

İSTANBUL ESENYURT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE HİZMET İÇİ EĞİTİM
PROGRAMLARININ TOPLAM KALİTE AÇISINDAN
İNCELENMESİ**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Tuba GÖDEK**

İSTANBUL, 2023

İSTANBUL ESENYURT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE HİZMET İÇİ EĞİTİM
PROGRAMLARININ TOPLAM KALİTE AÇISINDAN
İNCELENMESİ**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi hazırlayan:

Tuba GÖDEK

Öğrenci No:

1832120066

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Seray TOKSÖZ

İSTANBUL, 2023

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hizmet İçi Eğitim Programlarının Personel Verimliliği Üzerine Etkileri” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 16/05/2023

Tuba GÖDEK

KABUL VE ONAY

Dr. Öğr. Üyesi Seray TOKSÖZ danışmanlığında Tuba GÖDEK tarafından hazırlanan “Sağlık Hizmetlerinde Hizmet İçi Eğitim Programlarının Toplam Kalite Açısından İncelenmesi” adlı bu çalışma jürimiz tarafından İstanbul Esenyurt Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İşletme Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

(.../.../...)

JÜRİ:

İMZA:

Danışman:

Üye:

Üye:

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü

KILAVUZA UYGUNLUK

Sağlık Hizmetlerinde Hizmet İçi Eğitim Programlarının Toplam Kalite Açısından İncelenmesi, Esenyurt Üniversitesi adlı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Esenyurt Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Lisansüstü Tez ve Proje Yazım Kılavuzu'na uygun olarak hazırlanmıştır.

Projeyi/Tezi Hazırlayan

Tuba Gödek

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Seray TOKSÖZ

ABD Başkanı

Unvan Ad Soyad İmza

SAĞLIK HİZMETLERİNDE HİZMET İÇİ EĞİTİM PROGRAMLARININ TOPLAM KALİTE AÇISINDAN İNCELENMESİ

Tezi/Projeyi Hazırlayan: Tuba GÖDEK

ÖZET

Sağlık Hizmetlerinde Hizmet İçi Eğitim Programlarının Toplam Kalite Açısından İncelenmesi tezinin amacı, İstanbul ilinde görev alan doktor ve hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarını toplam kalite açısından değerlendirme algılarını belirlemek ve katılımcılara ilişkin bireysel ve demografik özelliklerin TKY ve hizmet içi programlarına yönelik algıları üzerinde etkili olup olmadığını ortaya koymak amacıyla 200 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak A. F. Al-Assaf ve Steven J. Gentling tarafından Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) bazı sağlık kuruluşlarında (Veterans Affairs Medikal Centers) çalışan üst düzey yöneticilerin TKY konusundaki algılarının araştırıldığı çalışmada kullanılan anket formu ve kurumda verilen eğitimleri değerlendirmek adına Özümlü ve Kanbur ile birlikte oluşturulan hizmet içi eğitim ölçeği kullanılmıştır. Anketler; Şubat- Mayıs 2023 tarihleri arasında, İstanbul ilinde görev alan doktor ve hemşire gruplarına) uygulanmıştır. Araştırma sonunda; Çalışmaya katılan erkek sayısı 88(%44), bayan sayısını 112(%56) olmuştur. Yaş grupları açısından 18-24 yaş aralığında 38(%19), 25-34 yaş aralığında 60(%30), 35-44 yaş aralığında 56(%28), 45-54 yaş aralığında 28(%14), 55 ve üzeri yaş aralığında 18(%9) kişiden oluşmaktadır. Bu katılımcıların 117 si evli 83 kişi ise bekar. Eğitim düzeyi durumu dikkate alındığında 100(%50) doktorun tıp fakültesi mezunu olduğu, hemşire grubuna bakıldığında ise 7(%3,5) sinin lise mezunu, 15(%7,5) 'inin ön lisans mezunu, 49(%24,5) 'unun lisans mezunu, 29(%14,5) unun da yüksek lisans mezunu olduğu karşımıza çıkmaktadır. Katılımcıların %72 si hizmet içi eğitim programlarının verimli olduğu kanısında olmakla beraber %40.5 TKY ile eğitim olmadığını belirtmiştir. Çalışanların TKY "ye yönelik algıları genelde olumlu bulunmuştur. Çalışmanın sonunda hizmet içi eğitim programlarına, TKY açısından düşünceleri değerlendirilmeye çalışılmış, elde edilen sonuçlar çerçevesinde önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hizmet İçi Eğitim Programları, Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

INVESTIGATION OF IN-SERVICE TRAINING PROGRAMS IN HEALTH SERVICES IN TERMS OF TOTAL QUALITY

Presented by: Tuba GÖDEK

ABSTRACT

The aim of the thesis, Investigation of In-Service Training Programs in Health Services in Terms of Total Quality, is to determine the perceptions of doctors and nurses working in the province of Istanbul to evaluate in-service training programs in terms of total quality and to determine whether individual and demographic characteristics of the participants have an effect on their perceptions of TQM and in-service programs. It was carried out with 200 participants in order to reveal As a data collection tool in the research, the questionnaire used by A F. Al-Assaf and Steven J. Gentling in the study in which the perceptions of senior managers working in some health institutions (Veterans Affairs Medical Centers) in the United States (USA) about TQM were investigated, and the institution's In order to evaluate the trainings given, the in-service training scale created together with Örucü and kanbur was used. Surveys: It was applied to the groups of doctors and nurses working in Istanbul between February and May 2023. At the end of the research, the number of men and women participating in the study was 88 (44%), and the number of women was 112 (56%). In terms of age groups, 38 (19%) in the 18-24 age group, 60 (30%) in the 25-34 age group, 56 (28%) in the 35-44 age range, 28 (14%) in the 45-54 age range, 55 and over It consists of 18 (9%) people in the age range. 117 of these participants are married and 83 of them are single. Considering the level of education, 100 (50%) doctors were graduated from medical school, and when looking at the nurse group, 7 (3.5%) of them were high school graduates, 15 (7.5%) of them were associate degree graduates, 49 (24.5%) have a bachelor's degree and 29 (14.5%) have a master's degree. While 72% of the participants believe that in-service training programs are efficient, 40.5% stated that they did not receive training with TQM. Employees' perceptions of TQM were generally positive. At the end of the study, in-service training programs were tried to be evaluated in terms of TQM, and suggestions were made within the framework of the results obtained.

Key Words: In-Service Training Programs, Total Quality Management, Total Quality Management in Health Services

İÇİNDEKİLER

ÖZET

ABSTRACT

İÇİNDEKİLER..... III

TABLolar LİSTESİ VII

ŞEKİLLER LİSTESİ VIII

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ..... IX

1.SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN KAVRAMLAR..... 1

1.1 Sağlık 1

1.2 Sağlık Hizmetleri 3

1.2.1 Sağlık Hizmetleri Özellikleri 5

1.2.2. Sağlık Hizmetinin Amaçları 6

1.2.3 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması 7

1.2.3.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri 7

1.2.3.1.1 Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetleri 9

1.2.3.1.1.1 Bağışıklama 10

1.2.3.1.1.2 İlaçla Koruma 10

1.2.3.1.1.3 Erken Tanı 10

1.2.3.1.1.4 İyi Beslenme 10

1.2.3.1.1.5 Aile Planlaması 10

1.2.3.1.1.6 Sağlık Eğitimi 11

1.2.3.1.2 Çevreyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler 12

1.2.3.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 14

1.2.3.2.1 Günübürlük (Ayaktan) Tedavi Hizmetleri 17

1.2.3.2.2 Yataklı Tedavi Hizmetleri 17

1.2.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri 18

1.2.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi 19

2.KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ 22

2.1 Kalite 22

2.2. Kalitenin Dünya’da Tarihsel Gelişimi 25

2.3 Kalitenin Önemi 27

2.4 Kalitenin Amaçları 27

2.5 Kalitenin Unsurları	28
2.6 Kalitenin Özellikleri	29
2.7 Kalitenin Boyutları	29
2.7.1. Güvenilirlik	30
2.7.2 Uygunluk.....	31
2.7.3 Performans	31
2.7.4 Algılanan Kalite	31
2.7.5 Estetik	32
2.7.6 Dayanıklılık.....	32
2.7.7 Özellikler.....	33
2.7.8 Servis İmkanları	33
3.KALİTEDEN TOPLAM KALİTEYE GEÇİŞ	34
3.1 Toplam Kalite Yönetimi	34
3.2 Toplam Kalite Yönetimi Tarihçesi	37
3.3 Toplam Kalite Yönetimi Türkiye’deki Gelişimi.....	41
3.4 Toplam Kalite Yönetimi Amaçları.....	42
3.5 Toplam Kalite Yönetiminin Özellikleri	44
3.6 Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri	45
3.6.1 Müşteri odaklılık	46
3.6.2 Eğitim.....	48
3.6.3 Liderlik.....	49
3.6.4 Üst Yönetimin Bağlılığı	50
3.6.5 Ekip Çalışması	50
3.6.6 Sürekli İyileştirme (Kaizen).....	51
3.6.7 Önce İnsan Anlayışı	54
3.6.8 Sıfır Hata	54
3.7 Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımları	55
3.7.1 Joseph M. Juran’ın Kalite Yaklaşımı	55
3.7.2 Deming ’in Kalite Yaklaşımı.....	57
3.7.3 Arnold V. Feigenbaum’un Kalite Yaklaşım	58
3.7.4 Kaoru Ishikawa’nın Toplam Kalite Yaklaşımı	59
3.7.5 Philip B. Crosby’ in Toplam Kalite Yaklaşımı	59
3.7.6 Masaaki İmai’ nin Toplam Kalite Yaklaşımı.....	60
3.7.7 Genichi Taguchi’ nin Toplam Kalite Yaklaşımı	60

3.7.8 Avadis Donabedian'ın Toplam Kalite Yaklaşımı	61
3.8 Toplam Kalite Yönetiminin Yararları	63
3.9 Toplam Kalite Yönetiminde Kullanılan Araçlar	65
3.9.1 Histogram.....	67
3.9.2 Kontrol Diyagramları.....	67
3.9.3 Çetele Çizelgesi	68
3.9.4 Pareto Diyagramı	68
3.9.5 Akış diyagramı	69
3.9.6 Serpilme Diyagramı	70
3.10 TKY ve Kalite Güvencesi.....	70
3.11 Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanmasında Karşılaşılan Sorunlar	71
4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE	74
4.1 Sağlık Hizmetlerindeki Kalite Yönetimi	74
4.2 Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi	75
4.3 Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Yararları	77
4.4 Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasında Karşılaşılan Sorunlar	77
5. HİZMET İÇİ EĞİTİM	78
5.1 Hizmet İçi Eğitim Kavramı	78
5.2 Hizmet İçi Eğitim Türleri	79
5.2.1 Oryantasyon Eğitimi	80
5.2.2 Hazırlık Eğitimi	80
5.2.3 Temel Eğitim.....	80
5.2.4 Geliştirme Eğitimi.....	80
5.2.5 Tamamlama Eğitimi	80
5.2.6 Yükseltme Eğitimi	81
5.2.7 Özel Alan Eğitimi.....	81
5.2.8 Yönetici Eğitimi	82
5.3 Hizmet İçi Eğitimin Özellikleri	83
5.4 Hizmet İçi Eğitimin Genel Amaçları	84
5.5 Hizmet İçi Eğitimin Önemi	86
5.6 Hizmet İçi Eğitimde Karşılaşılan Sorunlar.....	86
5.7 Hizmet İçi Eğitim Gerekliği.	87
5.8 Hizmet İçi Eğitimin Sağladığı Yararlar	88
5.9 Hizmet İçi eğitimin sınırlamaları.....	89

5.10 Hizmet İçi Eğitim Süreci	90
5.11 Sağlık Kurumlarında Hizmet İçi Eğitim	91
6.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE BULGULAR	93
6.1 Araştırma Modeli	94
6.2 Araştırmanın popülasyonu ve örneklem	94
6.3 Veri Toplama Yöntemleri ve Araçları	94
6.4 Araştırma Verilerinin Analizi	95
6.5 Araştırma hipotezleri	104
7.TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİ	109
7.1 Tartışma ve Sonuç.....	109
7.2 Öneriler.....	114
KAYNAKÇA.....	117

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Mali Hizmetler Kalitesine İlişkin Kriterler.....	31
Tablo 2. TKY Müşteri Tatmininde On Temel Kural.....	48
Tablo 3. Juran' ın Kalite Üçlemesi.....	56
Tablo 4. Araştırmaya ilişkin sosyo-demografik özelliklerin dağılımı.....	96
Tablo 5. Ölçeklere ilişkin puanların dağılımı.....	97
Tablo 6. Ölçeklere ilişkin güvenilirlik katsayılarının dağılımı.....	97
Tablo 7. Bulgulara göre hizmet içi eğitim ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	98
Tablo 8. Araştırmaya ilişkin bulgulara göre toplam kalite yönetimi ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	100
Tablo 9. Araştırmaya ilişkin bulgulara göre toplam kalite yönetimi ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	102
Tablo 10. Ölçekler arasındaki ilişkilerin incelenmesi.....	103

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Basamakları.....	4
Şekil 2: Kalite Süreci.....	38
Şekil 3: Sağlık Kurumlarının İç Ve Dış Müşterileri.....	48
Şekil 4: PÜKO (Deming) Döngüsü.....	52
Şekil 5: Kaizen Şemsiyesi.....	54
Şekil 6: Donabedian Sağlıkta Hizmet Kalitesi Özellikleri.....	62
Şekil 7: Sebep-sonuç/Balık diyagramı: Yanlış ilaç uygulaması.....	69
Şekil 8: TKY’de Kalite İçin Gereken Etkenler.....	76

KISALTMALAR LİSTESİ

TKY:	Toplam Kalite Yönetimi
HİE:	Hizmet İçi Eğitim
SB:	Sağlık Bakanlığı
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
ACS:	Amerikan Cerrahlar Birliğinin
ISO:	İstanbul Sanayi Odası
Kal-Der:	Türkiye’de Kalite Derneği
USAS:	Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi
HKS:	Hizmet Kalite Standartlarını
ABD :	Amerika Birleşik Devletleri
İSK:	İstatistiksel Süreç Kontrolü
TCSB:	Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
TÜRKAK:	Türk Akreditasyon Kurumu

1.SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN KAVRAMLAR

1.1 Sağlık

Sağlık kavramı bulunduğu dönem ve anlayış özelliklerine göre çok farklı şekillerde tanımlanmıştır. Bir dönem sağlığın tanımı disiplinli yaşam olarak sunulurken bir dönemde hastalıkları yenmek olarak sunulmuştur. Bilimsel yöntemler, bakış açılarındaki değişiklikler, teknolojik ilerlemeler, yeni tedavi yöntemleri sağlığı farklı yönlerden ele alınma olanağı sunmuştur.

Yaşamın önem arz eden unsurları arasında bulunan sağlık, evrensel olmasa da anlamı kişiden kişiye, toplumlara ve günümüze gelinceye kadar birçok şekilde açıklanmıştır. Sağlık kavramının sözlük anlamı beden hastalıklardan ve sıhhat şeklinde açıklanmaktadır. Bu tanımlama kişiyi etkisi altına alan ruhsal ve sosyal faktörleri kapsamayan dar bir çerçeveden oluşmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık kavramı ekonomik, sosyal, kültürel, biyolojik ve fizik sınıflandırmaya tabi tutulabilir. (Biol, 2002: 14).

Biyolojik anlamda sağlık; bedenin her yapısının azami düzeyde işlevini görmesi ve hücrelerin her birinin tamamen uyum içerisinde çalışmasını ifade etmektedir. Sosyolojik anlamda sağlık; kişinin kendinden beklenen sorumluluklarını ve rollerini yerine getirebilmesi, çevresi ile olumlu ilişkiler içerisinde olmasını kapsamaktadır. Psikolojik anlamda sağlık ise; kişinin beklenmeyen bir durum/olay karşısında duygularını, bununla başa çıkma durumunu ve uyum sağlamasını ifade etmektedir. (Ay Akça, 2012:7).

Sağlığa çevresel bir yaklaşım getiren Henrick L. Blum, sağlığın etkilediği dört temel öğenin varlığını, bu öğelerin farklı toplumsal sistemlerin etkisi altında olduğunu, toplumsal sistemler aracılığıyla ise birbirlerini etkilediğini ileri sürmektedir. Kavuncubaşı ve Yıldırım tarafından sağlığın etkilediği dört temel unsuru şu şekilde açıklanmaktadır:

- Çevre
- Davranış (yaşam biçimi)
- Kalıtım (Genetik)
- Sağlık Hizmetleri” (Kavuncubaşı- Yıldırım, s.19)

Sağlık, doğa, nüfus, kültür ve beşeri olmayan kaynaklar yanında politik ve ekonomik sistem gibi toplumsal düzenlerden etkilenir. Türkiye’de belli yörelerde akraba evliliklerinin fazla olması beraberinde genetik problemleri ve sakatlıkları olan yeni nesli oluşturmaktadır. Kişilerin hayattan beklentileri, hayata bakış açıları, beslenme şekli, sosyal aktiviteler, sportif faaliyetler, trafik kurallarına uymak, yaşamdaki her paydaşa saygı, insanlar arası iletişim, sigara ve alkol alışkanlıkları yaşam biçimini oluşturmakta, yaşam biçimi ise kültürün etkisiyle şekillenmektedir.

Kişilerin etkisi altında oldukları mevsim, toprak yapısı gibi faktörler ile sosyal etkenler çevreyi oluşturmaktadır. Çevre ise insan sağlığı üzerinde olumlu veya olumsuz olarak etki etmektedir. Çevre aşağıdaki şekilde üç grupta ele alınmaktadır (Kısa ve Kavuncubaşı, 2002:3-4):

- a- **Biyolojik Çevre:** Hastalıkların pek çoğu biyolojik çevre içerisinde yer alan besinler, mikroorganizmalar, vektörler, bitki ve hayvanların nedeniyle oluşur. Mikroorganizmalar genel olarak çocuk felci, verem gibi hastalıklara neden olurken; vektörlerin yer aldığı kemiriciler ve eklem bacaklılar ise hastalıklara yol açan mikroorganizmaların insan vücuduna taşınmasında etkili olurlar.
- **Fiziksel Çevre:** Bu grup çevrede yer alan etmenlerin arasında iklim, toprak yapısı, atıklar, hava kirliliği, su kaynakları örnek verilebilir. İklim koşullarının değişimi de sağlığı etkiler. Bilinçsizce atıkların doğaya bırakılması ise insan sağlığını ciddi oranda tehlikeye attığı gibi hava kirliliğini ve pek çok solunum hastalığını da tetikler.
- a- **Sosyal Çevre:** Bu grup çevre, insan sağlığını dolaylı ya da doğrudan etkilemekte, kişilerin birbirleriyle ilişki kurmalarını sağlamaktadır. Bunun yanında bazı hastalıkların oluşmasında etkili olmaktadır. Bu hastalıkların bir kısmı ise sosyal faktörlerin bozulmasına yol açmaktadır.

Flornance Nightingale’e göre sağlık kavramı; iyi olma hali ve kişinin mevcut potansiyelinin en üst düzeyde olması ve çevre faktörlerinin etkin şekilde yönetilmesi ve hastalıkların önlenmesi olarak ifade edilmektedir (Velioğlu, 1999: 88).

Besson ise sağlık kavramını; kişinin kendisi ile birlikte çevresiyle olan ilişkisini ele alarak tanımlamaktadır. İçerideki mevcut dengenin sürekliliği, insan sağlığı için tehdit

oluşturabilecek çevresel etmenlerin engellenmesi ve insanların bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi sonucunda süregelen dengenin devamlılığı, insan sağlığı bakımından tehdit unsuru olan çevresel etkenlerin azaltılması, savunma sistemlerinin güçlendirilmesi sağlanabilir.

Bilimsel açıdan değişiklik ve gelişmeler sağlık kavramını pozitif ve negatif olarak ele alınmasına olanak sunmuştur. Hastalığın yokluğu durumu, sağlığın negatif yönden açıklamasıdır. Sağlığın pozitif yönden açıklaması birçok anlama ve karışıklığa sebebiyet vermektedir. Yapılan inceleme ve araştırmalar neticesinde sağlığın pozitif yönden tanımını 1948’de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından oluşturulmuştur. DSÖ sağlığı “Sağlık, yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmaması olarak değil, tam olarak ruhsal, fiziksel ve sosyal bakımdan iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (Atabey, 2020, s.10-11).

1948 yılında DSÖ tanımı ile sağlık kavramının tanımı da değişiklik göstermiş olup, tek boyutlu olmaktan çıkmıştır. Böylece sağlık kavramı tıbbi bir terim olmanın yanı sıra toplumsal yaşamda da yerini almıştır.

Bu tanımlama, dünyanın her ülkesin genel kabul gören bir tanımdır. Bundan dolayı tam olarak sağlıklı olabilmek için kişinin fiziksel anlamda hasta ya da özürlü olmaması yeterli değildir. Bunun yanı sıra kişi zihinsel olarak uyumlu, tam olarak iyi bir ruh hali içerisinde olmalıdır.

1.2 Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin en genel tanımını şu şekilde yapılabilir: Sağlık kurumlarının en temel görevi, kişilerin sahip oldukları sağlıkları korumak, oluşabilecek hastalıklarda, sakatlıklarda ve bunun gibi durumlarda ise kişileri tedavi etmek suretiyle yeniden eski sağlıklarına kavuşmalarını sağlamaktır. DSÖ tarafından sağlık hizmetlerinin tanımı; “belli sağlık kurumlarında, farklı iş görenlerden sağlanan fayda ile toplumun gereksinimlerine ve ihtiyaçlarına göre şekillenmiş olan, toplumdaki sağlık düzeyi ve diğer koruyucu tedavi edici süreçlerin takibini ve koordinesini sağlamak amacıyla ülke genelinde örgütlenmiş bir sistem” şeklinde ifade edilmektedir (Devebakan, 2005: 64)

Sağlık hizmetlerinin içeriğinde toplumun refah düzeyi ve mutluluğunun geliştirilmesi amacıyla kişinin ruhsal, fiziksel ve toplumsal bakımdan sağlığının

korunması, iyileştirilmesi ve bunların devamlılığını temel alan hizmetler yer almaktadır. "Sağlık hizmetleri genel olarak toplumun sağlık düzeyinin maksimum olması amacıyla planlanmakta, izlenmekte, değerlendirilmekte ve yeniden planlanmaktadır. Bunun için kullanılacak olan araçlar hedeflere ulaşabilmenin yollarıdır. Genel amaçlı hedefler ise; sağlık hizmetleri, adalet, erişilebilirlik, etkinlik ve verimlilik kapsamı artan şekilde ifade edilebilir." (Özsarı, 2001: 1209).

Tanımlamalarda ve kalitede standardının sağlanmasında en önemli sorun ise hizmet kalitesinin pek çok değişkenden etkilenmesidir. Ayrıca bu değişkenlerin pek çoğu açık şekilde tanımlanmamaktadır. Bundan dolayı sağlık hizmetlerinin nesnel kriterler ile ölçülmesi ve tanımlanabilmesi güçtür.



Şekil.1 Sağlık Hizmetleri Basamakları

Kaynak: (Şimşek Yüksel, 2015, s.47)

Sağlık hizmetleri dinamik bir yapıya sahiptir. Bu kurumlarda insan davranışları ve niteliklerine de özen gösterilmektedir. En önemli unsur ise kişiye güvenmektir. Bu hizmetlerde kişilerle yüz yüze iletişim vardır. Hastalardan alınan geri dönüşümler ise uygulanacak tedavileri önemli ölçüde etkileyebilmektedir. (Dinçer, 2005)

Sağlık hizmetleri içeriğinde emek, iyileşme, memnuniyet gibi oluşumları barındırdığından dolayı girdi ya da çıktılarının soyut niteliği bulunmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin birtakım temel unsurları nedeniyle ölçülebilirliği oldukça güçtür. Bu özellikler şu şekilde özetlenebilmektedir:

- Tüketiminin zaman bakımından öngörülebilir olmaması,
- Sağlık hizmetinin ikame bir hizmet olmaması ve alternatif bir başka hizmetle desteklenememesi,
- Sağlık hizmetinin önemli oranda doktorlar tarafından karşılanması,
- Uzmanlaşma bakımından emek yoğun ve düzey bir hizmet olmasıdır. (Erdemir, 2015).

1.2.1 Sağlık Hizmetleri Özellikleri

Sağlık hizmetleri genel olarak toplumsal bir sorumluluk olmaktadır. Sağlıklı olan bir kişi hem kendisine hem de toplumunun gelişimini ve kalkınmasını desteklemelidir. Ayrıca ülke genelinde refah düzeyinin artmasını sağlamalıdır. Bu bakımdan ele alındığında sağlık hizmetleri giderleri, harcamadan çok yatırım olarak kabul edilmelidir. Sağlık aynı zamanda ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesinde kullanılan önemli bir kriterdir. Bu durum sağlık hizmetlerinin ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır. Diğer hizmetlerden farkının anlaşılması ne zaman, nerede ve nasıl hizmet sunulacağına ilişkin karar verilmesinde önem arz eder.

Etkin bir sağlık hizmeti verilebilmesi için belli başlı özellikler vardır. Genel olarak sağlık hizmeti sağlık bütünlüğünü ortaya koymalı ve koordineli olarak verilmelidir. "Etkin şekilde sağlık hizmetinin sunumu ve üretiminde göz önüne alınması gereken bu koşullar, sağlık hizmetinin nitelikleri arasında gösterilebilir" (Kavuncu, 2000: 64). Sağlık hizmetleri bu nitelikler arasında herhangi birisini barındırmıyorsa, toplumsal ve bireysel sağlık açısından istenen değişikliklere ulaşamaz.

Bu bağlamda sağlık hizmetlerin özellikleri (Kavuncubaşı (2000: 52) şu şekilde olmalıdır:

- Sağlık hizmetini sunan kuruluşlarda ileri seviyede uzmanlaşma düzeyi bulunmaktadır.

- Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık yani bölümler arasında karşılıklı bütünleyici bağımlılık düzeyi oldukça yüksektir.
- Sağlık hizmetlerinde profesyonel bireylerden oluşan ve mesleki hedefler üzerinde duran insan kaynakları bulunmaktadır. Alanında uzman bir hekimin yetişmesi için en az 8 yıl süre gerekmektedir. Hekimler görevlerini meslek etik kuralları içerisinde yaparlar.
- Sağlık kurumlarında kaynakların etkin ve verimli kullanılması için, hekimlerin tutum ve davranışlarının denetlenmesini sağlayan kurumsal mekanizmalara gerek duyulur.
- Sağlık kurumlarındaki işler oldukça karmaşık ve değişken bir yapıdadır. Tanı ve tedavi yanında, eğitim ve araştırmanın sağlanmasını amaçlamaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin pek çoğu acil ve ertelenemez özelliğe sahiptir.
- Sağlık hizmetlerinde hataya yer yoktur. Zira sunulan hizmet insan hayatı içermektedir. Yapılacak en küçük bir hata insan ölümü ile sonuçlanabilir.
- Sağlık kurumlarında hizmet verilen insan olduğundan, hizmet alanlarında olduğu gibi kısa sürede netice alınması mümkün olmadığı için ölçülmesi güçtür.

1.2.2. Sağlık Hizmetinin Amaçları

Sağlık hizmetleri, farklı görevler ve donanımlı personel kullanılarak toplumun ihtiyaçlarına göre hizmet vermek üzere ülke genelinde oluşturulan sistemlerdir.

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlığını korumak ve geliştirmek, hastaları tedavi etmek ve tedavi gören hastaların sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerine destek olmaktır. Bu amaçla sağlık kurumlarının yürüttüğü araştırmalara sağlık hizmetleri adı verilmektedir.

Bir toplumun sağlık verileri, başta insan mutluluğunun temel kaynağına işaret eden sağlıklı olma durumunu yansıtmaktadır. Bu bakımdan insanların sağlığını korumak ve toplumun sağlık statüsünü geliştirmek devlet görevi olarak hem hükümetleri ilgilendirmekte hem de kişilerin sağlık hizmetlerine taleplerindeki artışa bağlı olarak dünya genelinde sağlık sektörü piyasalarının gelişimine katkıda bulunmaktadır

(Kurtulmuş S. “Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi”, Değişim Yayınları, İstanbul, 1998, 13-14).

1.2.3 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri, bunu talep eden kişiye sağlığını kazanması amacıyla sağlanan veya hastalıktan korunması için sunulan hizmetlerdir. Sağlık talebinin oluşması, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve hastalıklardan korunması amacıyla gereken önlemlerin alınması, hastaların tedavisi, sakatlık durumunda hastanın rehabilite edilmesi gibi tedavi hizmetlerinin sunulduğu alandır. Bu birim gruplandırılırken amacına uygun bir sınıflandırma yapılmalıdır. (D. Koraslı, 2008, s.4)

Sağlık hizmetleri tedavi edici, koruyucu, sağlığı geliştirici ve rehabilite edici olarak dört bölüme ayrılmıştır. Sağlık hizmetleri, insanların hastalıklara yakalanmasını engellemeyi amaçlamaktadır. Ancak yapılan koruma çabalarına karşı bazı nedenlerden dolayı hastalıktan kaçınmak mümkün olmayabilir. Bu durumda sağlık hizmetlerinin diğer amacı olan tedavi karşımıza çıkmaktadır. Maalesef her insan hastalıklardan tam manası ile kurtulamadığı için ölümler ve sakatlıklar gelişebilir. Sakat kalan kişilerin yaşamlarını sürdürmeleri için sağlık hizmetlerinin diğer aşaması yani rehabilitasyon devreye girmekte ve hasta rehabilite edilmektedir. Son adımda ise sağlıklı kişilerin durumlarını yükseltmek amacıyla sunulan sağlığın geliştirilmesi amaçlanmaktadır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2011: 76).

1.2.3.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Önümüzdeki süreçte karşılaşılabileceğimiz hastalık ve sakatlık riskini, süresini kısaltacak veya önleyebilecek, kişinin daha önceden bilmediği hastalık belirtileri ile karşılaşmadan önce teşhis ederek, tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasına olanak sağlayan, hastalık öncesi sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde sosyal fayda sağlanmaktadır. Buradaki sosyal fayda ile anlatılmak istenen sağlık hizmetini alan kişinin yanında bu hizmetten yararlanamayanların da dahil olmasıdır. Örnek olarak, aşı olan bir kişide aşı sadece kendisinin hastalanmasını önlemez. Aynı zamanda hastalığın toplum içinde yayılımını da engeller. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sahip olduğu bu nitelik sayesinde kamudaki sağlık giderleri de azaltılabilir. Zira koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyeti tedavi edici sağlık hizmetlerine göre daha azdır. Bu bakımdan devlet, sağlık harcamalarını tedavi

edici hizmetlerden ziyade koruyucu sağlık hizmetlerine y6nelik yaptığı takdirde yapılan sağlık giderleri 6nemli oranda azaltılabilir. Bunlar koruyucu sağlık hizmetlerinin ne kadar 6nemli olduğunu g6stermektedir.

Sosyal devlet anlayışı gereği sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulmalıdır. Bu 6zelliğinden dolayı devlet kurumları tarafından koruyucu sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu t6r sağlık hizmetlerinde hastalık riskinin azaltılması amaçlandığından 6deme g6c6n6n 6nemi olmaksızın toplumdaki her birey hizmetlerden 6nemli oranda yararlanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde kişisel fayda hedeflenmemekte, toplumun genelinin hizmetten faydalanması amacıyla gelir dağılımındaki d6zensizliklerin azaltılmasında rol oynamaktadır (Usta, 2015).

