleri, Seçkin Yayıncılık, 5. Baskı, Ankara.
- Martin, J. I. (2002), Possible Ethical Implications in the Deployment of the EFQM Excellence Model, *Journal of Business Ethics*, Aug., 2002, Vol. 39, No. 1/2, Four Teenth Annual Conference of the European Business Ethics Network (EBEN), pp. 125-134.
- Nacar, A. (2019). Öğretmenlerin eğitime inanma düzeyleri ile işe bağlılık düzeyleri arasındaki ilişki: Kahramanmaraş ili örneği [Yayımlanmamış Yüksek Lisans

- Tezi]. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı.
- Nakip, M., & Yaraş, E. (2017). Pazarlamada Araştırma Teknikleri ve SPSS Uygulamaları (Genişletilmiş ve Gözden Geçirilmiş 4. Basım). Seçkin Yayıncılık.
- Oksay, A. (2016), Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek?, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt.8 Sayı.14 (s. 181-192).
- Ören, K. (2002), Toplam Kalite Yönetiminde İnsan Gücü Faktörü, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Özfidancı, S. (2019), Hastane Çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına İlişkin Algı Düzeyleri: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksel Lisans Tezi, Sivas..
- Pearson, T. R. (2000), Embracing Total, Quality Management, *Journal American water Works Association*, Vol. 92-1, pp. 52-53.
- Rosenhoover, D. E. and Khun, H. W. (1996), Total Quality Management and The Public Sector, *Public Administration Quarterly*, Vol.19/4, pp. 435-455.
- Saat Ersoy, M. ve Ersoy, A. (2015), Kalite Yönetimi Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Denetimi, İmaj Yayınevi, 2. Baskı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2020), Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Sürüm 6.1), 1. Baskı, Ankara.
- Simon, W. (2024), Das EFQM-Modell: die bessere Alternative zur DIN ISO 9000 ff, Personal, Vol. 51, No. 3, Benefits and Compensation (März '99), pp. 130-133, Published by: Haufe-Lexware GmbH & Co.KG.
- Şimşek, H. (2018), Toplam Kalite Yönetimi Kuram, İlkeler, Uygulamalar, Seçkin Yayıncılık, 3. Baskı, Ankara.
- Şimşek, M. (2001), Toplam Kalite Yönetimi, Alfa Yayınları, İstanbul.
- Tekin, M. (2007)), Bilgi Çağında Toplam Kalite Yönetimi, Yenilenmiş 3. Baskı, Konya.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2018), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Akademik Yayıncılık, 9. Baskı, Ankara.

Ustasüleyman, T. (2011), Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Firma Performansı Üzerine Etkisi: Türkiye'nin 500 Büyük Firmasına Yönelik Bir

Walton, M. (1991), Deming Management At Work, Perigee Books, 1. Baskı, Canada,

11.03.2024) ,

Yazgan, M. (2009), Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Tezli Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi.

Yıldırım, F. ve Esen, Ş., Ed. Şahin, Ö. U. ve Köleoğlu, N. (2018), Teoride ve Uygulamada Sağlık Ekonomisi ve Politikaları Güncel Sorunlar ve Araştırmalar, Rating Akademi Yayınları, Çanakkale.