Birinci basamakta hizmeti verilen sağlık hizmetlerinin hastalıklardan korunmak amacıyla ikinci basamak ve 6ç6nc6 basamak sağlık hizmetlerine nazaran daha efektif olduğu g6r6lm6řt6r. Birinci basamaktaki tedbirlerin başta aile hekimlerince bu hizmeti sağlayan birimler tarafından planlanması gerekmektedir. Bağışıklama, danışmanlık ve sağlık muayenelerinden oluşan birincil koruma tedbirlerinde yetişkinlerin hastalık veya yaralanmaların dışında 1-3 yıl gibi s6rede genel sağlık muayenesinden geçmeleri gerekmektedir. Birinci basamak sağlık kurumlarına gelen kişilerin genel sağlık durumlarına bağlı olarak kanser taramalarını da içine alacak şekilde ihtiyaç duyulan muayenelerin yapılabilereği ya da muayenelerin yapılması amacıyla ilgili hastalıklara ilişkin birimlere naklinin yapılacağı iletirmiştir. (Kılıç ve Koç, 2014, s.37).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinden hizmet almak amacıyla kurulan Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) sağlık sisteminde 6nemli g6revlere yer edinmiştir. İnsanlar internet ve medya yardımıyla hastalıkların tanı ve tedavisi, korunma hasta hakları gibi konularda çeşitli bilgiler almakla birlikte beklentilerin artarak hekimlere daha fazla sorumluluklar y6klenmiştir. Ancak n6fusun fazla hekimin ve birimlerin yeterli olmaması nedeniyle yoğun bir çalışma d6zenine sebep olmuştur. Bu şartlarda hastalıkların 6nlenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması, toplumun eğitimi, danışmanlık hizmetleri gibi toplum sağlığının geliştirilmesi, sağlık harcamaları maaliyetlerinin azaltılması ve hatalı hastalık teşhislerinin azaltılması gibi hizmetler tam manasıyla verilememiş olup yeterli verim alınamamıştır. Bu s6rete sadece bireylerin tedavi edilmesi sağlanmış olup sağlığın

sürekli olarak sağlanamamıştır. (Topuzoğlu, Karabey ve Topuzoğlu, 2013, s.2).

Yukarıda da anlatıldığı gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin sosyal faydasının bireysel faydasından daha önemli olduğu görülmektedir. Buna örnek olarak; aile planlaması, ana ve çocuk sağlığı, aşılama, dengeli beslenme, gıda denetiminin ve kontrolünün sağlanması gibi hizmetler gösterilebilir. (Aktan ve Işık, 2010). Koruyucu sağlık hizmetleri; genel olarak çevreye ve kişiye yönelik sağlık hizmetleri olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır.

1.2.3.1.1 Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetleri

Bu tür sağlık hizmetlerinin içerisinde doktor, ebe, hemşire gibi sağlık çalışanlarının sunduğu sağlık hizmetleri yer almaktadır. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, karşı karşıya kalınabilecek hastalıkları veya engellilik teşkil edebilecek bazı olayları öngörerek engelleyebilen veya bunların olumsuz etkilerini azaltabilen, erken teşhisin sağlanması ile sağlığın korunmasını amaçlayan hizmetlerdir (Erdemir, 2015).

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri genel olarak sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirlik ve verimlilik özelliklerine katkıda bulunmaktadır. Fakat bunun sağlanması için hizmetlerin etkin sunumu önem arz etmektedir. Bu sağlık hizmetleri kişiyi korumakta ve daha karmaşık sağlık sorunları ile karşı karşıya kalmayı engelleyerek oluşabilecek sağlık harcamalarındaki artışların azaltılmasını sağlayarak, verimi artırmakta ve sağlık sisteminin finansmanı bakımından sürdürülebilirliğine yardımcı olmaktadır (Erdemir, 2015).

Bu sağlık hizmetleri şu şekilde sıralanmaktadır (Bertan ve Güler, 1997: 374):

- Bağışıklama
- Erken teşhis
- İlaçla koruma sağlamak
- İyi beslenmek
- Sağlık eğitimi
- Aile planlaması

1.2.3.1.1.1 Bağışıklama

Bulaşıcı hastalıklardan korunma yolları arasında bağışıklama yer almaktadır. “Aşılama” ile aktif bağışıklama sağlanmakta, sağlıklı kişilere hazır antikorların olduğu serumlar verilerek pasif bağışıklama sağlanmaktadır. Bu sistemin toplumda fazla sayıda kişiye uygulanması durumunda, bulaşıcı hastalıklar önlenmekte ve başarı sağlanmaktadır (Bertan ve Güler, 1997:374).

1.2.3.1.1.2 İlaçla Koruma

Tüm hastalıklara ait koruyucu aşı bulunmadığından bu tür hastalıkları olan kişileri tehlikeden korumak amacıyla ilaçla korumaya ihtiyaç duyulmaktadır. Buna örnek olarak tüberkülozlu bir annenin çocuğuna INH verilmesi gösterilebilir (Bertan ve Güler 1997:375).

1.2.3.1.1.3 Erken Tanı

Hastalar genelde, yakınmaları dayanılmaz düzeye gelene kadar hastalıklarını duymaz, en son aşamada sağlık kuruluşlarına başvururlar. Bu durum hastalıklarının tedavi süreçlerinin uzamasına, bazı durumlarda ise tedavi edilememesine neden olabilmektedir. Hastalıkların teşhisi ne kadar erken zamanda yapılır ise tedavisinden bir kadar olumlu sonuç alınabilir. Örnek olarak kanserin erken teşhis edilmesi tam olarak tedavi edilmesinde etkili olabilir (Bertan ve Güler 1997:375).

1.2.3.1.1.4 İyi Beslenme

İnsanların beslenme düzeninin sağlanması, bu sayede bünyelerinin güçlendirilmesi hastalıklardan veya hastalıkların neden olabileceği kötü bir tablodan koruyucudur. Zira pek çok hastalığın sebebi olarak yetersiz ve düzensiz beslenme gösterilmektedir. Özellikle enfeksiyon hastalıklarının tümü düzensiz beslenen hastalarda daha aktif şekilde görülmeye başlamıştır (Bertan ve Güler 1997:375).

1.2.3.1.1.5 Aile Planlaması

Dünya genelinde fazla sayıda ve sıklıkla doğum yapan kadınlar ve bu koşullarda doğan çocukların sağlıklarının çeşitli tehditlerle karşı karşıya oldukları, yapılan araştırmalarda bildirilmektedir. Bunun yanı sıra bazı kadınlar plansız gebeliklerde düşük yapmak isterken sakatlık veya ölümlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu tür kötü sonuçların önlenmesi açısından aile planlaması önem arz etmektedir (Bertan ve Güler 1997:376).

1.2.3.1.1.6 Sağlık Eğitimi

İnsanların nasıl sağlıklı kalacakları, sağlıklarını nasıl korumaları gerektiği ve sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabilecekleri konusunda gerçekleştirilen planlı eğitimler “sağlık eğitimi” olarak nitelendirilmektedir. Bir toplumda sağlık seviyesindeki yükselme, o toplumdaki insanlara sağlık sorumluluğunun anlatılması ve benimsetilmesi sonucunda meydana gelir (Bertan ve Güler 1997:376).

Yerel toplumun desteği ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde birinci basamak sağlık hizmet uygulamaları her geçen önemini arttırmaktadır. Gönüllüler ile öğretmenler gibi toplum liderleri birlikte hareket eden, sağlığın geliştirilmesi amacıyla ihtiyaçları ve eylemleri planlayan, bölgedeki kişilerin sorumluluk almasını sağlayan bir modelle kişilerin sağlık hizmetleri ile uyum içinde olabileceği ileri sürülmektedir. İdarecilik, yetişkin hastaların bakımı, ana çocuk sağlığı, aile planlaması benzeri alanlarda uzman olan hekimler yeni uygulamada aile hekimleri olarak yer almakta ve her yaş ve cinsiyette olan kişilere bütüncül sağlık hizmeti verilmektedir. Birinci basamak hizmet kalitesinin denetlenmesinin bilimsel kanıtlara dayalı klinik rehberler eşliğinde sunulan standart hizmetlere etkisi olacaktır (Akman, 2014, s.72).

İnsanlara koruyucu sağlık hizmetlerinin efektif sunumunun sağlık giderlerindeki artışları azaltmakta ve verimi yükseltmektedir. Sağlık sistemi finansmanının uzun vadede sürdürülebilir olmasını sağlamaktadır. Koruyucu halk sağlığı hizmetlerinin önem kazanması sonucunda verem, sıtma, cüzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının uygulanması, sağlık hizmetlerindeki “geniş bölgede tek amaçlı hizmet” görüşünün sunumu yapılmıştır. Çok sayıda ilçe ve ilde tedavi ve muayene merkezlerinin yapılması, doktorların istekleri doğrultusunda serbest şekilde çalışması engellenmiştir. Bununla birlikte Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve BAĞ-KUR sağlık sigorta yardımları kişilerin meslek hastalıkları, iş kazaları, yatarak ve ayakta uygulanacak tedavileri için uygun görülen muayene, tahlil, tetkik, ameliyat gibi uygulamaları içinde barındırmaktadır. Tedavi kısmında ise ilaçlar ve diğer sağlığa kavuşturma araçlarına kolay ulaşım sayesinde kişilerin sağlıklarının korunması ve iyileştirilmesi amacıyla gereksinim duyulan koruyucu sağlık hizmetleri arasındadır (Sülkü, 2011, s.25).

Evde bakım hizmetleri de “sağlık düzeyinin iyileştirilmesi ve yükseltilmesi için tedavi görenlere ev dahilinde sunulan sağlık hizmeti ve verilen hizmet donanımı” şeklinde tanımlanabilmektedir. Hastanelerdeki yoğunluk nedeniyle veya yatak kapasitelerindeki azalma nedeniyle öne çıkan bu sağlık hizmeti, kişilerin hizmet aldıkları koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde ele alınmaktadır. Evde bakım hizmetlerinde hemşirelik faaliyetleri ile ziyaretçi hemşireler, evde bakım hizmet birimi ve hastaneler aracılığı ile sunulmaktadır. Evde bakım hizmetlerinde kişiler daha özerk ve özgür hareket edebilmektedir. Hastalar yanlarında yakınları veya aileleri olduğundan moral motivasyonlarının arttığı söylenebilir. Hastaların yaşam alanlarına önem verildiğinden, evlerinde kendi kimliklerini daha iyi korudukları ifade edilmektedir. Ayrıca hastaların bakım ve hastanede kalış giderlerinin, enfeksiyon riskinin önemli oranda azaldığı belirtilmektedir (Özer ve Şantaş, 2012, s.97). Hastalara evde bakım hizmetlerinin sunumu ile koruyucu sağlık hizmetlerinin daha kolay ve konforlu şekilde gerçekleştirilmesi mümkün olmaktadır. Böylece hastanelerin ve sağlık personelinin yükü önemli oranda azalmaya başlamıştır.

1.2.3.1.2 Çevreye Yönelik Koruyucu Hizmetler

Bu tür sağlık hizmetleri bireyin yakınında var olan ve sağlığını kötü olarak etkileyecek faktörlerin sağlığa uyumunun sağlanması olarak nitelendirilebilir. Bunlara örnek olarak, yeterli ve temiz suyun sağlanması, atıkların zararsız hale getirilmesi, haşere mücadelesi, hava kirliliği ve radyasyon ile mücadele, konut sağlığını ve sağlığa zararlı besinlerin tüketilmesinin önlenmesi hizmetleri gösterilebilir (Sözen ve Özdevecioğlu, 1999). Bu hizmetlerin temel amacı, sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek fiziki, biyolojik ve kimyasal unsurlardan kişilerin etkilemelerinin önlenmesi ve çevrenin sağlıklı yaşam için uygun hale getirilmesini sağlamaktır. Bu hizmetlerin kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden farkı ise, hizmetlerin bu alanda eğitim almış veteriner, mühendis, biyolog, kimyager, çevre sağlık teknisyeni gibi meslek üyeleri tarafından verilmesidir. Çevre sağlığı birimleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ve sağlık ocakları koruyucu sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar arasındadır.

Çevreyi korumak için sağlık hizmetleri kapsamında yapılması gerekenler şunlardır:

- **Temiz su kaynaklarının sağlanması ve denetimi:** Kentlerde yaşayan nüfusun büyük bir kısmı su gereksinimini şebeke suyundan sağlamaktadır. Bu sebeple şebeke suyunun klorlanması, bakımı ve onarımı yapılmalıdır. Kırsal kesimlerde yaşayan nüfus ise; su gereksinimini he kuyulardan ve akarsulardan temin etmektedir. Kırsal kesimlerdeki su kaynakları klorlanıp klorlanmadığının denetimi yetkili kurumlarca yapılmalıdır.
- **Atıkların denetimi:** Atıkların çeşitlerine göre ayrılması, toplanması, uzaklaştırılması ve arıtılması sağlanmalıdır. Atıklar, türlerine göre (evsel atıklar, tıbbi atıklar, tehlikeli atıklar, endüstriyel katı atıklar vb.) ayrılmalıdır
- **Besin hijyeni:** Sağlık Bakanlığı, Türk Standartları Enstitüsü, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, Ziraat Bakanlığı, Çevre ve Orman Bakanlığı gibi kurumlarda yetkilendirilmiş bulunan gıda mühendisi, veteriner hekim, ziraat mühendisi, kimya mühendisi, doktor, gıda teknikeri, biyolog, mikrobiyolog, kimyager, eczacı gibi farklı meslek üyelerinden oluşan yetkili kişilerce gıda kontrolleri sağlanmaktadır. Yapılan denetimler ile yiyeceklerin depolama yapıldığı yerlerin düzenine, sağlık ve hijyen koşullarına, yanlış ve eksik etiket bildirimini kontrolü yapılır.
- **Konut sağlığı:** Konut yerleri belirlenirken doğal afetlere karşı riskli olmayan alanların seçilmesi, güneş ışığından yararlanılması, hava akımının olmasına önem gösterilir. Örneğin kanalizasyon sorunu bulunan bir alandaki yerleşim yerleri; bulaşıcı salgın hastalıkların meydana gelmesine sebebiyet verir.
- **Hava kirliliği ve gürültü ile denetimi:** Hızlı kentleşme ve kontrolsüz sanayileşme hava kirliliğinin iki temel sebeplerindendir. Büyük şehirlerde hava kirliliği ve gürültü büyük sorunlardandır. Ayrıca buna ulaşım sorununu da eklenmektedir. Ulaşım sorunu zaman kaybına yol açmaktadır, otopark yetersizliği ise bu durumu daha da karışık bir hale sokmaktadır.
- **Zararlı canlılarla mücadele:** Özellikle kentlerde sağlıklı bir çevrenin sağlanması için haşere kontrol mücadelesi önemli bir yer tutmaktadır. Haşerelerin vektör olarak taşıdıkları virüsler bulaşıcı hastalıkların yayılmasına sebebiyet verebilir. Kentlerde nüfusun fazla olması haşerelerin bulaşıcı

hastalıkları taşımasına uygun bir zemin hazırlamaktadır. Karasinekler, sivrisinekler hastalık bulaştırma riski en yüksek olan canlılardır. Bunun haricinde hamam böcekleri, fareler ve pireler de hastalık bulaştırma riski yüksek zararlı haşerelerdir.

1.2.3.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sihhat durumunun kötü hale geldiği hastalık veya sakatlıklarla mücadele sürecinde, kişilerin karşı karşıya kaldıkları probleminden kurtulmaları için sunulan hizmetlerdir. Kişilerin yeniden sağlıklarına kavuşmaları temel amaçtır. Aynı zamanda tedavi edici sağlık hizmetleri, kişilerin rahatsızlıklarından dolayı karşılaştıkları iş gücü kaybı sonucunda gelirlerin azalması veya hiç gelir sağlanamaması durumuyla neticelenen çalışma gücünün yeniden kişiye kazandırılma girişimleri olarak tanımlanabilir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri genel olarak poliklinik muayenesi başta olmak üzere hastanede yatmakta olan hastalar ile klinik müdahale hizmetlerini, hastalara sağlık kuruluşları ve muayenehanelerde yapılan tedavi edici tüm hizmetler ve bu tedavilerde hastaların aldıkları tıbbi malzeme, ilaç ve diğer sağlık gereçlerinin tamamını içermektedir (Kurtulmuş 1998: 84). Bu süreçlerden dolayı tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine göre maliyet açısından daha yükseklik göstermektedir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel fayda, sosyal yarardan daha öndedir. Birey sağlığını kaybetmesiyle beraber sosyal ve ekonomik canlılığını yerine getiremez (Çelikay ve Gümüş, 2010: 185).

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin bireyin yaşamını uzattığı, sağlık durumunu iyileştirdiği verimliliğini arttırdığı ve milli gelire katkı yaptığı belirtilmektedir (Aktan ve Işık, 2010). Tedavi edici sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması hizmet yoğunluğu ve hizmet kapsamı dikkate alınarak yapılmaktadır (Usta, 2015). Tedavi edici hizmetler aşağıdaki gibi üç bölümden meydana gelmektedir:

- Ayaktan tedavi hizmetlerini kapsayan birinci basamak sağlık hizmetleri
- Yataklı tedavi hizmetlerini kapsayan ikinci basamak sağlık hizmetleri
- Uzmanlaşmış ileri teknoloji merkezlerinin yer aldığı üçüncü basamak sağlık hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin içeriğinde hastaların ayakta ve evde tanı ve tedavilerinin sağlandığı hizmetler yer

almaktadır. Bu sağlık kuruluşlarında genelde yatak hizmeti sunulmamaktadır. Ana Çocuk Sağlığı Merkezi, sağlık ocakları ve dispanserler bu tür sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlar arasındadır. Bu kurumlarda tedavi alamayan hastalar ise ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlara nakledilirler. (Bertan ve Güler, 1997:376).

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru yapılmadan ikinci veya üçüncü basamak hizmetlerinden faydalanmak istendiğinde meydana gelen yoğunlukta hastanelerin asli görevleri olan tedavi hizmetlerinin yerine poliklinik hizmetlerini verdikleri görülmektedir. Yataklı tedavilerin yapıldığı kurumlarda poliklinik hizmetlerinin artması nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerinden beklenen yararın sağlanmaması diğer bir ifade ile poliklinik hizmetleri için gereksiz emek ve kaynak ihtiyacı meydana gelmektedir. Bunun sonucunda kaynak israfı olmakta, uzmanlık bilgisi gerektirmeyen hasta yoğunluğu meydana gelmektedir. (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, s.169) Temel işlevi ileri teknolojik ekipmanlar yardımıyla yeni tedavi yöntemleri araştırma ve geliştirmesi gereken üniversite hastaneleri ile eğitim-araştırma hastanelerinin daha çok poliklinik vakalarla meşgul olması sonucunda verilmesi gereken fayda sağlanamamaktadır.

İkinci basamak tedavi hizmetleri: İlk başvuru kurumunda bireyin hastalığının belirlememesi ve tedavisinin çözümlenemediği durumlarda hastalar ikinci basamak tedavi hizmeti verilen kuruluşlara yönlendirilmektedirler (Erdemir, 2015). İkinci basamak tedavi hizmetleri sunulan kurumlarda ileri derecede teknoloji ve uzmanlık gerektirmeyen hastalıkların teşhis edilmesi ve yataklı tedavisi amacıyla uzman hekimler tarafından tedavi hizmetleri verilmektedir. Ülkemizde bu tür sağlık kurumları arasında özel hastaneler, devlet hastaneleri ve yataklı sağlık merkezleri bulunmaktadır (Usta, 2015). Bu kurumların 50-100 yatak kapasiteli ve 3-4 uzmanın çalıştığı bir kurum olması yanında gibi tam teşekküllü bir hastane olması söz konusudur (Bertan ve Güler 1997:376). Hastanelerin sahip oldukları fiziksel ve teknolojik kapasitelerinin yetersiz kalması durumunda, hastalar bir üst seviyede sağlık hizmeti sunan sağlık kurumlarına nakli sağlanabilmektedir.

İkinci basamak tedavi hizmeti veren kurumlar resmi sağlık işletmeleri eğitim ve araştırma hastanesi vasfı bulunmayan kamu hastaneleri ile bunların içinde barındırdığı semt poliklinikleri, SB’ye bağlı olan dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri, entegre ilçe hastaneleridir. Bunların yanı sıra TSK’ne bağlı, belediye hastaneleri ile

uygulama ve araştırma merkezleri bulunmaktadır. İkinci basamak tedavi hizmeti veren özel sağlık kurumları ise “Özel Hastaneler Yönetmeliği” ne uygun şekilde ruhsat almış olan hastaneler, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” in geçici ikinci maddesine göre hizmet veren dal merkezleri ve tıp merkezlerinden oluşmaktadır (Çınarlı ve Hızal, s.107) Bu türde hastanelerin uzmanlık ve tıbbi teknoloji düzeyleri ileri seviyededir.

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Ruh ve akıl hastalıkları, verem hastaneleri, onkoloji hastaneleri gibi hastalığa hizmet veren, jinekoloji ve doğum hastaneleri gibi cinsiyete veya geriatri hastanesi, çocuk hastalıkları hastanesi gibi özel bir yaş grubuna ilgili alanda gelişmiş teknoloji ve üst düzey uzmanlaşmış personelleri ile hizmet veren yataklı tedavi kuruluşlarındaki hizmetleri kapsamaktadır. Bu türde sağlık hizmetlerini sağlayan kuruluşlar ise “üçüncü basamak tedavi merkezleri” olarak nitelendirilirler. Başta SB’nin eğitim hastaneleri olmak üzere, üniversite hastanesi ile özel dal hastanelerinin tümü Türkiye’deki örnekleri arasında yer almaktadır (Akdur, 2003: 13-14).

Giderleri yüksek sahip olmakla birlikte kaliteli yüksek seviyede sağlık hizmetlerinin sağlandığı bu tür kurumlarda kurulan sağlık sevk zincirleri ile sağlık hizmetinin alınmasıyla hastanelerdeki yersiz kalabalık ve yoğunluk önlenmektedir. Bu sayede tedavi edici hizmetlerin yanında hastalara daha uzun süre hizmet verilmekte ve sağlık konularında uzun süre bilgi alışverişi sağlanmaktadır.

İyileştirici ve tedavi edici hizmetlerin basamaklara ayrılmasındaki amaç, basamaklar arasındaki sevk zincirinin kurulmasıdır. Birinci basamakta yer alan kuruluşlar toplumun yaşadıkları yerlerde, ikinci ve üçüncü basamaktaki sağlık kurumları ise daha geniş ve büyük yerleşim merkezlerinde bulunurlar (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat 2011: 81).

Hastalanan bireylerin sağlık durumlarının iyi hali için sunulan bütün hizmetler tedavi hizmetleri şeklinde tanımlanırlar. Hastalık ya da hastalıktan kaynaklı şikayetlerin varlığından sonra hastalığın tanı ve tedavi süreçlerini oluşturmaktadır. “Tanı koyabilmek amacıyla ultrason, tomografi, röntgen, vücuttan kan ve doku örneğinin alınması, EEG çekilmesi, solunum testleri gibi işlemler ve tedavi amaçlı uygulanan kemoterapi ve radyasyon, cerrahi operasyonlar, organ ve doku nakilleri,

yapay döllenne, gebeliğin sonlandırılması, kök hücre çalışmaları gibi hizmetler tedavi edici özellikteki hizmetlerdir.” (Çınarlı – Hızal, s.104)

Tedavi edici sağlık hizmetlerini veren kurumları iki ana gruptan meydana gelmektedir. Bu gruplar ise gününbirlik ayaktan tedavi hizmetleri ile yataklı tedavi hizmetleri olarak tanımlanırlar.

1.2.3.2.1 Gününbirlik (Ayaktan) Tedavi Hizmetleri

Ayakta tedavi hizmetlerinde hastaların araştırma hastanelerine öncelik verdiği ifade edilmektedir. Hastanelerde çalışan uzman hekimlerin olması, modern teknolojik araçlarla donatılması ve çalışanların kaliteli olması bu durumun temel sebeplerini oluşturmaktadır. Gününbirlik tedavide hastaların en fazla temizlik ve hijyen hususunda dikkatli oldukları ifade edilmektedir. Çalışanların kişisel hijyeni ve kılık kıyafetin düzgünlüğü, güler yüzlü ve hoşgörülü olmaları, hastaların bekleme alanlarının ferahlığı yanında moral ve motivasyonu yükseltecek şekilde yapımı, hasta ilişkilerinin yürütülmesi ve iletişimi hususunda çalışanlara yönelik eğitimler sağlanması, hastaların bilgilendirilmesi amacıyla dergi, broşür gibi yazılı kaynakların sağlanması, tanı aşamasının en kısa süreçte sonuçlandırılması ve hastaların bu yönde bilgilendirilmesi sonucunda, hastaların aldıkları hizmetten memnun kalmaları sağlanabilmektedir (Gülmez, 2005, s.167).

Gününbirlik tedavi hizmetleri veren kurumlar arasında özel muayenehaneler, hastane acil servisleri, hastane poliklinikleri, ayaktan cerrahi merkezleri, evde bakım kurumları, okul sağlık merkezleri, işyeri revirleri ve aile planlaması yer almaktadır. Gününbirlik tedavi hizmetini veren kurumlarda tanı, tedavi, koruyucu, acil cerrahi, rehabilitasyon hizmetlerinin sunumu hekim, terapist, diş hekimi, hemşire, ebe, anestezi teknisyeni ve çevre sağlık teknisyeni gibi sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, s.38). Bu kuruluşlarda hastaların tanı ve tedavileri hastanelerdeki gibi yatışı gerektirmeyen bir sunumla gerçekleştirildiği söylenebilir.

1.2.3.2.2 Yataklı Tedavi Hizmetleri

Yataklı tedavi hizmetleri kapsamında tedavi öncesinde amaçların tanımlanması, acil durumlarda yapılması gerekenler, yataklı tedavide tedavi hedeflerinin

belirlenmesi, hastaneye yatışta ilaç tedavisi, yataklı tedavide ilaç dışı tedavi, iyilik halinin arttırılması aşamaları yer almaktadır. Hastalarda anamnezinin iyi alınması, hastanın şikayetlerinin ve hastaneye yatış sürecinin doğru aktarılması, sağlık hizmetlerinin kurumda veya evde uygulanabilme durumuna ilişkin sürecin tespiti, tanı ve riskin doğrulanabilirliği, muayenenin ve yapılan tahliller sonucunda hastanın ne durumda olduğunun kesinleştirilmesi, tedavi protokolünün belirlenmesi, tedaviden olumlu yanıt alınması neticesinde iyilik halinin sürekliliği ve iyilik halinin yükseltilmesi gibi işlemler yataklı tedavi hizmetleri kapsamında verilmektedir. Aynı zamanda hastanın tüm süreçlerde sürekli kontrolünün sağlanması ve yaşam fonksiyonlarının denetimi, sağlık hizmetlerinin kaliteli ve doğru tedavi neticesinde hasta memnuniyetini önemli oranda etkilemektedir (Alptekin vd., 2014: 279).

1.2.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık ve kaza durumlarında kişilerin kaybettikleri zihinsel ve bedensel becerilerinin yeniden kazandırılması sürecini kapsayan hizmetler, rehabilitasyon hizmetleri olarak nitelendirilmektedir. Rehabilitasyon yoluyla sosyal anlamda dezavantajlı veya engelli durumdaki kişilerin refahına hizmet edilmekte ve kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak, gerekirse engelli kişilerin evde, okulda, işte, toplum içerisinde uyum içinde yaşamalarını sağlanmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 91-92).

Özelliğinden ötürü tedavi sürecinin uzun sürmesinden dolayı rehabilitasyon hizmetlerinin maliyetleri, bu hizmetler için kullanılan ekipmanlar nedeniyle oldukça yüksektir. Bununla beraber yapılan tedavinin neticesinin ne olacağı bilinmemektedir. Kişisel ve kamusal yarar sağlayıcı olan rehabilitasyon sağlık hizmeti, önemli görevlerde bulunan kişilerin hastalık sürecinde görevlerini sürdürebilmelerini de de amaçlamaktadır (Çağatay, 1990, s. 27- 28).

Rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanmasıyla toplumdan soyutlanan kişilerin sayısında azalma, toplumsal refaha katkı sağlama, kişinin ailesi ve toplumun sağlık kalitesinin korunması ve geliştirilmesi desteklenebilecektir.

Tıbbi rehabilitasyon: Kaza veya herhangi bir hastalık sonucunda kişinin beden bütünlüğünün bozulması, organların işlevini sağlıklı olarak yerine getirememesi veya sakatlık durumunda kişinin eski durumuna getirilmesi veya yaşam kalitesinin artırılması amacıyla gerçekleştirilen tedavileri ve süreçlerin bütünüdür.

Buna protez takılması ve fizik tedavi hizmetlerinin örnek olarak gösterilmesi mümkündür.

Trafik kazaları, çevre kirlilikleri, yaşam biçimi ve beslenme düzeni toplum açısından ekonomik, sosyal, fiziksel ve ruhsal sorunları da beraberinde getirmektedir. Konuşma, görme, işitme ve zihinsel engeller kişilerin hayata uyum sağlamalarında sorun yaratan sağlık sorunlarıdır. Bu tür sorunların sosyal yaşama yansması durumunda kişilerin toplumdan uzaklaşmaları doğal bir süreçtir. Örnek olarak, ileri düzeyde görme bozukluğuna sahip kişilerin futbol, yüzme gibi aktivitelerde bulunma arzusu, kişilerin grup içerisinde kendilerini yetersiz görmelerine neden olmaktadır. Buna bağlı olarak sosyal hayattan uzaklaşma gibi süreçler yaşanabilmektedir. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri sayesinde ise bu yetersizlikler tıbbi tedavi yöntemleri yardımıyla giderilmesi kişilerin yeniden sosyal aktivitelerde bulunmaları ve çevreye katılabilmeleri amaçlanmaktadır.

Sosyal rehabilitasyon: Kişinin fiziki veya psikolojik rahatsızlığından dolayı yaşamında meydana gelen sıkıntıların, sosyal izolasyonların giderilebilmesi ve bir başkasına ihtiyaç duymadan yaşamına devam edebilmesi amacıyla verilen sağlık hizmetlerini ve eğitimleri kapsamaktadır. Hastanın geri kalan yaşamında mevcut kısıtlılığı ile barışık olarak yaşayabilmesini hedeflemektedir.

Hastalıklar kişilerin ruhsal, fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçları yanı sıra manevi ihtiyaçlarının da artmasına neden olmaktadır. Özellikle kanser tedavisi gibi uzun süren, yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkileyen hastalıkların kişilerde sosyal ve manevi desteğe daha fazla ihtiyaç duyulduğunu göstermiştir. Hastalarda maneviyatın baş etme yeteneğinin artmasına, yaşama gücünü ve iyi oluş düzeyini yansıtan bir olgu olduğunu, anksiyete düzeyini düşürdüğü, kişiyi pozitif yaşama yönlendirdiği ve kendisini ifade edebilmesini, güçlü, umutlu ve refah içinde yaşamasına olanak sağladığını belirtilmektedir. Bu bakımdan sosyal rehabilitasyon hizmetlerinin hastalıklar ve genel sağlık üzerinde olumlu etkileri olduğu ifade edilmektedir (Kavas ve Kavas, 2014: 907).

1.2.3.4. Sağlık Geliştirilmesi

Bu hizmetler bedensel ve zihinsel sağlık durumunun, yaşam kalitesinin ve yaşam süresinin uzamasını amaçlayan sağlık hizmetleridir. Günümüzde pek çok hastalığın kişilerin yaşam tarzları ve alışkanlıklarından dolayı geliştiği bilinmektedir. Bu

bağlamda sağlığın geliştirilmesine ilişkin hizmetlerde kişiler esas sorumluluğu üstlenmektedirler. Sağlığın geliştirilmesi ile sağlık eğitim hizmetlerinin birbiriyle aynı tanımı içermedikleri belirtilmektedir. Sağlık eğitimi toplumun sağlık hakkında bilgilendirilmesine ve bilinçlendirilmesine yönelik olup, sağlığın geliştirilmesi sağlık eğitimini de kapsayan daha geniş alanda hizmetleri oluşturmaktadır. Sağlık eğitiminin dar kapsamlı olması, kişi ve grupları içerisine alması yanında sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlık kurumlarının sorumluluğu yanında ulusal ve uluslararası özel ve kamu kurum- kuruluşlarının da görevleri içerisinde yer almaktadır. (Kavuncubaşı, s.39)

Sağlık hizmetlerinin gruplara ayrılması önemsenmesi gereken bir süreçtir. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki gibi sürecin mantıklı bir şekilde ilerletilmesi durumunda devletin üzerine düşen sağlık giderleri önemli oranda azalacaktır. Buradaki sorun tedavi edici hizmetlerin, genellikle koruyucu hizmetlerin yetersizliği nedeniyle oluşan sonuçlarının düzeltilmesi için hizmetlerin verilmesidir. Diğer bir ifade ile toplumda bireylerin sağlıkları temiz içme suyunun sağlanması, beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamanın sağlanması, sağlıklı yaşam biçimlerinin oluşturulması gibi önlemlerle korunamıyor ise sağlık sorunları ve hastalıklar ortaya çıkabilir, bunların tedavisi için sağlık kuruluşlarından destek alınabilir. Genelde toplumlarda sağlık hizmetleri kavramı ile tedavi edici hizmetler kavramının aynı anlamda kullanılmasının nedeni bundan kaynaklanmaktadır. Temel sağlık hizmetlerinin verilmesi kentsel ve kırsal kesimlerde aynı biçimde olmamaktadır. Kırsal kesimlerin uzaklığı, sağlık kuruluşları ve sağlık insan gücünün yetersiz olması gibi etkenler hizmetlerin uygulanmasına engel oluşturabilir, hatta bazı durumlarda hizmet sunumunu olanaksız hale getirebilecek pek çok durum olabilecektir. Hizmet sunumunda eşitliği bozan bir diğer etken ise devletin kırsal kesimlere sunduğu temel sağlık hizmetleri çeşitliliğinin kentsel kesimlere nazaran daha az olmasıdır. Kırsal kesimlere verilen temel sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında olması, kentsel kesimlere verilen temel sağlık hizmetlerinin ise koruyucu sağlık hizmetleri yanında tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini de içerdiği görülmektedir. (Cantürk, s.21)

Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde tek görev sadece kişide değil, ulusal ve uluslararası tüm kurumlar ile tüm sağlık kurumlarının da bazı görev ve sorumlulukları vardır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri mevcut sağlıklı olma durumundan ziyade

daha da sağlıklı olmayı hedefleyen hizmetlerdir. Bu hizmetlerden başlıcaları; sağlık eğitimleri, evre sağlığı düzenlemeleri, sosyoekonomik kalkınma düzeyinin geliştirilmesi, sağlık sistemi ve işlevlerinin geliştirilip yenilenmesi, sağlık sisteminin verimli kullanılması, kişilerin sağlıklı olmasının sağlanması ve daha iyi sağlık düzeyine ulaşmaları hususunda bilgilendirmeleri gibi konulardan oluşmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin asıl konusu ve hizmet alıcıları insanlardır. Sunulan sağlık hizmetlerinde de kişi memnuniyeti büyük önem teşkil etmektedir. Sağlık hizmetlerinde küreselleşme, kurumlar arasındaki rekabet ortamları, tıbbi gelişmeler, teknolojik inovasyonlar, güvenilir ve insan odaklı hizmet, sağlık hizmeti alan kişilerin ve sağlık çalışanlarının memnuniyeti kaliteli hizmet anlayışının oluşmasını sağlamıştır. Hasta, hasta yakını ve çalışan memnuniyeti sağlanması ve kaliteli hizmet sağlanması toplam kalite yönetimi sistemine zemin hazırlamıştır.

2.KALİTE VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

2.1 Kalite

Dünyadaki küreselleşme sürecinde çevre koşullarının sürekli değişimi yanında, çevrede olan iktisadi ve sosyokültürel değişimlere paralel üretim ve tüketime yönelik teknolojik yapılarda da değişime zorlamaktadır. Her geçen zaman zorlaşan bu rekabet ortamının karşısında kurumlarında varlığını sürdürebilmeleri için etkin bir kalite ve yönetime sahip olmaları gerekmektedir. Bu da kalitenin önemini öne çıkarmaktadır.

Kalite kavramı günümüzde sıklıkla kullanılan bir kelime olmasına karşın standart bir tanımlaması bulunmamaktadır. Kalite, kişiden kişiye, farklılık gösterdiği gibi sektörden sektöre de değişmektedir. Bunun temel nedeni ise üretim ve hizmet gibi birbirinden ayrı iş kollarında farklı tanımların ve algılamaların bulunmasındandır.

Kalite kavramı gündelik hayatta yaygın olarak karşımıza çıkan bir kavramdır. Yapılan bir işin kalitesi, kaliteli ürün veya yemeğin kalitesi gibi. Genellikle kalite kavramı kullanımında, ilgili ürün veya hizmetin iyi olduğu gösterilmekte istenir. Kelimenin orijinal hali Latince- qualitas- hangi cinsten olduğunu veya hangi türden olduğunun anlamını taşısa da Internet Oxford sözlüğünde “kalite” kelimesi, benzer türler arasında birbirlerine göre standartlar dahilinde ölçümü, bir şeyin mükemmeliyet derecesinin gösterimi şeklinde ifade edilmektedir. Çok sayıda kurum ve bilim insanı kendi kalite tanımlarını oluşturmuşlardır. Örnek olarak, bir hizmet veya ürünün mevcut koşullara veya standartlara göstermiş olduğu uyum, bir diğer kalite belirtme şeklidir (Domittner, 2013: 6-7).

Türkçede kaliteli ifadesi pahalı anlamını taşımaktadır. Genelde pahalı olan kaliteli bir ürün olduğu ifadesi kullanılırken; üstün kalite, nadir, lüks, pahalı ürün veya hizmet olarak kabul edilmektedir. Bir ürün ve hizmetin kalitesi hususundaki genellemeler her zaman fiyat ve maliyet ile hatalı bir şekilde ifade kullanılmaktadır. Fiyat ile kalite genelde birbirine karşılık gelmemektedir. Günümüzde kalite kavramı tek bir tanımla ifade edilememektedir. Bu nedenle kalite ile ilgili literatürde birçok tanım bulunmaktadır. Küreselleşme sebebiyle teknolojiye yaşanan gelişme sosyal adalet konularındaki farklılaşmayı meydana getirmiş ve kalite yaklaşımlarının değişiklik göstermesine neden olmuştur. (Çağlar ve Kılıç, 2008, s. 3).

Aydemir’e (2006) göre kalitenin diğer tanımları aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir:

- “Kalite, bir ürün veya hizmetin, kullanımında rol oynayanların isteklerine uygunluk durumudur.
- Kalite, bir ürün veya hizmetin belirlenen bir ihtiyacı giderme becerilerini oluşturan nitelikler bütünüdür.
- Kalite, ürün veya hizmetin iktisadi bir yöntem aracılığıyla üretimi ve tüketim yapanların isteklerini ortadan kaldıracak olan bir üretim sistemidir.
- Kalite, kullanılan bir ürün veya hizmetin tüketici isteklerini yanıtlamasını sağlayan üretim ve bakım kişilikleri bütünüdür.
- Kalite, bir ürünün veya hizmetin ihtiyaçları karşılayabilme düzeyidir.
- Kalite, amaç ve kullanıma uygunluk anlamındadır.
- Kalite, ürünün veya hizmetin sevkinden sonra toplum içerisinde neden olduğu asgari zarar durumudur.
- Kalite kavramı, kusursuz olma anlayışını kapsayan bir yaklaşım durumudur.
- Kalite, ürün veya hizmet hakkının alıcı veya kullanımı yapanların kararı olup, talep ve gereksinimlerin karşılanma düzeyidir.” (Tekin, 1999: 3-4.)

Kalite, dinamik bir kavramdır. İsteklere ve ihtiyaçlara cevap olma durumu olarak ifade edilebilir. İnsanlar her isteklerine cevap buldukça daha fazla beklenti içinde olmaktadır. Bu yüzden sürekli değişim ve gelişim göstermeleri gerekmektedir. “Kalite tanımlamaları incelendiğinde, tüketicilerin istekleri ve beklentilerinde, kullanıma uygunluk niteliklerinde iki unsurun daha öne çıktığı görülmektedir. Bu unsurlar; üretilecek mal ve hizmetlerin ölçümünde yararlanılabilecek kriter veya niteliklerle üretilen ürünler ve hizmetlerin standartlara veya özelliklere hangi ölçüde uyum gösterdikleridir. Bir ürün veya hizmetin beklentilere uygunluk düzeyi “tasarım kalitesini” göstermektedir. Örnek olarak bir otomobilin düz vites veya otomatik vites olarak üretilmesi ile kalite türü arasında doğrudana bağlantı bulunmaktadır. “Uygunluk kalitesi” ise, tüketiciye sağlanan ürün ile tasarımın ne kadar uygun olduğu ile alakalıdır. Verilen örnekte olduğu gibi, tasarımı otomatik vites olan otomobillerin belirli hız limitlerinde kendiliğinden sorunsuz şekilde vites değişimi gerçekleşiyorsa, bu uygunluk kalitesinin göstergesi olmaktadır” (Çelik, 2006: 9).

Günümüzdeki rekabetçi ortamda işletmeler veya kuruluşlar, ürün veya hizmet sunumundaki süreçlerin her aşamasında kalite olması beklentisi bulunmaktadır. Kalite kavramına ilişkin bazı yanlış fikirler ise şu şekildedir:

- “Yalnız ürünlerin kalitesi için geçerlidir.
- Kalite için daha fazla maliyet gerekir.
- Kalite pahalı olmaktadır.
- Kalite lüks değildir.
- Kalitenin mükemmellik olmadığı belirtilmektedir.
- Kalite kavramı soyut bir tanımlamadır...” (Tekin, 2006: 53).

Bu ifadelerden de görüldüğü üzere kalite yalnız ürün için geçerlilik göstermez. Hizmet kavramında içine alır. Yüksek kaliteli üretim yanlışlıkların oluşmasına engel olduğu için maliyetleri en aza indirger ve kalitenin kurumun tüm çalışanlarının sorumluluğu altında olduğunu da bilmek gerekir.

Kalite uzmanı Joseph M. Juran tarafından evrensel bir süreç olarak kalite yönetim anlayışının kalite planlama, kontrol ve iyileştirme şeklinde üç basamaktan meydana geldiği belirtilmektedir. Bir diğer anlatımında ise; şirketlerin politika ve hedeflerinin yanında kalite sürecinde işletme vizyonuna sahip olmalarının da önemli olduğunu bildirmektedir. Hedeflerin sonuca ulaşabilmesinde önemli olan planlama, kontrol etme ve iyileştirme süreçlerinin tamamlanabilmesi için yönetsel işlemlerin düzenli kullanılmasının gerekli olduğunu ifade etmektedir (Çetin, Akın ve Erol 2001: 183).

Edwards W. Deming’e göre, sorunların belirlenmesinde düzeltici ve etkin önlemlerin alınmasında, kalitenin iyileştirilmesindeki en önemli pay, işletme yöneticilerinin diğer bir ifade ile yönetimin üzerindedir. Sistemin bir aşamasındaki değişiklikler, tahmin edilmesi güç bir karakterde olmaktadır. Bu sistemin doğası var olan değişimlerden daha farklıdır. Sürecin doğasında olan farklılıklar veya faktörlerden kaynaklı değişimler ise genel değişimin gerçek nedenidir (Çetin, Akın ve Erol 2001: 86).

Kalite uzmanları kalitede mutlaka olması gereken dört koşulu şu şekilde sıralamaktadırlar (Crosby, 1984):

- Kalite bir mükemmellik unsuru değil ihtiyaçlara uygun olmaktır.
- Kaliteye ulaşmak için değerlendirme yapmak yerine önleme yapılmalıdır.
- Kalitenin başarı kriteri için sıfır hata olmalıdır.
- Kalitenin uygunluğu göstergelere bağlı olmayıp, fiyat ile uygunluğu belirlenir.

2.2. Kalitenin Dünya’da Tarihsel Gelişimi

Sağlık çalışanları bakımından kalitenin milattan önceki zamanlardaki durumunun ele alınması halinde, M.Ö. 5. yüzyılda Hipokrat tarafından belirlenmiş yazılı mesleki davranış kurallarının olduğu, M.Ö. 1100 yılında Chou hanedanında hekimlere mesleğe başlamadan önce yazılı mülakat yapılmasının ve hekimlere ödemelerin tedavilerini yaptıkları hasta sayısına göre hesaplandığı görülmektedir. Ayrıca M.S. 1000. yılında İran’da tıp alanında çalışmayı isteyenlerin bilgi düzeylerinin sınav yapılarak sonuçlarına göre izin verilmesi gösterilebilir. Bazı tarih bilimciler kaliteyi tanımlarken, kalite çalışmalarının modern hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilen Florence Nightingale’in çalışmaları ile başladığını ifade etmektedirler. İngiliz hemşire Nightingale ’nin 1820-1910 yıllarındaki hastane verilerini incelemek ve değerlendirmek amacıyla tek düze sistemli bir çalışmaya gerek duyulduğunu belirttiği bilinmektedir. Bu nedenle içeriğinde kalite verilerinin güvenli bir şekilde toplandığı programların oluşturulması için çalışmalar gerçekleştirmiştir.

1913 yılında tıp eğitimindeki düzensizliğin giderilmesi amacıyla, Amerikan Cerrahlar Birliği’nin (ACS) temelleri atılmıştır. ACS ilerleyen yıllarda sağlık alanındaki profesyonellerinin çalıştığı ve sağlık kurumlarının kaliteli olabilmeleri için hastane standartları programını ortaya koymuştur. Bu dönem kaliteli hemşirelik eğitiminin verilmesi için de çalışmalar yapılmış ve 1917 yılında Ulusal Hemşirelik Eğitim Derneği (National League for Nursing Education) hemşirelik eğitimi veren okullarda eğitimlerin standartları için gereken programı oluşturmuştur. ACB hastane standardizasyon programının Amerika Birleşik Devletleri’nin (ABD) en köklü ve büyük akreditasyon kuruluşu Birleşik Komisyon’a (Joint Commission) adı verilmiştir. 1970’li yıllarda sağlık kuruluşlarında olan kalite eksiklikleri genelde yapısal sorunlar şeklinde, kusurlu veya gereksiz hastaneler ve hekimler için disiplin alanlarına odaklanmıştır.

Kalite tarihi oldukça eskiye uzanmaktadır. 19. Yüzyıl'ın başlarında çalışanların emekleri sonucu oluşturulan ürünlerde kalite kontrol çalışması gerçekleştirilmeden alıcı bulunabiliyordu. Bundan ötürü de bu ürünlerde hatalı olma oranı fazlaca yüksekti. Bu durum sebebiyle ürünlerin kontrol edilmesi konusu oluştu. Ürünlerin eksikliklerinin giderileceği farklı alanda uzmanlar görevlendirildi. Maliyetler ve kaliteli ürün hususa daha düşünülmemişti. Zamanla çok farklı kalite kontrol yöntemlerinin geliştirilmesi ve üretim süreçlerin oluşturulması ile hatalı ürünlerin alıcıya ulaştırılmadan önce tespit edilmesini sağladı. Ardından verilerin kayıtlarının tutulması ile ürünlerin kalite kontrolü ve kalite güvenceleri yapılmıştır. Her ürünün kendisine özel kalite kontrol tabloları oluşturuldu. 1950'li yıllarda kalite gelişiminde etkisi olan Deming ve Juran ise, kalite ile üretimi artırmak amacıyla Amerika'dan Japonya'ya gitmişlerdir. Araştırmacılar kalite yönetim sisteminin süreçlerinin sürekli gelişmesi gerektiğini düşünmekteydiler (Taşçı vd., 2013: 295-300).

Armand Fiegenbaum 1951 yılında yazdığı bir kitap ile Toplam Kalite Yönetimi ile ilgili yayın yapmıştır. Bu yayınlı birlikte ilk kez kalite kavramından söz edilmeye başlandı. Fiegenbaum'un amacı her aşamada kaliteden anlayan uzmanların olmasıydı. KarouI Shikawa 1962 yılında kalite ile ilgili çemberler oluşturmuştur. Amerika kuruluşları ise 1980'li yıllarda bu konuyu ilgi alanlarına almışlardır. Japonya'daki kalite çalışmalarının başarıya ulaşması ile dünya genelinde tüm kuruluşlarının dikkati buna yönelmiştir. Philip Crosby 'nin 1980 yılında kalitede sıfır hata hususunu gündeme getirmesinden sonra, 1987 yılında ABD Baldrige ödülü bu alanda layık olanlara verilmeye başlanmış ve böylece ABD kuruluşlarının kalite ile ilgili görüşlerinin ortaya çıkması söz konusu olmuştur (Karakuş, 2003).

Kalite alanındaki çalışmalar uzun süre personel müdürlerinin görevi olarak yürütülmüştür. 1980'li yıllarda toplam kalite yönetimine ilişkin çalışmalarda ise çalışanların tümü kaliteden sorumlu olarak olmuştur. 1980'li yıllarından sonra ise hizmet kalitesi daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. İnsanlar bu süreçte modern dünya koşullarına uygun olarak kalite yönetimini tek bir üründe yoğunlaşmayan, aksine üretimin her aşamasında etkin, güvenilir ve verimli çalışmayı amaçlayan çalışmalar bütünü olarak tanımlamışlardır. Bunun yanı sıra hizmet kuruluşları da kaliteye daha fazla önem vermeye başlamışlardır. Japon bilim adamları ise kalite kavramına, sıfır hatadan ziyade hatanın tekrarlanmaması üzerine bir yaklaşım sergilemişlerdir. Hizmet kalitesi ise hizmetlerin pek çok özelliğini bir arada

bulunduran, birbirinden ayrılmaz, elle tutulamaz bir bütün olarak tanımlanmıştır (Domittner, 2013; Parasuman vd., 2016: 41-50; Oksay, 2016: 181).

2.3 Kalitenin Önemi

Kalitenin yaşamdaki önemini kavraması adına sağlık kurumlarına hasta olarak gidildiğinde, kalitenin yetersizliğinden kaynaklanan sorunlarla karşılaşılması, yapılacak olan işlemler için gereğinden uzun zaman kaybedilmesi, lüzumsuz masraflarla mağduriyet yaşandığında ehemmiyeti anlaşılabilir. Bundan dolayı günümüz şartlarında kalite, sağlık hizmetini veren kuruluşların temel amaçları arasındadır.

Sağlıkta hizmet veren uzmanlar, hastaya zarar vermeden çalışmayı temel prensip edindiklerinden, bu prensibin başarıya ulaşması için hastalara verilecek olan temel bakımın sürekli iyileştirilmesi ve günümüzün teknolojik koşullarına uygun olarak yenilerinin bulunması için çaba göstermektedirler. Kalite hasta ile çalışanın arasındaki iyilik halini üst seviye çıkarmanın gerekliliğinden dolayı daha da önem kazanmıştır.

SKS'ye göre tıbbi hataların gerçekleşmesinin belli sebeplerden ötürü oluşmaktadır. Bunlar: Eksik/hatalı/negatif iletişim-iletişimsizlik, prosedür eksikliği, değerlendirilmeyen hatalar, yeteneğin olmaması, güvensiz ortam, bilgi eksikliği, lider eksikliği, bakım aşamalarındaki yetersizlik, eğitim ve oryantasyon eksikliği, personel eksikliği, farklı kültürler gibi nedenler olarak sıralanabilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.4 Kalitenin Amaçları

Kalitenin temel hedefi hizmeti sağlayanlara kalitenin özümseterek, kurumlarda kalite açısından üst düzeyde karşılık almayı sağlamaktır. Kurumların kültürel ve coğrafi dağılım niteliklerine göre bazı hizmetlerdeki verimlilik hastaya/müşteriye göre farklılık gösterir.

Kalitenin amaçları arasında rekabette üstünlük sağlamak, pazar payının yükseltilmesi, hedeflere doğru ve hızlı yönelim, optimum girdiyle üst düzey yarar sağlanması, etkili ve verimli hizmet sunumu, çalışan ve hastaların ihtiyaçları ve beklentilerinin sağlanması, performansın artırılması, muhtemel risklerin tespit edilmesi ve önlemlerin alınması, maliyetlerin azaltılması, zaman ve iş kaybını

engellemek, çalışan tatmini ve motivasyonu, teknolojiye ve çağa uyum, iş akış şemalarının benimsenmesi, süreçlerin anlaşılması, her zaman daha iyiye ve mükemmeliyete ulaşmak, kurumsal yönetimin düzgün işleminin sağlanması, problemlere hızlı ve kesin çözüm bulmak, çalışanların ve hastaların güvenirliliği gösterilebilir.

Bu amaçların pek çok kurum için geçerli olduğu gibi sağlık kurumları açısından da geçerliliği bulunmaktadır.

2.5 Kalitenin Unsurları

Kalite unsurları müşteri memnuniyeti ve sadakatının oldukça önemli olduğu günümüzde, ürünün yalnızca genel değerlendirilmesi, pürüzlere göre kaliteli veya kalitesiz olmasına karar verilmesi, bütünü oluşturan parçaların göz önüne alınmaması, durumun anlaşılması değerlendirilmesi, strateji geliştirmek için yeterli değildir. Kalite kavramından anlaşılması gereken kalite unsurları ise şunlardır:

- **Tasavvur Kalitesi:** Ürün/hizmet alıcılarının beklentilerine en yakın ürün/hizmetin verilerek, yönelimlerine en yakın olanın tasavvur edilmesidir.
- **Mutabakat Kalitesi:** Tasavvur kalitesi bakımından verilen hizmetin tutarlılığını test eden bir gösterge olan mutabakat kalitesi, hizmet sunumu yapanlara geri dönüş sağlar.
- **Kullanım Kalitesi:** Hizmet sunumu yapanlar bakımından sunulan hizmetin pozitif, modern iletişim ile sunulması, hizmet alanlara ulaşması için gereken kurallara uymaktır.
- **Ulaşım Kalitesi:** Hizmeti sunumu yapanların hizmeti alanlara en uygun aralıkta ulaştırmasını açıklar.
- **Etkileşim Kalitesi:** Hizmet sunumu yapanlar ile hizmet alanların ilk görüşmelerindeki intiba ve devamındaki süreçte olumlu iletişimle açıklanabilecek etkileşimlerindeki hizmet sunumunun kalitesidir. Esas olarak hizmetin temel ögesini oluşturmaktadır.
- **Ergonomik Kalite:** Ergonomi kalitesi, eşya ile insan uyumu veya eşya, makine veya aracın, insanın çalışma şekline, fizyolojik özelliklerine ve kullanım ortamına olan uyum sürecidir.

- **Duyarlılık/Çevreye Uyum Kalitesi:** Ürünün çevreye olan uygunluğunun veya doğa dostu olmasının değerlendirilmesi ile çevre bilinci ve sosyal pazarlama görüşü için gerekliliktir. Ayrıca azalan ve kirlenen kaynaklara göre belirlenmiş çevre standartları bakımından da bir aynı gereklilik bulunmaktadır. Bunu benimsemiş olan belge sahibi kuruluşların kuruluş süreçlerinin ilgili düzenlemelere göre uyarlanması gerekir (acikders.ankara.edu.tr, 2019).

2.6 Kalitenin Özellikleri

Kalite yönetimi kavramı tedarikçinin günümüzdeki ve gelecekte olan ihtiyaçlarının önceden belirlenerek tamamen karşılanmasını hedefleyen, bundan dolayı sürekli gelişimi ve iyileştirmeyi, buna bağlı olarak değişimi kabullenen yönetim şeklidir. Ancak insanların ihtiyaçlarının en uygun şekilde karşılanmasında uygun kriterin ne olduğu önemlidir. Bunlar hedefler ile ölçülebilen sayısal veriler olarak nitelendirilir. Belirlenmiş olan hedeflere ulaşmak amacıyla mevcut durum ile standartlara uyum sağlamak için yapılan kalite çalışmalarının ardından aradaki farklılık, sadece verilerin olumlu ya da olumsuz geri bildirimlerinin ölçülmesi ile öğrenilebilir (Bucak 2011: 21-22).

2.7 Kalitenin Boyutları

İşletmelerin yaptıkları kalite çalışmalarında genel olarak kalitenin boyutlarını dikkate almak durumundadırlar (Şimşek 2007:10).

Tablo 1: Mali Hizmetler Kalitesine İlişkin Kriterler

	Mal kalitesi kriterleri	Hizmet kalitesi kriterleri
1	Performans	Somutluluk
2	Güvenilirlik	Güvenilirlik
3	Devamlılık	Sorumluluk
4	Güvenlik	Güvenlik
5	Estetik	Nezaket
6	Mükemmellik	Yaklaşım
7	Kullanışlılık	Haberleşme
8	Çevresel duyarlılık	Empati

Kaynak: Halis, Muhsin (2004) Toplam Kalite Yönetimi. Kapsam, İlkeler ve Uygulamalar

Garvin tarafından kalite farklı yönlerden incelenerek, kapsamlı bir çalışma yapılmıştır. Bunun neticesine tüketicinin algılamış olduğu kalite sekiz boyut olarak ele alınmıştır (Bucak, 2011:22). Bu boyutlar:

2.7.1. Güvenilirlik

Ürünün veya hizmetin zamanında sağlanması, herhangi bir sorun karşısında problemin çözümlenmesi amacıyla güven verici ve anlayışlı olunması, hizmetin ilk başta doğru verilmesi ve kayıtların hatasız olarak kaydedilmesi gibi işlemler güvenilirliğin sağlanmasını işaret etmektedir.

Bucak (2011:23) tarafından güvenilirlik, ürünün kullanım süresinde beklenen her işlemin eksiksiz olarak yerine getirilip getirilmediğinin değerlendirilmesini ifade etmektedir. Efil (2016:10) ise, bir hizmet veya ürünün belirli bir sürede işlevselliğini kaybetmesi veya bozulması olarak belirtmektedir. Güvenilirlik ölçüm sürecinde, ürünün ilk arızalanması ve ikinci arızalanması arasındaki süre dikkate alınmaktadır. Diğer bir ifade ile ürünün arızasının ortadan kaldırılmasında geçen sürenin ürünün güven içinde alınmasını veya alınmamasının önemli bir ölçüt olduğu kabul edilir. Halis (2004:49) ise, güvenilirliği ürünün kullanımdaki sürede gösterdiği performansının sürekliliği olduğunu ifade etmiştir.

2.7.2 Uygunluk

Uygunluk boyutu; ürün tasarımının, öz yapısal faaliyetleri ve işleyişi önceden belirlenen standartlara ve şartnamelere uygunluğunu ifade etmektedir (Bucak, 2011:23). Örnek olarak, sağlık hizmeti veren bir kurumda merkezi sterilizasyon birimi kurulmadan önce ilgili yönetmelik ve mevzuatlara uygun olarak kurumun fiziki koşulları çerçevesinde bir plan dahilinde şartname hazırlanır. Yüklenici firmanın şartnamedeki koşulların tümünü yerine getirmemesi durumunda ilgili birimin standartlara uygun olduğu kabul edilemez.

2.7.3 Performans

Bir ürüne ilişkin temel işlevsel özelliklerini ortaya koyan performans, hizmet işletmelerinde servisin hızı ve bekleme süresinin kısalığı çerçevesinde ele alınabilir (Bucak, 2011:23). Örneğin hastanelerdeki bekleme süresinin az olması, hastaya bağlı olarak hastanenin performansının azami düzeyde olduğunu gösterir.

Efil (2016:10) buna örnek olarak televizyonun net görüntü vermesini göstermektedir. Zira Efil, ürünün faaliyet özelliklerinin doğrudan ürünün performansını bildirdiğini ifade etmektedir.

Performans, temel bir araç olarak ürün veya hizmetin etkin, etkili ve verimli şekilde kullanımınıdır. Ürün veya hizmette mutlaka bulunması gereken bir özelliktir (Halis, 2004:49).

Şimşek (2007:49) ise performansını, kalitenin ölçülebilen boyutları arasında olduğunu ve ürünün işlem becerisi ile ilgili olduğunu belirtmektedir.

2.7.4 Algılanan Kalite

Günümüzün rekabet koşulları altında hizmet sunumu yapan kurumlar, müşteri memnuniyetini oluşturmak amacıyla hizmeti, kaliteli olarak sunmalıdırlar. Bu hizmetlerin esası, müşterilerin algılamış oldukları kaliteyi kendilerine vermektir. Hizmet kalitesinin daha iyi anlaşılması için hizmet niteliklerinin güzel öğrenilmesi gerekir. Hizmetler soyut olduklarından sayılamaz, genelde ölçülemez ve test edilemezler. Hizmetlerin bu özelliklerde olması; işletmelerin sundukları hizmetlerin, müşteriler tarafından nasıl anlaşıldığını ve kalitesinin nasıl değerlendirildiğini anlamalarında zorluklar yaratabilir.

Ürüne ilişkin diğer kalite boyutlarından gereken veri alınmadığı takdirde ürünün markası, modeli ve imajı gibi algı ile ilgili özelliklerinin değeri artmaktadır (Efil, 2016:10). Müşterinin ürün veya hizmet ile ilgili aldığı bilgilerin, izlediği reklamların ve şirketin toplumdaki imajının ürün veya hizmet konusundaki kalitesinin kriterini oluşturmaktadır (Efil, 2016:10).

Halis'e (204:50) göre ise; müşterinin kalite algısının öğrenilmesi için ihtiyaçların faydası gözetilerek bölümlere ayrıştırılması gerekmektedir. Ürün veya hizmet kalitesinin ölçümünde duyarlı ve güçlü ihtiyaç öğelerinden oluşan modern girişimcilik yöntemi aracılığıyla tüketici taleplerinin sorgulandığı birtakım yöntemlerin olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bir ürünün birisi için kaliteli olması bir diğeri için kalitesiz olması da söz konusudur. Şimşek'e (2007:10) göre algılanan kalite; bir ürünün üreticisi şirketin veya ürünün sosyal toplumda oluşturduğu itibar olarak ifade edilmektedir.

2.7.5 Estetik

Hizmet ve ürün kalitesi açısından değeri olan bir diğer unsur estetikdir. Kullanıcıların beğen ve görsel zevkleri karşılanmalıdır. Diş hekimliğinden hizmet alan bir hasta diş protezi uygulamasında kullanılan malzemelerin, dişlerin birbirleriyle uyumu, seçilen renkler gibi özellikler buna örnek verilebilir. Estetik subjektif olduğundan, zevkler birbirinden farklıdır. Estetik anlamda hastaların isteklerine mümkün olduğu kadar karşılık bulmalıdırlar (Bucak, 2011:23).

2.7.6 Dayanıklılık

Dayanıklılık sözlük anlamı ile dayanabilme gücü ve sağlamlıktır. Kalite boyutu olarak dayanıklılık ile ilgili araştırmacıların ifadelerinin de sözlük anlamına eş değer olduğu görülmektedir.

Bucak'a (2011:23) göre dayanıklılık; bir ürünün veya hizmetin kullanılma süresinin uzunluğudur. Efil (2016:10) ise dayanıklılığı ürün veya hizmetin ekonomik ve teknik olarak ömrünün uzunluğu şeklinde ifade etmektedir. Halis'e (2004: 49) göre dayanıklılık ürünün kullanım ömrü olup, hizmetin farklılaşan piyasa şartlarına ayak uydurmasının zorunluluğu olarak belirtmektedir.

2.7.7 Özellikler

Efil'e (2016:10) göre özellik; ürün veya hizmetin temel öğelerinin yanı sıra, ikincil düzeyde karakteristik özellik olarak ifade edilmektedir. Televizyonun net bir görüntü sağlaması ürünün performansını yansıttığı, otomatik kanal araması ise televizyonun ikincil özelliğini oluşturduğunu belirtmektedir. Bucak (2011:23) ise özelliği, ürün veya hizmetin ana işlevinin tamamlayıcı bir kavram olduğunu belirtmekte ve havayolu firmalarının uçuşlarda vermiş oldukları ikramları örnek olarak göstermektedir.

Araştırmacıların özellikler ile ilgili tanımlarda; ürünün temel niteliğinin yanı sıra ilave edilen ikincil özelliği olduğunu belirtmişlerdir.

2.7.8 Servis İmkanları

Servis imkanları, olası sorunların çözümlenmesinde gerekli olan özelliklerdir. Örnek olarak, sağlık hizmeti veren bir kurumda meydana gelebilecek bir yangın halinde yangın söndürme tüplerine en kolay şekilde ulaşılması, daha önceden yangın söndürme ve kurtarma ekibinin oluşturulması, kurtarma ekibin neler yapması gerektiği, bunların uygulanabilirliği, yangın merdiveninin bulunması, nerede olduğu, kolay ulaşılabilir olması ve standartlara uygun olması gibi süreçlerin önceden planlanması gerekir.

Şimşek (2007:10) ise servis imkanları boyutunda, onarımın ve bunun için gereken ustalığın bulunması gerektiğini belirtmektedir.

3.KALİTEDEN TOPLAM KALİTEYE GEÇİŞ

Kalite kavramı, tarihsel süreçte devamlı değer kazanan bir kavram haline gelmiş, üretim sektörü yanında hizmet sektörü gibi diğer sektörlerde de önemli bir konuma ulaşmıştır. İşletmelerin rekabet koşullarının sürekli zorlaşması, tüketimde küresel bir yapının ortaya çıkması gibi nedenler kalitenin arandığı alanlarda bütüncül bir yaklaşımın oluşmasını gerekli kılmaktadır. Bu istek “Toplam Kalite Yönetimi” kavramının oluşumuna destek vermiştir. TKY müşteri isteklerinin karşılanması, mevcut sistem ve olanak uygun kullanılması bunların sonucunda da kaliteli üretimin oluşturulması hedeflemiştir (Yetginoglu, 2009: 71).

Kalitenin genel olarak kabul görmüş tanımında “Kalite, tüketicilerin, ürün ve hizmetlerden beklentilerinin karşılanması ve fazlasının verilmesi” olarak nitelendirilmektedir. Kalite kavramının, Toplam Kalite Yönetimi’ne geçinceye kadar olan süreçte kalite üretilen malların belirlenen standartlara uygunluğunu belirlemek için istatistiksel tekniklerin kullanıldığı bir kavram şeklindedir. Ancak birçok yazarın yaptığı araştırmalar neticesinde, konunun sadece istatistik çalışmalardan oluşmadığını, tüm işletme çalışanlarının görev almasının gerektiğini belirtmiştir. Bunun yanı sıra kalite sadece üretimle sınırlandırılmayarak, ürünün ve hizmetin üreticiye ulaşıncaya kadar her aşamasında yer alan kurumların sorumluluğuna sunulmuştur. Olay bir anlamda teknik bir ifadeden çıkarılarak, bir felsefe haline dönüştürülmüştür. Hastaya daha kaliteli daha ekonomik, daha hızlı ürün ve hizmet sunulması kurumların temel amaçları haline gelmiştir. İşletmelerin mevcut işleyişlerini yapılandırması ve geliştirme sürecinde olan kazanımları “Toplam Kalite Yönetimi” şeklinde özetlenmiştir (Uryan, 2002:54).

3.1 Toplam Kalite Yönetimi

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ile günümüzün rekabet koşullarında işletmelerin sürdürülebilirliğini sağlayabilecek şekilde bir yönetim şekli oluşturulmuştur. Kalite kavramı en basit şekilde hasta memnuniyeti olarak nitelendirilmektedir. Kalite yönetimi ise işletmenin kaliteye yönelik müşteri beklentilerinin karşılanmasını sağlayan bir yönetim modelidir. “TKY, kalite kavramını, işletmedeki çalışanlara yayan ve çalışanların her birini kaliteden sorumlu tutan bir sistem olmaktadır. TKY, en doğru üretimin ilk defasında yapılmasını ve bu üretimin her defasında tekrar edilmesini

amaçlayan, işletmede bütünsel olarak etkinliğin sağlanmasını, esnekliğe ulaşılmasını ve rekabet gücünün artırılmasını hedefleyen bir yöntem modelidir” (Peker, 1993: 49).

Toplam Kalite Yönetimi; bir işletme sonuçlardan ziyade süreçlere odaklanmakta, bütün çalışanların geliştirilmesine ilişkin yönetsel kararlarını bütünlük halinde ele alan ve bilimsel verilerin çözümlenmesine dayalı olan bir yönetimdir (İnce, 2007: 46)

Toplam Kalite Yönetimi Sistemi ise, beklenen hizmeti, ilk basamağından başlayarak doğru olarak yapmayı, bunu standardize etmeyi hedeflemektedir. Aynı zamanda üretim mekanizmasının bütünlük içerisinde çalışmasını sağlamakta ve bu çerçevede kalite misyonunda ileri sürdüğü rekabet ve pazarda sürdürülebilirliğini arttırmayı amaçlar.

Toplam kalite yönetimi, uzun vadeli şekilde müşteri tatminini sağlayan, çalışanların ve toplumun fayda elde etmesini hedefleyen bir yönetim tarzıdır. İşletmelerin kalite olgusu, sadece istatistiksel anlamda kalite kontrol uygulaması değil, işletmede her aşamada, tüm çalışanların sorunları ve sorumluluğunu almasıyla birlikte toplam kalite yönteminin başarılı olması sağlanabilir (Kavuncubaşı, 2000).

Toplam Kalite Yönetiminde üst yönetimin sorumluluğunun vurgulanması, kalitenin sürekliliği ve kalite kontrol döngüsünde işgücünün tamamının kalite geliştirme çalışmalarına katılması şeklinde açıklanabilir. İşletmelerin hem hizmet alanında hem de ürün alanında her geçen zaman gelişmiş ve çeşitlenmiş olmalarından dolayı piyasa payları yüksektir. Bundan dolayı işletmelerin faaliyet alanlarına uygun şekilde strateji geliştirmeleri ve bunu uygulamaları gerekmektedir. Yapılan araştırmaların pek çoğunda Toplam Kalite Yönetimine ilişkin stratejinin her sektörde başarı ile uygulandığı görülmektedir (Şimşek, 2000:123).

Toplam kalite yönetimini içeren kavramların incelenmesi sonucunda şu sonuçlara ulaşılabilir (Özgür, 2008);

- **Toplam:** Bu kavramı en iyi şekilde açıklayan ifade “bütün çalışanların katılımı” şeklindedir. Toplam kavramı ile kalitenin işletmede topluca oluşturulması ifade edilmektedir.
- **Kalite:** Bu kavram bir şeyin iyi veya kötü olmasını ifade eder. Ayrıca herhangi bir şekilde üstün ve eksiksiz olmak şeklinde de nitelendirilebilir. Kalitenin

geleneksel tanımını ise, “standartlara uygunluk” olarak yapılmaktadır. Bunun yanı sıra “müşteri istediklerine uygunluk” olarak da ifade edilmektedir.

- **Yönetim:** Bu kavram kalite yönetimi için gerekli olan süreçtir. İşletmedeki çalışanların tümünü ilgilendiren ve işletme geneline uygulanması gerekli olan bir olgudur. Kalite genel olarak ihtiyaçların karşılanabilme yeteneği olduğundan sürekli irdelenmesi gerekmektedir. Bu işlemlerin gerçekleştirilmesi ise yönetimin sorumluluğundadır. Yönetimin süreçteki görevi sadece yönetmek veya emir vermek değil, çalışanların eğitilerek sürecin yönetilmesini sağlamaktır.

Erem, TKY'nin dört temel ögesini şöyle belirtmiştir:

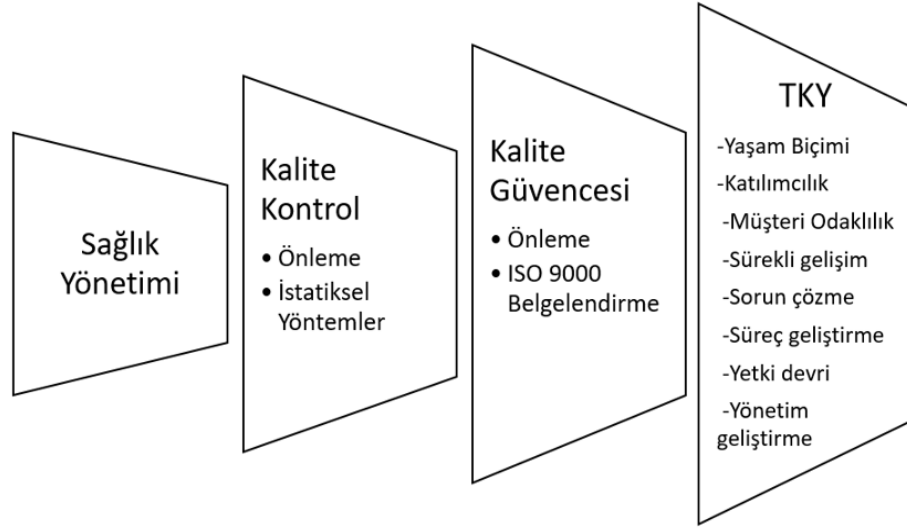
- **İnsan:** TKY felsefesinin temeli insana dayanmaktadır. TKY'nde olduğu gibi başarı ile uygulanmasının sonucunda çalışanların TKY faaliyetlerine katılımı etkin şekilde sağlanabilir. Çalışanların TKY sistemindeki iş ve iş süreçlere yakın olmasının, süreçlerin gelişimine, iyileştirmeye, yeni düşüncelerin geliştirilerek hastane işletmesinin başarılı olmasına katkı sağlayabilecek, önerileri ve aksaklıkları tespit ederek maliyetlerin azalmasını sağlayacak önemli bir rolü bulunmaktadır.
- **Müşteri:** TKY iç ve dış müşteriden meydana gelmektedir. İç müşteri kurumdaki personeldir. Kurumda birbirlerinden ürün veya hizmet alımıyla birbirlerine karşı müşteri konumunda olmaktadır. Dış müşteri ise, işletme tarafından üretilen hizmeti veya ürünü satın alan, bunlardan yararlanan tüketici veya işletmeler olmaktadır.
- **Süreç:** TKY'de yer alan unsurlardan bir diğeri süreçtir. Süreç tasarımdan alıcıya ürün veya hizmet sunumu yapılan bölüme uzanan bir zincirin halkalarından meydana gelmektedir. TKY, süreçlerin rasyonel olarak işleyişini, kalitenin sağlanmasını gerektirir. TKY'nin başarısını arttıracak olan, sürecin alıcının beklentisine uygun şekilde kaliteyi sağlayabilecek formda düzenlenmesi sonucunda iç ve dış müşteri memnuniyetinin sağlanmasıdır.
- **Yönetim:** TKY'nin başarısının artmasında yönetimin TKY'ye gösterdiği önemin büyük rolü bulunmaktadır. Bu bakımdan TKY'de yönetim unsuru aynı

insan unsuru gibi önemli ve temel eleman olarak kabul görmektedir (Erem, 2003: 26).

3.2 Toplam Kalite Yönetimi Tarihçesi

Toplam Kalite Yönetimi kavramı Amerikalı istatistikçi Edwards W. Deming tarafından oluşturulmuştur. Deming, kalite kontrolü ve istatistiksel tekniklerin kalite uygulamalarına ilişkin kullanıma katkıda bulunmuş, kaliteye ilişkin görev ve sorumlulukların işletme faaliyetlerinde görevli kişiler tarafından yapılmasını, kalite sorunlarının çıkış noktasının işçilik yanında yapısal düzenden kaynaklandığını bildirmiştir. Bununla birlikte Deming 'in görüşleri İkinci Dünya Savaşı sonrasında meydana gelen aşırı talebi karşılamak zorunda kalan ABD sanayisi açısından önemli görülmemektedir. Bu nedenle oluşturulmaya çalışılan kalite yaklaşımının ilgi görmesi mümkün olmamıştır (Bolat, 2000: 6).

TKY felsefesinin gelişmesi ve yaygınlaşmasındaki en önemli husus İkinci Dünya savaşı sonrasında General Douglas Mc Arthur'un Deming'e Japon sanayisi inşası için danışmanlık yapması için Japonya'ya yönlendirmesi olmuştur. Deming daha önce ABD'de fazla değerli bulunmayan görüşlerini Japonlara aktarmış ve İstatistiksel Kalite Kontrolü (Statistical Quality Control-SCQ) hususunda bilgilendirmiştir (Çetin, 1987:13).



Şekil.2 Kalite süreci

Kaynak:Türkmen, s.146

Dahlgaard ve arkadaşları (2005: 7) tarafından TKY'nin tarihsel gelişim süreci 4 aşamada tamamlanmıştır:

1. Muayene Aşaması: Gelişim sürecinin ilk ayağında bulunan muayene, 1910'lı yıllarda Ford Motor Company tarafından üretilen 'T' Model otomobilinin üretimindeki süreçte görülmüştür. İşletme ürün ile proje standardını kıyaslanması veya test edilmesi amacıyla müfettişler kullanma kararı almıştır. Bunlar üretim sürecinde, teslimat gibi diğer aşamaların tümünde yapılmıştır. Muayenenin temel amacı ise, denetçilerin düşük kalitedeki ürün ile kabul edilebilir kalitede olan üründen ayrıştırması ve ardından hurdaya çıkarılması, tekrar işlenmesi veya ürünün daha düşük kaliteli olarak satışa konulmasıdır (Dahlgaard vd., 2005: 7).

Bu yaklaşımla birlikte tüketicilere korunma sağlanırken; muayenede hatalı kabul edilen ürünlerin üreticiler için zarara dönüşmesi söz konusudur (Top, 2013: 13). Muayenedeki görüş, üretimin kalitesinin artırılma amacı olmadığından düşük kaliteli ürünler üretici tarafından elden çıkarılmadığından maliyetlerde artışa neden olmuştur. Maliyetlerin artışı ve üreticide zarar payının oluşmasının yeni bir yaklaşım olarak kabul edilen kalite kontrol aşamasına geçilmesini zorunlu hale getirmiştir (Kıraç, 2016: 8).

2. Kalite Kontrol: Muayene işlemi 1920'li yıllara denk gelmiş, son kontrol işleminden ara kontroller ve giriş kontrolü şeklinde genişleme sağlanmıştır (Kıraç,

2016: 9). Endüstrinin gelişmeye başlamasıyla, TKY gelişiminde ikinci aşamaya gelinmiş, kalitenin denetlenmesi amacıyla yazılı şartname, ölçümler ve standardizasyonların kullanımı kararı alınmıştır (Dahlgaard vd., 2005: 7).

Feigenbaum, organizasyon bağlamında ilk kez toplam kalite kontrol kavramını tanımlamış ve kalite literatürüne TKK kavramını yerleştirmiş olan kullanan kişidir (Dilber vd., 2005). “Toplam Kalite Kontrolü” adlı eserinde kalite kontrolü, kurumdaki farklı ekiplerin kalite bakımı, kalite geliştirme ve kalite iyileştirme çalışmalarının entegre edilebilmesi için etkili bir sistem olarak göstermiştir. Amaç üretimin ekonomik olarak yapılabilmesi ve müşteri memnuniyetinin sağlanmasıdır (Ngambi ve Nkemkiafu, 2015).

Kalite planlaması, kalite kontrolü ve kalite geliştirme süreçlerini barındıran Juran Üçlemesi Diyagramında ise kalite kontrolün aşağıdaki gibi üç temel öge gerektirdiği belirtilmektedir (Juran, 1998: 26):

- İşlemin gerçek performansının ölçülmesi,
- Gerçek performans ile hedeflerin kıyaslanması,
- Farka ilişkin işlemlerin yapılması.

Bu dönemde ürünün kalitesinin artırılması, kazanılan kalite düzeyinin devam ettirilebilmesi ve ürünün maliyetlerini azaltılması asıl hedeflerdir (Kıraç, 2016: 9).

Kalite kontrol süreci dört temel bölümden meydana gelir. İlk bölümde standartlar oluşturulur. Bu aşamada üst yönetim politikaları, tüketicinin istekleri, tüketici beklentileri ve teknolojik olanakların değerlendirilmesi, ürün kalitesine ilişkin güvenilirlik, maliyet ve performans kriterleri tespit edilir. İkinci bölüm uygunluğu içermektedir. Bu aşamada üretimi yapılan ürünün kalite niteliklerinin daha önce belirlenmiş ölçütlere uyumluğunu sağlamaya ilişkindir. Üçüncü bölümde ise düzeltici kararların tespiti yapılmaktadır. İkinci bölümde kriterlere uyumun hangi düzeyde yerine getirildiği belirlenen ürünün niteliklerinde tolerans sınırı kayması bulunuyorsa, bunlarla ilgili düzeltici kararların belirlenmesi gerekir. Dördüncü ve son bölümde ise geliştirme incelemeleri yapılmaktadır. Bu aşamada kaliteye ilişkin güvenilirlik, maliyet ve performans ölçütlerinin geliştirilmesi ile yeni yöntem ve teknolojik olanakların araştırılmasına yönlendirme yapılır (Kıngır, s.8).

3. Kalite güvence: Kalite kavramında 1960'lı yıllarından itibaren, hata bulmadan hatanın önlenmesine doğru bir yol izlenmiştir. Ürünün ortaya çıkışından sonra hataların tespit edilmesinin yalnızca yoğun hurdaya ve tekrar işlemeye neden olduğu, verimsizliğe yol açtığı; hataların başlangıçta belirlenerek gelişimlerinin engelleneceği bir sistemin oluşturulması gerektiğini savunan bu görüşle birlikte kalite güvence oluşturulmuştur (Kuleoğlu, 2014).

4. Toplam Kalite Yönetimi: Hali hazırda geçerliliği devam eden TKY, kalite yönetimi kaidelerinin bütün süreç boyunca, her alanda uygulanması gerekliliği üzerinde duran bir yönetim şeklidir (Dahlgaard vd., 2005: 7).

Japonlar 1950'li yıllarda kaliteyi müşteriye verilmiş olan söz olarak tanımlamış ve kalitenin oluşturulması sözün çalışanlar tarafından da verilmesin gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Buradan hareketle Kauro Ishikawa 1962'de çalışanların eğitimi ve kalite kontrol çemberine ilişkin çalışmalar yapmıştır. Sonuçların olumlu olmasının ardından Japonlar dünya ticaretindeki etkilerini arttırmışlardır. Bununla 1960'lı yıllarda optik alanında, 1970'li yıllarda elektronik sektöründe, 1980'li yıllarda ise otomotiv sektöründe dünya genelinde liderliğin ilk sıralarında yer almışlardır. Günümüzde ise diğer alanlarda da dünyadaki rakipleri ile başarıyla mücadele edebilmektedirler. Dünyada rekabet dönemi olarak 1980'li yıllar etkili olmuştur. Bu dönem kalite sistemlerinin belgelendirilmesi özellikle İngiltere'de popüler hale gelmiştir. Uluslararası ilişkilerdeki ilerlemesi ise 1987'de ISO tarafından yayımlanan ISO 9000 serisi Kalite Güvence Standardı serisi ile gerçekleşmiştir (Efil, s.23)

Klasik yönetimdeki yaklaşım ile TKY temelli yaklaşımın arasında önemli değişimler bulunmaktadır. Klasik yönetimde gelişen sanayi ve teknolojinin yerini alan yeni görüşlerle birlikte yönetim yaklaşımların da değişimi ve gelişim olmuştur. Kaliteyi öne alan yenilikçi yönetim yaklaşımlarında TKY daha iyi anlaşılmaktadır.

TKY yaklaşımı dört temel bileşenden meydana gelmektedir. Bileşenler ise sistem kuramı, pazarlama, örgütsel davranış ve istatistik disiplinleri olarak sıralanabilmektedir (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2010). TKY yaklaşımı tarafların her biriyle iş birliği yapmayı önemsemektedir. Başta "katılımcı yönetim" anlayışının faaliyete alınması önemli bir husus haline gelmiştir. Bu şekilde kurumun kalitesini arttıran, giderlerin azaltılmasında önemli bir yeri bulunan çalışanların kuruma bağlılıkları artacaktır. Ayrıca problem çözme ve süreç geliştirme gibi aşamaların daha

etkili hale gelmelerini sağlayacaktır. Bunların sağlanması için TKY yaklaşımında sistemdeki temel aşamalarda çalışanların motivasyonunun artırılması, açık ve çok yönlü iletişimin sağlanması, karşılıklı güvenin kurulması, grup çalışmasının ve yetki devrinin sorunsuzca yapılabilmesi gerekmektedir (Aydın, 2007).

TKY anlayışının öncüsünün W.E. Deming olduğu ifade edilmektedir. Kalitenin öncüleri arasında bulunan üç önemli isim ise, W. Edwards Deming, P. Crosby ve Joseph M. Juran'dır..

Deming süreçlerde olan farklılığın ortadan kaldırıldığını belirtirken, Crosby TKY yaklaşımında ilk olarak davranış yaklaşımını uygulamış, Juran ise ilk defa iç ve dış müşteri kavramını kullanmıştır. “Bunların yanı sıra toplam çalışan katılımını önemseyen Feigenbaum, neden-sonuç ilişkisinin önemine vurgu yapan Ishikawa ve Kaizen, kayıp değerleri önemseyen Taguchi ile sürekli iyileştirme kavramını kullanan Masaki, TKY yaklaşımında önemli kişiler arasında yer almaktadır” (Balcı, 2005).

3.3 Toplam Kalite Yönetimi Türkiye'deki Gelişimi

Türkiye'de kaliteyle ilgili görüş ve araştırmalar, Osmanlı Dönemine dayanmaktadır. Devamında sırasıyla Cumhuriyet'in ilanından 1932 yılına kadar olan dönem, sanayileşmeyle beraber 1933-1950 yılları arası dönem, 1950-1960 arası dönem ve son olarak 1960 ve sonrası dönem ile günümüz olarak birbirini takip eden dönemlerden geçerek gelişimini tamamlamıştır (Sarp, 2017, s.35).

Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK), 1999 yılı itibariyle ülkemizde kurulan akreditasyon kuruluşumuzdur. Kaliteyle ilgili ürün ve sistemlerin belgelendirilmeleri, laboratuvar, kalibrasyon, kontrol ve belgelendirilmeleri, kalite muayene kuruluşlarının akreditasyonundan görevli kuruluşumuzdur (Çelik, 2010, s. 119). Türkiye'de toplam kalite ile ilgili gelişmeler bazı şirketler tarafından 1983 yılı itibariyle kalite çemberlerinden yararlanmaya başlanmasıyla kalite anlayışı ve uygulamaları günümüze kadar gelmiş ve yürütülmüştür (Yaş, 2009).

Türkiye'de TKY, TKY felsefesi ve derinliğinin anlaşılmasından önce yapılan uygulamalar, sadece belgelendirme yapılması ile anlayışa ulaştıklarını düşünmeleri ve yönetimlerin TKY için gereken katkıyı sağlamamaları, geleneksel yönetim anlayışlarının etkisinde bulunmaları başarısızlığa sürüklemiştir. İlaveten işletmelerin politika ve stratejilerine ilişkin amaç ve vizyonun oluşturulması, çalışanlarda müşteri

memnuniyetini ve mesleki yeterlilikleri bakımından eğitimi, örgüt içi iletişim mekanizmalarının etkin biçimde sağlanamaması, çalışanların motivasyonu ve örgüte bağlılıklarının kuvvetlendirilmesi gibi birçok hususta yönetimlerin modern liderliğine gereksinimleri bulunmaktadır. Yöneticilerin sahip oldukları liderlik özelliklerinin, bilgi ve tecrübe, geleceği öngörme gibi alanlarda yeterli olmamaları başarısızlıkların nedeni olarak görülebilmektedir.

3.4 Toplam Kalite Yönetimi Amaçları

TKY yaklaşımının temel amacı personellerin motivasyonu ile devamlı katılımının sağlanarak iyi bir ekip çalışmasının yapılması, sürekli iyileştirmenin ve geliştirmenin sağlanmasıyla alıcıların gereksinimleri en üst düzeyde yerine getirmek şikayetleri minimuma indirip rakiplerine karşı bir adım önde olarak sektörde tercih edilme oranını arttırmaktır. Tüm bunları yapılırken giderleri de azaltmak hedefler arasındadır. Ayrıca TKY'nin amaçlarında 'sıfır hata' kavramıyla her koşulda karşı karşıya kalmaktayız. 'Sıfır hatanın olması en az maliyet' amacına uygun olması önemli hususlardır.

“Bu bağlamda TKY yaklaşımının temel amaçlarının savurganlığın önlenmesi, verimliliğin azami düzeye çıkarılması, kalitenin iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve maliyetin en düşük düzeye indirilmesi şeklinde sıralanabilmektedir” (Er, 2014).

Bu doğrultuda bu hedeflerin tümüne ulaşabilmek için TKY yaklaşımı bazı ilkeler, teknikler ve araçlar içermektedir. Diğer kalite yaklaşımlarından farklılığı farkı bu hususlardan kaynaklanmaktadır. Kurumsal faaliyetler çerçevesinde bunlara yeterince özen verilmesi ve doğru olarak uygulanmaya başlanması ile kalite, verimlilik, müşteri ve çalışan memnuniyeti sonucunda kurumsal performans önemli oranda artacaktır.

Bu ilkeler arasında en önemli olanlar üst yönetimin liderliği, performans değerlendirme, sürekli iyileştirme ve geliştirme, eğitim, ekip çalışması, ölçme ve izleme, müşteri odaklılık, tam katılım ve hataların engellenmesi olarak sıralanabilir.

Toplam Kalite Yönetimi'nde temelde “İlk defada doğru olanı yapmak” (Uryan, 2002) anlayışı çerçevesinde kalitenin artırılması giderlerin azaltılması (Dahlgaard vd., 2005: 3) amaçlanmıştır. Bunun haricinde TKY yaklaşımı çeşitli amaçlara hizmet etmektedir. Bunlar:

- Üst seviyede kalite düzeyine erişmek ve müşteri tatmininin en üst düzeye getirilmesi, nihai olarak sadakatini koruyacak, işletmeye ilişkin iyi

izlenimlerin paylaşımına istekli olacak ve alım ihtiyacında ise ilgili işletmeyi tercih edebilecek olan müşterilerin hedef alınması. (Topalovic, 2015),

- Müşteri tatminini hedef olarak görülmesi ile sıfır hata, en düşük maliyet, sıfır stok hususları kapsamında ürün ve hizmet üretiminin yapılması,
- Ürün ve hizmet kalitesi yanında her alanda en yüksek kaliteye erişilmesi,
- İşletmelerde müşteri ihtiyaçlarının etkin ve daha sağlıklı şekilde benimsenmesi,
- Kalitede başarıya ulaşmak amacıyla tüm görüşlerden yararlanmak,
- Farklılaşan koşullar ayak uydurmak için devamlı gelişme yönünde adım atmak,
- Takım çalışmasına önde tutarak, sorunların çözümlenmesinde de ekip yaklaşımını korumak,
- Organizasyonda anlaşılabilir bir iletişim ağının kullanılarak herkesin katılımının sağlanması (Aydoğmuş, 2015: 8),
- İşletmedeki üst yönetimden başlayarak en alt kademede olan çalışana kadar çalışanların tümünün iş birliği içinde çalışmasına olanak vermek,
- İşletmelerde başta ücret olmak üzere bazı araçlarla çalışan motivasyonunu her zaman yüksek tutulması, yaratıcılık ve işin sürdürülebilirliğinin farkına varılmasını sağlamak, bu sayede istenmeyen sonuçların azaltılarak verimliliğin azami düzeye çıkmasını sağlamak,
- En iyi şekilde gereksinimlerin belirlenmesi ve işten sorumluluğu olan çalışanlara gerekli ekipmanları titizlikle temin ederek savurganlığın önlenmesi (Karta, 2018: 13- 14).

Dünyaca kabul görmüş toplam kalite amaçları ise; yüksek gelirler, düşük maliyetler, memnun olan müşteriler ile güçlendirilmiş çalışanlardır (Godfrey, 1998: 14.4).

Bu hedefleri genel manada birleştirirsek; TKY yaklaşımının amacı, işletmenin, müşterilerin, çalışanların, toplum ve çevrenin her bakımdan memnuniyetini

kazanmaktır (Şimşek, 2002). TKY anlayışının bir diğer önemli amaçları ise personellerin kuruma bağlılıklarının ve yararlarının üst düzeye taşıyarak, performanslarının yükseltilmesi, bu şekilde üretimi yapılan hizmet ve mal kalitesini güçlendirmektedir (Yıldırım, 2000).

Bütün bu bilgiler ışığında; TKY anlayışı yönetim liderliğinde çalışanların tümü süreçlerde daha aktif olarak, sürekli iyileştirme ve sıfır hata yaklaşımları ile kaliteyi ürün veya hizmetler yanında işletmenin her alanında öne çıkararak, müşteri memnuniyetini arttırmak ve yoğun yaşanan rekabet ortamında yer alan işletmelerin sürdürülebilirliğini hedeflemektedir. Bu yaklaşımın insan hayatını içine alan ve yapısından dolayı diğer işletmelerden farklı olmasını sağlayan sağlık kurumlarının da insanlara kaliteli bakım hizmetinin sunulmasındaki efektif yönetim anlayışıdır.

3.5 Toplam Kalite Yönetiminin Özellikleri

Kaliteye ulaşma aşamasında verilerin ve farklı uygulamaların yeterli olacağı düşünülmüştür. Fakat süreç daha de detaylıdır. Bu detayların içerisinde işletmenin yönetim yapısından alıcıya ürün ya da hizmetlerin ulaştığı aşamaya dek geçen süre ve bu süreçteki verilerin her biri önem arz etmektedir. Elde edilen verilerin her biri işletmeler için kaliteye dair birer yol haritasıdır . bu verilerin doğru biçimde değerlendirilmesi ve en ufak bir bilginin geri plana atılmaması, kurumların kendilerine ve genel olarak piyasaya dair bilgi edinmeleri adımında büyük katkı sağlar.

TKY yaklaşımı kalite merkezli olan faaliyetler bütünü olsa da içerisinde pek çok öge barındırmaktadır. Bu sayede TKY, kalite temeli yanında farklı uygulamaları ve değerleri barındıran bir süreçtir. TKY yaklaşımının özellikleri şu şekilde açıklanabilir (Erkılıç, 2007: 50):

- Müşterilere odaklanan yaklaşımları içermesi
- Geçiciliği olan işlevsel sonuçlar yerine kalıcı sonuçların istenmesi
- Liderlik yapısının fonksiyonel olması
- Aşamalar halinde süreçlerin ilerlemesi
- Çalışanlara yönelik mesleki eğitimlerin yapılması
- Çalışan verimliliğinin artırılması amacıyla etkin şekilde insan kaynakları yönetiminin kullanılması

- İşletme çalışanların bir arada hareket etmesi
- Sosyal sorumluluk alanında bilincin olması

TKY anlayışı teknik değerlerin yanında kişiye bireye önem vermektedir. TKY çalışanların ve alıcıların etkin rol aldığı bir yapıya sahiptir.

3.6 Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri

TKY anlayışında oluşturulan hedeflere kolay şekilde ulaşabilmek amacıyla birtakım teknik araçlar ve ilkeler yardımıyla süreç yönetimi sağlanmaktadır. İlkeler diğer yaklaşımlarla TKY yaklaşımı arasındaki farklılıkları ortaya koymaktadır. İşletme faaliyetlerinde bunlara önem verilir, araçlar düzenli ve yeterli şekilde kullanılır ise, kalite, müşteri memnuniyeti, verimlilik, personel memnuniyeti gibi hususlara özen gösterilirse işletme performansında ilerlemeler kaydedilebilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:466).

TKY'nin başarılı bir şekilde uygulanması ve amaçlarına ulaşması için çalışanların tümü tarafından iyi öğrenilmesi ve uygulanmasını gerekli kılmaktadır. Bu ilkeler bir bütün ele alınmalıdır ve bu nedenle ayrılması; ilkelerin birkaçına riayet edilip diğerlerin kabul görmemesi doğru değildir. Aksi takdirde eksik uygulamalar olumsuzlukları da beraberinde getirecektir. Bundan dolayı ilkelerin tümü bir bütün olarak ele alınmalı, benimsenerek uygulaması yapılmalıdır (Turan, 2011). Bunların doğru uygulanması halinde ise verimlilik, kalite, müşteri ve çalışan tatmininde ciddi ilerlemeler katedilecektir.

TKY yaklaşımının dayandığı ilkeler ekip çalışması, müşteri odaklılığı, sürekli gelişimdir. "Bu ilkelerden her biri müşteri bilgilerinin veya süreçlerin analiz edilmesi gibi faaliyetler sonucunda tamamlanır" (Öztürk; 2009: 51-54). Yönetim uzmanlarının bazıları tarafından yeni yaklaşım ve teoriler ortaya atılmıştır. TKY yaklaşımının devamlılığı rekabet ortamında uzun süre devamlılığına izin vermektedir. "Bu anlayışın temel özellikleri ise Ishikawa ve Feigenbaum gibi bazı kalite yöneticileri tarafından şu şekilde ifade edilmiştir:

- Kalite odaklılık
 - Müşteri odaklılık
 - Süreç odaklılık

- Maliyet etkisi
- Deming döngüsünün bir yönetim modeli şeklinde oluşturulması
- Karar vermek için gerçek istatistiklerin kullanılması
- Gelişimde süreklilik (Kaizen)
- Yönetimin hedefleri olması
- Günlük yönetimin önemli olması
- Katılımcı yönetimin ve grup çalışmasının olması
- Her zaman giriş ve kaynak kontrolünün yapılması
- İç müşteri kavramının önemsenmesi
- Engelleme yaklaşımı” (Ertuğrul; 2006: 85)

Toplam kalitenin temel konuları olan bu yaklaşımların aşağıdaki gibi detayları ile incelenmesi gerekmektedir;

3.6.1 Müşteri odaklılık

TKY yaklaşımına göre alıcıların memnuniyeti en önemli başarı ölçütüdür (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:466).

Müşteri odaklılık, işletmenin süregelen ve yeni oluşmuş müşteri taleplerini ve beklentilerini ne şekilde, nasıl, ne kadar iyi şekilde ifade edildiği, müşteri ilişki yönetiminin etkin olarak sağlanmasına ve müşteri memnuniyetinin tespitine yönelik bir kavramdır (Evans ve Lindsay, 1995). İşletmelerin müşteri ihtiyaçları ve beklentilerini doğru belirlemesi ve bunları gidermeleri durumunda, yoğun rekabet koşullarında piyasada yer bulabileceklerdir (Bolat, 2000).

TKY yaklaşımında müşteri kavramı dış ve iç müşteri olmak üzere iki grupta ele alınabilir. Dış müşteri kavramı; işletmenin ürettiği mal ya da hizmeti alan kişiler veya kuruluşları ifade eder. İç müşteri kavramı ise; işletme içerisinde mal veya hizmetin bir öncekinden alan kişileri veya birimleri ifade eder. Bu TKY'nin “bizden sonra gelen süreç bizim müşterilerimiz olmaktadır” yaklaşımının ortaya koyduğu bir süreçtir. Dolayısıyla işletmede zincirleme üretici ve tüketici bağı oluşur. Zincirdeki bölümler ve kişiler onumlarına uygun şekilde görev alır ve başarılı bir şekilde görevlerini yerine

getirerek, kaliteye ulaşmak için ciddi katkı sağlarlar. Böylece idealin, ortak duygu ve düşünceler arasında hedef birliğini sağlamada destek verirler (Efil, 1996: 156).



Şekil.3 Sağlık Kurumlarının İç ve Dış Müşterileri (Kavuncubaşı,2000)

İşletmelerin müşterilere bağlı olmasından dolayı, müşterilerin talepleri iyi anlaşılmalı, karşılanmalı hatta beklentiler üzerinden hizmet sunulmalıdır. Bununla birlikte müşterilerin beklentilerinin neler olduğu da önemlidir. Müşterilerin kalite beklentisi boyutunda "mecburi kalite" ile "cazip kalite" olarak iki öge mevcuttur. Mecburi kalite ögesi, müşterinin ürün veya hizmetten beklentilerinin özellikleri açıklamaktadır. Hastanın sağlık kurumlarından aldığı tedavi hizmeti, dişini çektirmesi, muayene olması, reçetenin yazılması genel olarak mecburi olan kalitedir. Cazip kalite ögesi ise var olan beklentiler üzerinde, müşterinin talebinin olmadığı ve beklemediği, hakkında daha öncesinden fikir sahibi olmadığı özelliklerin tümünü kapsamaktadır. Hastaların sağlık hizmetlerinde doktor seçme hakkı veya çekildiği röntgen filminin hiç beklemeden muayene yapılan birim bilgisayarına iletilmesi örnek verilebilir. Kalitenin cazipliği zamanla müşterilerin taleplerini benimsenmesi ile mecburi kalite durumuna dönüşmektedir. Toplam kalite, oldukça iyi tasarlanan ve iki boyuttaki kaliteyi de kapsayan 18 maddeden meydana gelmektedir.

Bu isteklerin hangi oranda yerine getirilmesi de önem arz etmektedir. Eksikliklerin belirlenmesi gerekir. Bunları tespit etmenin en sağlıklı yolu ise anket uygulamalarıdır.

Yapılan anketler sonucunda müşterilerin beklentilerinin ve sunulan hizmetin veya ürünün hakkında kolaylıkla bilgi alınabilmektedir. Kapalı uçlu sorular yanında açık uçlu sorularla da veriler elde edilebilir (Arıbay ve Bozkurt, 2002: 86).

Tablo 2. Müşteri Tatmininde On Temel Kural



Kaynak: O. Küçük, Toplam Kalite Yönetimi, Ankara, 2012, s.292

3.6.2 Eğitim

TKY yaklaşımının diğer bir olgusu ise sürekli eğitim olmaktadır. Bunun nedeni, bilgi birikiminin artış göstermesi, yeni yöntemler ve tekniklerin ortaya çıkışı ve nitelikli insan gücüne ihtiyaç duyulmasıdır.

Toplam kalite uzmanı olan Ishikawa'ya göre, kalite olgusu eğitimle başlamakta ve eğitimle son bulmaktadır. TKY uygulamaları üst yönetimden başlamalı ve en alttaki çalışana kadar tüm çalışanları kapsmalıdır. İşletmelerin faaliyetlerini bu uygulamalarla yapması ile mevcut yönetim sisteminden farklı olan bir yönetime girmiş olurlar. Bundan dolayı toplam kalite faaliyetlerinin uygulanması için işletme çalışanlarının davranışlarının değişmesi en önemli koşuldur. Zira eğitim kavramının amacı da bu değişimi sağlayabilmektedir (Efil, 2003).

Yönetim tüm birimlerdeki çalışana yönelik temel konularla TKY uygulamalarını kapsayan konulara ilişkin sürekli eğitimlerin sağlanması gerekir (Bardakçı ve Ertuğrul, 2004). Eğitimi vermenin amacı ise, davranışlara farklılık getirilmesidir. Burada kişiler arasındaki iletişimde; beceri, bilgi ve yeteneklerin geliştirilmesi isteği vardır. Bu aşamalarla hedeflere ulaşılabilir. Kalite eğitiminde ise, bir çalışanın belirli sorumluluğu aldığı anda gereklilerini etkin şekilde yapabilmesine uygun olan kavramsal, işlemsel ve uygulama becerileri edinmesi amaçlanır (Kıngır, 2006).

İş başında geliştirme eğitimleri, oryantasyon eğitimleri, çalışanların bilgilerinin tazelenmesi eğitimleri TKY anlayışının yerleştirilmesi aşamasında uygulanabilecek eğitimlerin ve geliştirme programlarının arasındadır.

3.6.3 Liderlik

Liderlik, kurumların önde tuttuğu ve birçok tanımının yapıldığı kapsamı geniş olan detaylı bir kavramdır. Peter Drucker'ın liderlik tanımı: “Yönetim, insanlarla ilgili olan bir süreci kapsar. Liderin görevleri, insanların ortak performanslarını karşılayabilecek pozisyonlara getirilmesi, başarılı yönlerini aktifleştirerek, zaaflarını değersizleştirmelidir (Yenersoy, 1997).

TKY anlayışının efektif kullanılması, rekabet gücünün arttırabilmesi için yönetim tarafından uygulaması gereken ilkeler arasında uzun vadeli planlar da bulunmaktadır. Bu etken üst yönetimin temelini oluşturan bir süreçtir. Diğer bir ifade ile TKY uygulamalarının gerçekleştirilmesi için üst yönetim büyük oranda etkilidir. Bu nedenle kuruluşların ilk olarak kalite konusunda eğitilmesi, toplam kalite yönetim anlayışının kabullenmesi gereken bir üst yönetimdir (Karyağdı, 2001).

Sağlık kurumlarındaki hizmetin kalitesinde en önemli pay sağlık personellerinin üzerindedir. Bundan dolayı sağlık kurumlarında yöneticilere önemli sorumluluklar düşmektedir. Sağlık kurumlarındaki yöneticilerin TKY hakkındaki görüşleri ve işlevleri; sürecin tasarımına, işlemesine ve başarılı şekilde ilerlemesine destek olmaktadır. Yöneticiler teorik bilgilerin yanında iş birliği, vizyon oluşturma ve ekip çalışması gibi hususlara da etkin şekilde yaklaşmalıdır. TKY uygulamasının kabul gördüğü yönetim biçiminin tüm çalışanlara benimsetilmesi için iletişimde süreklilik sağlanmalı, verilecek eğitimlerle çalışanlar da sürece dahil edilmeli, çalışan ve hasta memnuniyetinin sağlanması için kalitenin iyileştirilmesine süreklilik kazandırılmalıdır (Demirbilek ve Çolak, 2008).

3.6.4 Üst Yönetimin Bağlılığı

Toplam kalite süreci, örnek olmayı da zorunlu kılar. Toplam kalite anlayışıyla çalışmak işletme kültürünün tüm sürecini farklılaşmasına neden olur. Eğer kalite herkesin görevi ise, bunu ilk olarak yönetim üstlenmelidir. Ve yönetim bunu tüm çalışanlara belirtmeli ve göstermelidir. Dolayısı ile bu süreci üst yönetim başlatıp organize etmelidir (Şimşek, 2000). Toplam kalite, ekip çalışmasının yanında üst düzeyde liderlik ister. Bu felsefe işletmedeki bütün etkinlikleri ekip çalışması ve katılımı ile oluşturur. Eğer kurum toplam kalite için bir üstünlük sağlamaya çalışıyorsa, bunun için üst yönetimin desteği ve organizasyonu gereklidir (Peratec, 1995).

TKY sürecinde başarının sağlanması için; görev bilinci bulunan, hizmeti sunduğu toplumdaki gereksinimleri belirleyerek elindeki ekipmanları doğru şekilde kullanabilen, önemli konulara önceliği verme yetisi bulunan lider yöneticilerin oluşturulması gerekmektedir. Üst kademedeki yönetimde bu tarzda lider yöneticiler olmalı ve yöneticiler kalite çalışmalarına katılmalıdırlar. Üst kademe yönetiminin kalite çalışmalarına katılması ve destek vermesi durumunda işletmenin ulaşmak istediği hedeflere daha kolay ulaşılabilir (Özveren, 1997).

3.6.5 Ekip Çalışması

Ekip çalışmasının gerçekleştirilmesi yöneticiler ve yöneticilerin arasında, işlevlerin arasında, müşteriler ile tedarikçilerin arasında olmaktadır. Ekip çalışması, organizasyondaki bütün grupların ihtiyaçlarının tespit edilip, organizasyondakilerin yararı için çözümler sunmak, sorumluluk ve liderliğin birlikte yürütülmesidir. Düzenlemelerin hepsi ekiplerin iş birliği ile olur (Öztürk, 2009: 51-54)

Tüm personelin yer aldığı süreç ve sistemler ışığında çözümler sunarak sürekli gelişim ve iyileştirmeye destek olmaları, ihtiyaç duyulduğunda kararlara katılmaları TKY felsefesinin temellerini oluşturmaktadır. Çalışmaların neticesinde TKY uygulamalarında olumsuzlukların nedeni genellikle birimler arasında iletişim sağlanamaması, ekip çalışmalarında problemlerin oluşması, personelin görevlerini özenle yerine getirmemelerinde kaynaklandığı görülmüştür (Erkan, 2011).

TKY yaklaşımında üst yönetimin yeterli ve uygun düzeyde eğitimi sağlamasından sonra günlük işlerde kalite sorumluluğunun işletmedeki çalışanlara devretmeleri

gerekir. Güçlendirme sadece kalite sürecinin sorumluluğunun çalışana yüklenmesi değildir. Ayrıca karar vermelerinde yardımcı olabilmek için gereken kaynakların ve teknik destek gibi diğer destekleyici çerçevelerin oluşturulması gerekir. Böylece çalışanların arasındaki sorumluluk bilinci ve yetkilendirme sonucunda çalışanların katılımı daha yüksek olması amaçlanmaktadır (Suk, 1998: 28)

Çalışanlar içinde devamlı bir koordinasyonun olması gerektiği sağlık hizmetinde verilen hizmetin kalitesinin artırılması için üst yönetimin de dahil olduğu çalışanların tamamının katılımı ile bir iletişim kanalı kurularak tüm çalışanların desteği alınmalıdır.

Etkili bir ekip şunlara sahiptir (Can ve ark. 2016):

- Rahatlatıcı ve doğal bir atmosfer
- Her üyenin tartışmalara katılımı
- Üyelerin ekip görevlerini anlaması ve özümsemeleri
- Üyelerin birbirlerini dinlemeleri
- Grup fikrinin benimsememe özgürlüğünün olması
- Uzlaşma ile kararlar verebilme
- Yapıcı olan ve sorun gidermeye ilişkin eleştiri
- Önder egemenliği olmaması
- Ekibin kendisini denetleme bilincinin olması

3.6.6 Sürekli İyileştirme (Kaizen)

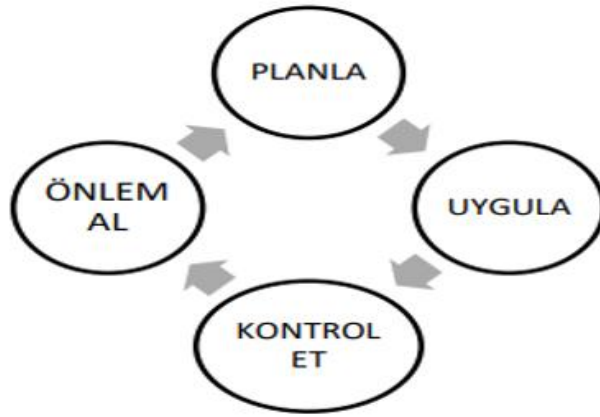
Sürekli gelişim ve iyileştirme uygulamalarının geleneksel yönetim anlayışından farklılığı sorunlar ortaya çıkmadan önce önlem alınmasını sağlamalarıdır. Sorunlar ortaya çıktıktan sonra ise sorunun çözümlenerek tekrarlanmasını önlemektedirler (Er, 2014).

TKY anlayışının her bölümünde “sürekli mükemmellik anlayışı” hakimdir. Örnek olarak sürekli tekrarlanan yangının devamlı olarak söndürülmesi yerine yangının tekrarlanmasını önleyecek çözümlerin üretilerek daha etkin önlemlerin alınması gösterilebilir. Sürekli iyileştirmede ise verimli olan bir tarladan daha yüksek düzeyde

verimin alınması için birtakım yeni tekniklerin (kullanılan tohum çeşitleri, toprağın sürülüş şekli, gübreleme ve sulama yöntemlerinde yenilik gibi) kullanımı, çiftçinin tecrübesinin ve bilgisinin artırılması, kendilerini geliştirmeleri örnek gösterilebilir.

TKY yaklaşımında hedef sürekli gelişimdir. Sürekli gelişim ve iyileştirme, sürekli olarak gözden geçirmeler ile performans ve kalite üst seviyelere taşınır. Sürekli gelişimde odak noktası döngüsel yaklaşım olmalıdır. Bu yaklaşımı bulan Edward Deming'dir. Kendisi tarafından yaklaşım Deming döngüsü olarak tanımlanmıştır. PUKÖ olarak literatürde yer bulmuştur.

Şekil 4: PUKÖ (Deming) Döngüsü



Planlama aşamasında sürecin iyileştirilmesi bakımından yapılması gerekli olan değişiklikler yapılır. Bu değişiklikler uygulama aşamasında ortaya konmaktadır. Kontrol aşamasında ise uygulanan değişikliklerin beklenen neticeyi verip vermediğinin denetimi yapılır. Sonuçların beklenen özellikte olması halinde standartlaştırılır. Beklenen özellikte olmaması durumunda ise yeniden planlama aşamasına geçilir. (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2010). Sürekli iyileştirmede ulaşılan standart yeterlilik bakımından değerlendirilir, daha iyi ve yeni bir standarda yönelik süreç gelişme çalışmaları gerçekleştirilir. Bu şekilde PUKÖ döngüsünün sürekliliği sağlanır (Aydoğmuş, 2015).

Sürekli iyileştirme çalışmalarının faydaları şu şekilde sıralanabilmektedir (Kavrakoğlu, 1994):

- İş planlamaları ve stratejinin sürekli iyileştirme yardımıyla birleştirerek rekabetçi iş planının oluşturulması,

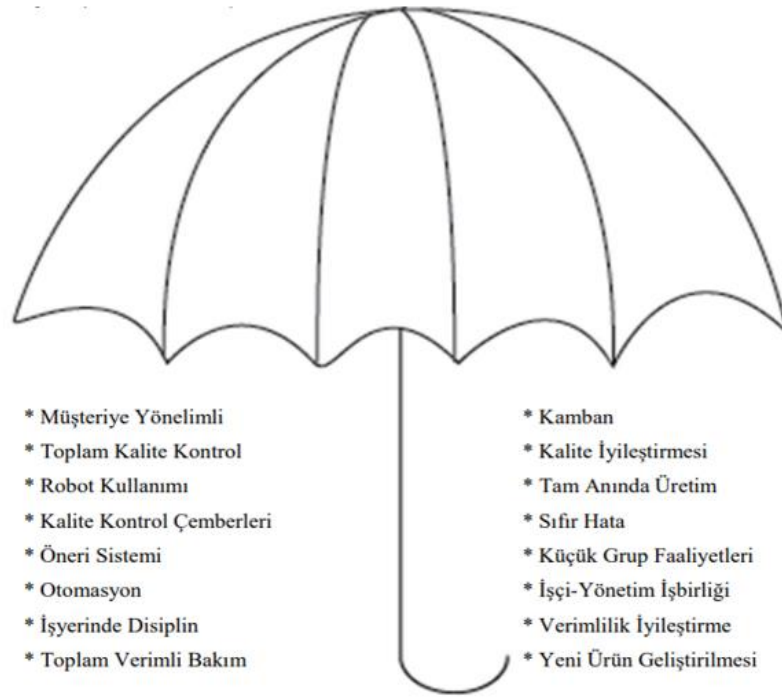
- Meydan okuyan ve gerçekçi iyileştirme hedefleri ile bunlara ulaşmak amacıyla kaynakların sağlanması,
- Sürekli süreçlerin iyileştirilmesi ve çalışanların katılımının sağlanması,
- Ürün ve süreç sistemlerindeki iyileştirme için çalışanların tümünün fırsat, araç ve cesaret ile desteklenmesi.

Kaizen, bir yönetim felsefesidir ve bunu literatüre sokanın ise Masaaki İmai olduğu belirtilmektedir. Bu kavramın gelişimi Japonya’da sağlanmış ve zamanla dünya genelinde adını duyurmuş bir yönetim uygulamasını kapsayan şemsiye niteliğine bürünmüştür. Kaizen iş ve ev yaşantısı yanında özel ve sosyal hayata ilişkin yaşam tarzını sürekli olarak iyileştirmek geliştirmektir. İşyerinde uygulandığı takdirde yöneticiler ve çalışanlar herkesi içine almaktadır. Kaizen stratejisinde küçük ve kademeli şekilde kriterlerin düzeltilerek, geliştirilmesi ve süreklilik kazandırılması söz konusudur. Teknolojiye göre parasal yatırımın sonucu olarak yenilik oluşmaktadır (İmai 2014:3).

Kaizen’in faydaları ise şunlardır; çalışanların tümünün aynı amaç ve hedef için çalışmasını sağlar, faaliyetlere canlılık getirir, çalışanların bilgi, becer ve tecrübeleri arttırır, motivasyonlarının yükselmesini sağlar, verimlilik hızla gelişim gösterir, rekabetin gelişmesini ve bölümlerin etkileşim içinde olmalarını sağlar, sorunlara daha hızlı ve kalıcı olarak çözüm sunar (<http://www.biymed.com>)(02.03.2017).

Japonya’da geliştirilmiş ve zaman içinde dünyaya yayılmış olan Kaizen, ilerleyen zamanda yönetim felsefelerini, teorileri ve araçları bir araya getirerek, aşağıdaki gibi tek bir şemsiyede toplanan bir kavram niteliğine sahip olmuştur (İmai 2014:5).

Şekil.5 Kaizen Şemsiyesi



Kaynak: İmai, Masaaki (2014) Kaizen, Japonya'nın Rekabetteki Başarısının Anahtarı

3.6.7 Önce İnsan Anlayışı

TKY yaklaşımı insana önem veren, insanın katılımı olmadığında beklentilerinin karşılanmayacağına inanan bir görüştür. İnsan, günümüzdeki yönetim anlayışının asıl ögesidir. Bu nedenle başarı elde edebilmek amacıyla insanı iyice tanımak, ona yönelmek, motive edebilmek, yetiştirmek ve geliştirmek aşamalarını içerir (Paksoy, 2002).

Bu alanda yapılan çalışmalarda, insanların ihtiyaçlarının kolayca giderilebildiği görülmüştür. İnsanlar saygı duydukları, kendileriyle ilgilenildiğini düşündükleri, kendilerini geliştirebilecekleri, güvenli, ihtiyaçlarını karşılayabilecek kadar maddi getirisi bulunan, başarılı bir organizasyonda yer almayı isterler (Kovancı, 2001).

3.6.8 Sıfır Hata

TKY'nin temelinde hataları ayıklamaktan ziyade hata yapmamak anlayışı bulunmaktadır. Engelleme yönelik yaklaşımın genel anlatımı, planlamanın doğru olarak yapılmasını ifade edilebilir. Her yönüyle ele alınan kapsamlı bir planlamada sonradan oluşabilecek hataların önemli bir kısmı engellenebilmektedir. Hata

kaynaklarının tamamını öngörmek pek olası değilse önceden sürprizlere hazırlıklı olmak, bir adım öne geçmeye yardımcı olur. Sağlık sektöründe “hata” sözcüğü daha önemli olup, ağır bir sözcük haline gelir. Zira sağlık sektöründe verilen hizmet insana için olduğundan, en küçük bir hata ile insan sağlığı tehlikeye gireceğinden, sıfır hata daha önemli hale gelmektedir.

TKY anlayışında, hataların önlenmesi için öncelikle doğru planlamanın yapılması gerekmektedir. Yapılacak işin her yönden incelenmesi koşuluyla, detaylı ve incelikli hazırlanan bir planın hazırlanması hataların tamamını ortadan kaldırmasa da önemli bir kısmını önleyebilir, oluşabilecek sorunlar karşısında hazırlık yapma fırsatı tanıyacaktır (Kavrakoğlu, 1996).

3.7 Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımları

Kalite süreci Deming ile başlamış, Ishikawa, Juran, Crosby ve diğer kalite gurularının öncülük ettiği bir süreçte ilerlemiştir. Juran, yönetimin hedefi giderleri minimize etmek olduğunu ileri sürmüş ve toplam kalite giderlerinin minimum düzeyde olması gerektiğini belirtmiştir. Kalite yönetim sürecinin kalite planlaması, kalite kontrolü ve kalite geliştirme aşamalarından oluştuğunu bildirmiştir. Ishikawa, gelişimin sürekli olması için eğitimin gerekli olduğunu, sorunları çözmek adına kalite çemberlerinin ve neden-sonuç diyagramlarının kullanılması için çalışmalar yürütmüştür. Crosby, kalite maliyetlerinin azaltılması için “Sıfır hata” kavramını ortaya atmıştır. Feigenbaum, kalitenin yönetim liderliği aracılığıyla çalışanların desteğini alarak, süreçlerin tümünde uygulanması gerekliliğini ileri sürmüştür (Tari, 2005). Bu kalite öncülerin TKY yaklaşımı için yapılan çalışmaları şu şekildedir.

3.7.1 Joseph M. Juran'ın Kalite Yaklaşımı

Asıl mesleği mühendislik olan Joseph M. Juran yaptığı kalite çalışmalarıyla önemli bir yere sahiptir. Bununla beraber II. Dünya Savaşı'ndan sonra Japonya'ya kalite gelişimi ile ilgili büyük destekler vermiştir. Juran neticelerdeki büyük kısmın küçük sebepler nedeniyle olduğunu ileri sürerek “Pareto İlkesi”ni kabul etmiştir. Pareto ilkesine göre; sorunların %80'lik kısmı %20'lik nedenlerden meydana gelmektedir (Aktan, 2000, s. 31-32). Juran için kalite “kullanım için uygunluk” anlamına gelir. Daha sonraları bu tanımlama yeterli görülmemiştir. Juran kaliteyi planlama, kontrol ve iyileştirme olarak üç basamağın oluşturduğu bildirmiştir (Halis, 2016, s. 142);

Tablo 3. Juran'ın Kalite Üçlemesi

Kalite Planlaması	Kalite Kontrol	Kalite İyileştirme
<p>1.Müşterilerin kim olduğunu belirleyin. 2.Müşterilerin ihtiyaçlarını belirleyin. Müşterilerin ihtiyaçlarına cevap verecek özellikleri geliştirin. Bu ürün özelliklerini üretebilecek süreçler geliştirin. Elde edilen planları çalışma kuvvetlerine aktarın.</p>	<p>1. Gerçek işletme performansını değerlendirin. 2. Gerçek performansı hedeflerle karşılaştırın. 3. Farkla hareket ettirin</p>	<p>1.İsrafı azaltın. 2.Eksik süreçleri iyileştirin. 3. Eksik planlama süreçlerini iyileştirin.</p>

Kaynak: Goh, 2000:30

Kalite planlama, işletme güçlerine, alıcının gereksinimlerini yerine getirecek ürünler meydana getirmek için ekipmanlar sunmakta; kalite kontrolü, kalite sorunlarının önlenmesini ve kusurları ortadan kaldırılmış bir ürün oluşturmak amacıyla kusurların düzeltilmesine önem vermekte; kalitenin iyileştirilmesi, sorunlar ortaya çıkmadan önce kalitenin geliştirilmesi için çalışmalar yapmaktadır (Gumbus, 1995: 23-24).

Juran, kalite iyileştirmenin on basamağı şu şekildedir (Dahlgaard vd., 2005: 9):

- Gelişim ve ihtiyaç için fırsat bilincini sağlamak,
- İyileştirme amacıyla hedefler oluşturmak,
- Hedeflere ulaşması için örgüt kurmak (bir kalite konseyinin kurulması, sorunların tanımlanması, projelerin seçimi, ekiplerin atanması, kolaylaştırıcıların oluşturulması),
- Eğitimle desteklemek,
- Sorunları çözmek için projeler üretmek,
- İlerlemeyi bildirmek,
- Tanıma verin,

- Sonuçları bildirmek,
- Skorları, sonuçları tutun, saklayın,
- Şirketin sistem ve süreçlerinin düzenli olarak yıllık iyileştirme kısmının sağlanarak ilerleme katetmek.

3.7.2 Deming 'in Kalite Yaklaşımı

Deming, dünya genelinde modern kalitenin babası olarak kabul görmektedir. İkinci Dünya Savaşı'nın ardından Amerikalı şirketlerin çalışmaları incelenmemesi nedeniyle, Deming kaliteye ilişkin araştırmalarını Japonya'da sürdürmüştür. Burada oluşturduğu PUKÖ döngüsü yardımıyla kalite sorunlarının çözümünde üst düzey yöneticileri sistematik süreci kabul etmeye yönlendirmiş, alıcının üretim bandında yerinin önemini vurgulamış ve yapmış olduğu çalışmalarla Japonların kaliteli ürün sunumunda ilk sırada olmasını sağlamıştır. Deming'in desteğinden dolayı Japonlar tarafından her yıl "Deming Ödülü" adlı kalite ödülü Deming onuruna işletmelere verilmektedir (Morgan ve Murgatroyd, 1994: 36-37).

Döneminin ünlü kalitecileri arasındaki Deming, yöneticilerin karşı karşıya kaldıkları sorunların çeşitliliğine ve nedenlerine vurgu yapmıştır. TKY anlayışının ülkelerde bilinmesinde etkili olan Deming, kaliteye ilişkin şu bilgileri sunmuştur: (Şimşek, 2013:63).

- Hizmet ve ürün geliştirilmesi amacıyla hedeflerin devamlılığını sağlamak,
- Geleneksel yöntemlerin yerinin yeni bir kalite anlayışının ve sürekli gelişime odaklı felsefesinin kullanılması,
- Kalitenin takibi amacıyla kontrol ve denetim bağımlılığının terk edilmesi,
- Yapılan işin yalnız para ile ödüllendirilmesinin bırakılması,
- Hizmet ve üretim sistemlerinin sürekli iyileştirilmesi,
- Süreli eğitimler ile mesleğin daha yapılmasını sağlamak,
- Liderlik tesis edilmesi,
- Korkunun yenilmesi,
- Bölümlerin arasındaki engellerin yok edilmesi,

- Nasihat ve sloganlardan uzak durulması,
- İş kotalarının kaldırılması,
- Çalışanların başarıları nedeniyle gurur duymalarına engel olan öğelerin yok edilmesi,
- Eğitimin zengin içerikli olması, kendini yenileme programının oluşturulması,
- Değişimin sağlanması için gereken önlemlerin alınması.

3.7.3 Arnold V. Feigenbaum'un Kalite Yaklaşım

Armand V. Feigenbaum, kalite kriterlerinin belirlenmesi, kriterlerinin uygunluğunun ölçülmesi, standartlara ulaşamadığı takdirde düzeltici çalışmaların olması ve standarttan iyileştirmeler yapılabilmesi amacıyla planlamanın oluşturulmasının kontrol sürecinin basamaklarını meydana getirdiğini belirtmektedir.

Günümüzün Toplam Kalite anlayışı kurucuları arasında olan Feigenbaum, Toplam kaliteye ilişkin yeni bir yaklaşımda bulunarak, bunu 1951 yılında yayımladığı Toplam Kalite Kontrol (Total Quality Control) başlıklı kitabında açıklamıştır. Feigenbaum, Toplam Kalite Kontrolünün dört görevi barındırdığını ifade etmiştir. Bu görevleri ise şu şekilde sıralamıştır: (<http://tr.wikipedia.org>)

1. **Yeni Ürün Kontrolü:** Bu görev içeriğinde kalite, zaman ve maliyet parametreleri düzenlenmekte ve alıcıların ihtiyaçlarının yerine getirilmesi yer almaktadır.
2. **Satın Alma Kontrolü:** Bu görev tedarikçilerle iş birliği yapılmasını, üretim için gereken girdilerin sürekli kaliteli olması için desteklenmesi ve kalitenin bu şekilde geliştirilmesini içermektedir.
3. **Ürün Kontrolü:** Alıcıların beklentilerini dikkate alarak üretim artışının desteklenmesini, hatalı çıktıların ayrıştırılmasını ve üretimden sonra hizmet kalitesinin en üst düzeye ulaştırılmasını içermektedir.
4. **Özel Süreç Çalışmaları:** Bu görev maliyetin minimize edilmesini ve kalitenin iyileştirilmesini sağlamak amacıyla süreçlerin düzenlenmesine ve katkı sağlamayan etkinliklerin kaldırılmasını içermektedir.

3.7.4 Kaoru Ishikawa'nın Toplam Kalite Yaklaşımı

Profesör Dr. Kaoru Ishikawa, Tokyo' lu kimya mühendisi ve kalite çemberlerin babası olarak kabul görmektedir. Alıcıların gereksinimlerini gidermek esas amaçtır ve kaliteye ulaşmada meydana gelecek bazı sorunlar toplam kalite süreci için birkaç teknikle halledilebilmektedir. Bu sorunlar; neden-sonuç diyagramları, çetele tabloları, süreç akış şemaları, Pareto analizi, histogramlar ile çözüme ulaştırılmaktadır. Ishikawa' ya göre kalite için (Yatkın, 2004, s. 16-17);

- Gelişmiş eğitim ve öğretim programları yapılmalıdır.
- Kalite kontrolü için çalışanların tam katılımı desteklenmelidir.
- Kalite iyileştirme için kalite kontrol çemberleri oluşturulmalıdır.
- Karşılaşılabilecek sorunların önlenmesi için istatistiksel teknikler kullanılmalıdır.
- Kalite çemberleri ile çalışanların tam katılımının sağlandığı ve çalışanlara sorumluluk verildiği bir yönetim biçimi olmalıdır.

3.7.5 Philip B. Crosby' in Toplam Kalite Yaklaşımı

TKY için yapılan tartışmada gündemdeki sıfır hata kavramını oluşturan Crosby, "TKY yaklaşımı için önemli ilavelerde bulunmuş bir idare felsefecisi" olarak görülmektedir. Kendisi TKY yaklaşımında "kalitenin maliyet durumu" olarak nitelendirilen kavramın gelişmesinde rol oynamıştır. Crosby, işletmelerin her hatalı ve kusurlu işlemin düzenlenmesi için her yıl önemli tutarlar harcadıklarını ileri sürmektedir. Kusurun önlenmesi olayının başlangıcının ürün tasarım aşaması olduğu belirtmektedir (Çelik, a.g.e., s. 63-64.)

Crosby, kalite iyileştirilmesinin uzun zamanda şekillendiğini ve bu hususta bir planlamanın uygulanma zorunluluğu olduğunu belirtmiştir. Bu kapsamda 14 aşamadan meydana gelen bir programı önerisi sunmuştur. Bu aşamalar şu şekildedir;

- İdarenin kendi kendisini adaması
- Kalite iyileştirmek amacıyla için takım oluşturulması
- Kalite kriterlerinin geliştirilmesi ve ölçüm işlemlerinin gerçekleştirilmesi

- Kalitenin giderlerinin belirlenmesi
- Kalite hakkında bilinç oluşturulması
- Düzeltme amacıyla tedbirlerin alınmasını sağlamak
- Sıfır hatanın uygulanması için ad hoc komitesinin oluşturulması
- İdarecilerin eğitilmesi
- Hatanın sıfır olduğu gün
- Hedefin tespit edilmesi
- Sorun-neden-analiz programı yapılması
- Ödüllendirme
- Kalite konseyinin oluşturulması
- Yeniden başlama ve program sonunun olmaması” (Bedük, 2011: 27-28).

3.7.6 Masaaki İmai’ nin Toplam Kalite Yaklaşımı

Yönetim danışmanı olan İmai, kalite çalışmalarında sürekli iyileştirme kavramına yönelmiştir. İmai, devamlı iyileştirmenin öncüsü olarak bilinmektedir. Batılı şirketlere gelişimleri için birçok seminer ve konferanslar sunmuştur (Çelik, 2010, s.113). Sürekli iyileştirme; ürün ve hizmette müşteri gereksinimlerini yerine getirmek, üretim ve hizmet sürecinde sorunların yaşanmasını beklemekten ziyade bu süreci sürekli denetleyerek, sürekli iyileştirme ile maliyetleri minimize ederek çıktı almayı amaçlayan bir kalite sürecidir (Parlak, 2020: 25).

3.7.7 Genichi Taguchi’ nin Toplam Kalite Yaklaşımı

Japon mühendis ve istatistikçi olan Taguchi, ürün kalitesinin iyileştirilmesinde istatistiklerin kullanılması için yöntemler hazırlamıştır. Taguchi, kalite araştırmalarıyla Deming kalite ödülü almış bir kalite bilimcisidir. Ürün kalitesi, üretim sonrası değil öncesinde ürün tasarımıyla sağlanarak müşteri memnuniyeti ve itibarını kazanmakta, pazar paylarının artması ile daha çok kar elde edilmektedir. Taguchi tarafından ürün kalitesi için üç kavram şu şekildedir ;

- Ürün tasarımı için yöntemler hazırlanmalı ve bu yöntemler ürüne göre oluşturulmalıdır.

- Kalite maliyeti, ürünün gösterdiği değişkenlere göre yapılmalıdır.
- Kaliteyi hedefleyip hizmet ve ürün arasındaki kabul edilebilir farkların arasındaki denge sağlanmalıdır.

3.7.8 Avadis Donabedian'ın Toplam Kalite Yaklaşımı

Donabedian, kaliteye ilişkin incelemelerini sağlık hizmeti bandında gerçekleştirmiştir. Sağlık hizmetlerindeki kalite anlayışı herkese göre farklılıklar göstermekte ve kalitenin değerlendirilmesi güç olmaktadır. Bundan dolayı kavramın zorluğu da ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki kalite ölçümünün süreç, yapı ve sonuç aşamalarının değerlendirilmesi ile gerçekleştirilebileceği düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin oluşturulması, kalite güvencesi ve kalitenin sürekliliği için gerekli tüm bölüme içine almaktadır. Donabedian tarafından sağlık hizmetleri kalitesi için kullanılan kalite güvencesi kavramı; teknik hizmet kalitesi, sağlık hizmeti sunucularının hem birbirleriyle hem de hastalarla iyi iletişimde olmaları ve hizmet sunulan yerin sessizlik, konfor, uygunluk gibi fiziki özelliklerinin düzenininin sağlanması olarak açıklanmaktadır (Beylik ve Avcı, 2019: 30-32).

Donabedian, sağlıkta sunulan hizmet kalitesinin önemli bir değeri olduğunu belirtmektedir. Bu kaliteyi etkileyen olguları ise, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, etkililik, etkenlik, yasallık ve hakkaniyet değerlendirmektedir (Kaya ve Işık, 2013: 4);

Şekil.6 Donabedian Sağlıkta Hizmet Kalitesi



- **Verimlilik;** sağlık giderlerinin minimize edilmesi, alınan hizmetin kalitesinin yükseltilmesi, sürekli geliştirilmesi sağlık hizmetlerinde verimliliği tanımlamaktadır.
- **Etkinlik;** klinik incelemelerin, teknolojik inovasyonların, bilimsel araştırma ve uygulamaların sağlıkta hizmet kalitesini artırmayı hedeflemektedir.
- **Optimallik;** sağlıkta kaliteli hizmet giderlerini ve sağlıkta iyileştirme arasındaki dengeyi ve oranı sağlayarak en uygun biçimde sağlık hizmeti sunulmasını belirtir.
- **Kabul Edilebilirlik;** sağlık hizmetlerine gereksinim duyulduğunda hemen ulaşılması, verilen hizmetin fiziki koşullarının (konfor, sağlığa uygun ve temiz olması, ulaşılabilirlik vb.) hastanın beklentilerine uyumluluğu, hizmet sunucusu ve alıcı arasındaki etkili iletişim, kaliteli hizmetin uygunluğu kabul edilebilirlik seviyesini belirtir.
- **Etkililik;** belirlenen hedefler doğrultusunda bilim ve teknolojik yaklaşımlarla sağlık hizmetinin verildiği kişilerdeki tedavinin istenen sonuca ulaşması iyileştirmenin etkililik seviyesini bildirmektedir.

- **Hakkaniyet;** verilecek olan tedavi ve sağlık hizmetlerinin hasta ve hasta yakınlarına demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, ırk, kültür vb.) bakılmaksızın duyulan ihtiyaca göre kaliteli ve etkili bir şekilde sağlanması anlatılmaktadır.
- **Yasallık;** hasta ve yakınlarının mahremiyetine özenli olarak verilen kaliteli sağlık hizmetini, ahlaki kriter ve kişilerin sosyal tercihlerine yönelik hizmet anlayışını belirtmektedir.

Donabedian, sağlık alanında kaliteli hizmet sunumunda diğer bir konunun ise üç aşamadan oluştuğunu savunmaktadır. Bunlar: yapı, süreç ve sonuç aşamalarıdır.

Birbirini takip eden bu aşamalar kaliteli hizmetin meydana gelmesinde önem arz etmektedir. Yapı; hastanedeki fiziki koşullar (araç- gereç, makine- teçhizat, çalışanların sayısı, uzmanlık alanları, hastanenin mimari yapısı vb.). Süreç; sağlık hizmetlerinde sunum faaliyetleri, tedavi, hastane işleyişi aşamalarını ifade etmektedir. Sonuç; sunulan hizmet kalitesi, hasta ve yakınlarının almış olduğu tedavi ve bakım hizmetlerinin başarısı, sağlık sunucularının başarısı ile hastaya faydasını belirtmektedir (Yıldız, 2014).

3.8 Toplam Kalite Yönetiminin Yararları

TKY anlayışının işletmelere; sıfır hata ile daha kaliteli ürünler ve hizmetler, mali bakımdan tasarruf, daha mutlu alıcılar gibi çeşitli faydaları bulunmaktadır. Duffy (2013: 28-34), maksimum kalitedeki bir işletmenin, paydaşlarının tümü (kuruluşun kendisi, çalışanlar, tedarikçiler, müşteriler ve toplum) ne şekilde olumlu etkilediğini detaylı bir şekilde incelenmektedir. İyi belgelenen kalite sistemlerinin ve süreçlerinin, çalışanların başarılı olmalarında etkili olacak bilgi ve becerileri kazanmaları adına bilgilere ulaşmalarını desteklediğinden, personellerin işlerinde kolaylık sağlayarak, hataların indirgenmesinde ve çalışanların büyümesine destekte bulunmakta; işletmeler bakımından kaynakları verimli olarak kullanmalarını sağlayarak yüksek kalitede ürünlerin hazırlanmasını, pazardaki itibarın artmasını, bunun için alıcıların aldıkları ürünler veya hizmetlerden memnuniyetini sağlamaktadır. İşletmenin beraber çalıştığı tedarikçilerin anlaşmalarına ilişkin olanaklar sunabilecek iletişim ortamını sağlayarak üretimin artmasını, kuruluş açısından risk oluşturacak etkenler ve muayene giderlerinin azalmasını sağlayacak olan kalite sistemlerini oluşturarak, işletmelerin faaliyette buldukları toplulukların faydalanmasını sağlayabilmektedir.

Rokke (2013: 12-15) ise, TKY'nin işletmelerdeki faydalarını; kalitenin iyileştirilmesi, verimliliğin artması, karlılık ve pazar payının artması, müşteri memnuniyetinin ve rekabet avantajının yükselmesi, geliştirme sürecinde iyileştirmeler, daha fazla sayıda İT ve bireyler, birimler, şirketler arasındaki iletişimi sağlayacak olan ortak bir dil kurulması şeklinde ifade etmektedir.

Yoğun teknoloji, emek ve sermaye gerektiren sağlık kurumlarında bu öğeler hizmet kalitesine doğrudan etki etmektedir. Hizmeti sunan çalışanın alanında uzmanlaşması, üst düzey iletişim becerisine sahip olması, devamlı gelişim gösteren ve değişen sağlık uygulamalarına ilişkin bilgilerin güncel tutulması ve teknolojinin takip edilmesi, son teknoloji ekipmanların olması ve hizmetlerin optimum maliyet sonucunda elde edilmesi hizmetlerin kalitesinin artmasını sağlamaktadır. TKY anlayışı sağlık kuruluşlarının müşterilerin beklentilerine yönelik en iyi uygulamalarla karşılaştırma yapmalarını ve doğru bakım oluşturmalarını ve tıbbi hataların şiddetini ve sıklığını en az düzeye indirmek amacıyla süreçlerin iyileştirmesine destek vermektedir. Bu bağlamda sağlık kurumlarında kalite ihtiyacı için TKY anlayışının sağlık sektöründe de uygulanmasını gerekli kılmaktadır (Mosadeghrad, 2015; İnam ve Tütüncü, 2017). Hastanelerde TKY anlayışına geçilebilmesi için, değişime açık olmaları ve kurumların uygulamaya geçmek için yöneticilerin kalite kavramının anlamını bilmeleri, bunun işletmeye etkisi ve sağlayacağı faydalarını öğrenmeleri gerekmektedir (Telli, 2010: 30).

Sağlık kurumlarındaki TKY uygulamalarının faydaları için ilgili literatür incelendiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır (Salaheldin vd., 2015; Mosadeghrad, 2015; İnam ve Tütüncü, 2017; Yılmaz Solmaz, 2017: 24):

- Hasta sadakati ve hasta memnuniyeti,
- Hastaların güvenliği,
- Hastaların memnuniyeti sonucunda benzer sağlık ihtiyaçları durumunda aynı sağlık kurumunun tercih edilmesi ve başkalarına sağlık kurumunu önermesi,
- Sağlık bakımının üst basamak kalitesinde sunulması,
- Laboratuvar tetkiklerinin sürelerinde kısalma,
- Radyoloji tetkiklerinin tekrarlarında azalma,

- Ameliyathanenin daha verimli kullanım sürelerinin olması,
- Hastanelerde enfeksiyon oranında düşme,
- Hatalı ilaç verilme oranında düşme,
- Çalışanların memnuniyeti,
- Çalışanlarda moral yükselmesi ve verimlilik artışı sonucunda karlılık oranlarının artması,
- Maliyetin kontrol edilebilmesi,
- Pazar payının artması,
- Sağlık çalışanları ile hastalar arasında güven ilişkisinde yükselme ve hastaların anlayabileceği iletişimin önem kazanması,
- Hastalar tarafından tedavi önerilerinin daha iyi anlaşılması ve etkili şekilde uygulanması sonucunda hastanın tedavi sürecinin kısılması ve hizmet kalitesinde artış sağlanması.

3.9 Toplam Kalite Yönetiminde Kullanılan Araçlar

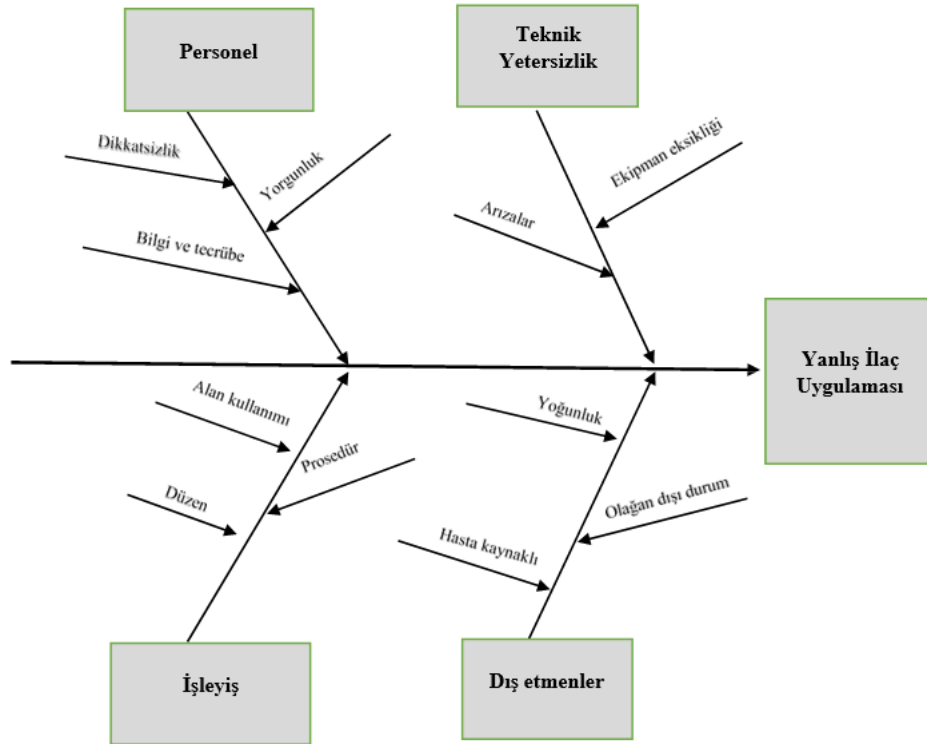
TKY’de amaca varmak adına farklı imkanlardan yararlanılmaktadır. (Arıkan, 2018: 22). Bunlar kalitenin iyileştirilmesi ve yeniden tasarıma ya da yeniden yapılanmanın işleyişine destek sağlamaktadır (Georgantzas, 1998: 509). Ishikawa’nın 1972’de ortaya koyduğu “Kalite Kontrol Rehberi”, kalitenin iyileştirilmesi için kullanılmak üzere özel sunulan sorun çözme araçlarında ilk eğitim el kitabı şeklinde yayımlanmış ve kabul görmüştür (Juran ve Godfrey, 1998: AV.1).

Kuşkusuz kalitenin devamlı denetlenmesi var olan aksaklıkları ortaya koymak adına, çözülmesini sağlamak, işleyiş sürecini geliştirmek ve belirlenen hedefe varmak için katkıda bulunmaktadır. Kalite ölçümü; sürecin devamlı denetlenmesini, kontrolü yaparak kalite iyileştirilmesi ve kalitenin sürekliliği için gereken kontrollerden meydana gelmektedir (Kaya, 2013, s. 62).

İstatiksel süreç kontrolünün engelleyici bir tedbir olmasından dolayı hatalı çıktılar nedeniyle meydana gelen ekstra giderler karşısında kuruluşlara koruma sağlamıştır. İstatiksel süreç denetimi çerçevesinde çalışanların her biri kendi yaptıkları işin kalitesini denetleyebilir, hataların kaynağında çözülmesine, sorunların yayılmadan

önlenmesine olanak sağlanır. Kalitenin araçlarının planlamada ya da üretim faaliyetlerinde farklı amaçlarla kullanılabilmesi mümkündür.

Ishikawa diyagramı aynı zamanda balık kılıcı diyagramı olarak da nitelendirilir. Kaoru Ishikawa'nın geliştirdiği bu diyagram kurumun kalitede karşılaşılabilecek aksaklıkları ve bu aksaklıkların oluşmasına engel olacak sebepleri tespit etmeye katkı sağlar. Görünüm itibariyle balık kılıcına benzetilen diyagram temelde bir neden sonuç grafiği olmaktadır. Balık kılıcı diyagramı sorun tespiti sağlandıktan sonra soruna genel bir bakış açısı sağlar. (Çetin, s.171) Bu diyagramın kullanımında öncelikle düzeltilmesi istenen kalite süreci belirlenir. Ardından bu kalite niteliğine yönelik temel sorun veya neticesi tespit edilir. Ok biçiminde çizilen balığın omurgasına temel sorun eklenir. Temel soruna bağlı olan alt sorunların neler olabileceği belirlenir ve bunlar omurgaya bağlanmış kılıcık şeklindeki oklar ile gösterilir. Son aşamada kılıcıklardaki kategoriler “bu neden oluştu” sorusunun yardımıyla ayrıştırılma işlemine tabi tutulur.



Şekil 7; Sebep-sonuç/Balık kılıcı diyagramı: Yanlış ilaç uygulaması (İnce, 2014)

Balık kılıcı diyagramı diğer adıyla neden sonuç diyagramı kurumlarda ürün ve hizmet kalitesine etkisi olan temel etkinlikler ve alt etkinliklerle neden sonuç bağı oluşturmakta ve sorunun bütün olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bununla

beraber balık kılıcı diyagramının, yapılması ve gösterilmesi anlaşılır ve kolay olmaktadır. Bu yöntemle işlem sırasında sorunun temel kaynağına inilmeye çalışılması ve aşamalarda neden sorusunun sorulması nedeniyle kurumda iletişimin de etkili olmasını sağlar (Tekin, 2011: 146).

3.9.1 Histogram

Histogram, belli bir kriterin farklı değerlerine ilişkin frekansını çizmek amacıyla oluşturulmuş olan çubuk grafikdir. Histogramlar, kabul gören kalıpların araştırılması, değişkenlerin hangi sıklıkta olduğunun belirlenmesi ve değişkenlerdeki merkezi eğilimi önermek amacıyla uygulanmaktadır (Duffy, 2013: 79). Histogramlar belirli bir veri grubunda varyasyonun grafik özeti olmakta ve verileri resimsel şekilde kullanarak okuyucular tarafından her zaman kolay fark edilemeyen net sonuçları görmelerine faydalı olurlar (Dahlgaard vd., 2005: 85).

Histogram grafiğinin değerlendirilmesi ile belirlenen değerlerin göstermiş olduğu değişkenlik ve dağılım iletilmektedir. Tarafsız sonuçların elde edilebilmesi için histogramlar oldukça iyi bir seçenek olmaktadır. Histogramlar ile gözlem sonucunda elde edilen verilerin standartlara olan uyumu için kıyaslama yapılabilmektedir. Bu sayede takip edilen değişkenin çözümlenmesi sağlanır, ürün veya hizmetlerin iyileştirilmesine olanak tanınır. Histogramların en önemli avantajı ise verilerin öncelikle görülebilmesini ve anlaşılabilmesini sağlamalarıdır. Grafikselsel olarak hatalı bir sürecin ortaya çıkmasında etkili olan sebep ve sonuç ilişkisini göstermektedir. Herhangi bir süreçte iyileştirme öncesini ve sonrasını, ayrıca iyileştirmenin etki derecesini belirlemektedirler (Sarıkaya, 2003: 214- 215).

3.9.2 Kontrol Diyagramları

Toplam kalite kontrolünde uygulanan kontrol diyagramları, istatistiksel kalite kontrol araçları arasındadır. Bir süreçte iyileşme sağlanıp sağlanamadığı ve kararlılığının ölçülmesi için kullanılabileceği gibi ne zaman sürecin kendi haline bırakılacağına tespiti içinde kullanılabilmesi mümkündür. Bu hususta W. Shewhart tarafından ilk uygulama başlatılmıştır. Kontrol diyagramlarının süreçteki durumu devamlı şekilde kameraya almak olarak tanımlanabilmesi söz konusudur. Kontrol diyagramlarında yer alan üç adet limit vardır. Bunlar limitler; üst kontrol limiti, ortalama limiti ile alt kontrol limiti şeklindedir. Kontrol limitleri haricindeki noktalar süreç içinde bir sorun yaşandığına işaret eder. Üst kontrol limiti ile alt kontrol limitinin dışına çıkan noktalar

ise ortalama kalite niteliklerinde kaymalar şeklinde aynı oranda kalite sorunu olarak değerlendirilir. Kontroller sırasında herhangi bir noktanın üst kontrol limitinin üstünde bulunması durumunda, bu hata oranının oldukça yüksek olduğunu belirtmektedir. Sürecin kontrol dışında olması halinde nedenleri belirlenmeli ve buna karşı önlemler alınmalıdır (Terekli, 2011-2012: 11).

Kontrol şemaları kısmen varyasyonu kontrolünü sağlamak ve bunları ortaya çıkaran nedenlerin çözümlenmesinde ve kontrolünde kullanılabilir olan kalite kontrol aracıdır (Dahlgaard vd., 2005: 89). Kontrol şemalarının bir kontrol sürecindeki iki varyasyon türü arasında seçim yapılması amacıyla kullanılması söz konusudur. Bunlar (Total Quality Management, 1994: 58-59):

- Yaygın görülen sebepler- süreçte yer alan varyasyon.
- Özel olan sebepler- bir sorunu oluşturan öngörülemez varyasyon, süreçte mevcut olduğunu bildirir.

3.9.3 Çetele Çizelgesi

Veri toplama sürecinde belirli olayların tekrar etme durumunu kayıt altına almak amacıyla kullanılan bir araç olarak nitelendirilen çetele diyagramı, doğru olan bilgilerin doğru zamanda ve şekilde toplanmasına katkı yaparak, sorunların analizini ve bunun hakkında bilgi verir. Çetele diyagramındaki bir değerde, işlemde vb. bulunması arzu edilen unsurların bir listesi oluşturulur ve her unsurun yanına görüldüğünde onay işareti veya çizgi konulur. Bu şekildeki bilgi biriktirme yöntemi, belli türde hataların oluştuğunu kontrol etmekten, öğelerin sayımına kadar hemen her şey için uygulanabilir. Toplanan bilgilerin görsel olarak yansıtılmak için çeteleler histogramlara çevrilir (Duffy, 2013: 54; Oakland, 2014: 274).

Çetele diyagramı aracı, çalışma ortamlarında kolaylıkla anlaşılabilir ve kullanılabilir bir kalite iyileştirme türü olmaktadır. Bu diyagram basit bir veri setinde bilgi birikmelerin hangi aralıklarda yer aldığını göstermekte hem sıklık dağılımı çizelgelerine hem de Pareto diyagramları ve histogramlara temel oluşturmaktadır (Işık, 2013: 760).

3.9.4 Pareto Diyagramı

Pareto analizi 19. yüzyılda İtalyan iktisatçı ve sosyolog Vilfredo Pareto tarafından ortaya atılmıştır. Pareto'nun adıyla anılan ekonomik içerikli ölçütünü bazı

kuruluşlarda araştırdıktan sonra genellemeye çevirmiştir. Pareto analizinin bir sonuç oluşmasında birtakım etkenlerin rollerinin belirlenmesi için bir araç olarak uygulanması söz konusudur. (Kısaoglu, a.g.e., s. 310.)

Aksaklıkların sebepleri genelde Pareto prensibine uymaktadır. Pareto prensibi sorunların önemli kısmının çoğunlukla birbiriyle bağlantılı az sayıda ancak baskın sebepten kaynaklandığını ortaya koymuştur. Bu kalite aracı 80/20 olarak belirtilmekte, sorunun %80'lik bölümüne %20'lik aktivitenin neden olması ve bunun %20'lik pay üzerinde durulması anlamını taşımaktadır. Pareto analizi uygulanana bazı yerler; fabrikalardaki aksakların nedenlerin incelenmesi, stok kontrolünün yapılması, güvenlik, enerji tasarrufu, verimlilik, dağıtım, pazarlama, satın alma, satış analizi, mamul çeşitliliği, atık azaltma, malzeme tedariki ve başarının izlenmesi olarak gösterilebilir. Pareto analizinin kurumlara sağladığı faydalar şu şekildedir:

- Sorun üzerinde önemli bir etkiye sahip olan faktörlerin tespit edilmesi
- Sorunları sıralamak veya nedenleri tablo haline getirmek ve her birinde oluşan hata sayısının bulunması
- Önem sırasına bağlı olarak sıralama yapmak
- Listede toplam hata sayısının bulunması
- Her sorunun belirttiği yüzde oranlarının hesaplanması
- Herhangi bir ekip çalışması sırasında ortak bir yola girmek veya ortak karar almak.

Pareto diyagramı hatayı meydana getiren sebeplerin büyük bir bölümünü sadece birkaç sebepten dolayı oluşturduğu belirtilmektedir. “Pareto diyagramı bir sistemde veya süreçte faktörleri etki derecesi, önem sırası veya tekrar sayısına göre azalan sıralama ile sunan bir sütun grafiği olmaktadır” (Çetin, s.172). Diğer bir ifade ile Pareto diyagramı en önemli sorunu ve sorunları önem derecesine göre kolayca belirlenmesini sağlamaktadır.

3.9.5 Akış diyagramı

Akış diyagramı, belirli bir süreçte tamamlanan basamakların tümünü birbirine bağlayan ve sürecin ne şekilde yürütüldüğüne ilişkin bir çerçeve çizen kalite kontrol aracı olmaktadır (Kanji ve Asher, 1996: 173). Sürecin kontrolünü sağlamak adına ilgili

sürecin anlaşılması sağlanmalıdır. Akış diyagramlarının yardımıyla süreçler idari ve imalat aşamalarında takip edilmek suretiyle muhtemel sorunların anında analizinin yapılması ve süreçlerin iyileştirilmesi sağlanmaktadır (Dahlgaard vd., 2005: 113).

Diyagram oluşturulmasında ilk olarak akışı meydana getirecek ekip tarafından süreçte olan işler belirlenmekte, daha sonra işler yapılış sırası göz önüne alınarak sıralanmakta ve çeşitli işaretlerle akış diyagramına dönüştürülmektedir. Diyagram meydana getirilirken kullanılan işaretlerle özel süreçler gösterilmektedir (Arıkan, 2018: 24). Yuvarlak görünümlü dikdörtgen/elips sembolüyle işlemin başlangıcı veya sonu; elmaslar karar noktalarını, dikdörtgen kutular ise eylemleri ifade etmektedir (Duffy, 2013: 72).

3.9.6 Serpilme Diyagramı

Serpilme diyagramlarının kullanımını üretilen ürün kalitesini belirlemede iki nitelik arasındaki ilişkinin tespitine dayanır. Bir çözümlenme aracı olan serpilme diyagramı, araştırma yapılan iki faktör arasındaki sebep sonuç ilişkisinin tespitine yönelik sorular sormaya dayanmaktadır. Ancak diyagramın iki faktöründen birisinin diğerinin sebebi veya sonucu olduğunu belirttiği söylenemez. Serpilme diyagramı sadece iki faktörün arasındaki ilişkinin varlığını belirler. Kalite çalışmalarında doğru netice alabilmek için, incelenen faktörlerin arasındaki ilişkinin öğrenilmesi gerekir (Terekli, s.9).

3.10 TKY ve Kalite Güvencesi

TKY uygulaması kalite güvence sisteminin hatayı ortadan kaldırması için, yalnızca üretim ve sunum aşamasında hataları veya aksaklıkları ortadan kaldıran faaliyetten ziyade iç ve dış müşteri arasındaki ilişkiyi de önemseyen temeli güvene dayalı bir süreçtir. Faaliyetlerin tamamını içerisinde barındıran bir kalite güvence sistemi hazırlığı üst yönetim desteğinden ve ekip çalışmasından meydana gelmektedir. TKY anlayışını benimseyerek ISO 9000 standardına uygun çalışılması mümkün olmaktadır. TKY’de kalite güvencesi sistemi, baştan sona doğru işleyen ve geribildirimleri ters yönde olan sistemin gelişiminde rol oynayan bir hiyerarşiden oluşmaktadır (Bağrıaçık, a.g.e. s.39).

TKY süreci hammadde aşamasından itibaren işletme için girdi sağlayan sanayileri, müşterilerin şikâyetlerini ve satış sonrası hizmetlerini de kapsayan sıfır hataya

ulaşmayı amaçlamaktadır. Kalite güvencesinde ise farklı ifadeler yer almaktadır (Çetin vd., 2001: 367-369):

- Kalite güvence sistemi kapsamlı olarak; hizmet alan veya tüketen alıcıya uygun düzey kalitede verilen, sunum aşamasında kontrolü yapılan hata ve aksaklıklara engel olan ve alıcı memnuniyeti ile çalışanların katılımını destekleyen bir süreçtir.
- Kalite güvence sistemi, kalite kontrolünün dışındaki bölümlerin son verdiği veya üretilen ürünün son müşteriye ulaşmasına kadar giden kısmın garantili bir şekilde iletilmesini sağlar.
- Ulusal işletme veya müşteriler kalite güvencesinde garantiyi talep ederler.
- İşletmelerin kendilerinin kalite güvencesi yönetim sorumluluğunun yanında çalışanlar da bunu kabul etmeli ve sahiplenmelidirler.
- Kalite güvencesi bir işletmenin her biriminde üretimden veya sunumdan sonra, sevkiyat ve satışın ardından garanti verilmesine kadar kısmı kapsamaktadır.
- Eksiksiz şekilde sunum veya üretim planlaması olması, hammadde, bakım-onarım kalite güvencesini kapsamalıdır.
- Kalite güvencesinde dokümanlarla izlenen yollar yazılmalı ve bunların uygulaması eksiksiz yer almalıdır.

3.11 Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanmasında Karşılaşılan Sorunlar

Sorunlar TKY literatüründe etkin şekilde kullanıldığında mükemmel bir sistem olarak ifade edilmesinin yanında olumsuzluklarla karşı karşıya kalan uygulamalarında bulunduğu bilinmelidir.

TKY uygulamalarında meydana gelen aksaklıkları iki bölümde incelemek olasıdır. Bunlardan ilki, kalite konusundaki mevcut yanlış fikirleri, ikincisi toplam kalitenin öğrenilmesinde ve gerçekleştirilmesinde yapılan hatalar ve eksiklikler olarak ele alınmaktadır. Bu özellikler, işletmeler için önemli olan TKY felsefesinin etkin şekilde yürütülmesini önlemekte ve başarısızlık nedeni olmaktadır. Başarısız uygulamalar ise maliyetlerin artmasına sebep olmakta, TKY uygulamasına karşı güvensizlik oluşmaktadır.

Toplum genelinde kötü kalitenin çalışan hatası olduğu, kalitenin geliştirilmesinin ise yalnızca mamuller ile üretim süreçlerden kaynaklanabileceği, kalite geliştirilmesinin kalite çemberleri ile sağlanabileceği gibi doğru olmayan düşünceler bulunmaktadır. Aslında oluşan sorunların temel nedenlerinin işletmelerde TKY anlayışının kabul edilmemesi ve uygulanmasındaki hatalar, sistemin gerçekleştirilmesindeki hatalardır. TKY anlayışının temel özellikleri ve kullanılan araçlara ilişkin eğitimlerin yetersizliği, pahalı ve bürokrasinin yoğun olarak artmasına neden olan bir yöntem olarak algılanması ve bu hataların sonucunda TKY'den beklentilere ulaşılamaması uygulamada karşılaşılabilecek olan sorunlardır.

TKY uygulanmasında karşı karşıya kalınan ve başarısız nedeni olabilen sorunlar ise şu şekilde sıralanabilir.

- Aktif olarak tepe yöneticilerinin katılımı olmadan, bir program olarak TKY'nin uygulanmaya çalışılması,
- Kalite geliştirilmesinin sıradan bir olgu olarak algılanması, kalite politikası ve sorumluluğunun yetersiz olması,
- Yönetimin ve özellikle kurum çalışanlarının kalite ve rekabeti idrak edememesi, sürekli gelişimin önemini farkına varılamaması,
- Yönetimin uygulamayı benimsemesine rağmen, felsefenin uygulanması için gerekli örgütsel düzenlemelerin yapılmaması ve gereken liderlik anlayışının geliştirilmeden uygulanmaya başlanması,
- TKY'nin bir değişim faaliyeti olduğunun ve özel bir kültürel ortam gerektirdiğinin yeterince anlaşılabilmesi.

Bununla birlikte çalışanların TKY fonksiyonlarını, yukarıdaki sorunların bir neticesi olarak algılayamamaları ve direnç göstermeleri, bu felsefenin başarısız olmasına neden olan sorunlar arasında kabul edilmektedir (www.rdbuildings.com).

TKY'nin başarısında çalışanların tamamının katılımıyla yönetim süreçlerinde uygulanması gerekmektedir. TKY'de karşılaşılan temel problemler şunlardır (Ecevit, 2009:55).

- Kaliteye güvensizlik duyulması
- Değişimin kabul edilmemesi

- Yönetim ve yöneticilerin sergiledikleri ilgisiz tavırlar
- TKY beklentilerinin fazlalığı
- Eğitimin ve yetiştirmenin gerçekleştirilememesi
- Beklentilerin sıradan olması
- Mevcut durumda yeterli düzeyde çözümlemenin yapılmaması
- Araç odaklı olunması
- Davranışlarda tutarsızlık ve başarının takdir görmemesi



4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

4.1 Sağlık Hizmetlerindeki Kalite Yönetimi

Sağlık hizmetlerinde kalitenin ifade edilmesi uluslararası kuruluşların göstergelerindeki standartlar doğrultusunda uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetleri, ayrıca hizmet süreçlerinde hastaların beklentilerinin ve gereksinimlerinin karşılanması şeklinde yapılabilmektedir. Burada temel amaç; hastalara mümkün olan en kısa sürede, makul fiyatlandırma ile diğer tedavi seçenekleri anlatıldıktan sonra, tıbbi kanunların ve prensiplerin ışığında medikal olarak en iyi hizmetin sunulmasıdır (Aydoğmuş, 2015).

Sağlık hizmetlerinde efektif olabilmek için yani toplum sağlığında beklenen yeniliklerin oluşturabilmesinde bazı niteliklerin varlığı gerekir. Bu özelliklerden en önemli olanlardan biri ise kalite olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde insan hayatı söz konusu olduğundan, geri dönüşün sağlanması olanaksızdır. Kalite ise hastaların zamanında ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayan bir süreçtir. Sağlık hizmetleri sunumu ile ülkelerin düzeyi arasında doğrudan bağlantı vardır. Kalite güvence sistemi ve TKY ilkeleri doğrultusunda topluma kaliteli hizmetin sunulması amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde başta kamu sektörü olmak üzere giderlerin en az düzeye indirilmesi, verimliliğe önem verilmesi, rekabette üstünlük sağlanması bakımından kalitenin önemli bir yeri bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda gelişen yetersizlikler, hatalar ve bunların insan yaşamını da etkilemesi sonucunda kalitenin önemi daha iyi anlaşılmıştır. Sağlık hizmetlerindeki kalite, hizmetin bilimsel normlara, standartlara ve hastanın beklentisi doğrultusunda verilmesi sonucunda ortaya çıkabilir. Bunun gerçekleşmesinde gereken hususlar şu şekildedir (Kavuncubaşı 2000:66):

- **Mesleki yeterlilik:** Sağlık personelleri hizmet sunucuları olarak birimlerine uygun şekilde bilgi ve becerilerle donatılmalıdırlar. Sağlık personellerinin bilgilerini sürekli yenilemeleri ve iyi kullanabilmeleri gerekir. Mesleki yeterlilik, öncelikle nitelikli sağlık personellerinin istihdamı ile başlamakta, personellerin sürekli geliştirilmesiyle devam etmektedir.
- **Kişisel Kabul Edilebilirlik:** Kişilerin beklentileri ve değerleri ile hizmet sunuş şekli uyum içerisinde olmalıdır. Hizmetler yeterliliği niteliğe sahip elemanlar tarafından standartlara uyumlu bir biçimde verilse de yeterli bilgilendirilme

yapılmaması, çalışanın güven sağlamaması, davranışlarına dikkat etmemesi gibi etkenlerden dolayı hastalar sunulan hizmeti istemeyebilirler.

- **Kalitenin Uygunluğu:** Kalite kurumları tarafından oluşturulmuş standartlara uyumlu hizmet verilmesidir.

Avedis Donabedian (1990), sağıktaki kalitenin önemli niteliklerini yedi unsur kapsamında şekillendirmiştir. Bunlar; optimallik, etkililik, yasallık, verimlilik, etkinlik/etkenlik, kabul edilebilirlik ve eşitlik(hakkaniyet) olarak sıralanmaktadır (Kavuncubaşı, Yıldırım, 2010).

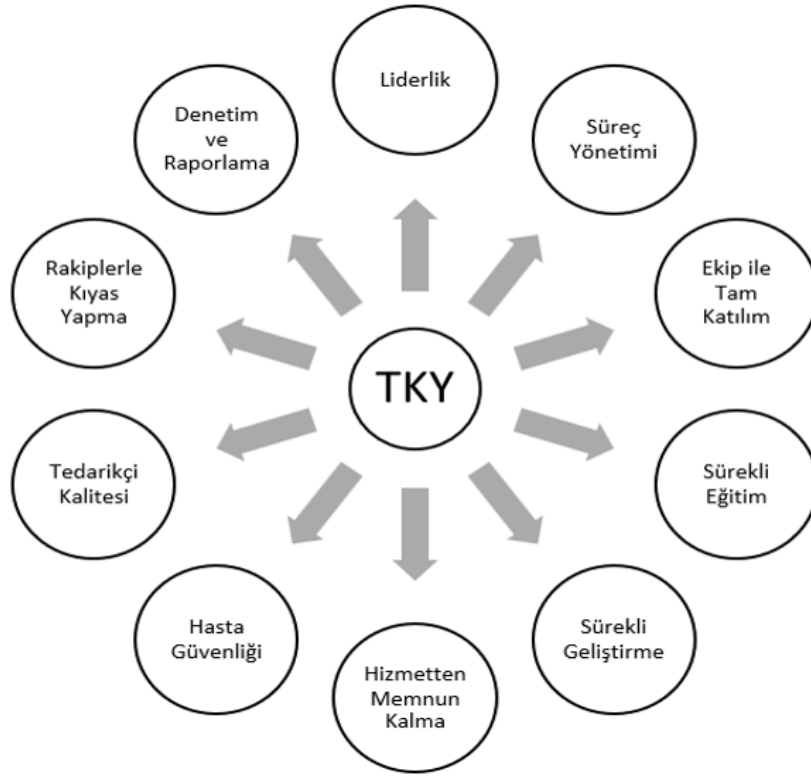
Sağık hizmetlerinde hata lüksü olmaması kalitenin gerekliliğini de ortaya koymaktadır. Küçük bir hatanın insan canına mal olma riskinin olması ve hatalarda geri dönüşün bulunmaması bir anlamda kaliteyi vazgeçilmez hale getirmektedir (Aslantekin ve ark. 2005). Bu nedenle sektörde kalite zorunlu hale gelmiş ve sağık hizmetlerini hızlı bir değışim dinamiğine sokmuştur. Ancak sağık sektörü bu değışim içerisinde tutulamayarak modern yönetim anlayışının ve kaliteli hizmet sunumunun gerekliliğini ortaya koymuştur (Yıldız, 2010).

4.2 Sağık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

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

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

Şekil 8. TKY'de Kalite İçin Gereken Etmenler



Sağlık hizmetlerinde kalite olgusu; tam zamanında, uygun ve doğru tanı ve tedavi şeklinde de ifade edilen bir durumdur. TKY'nin temel amaçları şu şekildedir (Kömürcü, 2006);

- Kalite standartlarının belirlenmesi
- Ekip çalışması yapılarak tam katılımın sağlanması
- Sürecin sürekli olarak iyileştirilmesi, yenilenmesi ve geliştirilmesi
- Sağlık personellerinin eğitim kalitesi ve deneyimlerinin olması
- Sürekli eğitim verilmesi
- Kaynakların tamamının verimli sağlanması
- Sağlıklı iletişim kurulması
- Hataların engellenmesinin desteklenmeli
- Sürecin tamamen etkin bir liderle yürütülmesi
- Verilen tedavi hizmetlerinin daha etkili olması sağlanmalı

- Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin sağlanması amaçlanmaktadır.

TKY'nin amacı; sıfır hata kuralı ile güvenilir, en düşük maliyetle, kaliteli verilen hizmetin, işin ilk defasında doğru zamanlama ile doğru yapılması sonucunda sağlık hizmeti kullanıcılarında memnuniyetinin sağlanması şeklinde ifade edilebilir.

4.3 Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Yararları

TKY'nin sağlık hizmetlerindeki uygulamaları neticesinde; genel performansta düzelme, çalışanların kurumdan beklentilerini karşılamasına imkan vererek motivasyonlarının üst seviyelere taşınması, dolayısıyla aralarındaki ilişkilerin daha iyi seviyelere ulaştırılması, doğru ve verimli çalışarak karlılık oranının maksimuma çekilmesi, hasta memnuniyetinin artması, hızlı işleyen düzen sayesinde laboratuvar tetkik sürelerinin ve radyoloji tekrarlarının indirgenmesi, planlamaların doğru yapılarak ameliyathane kullanım sürelerinin kısalması, hastane enfeksiyon oranının düşmesi, hatalı ilaç verme oranının azalması sağlanmaktadır (Karaca, 2014: 25).

4.4 Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasında

Karşılaşılan Sorunlar

İnsanların etkileşimlerinin yüksek düzeyde olduğu sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi uygulamaları oldukça zordur. İnsan unsuru ön planda olduğu için verilen hizmetin kalitesi o anki müşteriye, üreticiye veya zamana göre farklılık göstermektedir (Öztürk, 1996: 65). Erdemir (2005) ve Can (2008: 302)'ın ilettiğine göre, “süreç-çıkı”, “nicelik-nitelik” ve “uzun-kısa dönemlik”, hastanelerin merkez odaklı bir yaklaşımla ve modern işletmecilikten uzakta yönetilmesi, tüm hastanelerin tek bir organizasyon ve finansman yapısında olması, mevzuat ve idari yapının katı olması, çalışanlara yeteneklerini kullanma ve özel girişim imkânları vermeyen bürokratik yapı, personel, idari ve mali altyapı, hastanelerde personelin kalite anlayışının düşük seviyelerde olması, takım çalışması ve eğitim hususundaki aksaklıklar, hastane yönetimi ile merkezi yönetim arasındaki kalite algısının birbirinden farklı olması ve personelin halk odaklı hizmetin getireceği memnuniyetsizlik korkusu TKY uygulamalarında karşılaşılan sorunlardandır.

5. HİZMET İÇİ EĞİTİM

5.1 Hizmet İçi Eğitim Kavramı

Hizmet içi eğitim, çalışanların yetenek, bilgi, tutum, örgün eğitimde öğrenilmiş mesleki bilgilerini en üst düzeylere taşıyabilmeleri için örgün eğitim dışında gerçekleştirilen planlı ve uygulamaya ilişkin faaliyetleri içeren eğitimidir (Oldroyd ve Hall, 1991).

Hizmet içi eğitimde 3 temel unsur yer almaktadır:

- Çalışanlara işi ile ilgili becerilerin verilmesi,
- Çalışanların becerileri kazanması için gereken bilgilerin sağlanması
- Çalışanların davranışlarını olumlu yönlendirmesi için faaliyetlerin düzenlenmesi (Tanyeli 1967, s.: 63-64)

Bu unsurların yanı sıra bir başka konudan daha bahsedilebilir. Çalışanlar belirli bir alan içinde hizmet vermektedir. Bu alanın hukuki, fiziki, idari ve beşerî koşulları bulunmaktadır (Tanyeli, 1967: 64). Genel anlamda yaygın eğitim ve örgün eğitim böyle bir alanda yapılmadığından, mesleki ve teknik açıdan ne kadar gelişmiş olursa olsun, çeşitli temel ve alt kesimlerin insan gücü ihtiyacının niteliklerini sağlayamamaktadır. Bunu hizmet içi eğitimin önemli nedenleri arasında gösterilebilir. (Tanyeli, 1967, s.:64).

Günümüzde her alanda hızlı ve sürekli bir şekilde yenilikler karşımıza çıkmaktadır. Kurumların da tüm bu gelişim ve yenilikleri yakalayabilmeleri adına bilgi sahibi, donanımlı, tecrübeli, kendini geliştiren ve yenileyen çalışanlara gereksinin duymaktadır. Bu nedenle günümüzde hizmet içi eğitim programları büyük önem kazanmış ve personellerin tüm iş hayatını kapsayacak şekilde kurumun hedeflerine uygun biçimde sağlanmaktadır. Hizmet içi eğitimler ile çalışanların işgücü kalitesi artmakta ve verimliliklerinin gelişimi sağlanmaktadır.

SB hizmet içi eğitime gereken değeri vermiş; devamlılığını ve programa bağlılığını sağlayan yasalar ve genelgelerle desteklemiştir. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2001'de bir genelge yayınlamıştır. Bu genelgede; Ulusal Sağlık Reformuna neticesinde verimlilik, güvenilirlik ve etkililiğini arttırmayı ve personellerin moral ve motivasyon durumunu yükseltmeyi hedeflemiştir. Bu nedenle 1992 tarihinden itibaren

Sağlık Bakanlığı'nca çalışanlara eğitim verilmesi için bünyesindeki kurumlara bildiri yapılmıştır. Eğitimlerin İl Sağlık müdürlüğü tarafından planlanması ve takibinin sağlanması kararı verilmiştir.

Sağlık işletmeleri hizmet faaliyetlerini sağlayabilmeleri adına çalışanlarına bilgi ve deneyimlerini artırmalarını desteklemelidir. Sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılması söz konusu olduğunda hizmet ve eğitim kavramlarının birlikte ele alınması gerekmektedir. Bu durum kuruma büyük ölçüde katkı sağlar. SB tarafından 1983 de çıkarılan Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği'nde eğitimin amaçları; sağlık işletmelerindeki çalışanların zamanın gösterdiği koşullar neticesinde eğitim vermek ve görevlerinin içerdiği bilgi, beceri ve yeteneklerle donatılmasını sağlamaktır.

Hizmet içi eğitimin verilmesi iş başında veya iş dışında yapılabileceği gibi merkezi ve kurumsal şekilde de verilebilir.

İş başında hizmet içi eğitimin türleri aşağıdaki gibidir (Efil, 1998: 139):

- Yönetici takibinde yetiştirme ve yol gösterme,
- İş rotasyonu,
- Yöneticiye yardım etme,
- Özel projeler ve seçilen okuma parçaları,
- Yetki devri ve merkez kaç,
- Komiteler aracılığı ile yetiştirme.

5.2 Hizmet İçi Eğitim Türleri

Kurumlarda verilecek olan hizmet içi eğitim faaliyetleri amacına, konusuna, yapıldığı yere, katılımında bulunacak kişilerin özelliklerine göre çeşitli şekillerde hizmet sunulmaktadır. Hizmet içi eğitimler personellerin gereksinimlerini karşılamanın yanında kuruluşunda amaçlarına ve hedeflerine varabilmesi adına düzenlenen programlardan uygun olanın verilmesi gerekir. Bu nedenle gerçekleştirilmek istenen amaç ve hedeflere ancak doğru yöntemler kullanıldığında ulaşım sağlanabilir.

5.2.1 Oryantasyon Eğitimi

Oryantasyon eğitimi, çalışmaya yeni başlayanların yanında herhangi bir nedenle yer değişikliğinde bulunan çalışanlara birime uyum sağlamak ve düzeni öğrenmek adına verilir. (Kalkandelen, 1979, s.:40).

5.2.2 Hazırlık Eğitimi

Oryantasyon eğitiminin ardından, adaylara sağlanacak diğer faaliyetler, hazırlık eğitimidir. Amaç, hizmetin sunulması aşamasında uygulanacak ilke ve esaslara hakkında bilgi aktarımı sağlamaktır. Bu eğitimler, çalışanın kendi kurumunda, diğer kurumlarda veya kurumlar arası eğitim merkezlerinde, bireysel veya grup halinde, sabit veya dönüşümlü olacak şekilde sağlanabilir (Öztürk, 1967, s.:99).

5.2.3 Temel Eğitim

Bu faaliyetler, kamu kurumlarında yeni göreve başlayan personele temel bilgi, beceri, yetenek ve davranışları kazandırırken, örgün eğitim almamış kişilere sosyal, ekonomik ve kültürel eğitim veya kendi kendini yetiştirme ve topluma uyum sağlama olanağı sağlar.

Bu tür eğitim programlarının faaliyetleri hazırlık, uyum, işe oryantasyon, staj, aday eğitimi olarak da bilinmektedir. Birçok kurumda temel eğitim kursları ve uyum eğitimi birlikte verilmektedir. Buna göre çalışan kurum ve iş ile tanıştırılır ve gerekli niteliklere sahip olması sağlanır. (Taymaz, 1997, s.: 8-9).

5.2.4 Geliştirme Eğitimi

Aday eğitimi ile aynı sonuçları elde etmek için tasarlanmıştır. Bu eğitimde, bir pozisyona atanan personelin (kadroların) sorumluluk, yetki ve görevleri; çalışan ile fonksiyonel ilişkisi olan diğer çalışanların sorumluluk, yetki ve çalışma yerleri ile çalışma ortamının tanıtılması amaçlanmaktadır. (Kalkandelen, 1979, s.:41).

5.2.5 Tamamlama Eğitimi

Bölüm yada pozisyon değiştirecek çalışanların yeni görevinin sorumluluklarını yerine getirebilmesi adına yapılan faaliyetlerdir. Bu eğitimler, çalışanların kurumda birim değiştirmesi gerekliliği, kadrolama, yaş durumu ve üretim süreçlerindeki farklılıklardan meydana gelebilir. Pozisyonunun yükseltilmesini ve iş ya da birimini

değiştirmeyi hedefleyen bu tür faaliyetler uzmanlık ve meslek eğitimi niteliğindedir (Taymaz, 1997, s.: 9).

Tamamlayıcı özellikte olan bu faaliyetlerin hedefleri, kurumun farklı birimleri için uzman personel gereksinimini kurum içerisinde en kısa sürede yapmak, kişinin farklı bölümlerdeki yetenek ve becerilerini iyileştirmek ve işinden elde ettiği hem maddi hem manevi doyumunu yükseltmektir. Taylor'a göre çalışanların kurumda üst kademelere gelebilmesi adına yapılacak hizmet içi eğitim gereksinimleri planlanırken dinamik ve statik durumların analizi istenmektedir. Statik durum incelenirken kurumun hangi kademelerde ve bölümlerde personel ihtiyacı olduğu belirlemektir. Dinamik durum analizinde ise kurumda yaşanacak gelişmeler hesaplanarak kurumun gelecekteki durumu göz önüne alınmakta ve hizmet içi eğitimi programlar yapılarak işgörenler geliştirilmektedir (Peker, a.g.e.)

5.2.6 Yükseltme Eğitimi

Yükseltme Eğitimi kurumun üst kademelerine sağlanarak personele yönelik yapılmaktadır. Çünkü bir üst kademede tanımlanan görev ve sorumlulukları yerine getirecek birey gerekli bilgi ve becerileri edinmesi zorunludur. Yükseltme eğitiminde, kurum personelinin eğitim için planlanan sürenin bitiminde değerlendirilmesi, yükseleceği birimin yeteneklerini sağlaması ve başarılı olması beklenmektedir. Eğitimin sonunda başarılı olan personele sertifika ya da diploma verilmekte, böylelikle hizmet içi eğitim faaliyetlerinde verimliliğin yükselmesi sağlanmaktadır. Yükseltme eğitimi, kurumun gereksinimi dahilinde olan üst düzey kadroların oluşturulması için akademik nitelikte bir hizmet içi eğitimi sağlamaktadır (Peker, a.g.e.) Belirli bir hizmeti vermekte iken kurum içerisinde planlanan bir üst pozisyonlara geçiş sınavlarına hazırlanmak üzere personel yükseltme eğitimine tabi tutulmaktadır. Yükseltme, eğitim türleri arasında motivasyonda oldukça etkili bir eğitimidir ve verimliliğin yükselmesinde önemli yere sahiptir.

5.2.7 Özel Alan Eğitimi

Eğitimler özel bir hizmet alanı için ilgili birim amirliğince merkez ya da ilgili birimce organizasyonu sağlanarak taşrada veya ilgili birimin denklik verdiği kurum dışı birimlerce yapılmaktadır (Hizmet içi Eğitim, a.g.e.); Belirli ve özel bir hizmet alanına ait, o hizmetin gerektirdiği konulara ilişkin yapılan eğitim özel alan eğitimi olarak ifade edilmektedir. Bu eğitim, özel alan temel eğitimi, özel alan geliştirme

eğitimi ve özel alan uzmanlık eğitimi olarak üç aşamadan meydana gelmektedir. Özel alan geliştirme ve özel alan uzmanlık eğitimine girebilmenin ilk aşaması özel alan temel eğitimini bitirmektir.

1. **Özel alan temel eğitimi:** Özel bir hizmetin istediği becerileri ve bilgileri sağlamak amacıyla yapılmaktadır.
2. **Özel alan geliştirme eğitimi:** Özel alan temel eğitimini almış personelin birimde meydana gelen farklılık ve gelişmeleri öğrenmesi amacıyla yapılmaktadır.
3. **Özel alan uzmanlık eğitimi:** Bu eğitime Özel alan temel eğitimini geçen çalışan girebilmektedir.

5.2.8 Yönetici Eğitimi

Yönetici eğitiminin içeriği aşağıdaki gibidir (Hizmet içi Eğitim, a.g.e);

1. Eğitim programının en iyi biçimde verilebilmesi için eğitim sorumluları, birim amirliği ile eğitim görevlileri ve katılımcılar arasındaki iş birliği içinde olmasına destek olmak,
2. Eğitim etkinliklerine ilişkin hususlar ile ilgili olarak eğitim faaliyetinin yapıldığı yerin yetkilileri ile irtibata geçmek ve gereken önlemleri sağlamak,
3. Eğitim etkinliklerine ilişkin hazırlıkların yapılıp yapılmadığının denetimini yapmak için eğitim faaliyetinden önce eğitimin yapılacağı alanın, kontrolünü sağlamak
4. Eğitim etkinliklerinin devamlılığı adına, eğitim görevlileri ve ilgili birimlerin görüşünü alarak gereksinim duyulan araç ve gereçlerin temini için gerekli işlemleri sağlamak,
5. Gerekli görünen zamanlarda eğitim sorumlusu, eğitim görevlileri, katılımcılar ve diğer görevlilere, eğitim programının yapılması ve kontrolü ile gelecek etkinliklere yönelik yeni öneri ve fikirleri sağlamak adına toplantılar yapmak,

6. Eğitim sorumlusu tarafından eğitime ilişkin çözümlenemeyen problemlerin çözümünün yapılması adına gerekli olan faaliyetleri sağlamak.

5.3 Hizmet İçi Eğitimin Özellikleri

Bir işbaşı eğitim programının faydalarından yararlanmadaki başarı derecesi, programda yer alan ilkelere ve bu ilkelere bağlı kalma derecesine bağlı olacaktır. İş başında eğitim aşağıdaki özelliklere odaklanmalıdır (Taymaz, 1992: 12):

1. Hizmet içi eğitimin hedeflerini planlarken ve hizmet planlarını geliştirirken, eğitimlerin kurum hedef ve politikalarıyla uyumlu olmasını sağlayın.
2. Hizmet içi eğitimler planlanırken personelin eğitim gereksinimleri, eğitim ve öğretim geçmişi ışığında tespit edilmelidir. Kurumun hedefleri ile çalışan istekleri aynı doğrultuda ilerlemelidir.
3. Hizmet içi eğitim faaliyetleri, kişinin sosyal ve manevi özlemlerine, sorunlarına ve hedeflerini karşılayacak şekilde oluşturulmalıdır.
4. Hizmet içi eğitim faaliyetlerine katılan personeller yetişkin kişilerdir. Bu nedenle Kişilerin deneyimi, yaşı, düzeyi ve eğitim sorunları farklılık göstermektedir. Bu bakımdan eğitimlerin bu nitelikleri bilerek benzer gruplar oluşturulması önemlilik kazanmıştır.
5. Mesleki gelişim faaliyetleri, hizmette ve işte gerekli tutumları veya diğer tutumları üretecek şekilde yürütülmelidir.
6. Bir an önce uygulanması gereken eğitimler, personeli mesleki gelişim ihtiyacı konusunda ikna edecek düzeyde olmalıdır.
7. Kurumun tüm departmanlarında ve kademelerinde çalışanları geliştirmek için eğitim faaliyetleri, çalışanlar ve departmanlar arasında işbirliği sağlayacak şekilde yürütülmelidir.
8. Önerilen eğitim faaliyeti, belirli bir iş veya görev için gerekli becerileri kazandıracak şekilde, yerinde veya dışında, işyerinde veya dışında uygun koşullar altında gerçekleştirilmelidir.

9. Enstitüdeki personel sayısına ve öğretim koşullarına bağlı olarak bir öğretim sistemi ve mesleki gelişim yapıları sağlanır.
10. Hizmet içi eğitim faaliyetlerine katılan personellerin tanınabilmesi amacıyla uygulanan öncü programlarda hatalar ile eksikleri tespit etmek etkinlin fayda sağlaması adına oldukça katkı sağlamaktadır. Ayrıca eğitimin ne derece fayda sağladığı yada sağlamadığının belirlenebilmesi için personellerin işe döndükten sonra 3-6 ay takibi sağlanmalıdır.

5.4 Hizmet İçi Eğitimin Genel Amaçları

Programların temel amacı, personellerin kurumca beklenen kriterlere uygun hale getirmektir. Hizmet içi eğitim faaliyetleri belirlenirken ilk aşama amaçların tespit edilmesidir. Tespit edilen hedefler neticesinde sırayla programlar yapılır, uygun politikalar hazırlanır, sonra usul ve kurallar belirlenir. Eğitim sonunda faaliyetin değerlendirilmesi açısından kişilerin aldıkları ve hedefler kıyaslanarak ölçme sağlanabilir (Can ve Ark., 1998, s.186).

Hizmet içi eğitimin genel hedefleri şu şekildedir : (Taymaz, 1997, s.6; Can ve Ark., 1998, s.186; Kestane, 2000).

- Üretilen mal ve ya hizmetin kalitesini ve miktarını maksimuma yükseltmek,
- Üretim verimliliği ve karını artırmak, hatalı ya da eksik üretimi minimize etmek,
- Malzeme ve enerji tasarrufunu organize etmek, üretimi zamanında gerçekleştirmek
- Teknolojinin ve üretim araçlarının uygun şekilde ve zamanda kullanılmasına olanak sağlayarak maksimum faydayı almak ,
- Üretim yöntemlerini gelişme ve yenilikçilikle ilişkilendirerek daha da uyumlu hale getirmek,
- İş güvenliğini sağlamak, iş kazalarını ve meslek hastalıklar için tedbirler almak,
- Personeller arasında ilişki, iletişim ve eşgüdümün güçlülüğünü sağlamak,
- Disiplin olayları ve yanlış anlaşılmalara organizasyon ve şikayetleri indirmek,

- Çalışanları tanıma, personel alımını kolaylaştırma ve nitelikli iş gücü sağlama,
- Denetimden kaynaklanan yükü minimize etmek, rekabet gücünü yükseltmek,
- Çalışanların güvenini artırma, motive etme ve morallerini yükseltme
- Gerekli kazanımları sağlama çalışanlar için beceri, memnuniyet ve iş doyumunun sağlanması,
- Yenilikleri yakından takip etmek, çalışanların ortam ve koşullarına uyumlu hale getirmek,
- Çalışanların hareketliliğine engel olmak, kurumda birim değişikliği ve yükselme olanağını sunmak,
- Kurumun çevrede, çalışanların işinde başarısını, değerini ve saygınlığının artması yönünde destek olmak,
- Dış ortamdaki değişiklikler karşısında organizasyon yapısının esnekliğini sağlamak,
- Bakım ve onarım maliyetlerini minimize etmek,
- Gecikmeleri ve devamsızlığı en aza indirmek,
- Yönetim bölümündeki personeli, eğitimde bulunan çalışanların bilgi, beceri ve tutumları hususunda aydınlatmak, aldıkları eğitimlerin sonunda çalışanlardan maksimum verimi alabilmek.

Genel olarak hemşirelik hizmetlerinde hizmet içi eğitim etkinlikleri sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini artırarak hemşirelerin bireysel ve mesleki gelişimlerine faydalı olmaktadır. Bu bağlamda, kurumsal öğrenme kültürünün özümsemesi, mesleki gelişimin desteklenmesi, iş ve sosyal motivasyonun yüksek seviyelere getirilmesi, hataların minimize edilmesi, eksikliklerin ve aksaklıkların düzene sokulması ile zamandan tasarruf edilmesi, olumlu ekip ilişkisinin sağlanması ve gereksinim duyulan kazanımların oluşması hizmet içi eğitimin amaçlarını meydana getirmektedir (Tınaz 2006: 25; Selimoğlu ve Yılmaz 2009; Öztürk ve Savaşkan 2008; Bacak vd., 2016; Buğdaylı ve Akyürek 2017; Özpulat 2010).

5.5 Hizmet İçi Eğitimin Önemi

İşletmelerin kurumsallıklarının sürdürülebilirliğini sağlayabilmeleri için çalışanlarını kuruluş amaçlarına göre eğitim verilip gelişiminin desteklenmesi gerekmektedir. Mesleğin de belirli bir uzmanlık seviyesine gelmiş olan bir işgören, aynı düzeye ulaşmamış olan meslektaşlarından rahatsız olabilmekte ve çalışma verimi olumsuz yönde etkilenebilmektedir. İşe alınan çalışan kadrosunun uygunluğunun sağlanamaması gibi işe başlama öncesinde alınan eğitim bilgilerinin iş ortamında yeterlilik sağlayamayabilir. Bu durumda eksik olan çalışanın eksikliklerinin giderilmesi ile birlikte bilimselliğe önem veren çalışanların eksik uygulamalardan dolayı hissettiği tükenmişlik ve yılgınlığın yok edilmesi sadece hizmet içi eğitimle sağlanabilmektedir (Ercan, 2009).

Literatüre göre, emek verimliliği ile eğitim arasında aynı yöne gitmektedir. (Aytaç, 2000: 148). Bulduğumuz süreçte işgücü verimliliğinin artmasıyla birlikte rekabet avantajları maksimum düzeye ulaşmaktadır. İstihdam öncesi eğitim iyi yapılandırılmış olsa da pratik yeterliliği tam olarak oluşturamaz. Sürekli eğitim, mevcut çalışanların yeniliklere uyum sağlayarak teknik bilgilerini geliştirirken, yeni çalışanların da sektörü tanınması ve organizasyona uyum sağlaması için fırsatlar sunmaktadır. Bu nedenle, sürekli eğitim, kurumsal yeniliklere kolayca uyarlanamıyorsa bir beklenti olabilir. Gerekliğinde düzenlenen ek eğitim, sistemi çalışanlara gösterecek ve işyerinde daha verimli üretim sağlayarak öğrenme eğrisini azaltacaktır.

5.6 Hizmet İçi Eğitimde Karşılaşılan Sorunlar

Hizmet içi eğitimde karşılaşılan sorunlar dört maddede incelenebilir (Çelen, 2002):

- Hizmet içi eğitim ünitelerinin örgütlenmesiyle ilgili aksaklıklar,
- Hizmet içi eğitim etkinliklerinde hizmet verenlerin ve bu etkinliklere katılım sağlayanların çalışma hakları ile alakalı aksaklıklar,
- Hizmet içi eğitim etkinliklerinde hizmet verenlerin nicelik ve nitelik yönünde aksaklıkları
- Hizmet içi eğitim de organizasyonundaki aksaklıklar

Bu aksaklıklardan farklı kurumların personel eğitim ve öğretimleri için yeterli mali kaynak bulunmaması , bazı yöneticilerin hizmet içi eğitimi gereken önemi

vermemeleri, eğitim yeri, konaklama ve araç-gereç gibi imkanların ve eğitime ayrılan zamanın az olması, kurumların düzenli bir eğitim plan ve programlarının bulunmaması, eğitim verilen personelde bilgi ve beceri kazanımlarının oluşturulamaması ile eğitime girenlerin teşvik edici sosyal ve ekonomik olanakların minimum düzeyde olması da hizmet içi eğitimde yaşanan büyük aksaklıklardır (Arıkbey, 1988).

5.7 Hizmet içi Eğitim Gerekliliği.

Toplumlar devamlı olarak değişen ve gelişen bir oluşuma sahiptir. Bu değişime uyum gösterebilmek ve değişimin iş süreçlerine olumsuz yönde etki etmemesi için eğitim süreçleri büyük önem arz etmektedir (Hamdan, 2003). Kişiler değişen bilgileri mesleki yaşamına geçirebildiği sürece mesleğinde ilerleme katetebilmektedir.

Çalışanların hizmet öncesinde bilgi, davranış ve kazanımlarındaki yetersizlikler kurumu ve çalışanları negatif yönde etki etmektedir. Bu etkinin gücünü minimize etmek için çalışanların hizmet içi eğitime alması sağlanmalıdır. Çalışanların hizmet öncesinde katıldıkları eğitimlerin güncel ve yeterli olmaması, çalışanların kariyer yapma isteğinin her geçen gün üst seviyelere taşınması, yeniliklere ve değişimlere uyum sağlayabilmenin gerekliliği, bazı bilgi ve becerilerin sadece iş ortamında öğrenilebilmesi, çalışanların öğrenmeye ve kendilerini geliştirmeye açık olmaları hizmet içi eğitimi gerekli kılmaktadır (Gürbüz, 2017).

Kurumlarda hizmet içi faaliyetleri zorunlu kılan nedenler şunlardır (Altınışik, 1996; Bilgin ve diğerleri, 2007; Canman, 1995; Pehlivan, 1997; Peker, 2010; Şahin ve Güçlü):

- Okullarda sunulan eğitimlerde, doğal iş ortamı ve işin uygulaması ile ilgili verilerin yetersiz ve eksik olması,
- Bilgi ve teknoloji kısmında meydana gelen hızlı gelişimle birlikte, üretim aşamasında yeni araç, gereç ve teçhizatın, hizmet sürecinde ise yeni sunum tekniklerinin sürece katılması,
- Toplumsal boyutta meydana gelen ekonomik, kültürel ve sosyal yenilikleri gerek çalışanların gerekse kurumların benimsemesi ancak eğitim ile oluşturulabilmesi,

- Bir takım teknik, kavramsal ve iletişimsel bilgi ve becerilerinin ancak hizmet süresince sağlanabilir olması,
- Çalışanların devamlı olarak kendini geliştirme ve yükselme isteği içinde bulunması,
- Gerekli mesleki bilgi ve beceriye sahip olsalar dahi yeni işe başlayanları işe, kuruma ve ekip üyelerine alıştırmaya gerekliliğinin olması,
- Çalışanın sistemli olarak programlı bir şekilde, emek ve zaman kaybına sebep vermeden eğitilmesi zorunluluğu hizmet içi eğitimi gerekli kılmaktadır.

5.8 Hizmet İçi Eğitimin Sağladığı Yararlar

Hizmet içi eğitimin sağladığı kurumsal ve bireysel yararların verimliliğe büyük oranda katkıda bulunmaktadır. Fakat, hizmet içi eğitimin beklenen verim artışını yapabilmesi için belli kriterlerin sağlanması ile olmaktadır. Bu kriterlerden en önemlisinin, kurumlarda verimliliği düşüren etkenlerin gerçekçi olarak belirlenmesi olduğu düşünülmektedir. Kurumlarda verimliliği negatif yönde etkileyen durumları tarafsız bir şekilde tespit ettikten sonra, bu etkenlerin yok edilmesinde hizmet içi eğitimden nasıl faydalanılacağı belirlenebilir (Pehlivan, 1995).

Hizmet içi eğitimin sağladığı kurumsal yararları;

- Kurumların ekonomik olarak büyümesi ve gelişimi sağlanır.
- Kurumların çalışan devir hızı azalır.
- Kurumlarda yaşanan iş hataları azalır, standart kalite ölçütleri oluşur.
- Kurum içi iletişimde açıklık sağlanır ve ortak amaçlar belirlenir.
- Kurumlarda aksaklıklara çözüm yolu bulurken değişimlerden fayda sağlanır.
- Kurumun tüm kesiminde olumlu iş tutumu ve örgütsel bağlılık oluşur .
- Kurum performansının güçlenmesi ile kurumsal başarı gelişir şeklinde ifade edilmektedir.

Hizmet içi eğitimin birey açısından faydaları: (Bingöl, 2014):

- Çalışana işinde bir üst dereceye yükselme imkanı sağlar,

- Çalışanın ücretini yükseltme imkanı verir,
- Çalışanın kurumuna olan güvenini üst seviyelere taşır artırır ve geleceğe umutla yaklaşılmasına olanak verir,
- Çalışanın çok istekli, huzurlu ve yüksek moral ile çalışmasını olumlu yönde etkiler,
- Çalışanın iş arkadaşları ve iş yeri ile uyumlu bir şekilde çalışma imkanı verir,
- Çalışana görev yaptığı birimde değişimleri takip etme sansı sağlar,
- Çalışanın alanında iş bilgisi ve tecrübesini artırır,
- Çalışana doğru ve çabuk kararlar alabilmesine ve sorunları çözebilme yeterliliğini kazandırır, □ Çalışanın kavrama yetisini artırarak yeniliklere karşı tedirginliğini azaltır.

5.9 Hizmet içi eğitimin sınırlamaları

Hizmet içi eğitimle birlikte, mekanizmanın tüm arızalarından kaynaklanan sorunları çözmek imkansızdır. Kurum içi bu yazılımın kurum ve kişilere sağladığı pek çok avantajın yanı sıra belirli sınırlamaları da bulunmaktadır. Bu alıştırmalar ölçülebilir olmalı, çalışma ortamına uygulanabilir olmalı ve gerçeği yansıtmalıdır. kurumdaki bütün aksaklıkların neden olduğu problemlerin çözümlenmesinin olanağı yoktur. Hizmet içi eğitim kuruluşun yapısındaki hataları düzeltemez. Hatta kurumda bulunan bu aksamalar, çalışanın eğitim ile oluşan kabiliyeti, bilgi ve davranışı çalışma alanında uygulanmasına engel oluşturur. Uygulamaya engel olan sorunlar eğitim prosesini olumsuz şekilde etkiler.

- Bu eğitimlerin var olan dışında bir potansiyel geliştirmesi mümkün değildir, sadece çalışanın kendi becerilerinin ortaya çıkmasında etkili olur, çalışan sisteminde olan eksiklikleri yok etmez ve sorunları çözmez.
- Eğitim insanlara olanak sağlamaz, yalnızca öğrenmeye elverişli bir ortam sağlar.
- Hedeflerinizi ve eğitim ihtiyaçlarınızı belirlemeden verilen eğitimlerden iyi sonuçlar alamazsınız. Çünkü eğitim kursunun amacı, çalışanların eksik hissettik-

leri konuların seviyesini yükseltmek ve eksiklikleri gidermeye yönelik araştırmalar yapmaktır. Kurumun genelinde başarıya ulaşmak için eğitimler kurumun yalnızca sadece bir kesiminde ya da kademesinde değil geneline sağlanmalıdır. Aksi takdirde uygulanan eğitimlerden başarı sağlanması imkansız hale gelmektedir.

- Hizmet içi eğitimlerde istenen hedefe varabilmek adına eğitimcilerin eğitim faaliyetlerinin gereken nitelikleri buldurması sağlanmalıdır (Karadeniz, 2008).

5.10 Hizmet İçi Eğitim Süreci

Hizmet içi eğitim sürecinin tüm aşamalarının kurumun amaçlarına yönelik şekilde uygulanması, eğitimin ardından kazanımların karşılaştırılabilir ve geliştirilebilir olması sağlanmalıdır. Ayrıca kurumlar hizmet içi eğitim sürecini yürütürken sürecin sürekli, kapsamlı ve uygun olmasına, bireylerin istekliliğine, katılmasına ve özendirici ortam oluşturmaya imkan sağlanmalıdır (Selimoğlu ve Yılmaz 2009; Bucak 2012 pp. 49). Hizmet içi eğitim sürecinin aşamaları şunlardır :(Çiftçi 2019 pp.15-18; Aydın 2014 pp.73-194; Bucak 2012 pp.50- 153)

1.Eğitim gereksiniminin belirlenmesi: Bireylerin bir iş ya da görev için buldurması gereken bilgi ve beceri seviyeleri ile sahip oldukları bilgi ve beceri seviyeleri arasındaki farklar tespit edilerek önceliklerin oluşturulduğu aşamadır. Böylece eğitim ihtiyaçları belirlenerek bireylerin karar verme ve bireysel yeterliliklerin oluşması sağlanacaktır. İhtiyaçları tespit ederken için kurumlar kayıtlardan, raporlardan, yönetmeliklerden, toplumsal göstergelerden, toplantılardan, görüşmelerden, gözlemlerden ya da değerlendirme yöntemlerinden (birebir görüşme, odak grup görüşmeleri, anket formu, kontrol listeleri, iş raporları, sözel testler, delphi tekniği vb.) fayda sağlamaktadır. Faydalanılan bu yöntemler tüm kurumu kapsayıcı şekilde olmalıdır. Bunun neticesinde ilgili görev tanımları ve bu görevlerin gereklilikleri tespit edilir, çözümlenmeleri yapılır, bireylerde bulunan yeterlilikler ve istenen yeterlilikler açık bir biçimde oluşturulur (Taymaz 1997 pp. 23-43; Aydın 2014 pp. 73-94; Tınaz 2006 pp. 26; Bilgin ve ark. 2007; Parsons ve Rollyson 2012; Sabuncuoğlu 2013; Peker 2010; Çiftçi 2019; Arıkboğa 2020).

2.Eğitimin planlanması: Hizmet içi eğitimin uygulanmasından önce plan oluşturmak eğitimin amacına varmasında, bilimsel yöntemler geliştirilmesinde ve başarıya ulaşmada önemli bir yer teşkil eder. Planlamanın, gereksinim analizi

yapıldıktan sonra amaç, içerik, hedef, öğretim yöntem ve teknikleri, değerlendirme kriterleri, öğretim materyalleri, eğitim için ayrılan zaman, kurumun vizyon ve misyonu gibi unsurlar göz önünde bulundurarak oluşturulması gerekir. Bunun için planlamanın kurumun hizmet içi eğitim politikası ile uyum sağlaması ve planların yazılı biçimde hazırlanması gerekmektedir. Bu kısımda ise yetişkin eğitimi ilkeleri hedef alınarak planın işlevselliğine, gerçekçiliğine, devamlılığına, esnekliğine, tutarlılığı üzerinde durulmalıdır (Taymaz 1997 pp. 45-68; Aydın 2014 pp. 74-104; Bucak 2012 pp. 67; Bilgin ve ark. 2007; Selimoğlu ve Yılmaz 2009; Çiftçi 2019; Arıkboğa 2020; Sabuncuoğlu 2013).

3.Eğitim programının uygulanması: Hizmet içi eğitimin yapılması sürecinde yetişkin eğitimine uygun öğretim yöntemlerine ve materyallerine yer verilmesi, etkili ve verimli eğitim ortamının oluşturulması, konu içeriğine uygun düzeyde eğitimcinin belirlenmesine özen gösterilmelidir. Eğitimin uygulanması esnasında etkin katılım desteklenmeli, eğitime gelenlerin soru sormalarına, kendi düşüncelerini söylemelerine olanak sağlanmalıdır. Uygulamada birden çok yöntem tercih etmek farklı öğrenme alanlarının desteklenmesine ve bütüncül yaklaşıma imkan vermektedir (Taymaz 1997, pp. 109-160; Aydın 2014 pp. 106-174; Tüzün 2005 pp. 146; Bilgin ve ark. 2007; Parsons ve Rollyson 2012; Çiftçi 2019; Sabuncuoğlu 2013).

4.Eğitim programının değerlendirilmesi: Öğrenme hedeflerinin ne kadarının sağlandığı, eğitimin etkinliğinin, öğretim yöntem ve materyallerinin değerlendirildiği, ihtiyaç duyulduğunda tekrardan düzenlendiği kısımdır. Tüm aşamaları gerçekleştirilen hizmet içi eğitimin neticesinde amaçlanan kazanımlar ile elde edilen kazanımlar arasında farkı tespit etmek için değerlendirme yapılmaktadır. Değerlendirmeler de yazılı ya da sözlü farklı yöntemlerle (ön, ara, son, tekrar, izleme vb.) objektiflik içinde olmalıdır. Bu şekilde hem eğitim programının hem de bireylerin değerlendirilmesinin devamlı şekilde yapılması ve kayıt altına alınmasına gerek duyulur (Taymaz 1997 pp. 161-191; Aydın 2014 pp. 176-194; Bucak 2012 pp. 133; Çiftçi 2019; Aguinis ve Kraiger 2009; Sabuncuoğlu 2013)

5.11 Sağlık Kurumlarında Hizmet İçi Eğitim

Modern tıp alanının ihtiyaçlarına cevap verebilmek ve uzmanlık bilgisine ve yeterli bilgi ve beceriye sahip çalışanların o tıbbi hizmetten maksimum düzeyde yararlanmasını sağlamak, toplumumuza üst düzeyde hizmet sunacaktır. hizmet

kalitesi. Onlar için hizmet içi eğitim faaliyetleri en etkili mesleki gelişim yöntemidir (Şenviren, 2014). Bu eğitim, Sağlık Bakanlığı tesislerinde geliştirilen yıllık bir eğitim planı aracılığıyla verilmektedir. Bu plan Sağlık Bakanlığı Sürekli Eğitim Yönetmeliğine uygun olarak hazırlanmıştır.

Bu eğitimler, çalışanların görevlerini yerine getirebilmeleri ve gerekli bilgi, beceri ve tutumları artırabilmeleri için kariyer başlangıçlarından emekliliğe kadar düzenli olarak verilmektedir. Bir sağlık kuruluşunda her çalışanın kaliteli hizmet sürecinde önemli bir görevi vardır. Çalışanın gelişen teknolojinin hızına ayak uydurma isteği bu eğitime olan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır. Sonuç olarak kurumların eğitime verdiği değer her geçen gün artmaktadır (Dağlı, 2010).

Tıp alanındaki yeni gelişmeler, yeni teknolojik cihazların kullanımı, tedavi sürecindeki değişiklikler, tedavi prosedüründeki gelişmeler, çalışanların çeşitli alanlarda görevlendirmek üzere yetiştirilme isteği, yeniliklerin çeşitli alanlarında işlev görmeye başlaması nedeniyle çalışanların yetişmesini zorunlu kılmıştır. Personelinin hizmet kalitesini, etkinliğini, güvenilirliğini ve performansını artırmak ve personeli motive etmek amacıyla amaç, ilke ve ulusal sağlık reformu stratejisine uygun olarak tüm sağlık çalışanlarına yönelik sürekli eğitimler yapılmaktadır (Dağlı, 2010).

Kurumlardaki eğitim faaliyetleri çalışanların en üst düzeyde sağlıklı yaşam ve hasta bakım olanaklarına alışmalarını sağlayarak kişisel gelişimlerine katkıda bulunur. Yeni teknolojiye ayak uyduramayan bir çalışan kendini geliştiremez ve bildiklerinin bir kısmını da uygulayamaz.

6.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE BULGULAR

Günümüz rekabet ortamında şirketlerin çalışandan doğan kaynakları olabildiğince etkin bir şekilde kullanmaları önemli bir olgudur. Bu nedenle personellerin maksimum motivasyona sahip olmaları gerekir. İnsan kaynaklarının en önemli işlevlerinden biri olarak kabul edilen eğitim, çalışan motivasyonu ve performansında kilit rol oynamaktadır. Kurum içi eğitim ile çalışan motivasyonu arasındaki ilişki, bir şirketin rekabet gücünü belirleyen bir yapıya sahiptir. Bu çalışma kurum içinde vericek eğitimleri toplam kalite açısından bir değerlendirme içermektedir.

Son yıllarda kurum içi eğitim uygulaması sağlık kurumları tarafından güçlü bir şekilde desteklenmektedir. Misal verecek olursak, hizmet içi eğitim, personellerin şirket ile uyumunu sağlar, kurumun hedeflerinin birliğini sağlar, kurumda görev yapan personelin mesleğinin gereklerini öğretir, sorunlarla baş edebilme yeteneği kazandırır ve güncel bilgileri uygulamaya koymanıza ve etkin bir şekilde çalışabilmenize yardımcı olur (Öztürk). ve Sancak, 2007: 76). Bu hedefler ile çalışan motivasyonu arasında bir bağlantı bulunduğu fikri araştırma problemlerinden biridir.

Günümüzün gelişen koşulları beraberinde sürekli ve hızlı değişimler getirmekte ve böylece tüm yönleri hayatın her alanında etki göstermektedir. (Selimoğlu ve Yılmaz, 2009: 1). Bu süreçten en çok kurumlar etkilenecek. Her geçen gün artan rekabetle birlikte değişime uyum sağlamak, kurumları en önemli odak noktağı haline gelmiştir. Şirketlerin gelişen iç ve dış ortamlara uygun olması ve bu süreçte eğitimin rolü temel araştırma odaklarından biridir. İleri eğitim yöntemlerinin detaylı bir şekilde incelendiği bu çalışmanın amacı ayrıca ileri eğitimin ne kadar gerekli olduğunu belirtmektedir.

Yeni değişimlerin ve gelişmelerin oluştuğu dünyada kalite kavramı endüstriyel, medikal ve sosyal hayattan incelendiğinde en sık duyulan terimlerden biri haline gelmiştir. Sistem kalitesi gelişmeyi ve ilerlemeyi tanımlayacak bir süreç olduğundan, bu makale kurumdaki hekimler ve hemşirelik grupları için geçerlidir. Bu anlamda, bu çalışmanın amacı, eğitim sunumunun genel kalitesini değerlendirmek ve hekimlerin ve hemşirelerin genel kaliteye ilişkin tutum ve algılarını belirlemek ve karşılaştırmaktır.

6.1 Araştırma Modeli

Bu çalışma; Bireylerin sosyo-demografik nitelikleri ile kalite sistemleri ve sürekli eğitime ilişkin bağımlı değişken algı ve tutumları arasındaki ilişkileri değerlendirmek için betimsel araştırma türüne yer verilmiştir.

6.2 Araştırmanın popülasyonu ve örneklem

Çalışmanın popülasyonu İstanbul'daki sağlık çalışanlarıdır. Örneklem ise İstanbul ilinde doktor ve hemşire kadrosu personelleri içerisinde rastgele seçim yöntemi ile belirlenmiş 200 çalışan oluşturmaktadır.

6.3 Veri Toplama Yöntemleri ve Araçları

Araştırmada kullanılan ölçekler derlendi, düzenlendi ve istekli katılımcılara internet aracılığı ile gönderildi. İnternetin verdiği imkanlar ile anketlerin yanıtlanması sağlanmış olup gruplara sunulan araştırmanın anketi üç kısımdan oluşacak şekilde hazırlanmıştır. İlk kısımda demografik verilere yönelik sorular bulunurken ikinci kısımda sürekli eğitime ilişkin veriler yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise toplam kalite yönetimine yönelik algı ve ifadeleri içeren bulgular bulunmaktadır.

Araştırmanın veri toplama araçlarına dair bilgiler aşağıda açıklanmıştır.

- **Kişisel Bilgi Formu:** bu bölümde anketi yanıtlayan kişilerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi, hangi unvanında hizmet ettiği gibi bilgiler karşımıza çıkar.
- **Hizmet İçi Eğitim Ölçeği:** kurumda verilen eğitimleri değerlendirmek adına Örücü ve Kanbur ile birlikte oluşturulan hizmet içi eğitim ölçeğinden fayda sağlanmıştır. Ölçekte 11 maddeye yer verilmiştir. Kurumda verilen eğitim faaliyetlerinin hangi aralıkta yapıldığını, personellerin verimliliğini ve motivasyonunu ne ölçüde etkilediğini değerlendirecek sorulara yer verir. Kurumda verilecek eğitime kişilerin destek vermesi ve hemşirelerin, doktorların eğitimin gerekliliği konusundaki düşünceler bulundurulması ölçeğin kapsamını oluşturmaktadır. 5'li likert tipi ölçekte 5 adet kod belirlenmiştir. Bunlar: 1 kesinlikle katılmıyorum, 2 katılmıyorum, 3 kararsızım, 4 katılıyorum, 5 kesinlikle katılıyorumdur.
- **TKY-Toplam Kalite Yönetimi Ölçeği:** TKY ölçeği 1996'da Al-Assaf, Steven Gentling ile birlikte ABD'deki bazı sağlık kurumlarında görev alan üst seviyedeki idareciler arasında çalışma yapmışlardır. Bu çalışma TKY'ye karşı algı ve tutumlar değerlendirilmiştir. Anketin geçerliliği ve güvenilirliği

bulunmaktadır. 2004' te Songül Doğan türkçeye çevirerek güncelleştirmiş ve çalışmasında yer vermiştir. 5'li likert tipi ölçekte 5 adet kod belirlenmiştir. Bunlar:1 kesinlikle katılmıyorum, 2 katılmıyorum, 3 kararsızım, 4 katılıyorum, 5 kesinlikle katılıyorumdur.

6.4 Araştırma Verilerinin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 27) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Üç veya daha fazla grup için anlamlı farklılık çıkan değişkenlerde ikili karşılaştırmalarda “ [1-2,3]” gibi ifadeler söz konusudur. “ [1-2,3]” bu ifadeden kasıt 1 ile 2 arasında ve 1 ile 3 arasında anlamlı farklılık olduğudur.

Tablo 4. Araştırmaya ilişkin sosyo-demografik özelliklerin dağılımı

Değişken (N=200)	n	%
Cinsiyet		
Kadın	112	56,0
Erkek	88	44,0
Medeni durum		
Bekar	83	41,5
Evli	117	58,5
Yaş sınıfları		
18-24	38	19,0
25-34	60	30,0
35-44	56	28,0
45-54	28	14,0
55 ve üzeri	18	9,0
Eğitim düzeyi		
Lise	7	3,5
Ön lisans	15	7,5
Lisans	49	24,5
Yüksek lisans	29	14,5
Tıp fakültesi	100	50,0
Çalışma süresi		
1 yıl ve altı	31	15,5
2-5 yıl	42	21,0
6-10 yıl	56	28,0
11-15 yıl	36	18,0
16 yıl ve üzeri	35	17,5
Unvan		
Doktor	100	50,0
Hemşire – Ebe	100	50,0

Araştırmaya konu olan 112 kişinin (%56,0) kadın, 117'sinin (%58,5) evli ve 60'ının (%30,0) 25-34 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. 100 kişinin (%50,0) Tıp fakültesi mezunu olduğu, 56'sının (%28,0) 6-10 yıldır çalıştığı ve 100'er kişinin (%50,0) doktor veya hemşire-ebe olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Ölçeklere ilişkin puanların dağılımı

Ölçek (N=200)		Ortalama	S.S.	Medyan	Min.	Max.
Hizmet içi eğitim ölçeği	<i>Verimlilik</i>	3,46	0,87	3,7	1,0	5,0
	<i>Motivasyon</i>	3,74	0,82	4,0	1,0	5,0
Toplam kalite yönetimi ölçeği	<i>Süreç yönetimi</i>	31,35	6,55	33,0	9,0	45,0
	<i>Sürdürülebilirlik</i>	30,71	7,10	33,0	9,0	45,0
	<i>Yönetici eğitimi</i>	12,66	3,37	12,5	4,0	20,0
	<i>Standardizasyon</i>	9,81	2,69	10,0	3,0	15,0
	<i>Paydaş ve bilinci</i>	11,03	2,50	12,0	3,0	15,0
	TKYÖ – Toplam		95,55	19,65	100,0	28,0

Kişilerin ölçeklerden aldığı puanlara ilişkin tanımlayıcı bulgular tabloda verilmiştir.

Tablo 6. Ölçeklere ilişkin güvenilirlik katsayılarının dağılımı

Ölçek (N=200)		Madde sayısı	Cronbach- α katsayısı
Hizmet içi eğitim ölçeği	<i>Verimlilik</i>	6	0,914
	<i>Motivasyon</i>	3	0,845
Toplam kalite yönetimi ölçeği	<i>Süreç yönetimi</i>	9	0,854
	<i>Sürdürülebilirlik</i>	9	0,862
	<i>Yönetici eğitimi</i>	4	0,811
	<i>Standardizasyon</i>	3	0,782
	<i>Paydaş ve bilinci</i>	3	0,733
	TKYÖ – Toplam		28

Kişilerin ölçeklere verdiği cevapların genel olarak yüksek güvenilir düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7. Bulgulara göre hizmet içi eğitim ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=200)	n	Hizmet içi eğitim ölçeği			
		Verimlilik		Motivasyon	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Cinsiyet					
Kadın	112	3,52±0,90	3,7 [0,8]	3,87±0,77	4,0 [0,7]
Erkek	88	3,37±0,83	3,5 [1,1]	3,58±0,87	3,6 [1,0]
İstatistiksel analiz*		Z=-1,373		Z=-2,447	
Olasılık		p=0,170		p=0,014	
Medeni durum					
Bekar	83	3,49±0,91	3,7 [1,0]	3,71±0,81	4,0 [0,7]
Evli	117	3,43±0,84	3,5 [1,2]	3,76±0,84	4,0 [0,8]
İstatistiksel analiz		Z=-0,564		Z=-1,162	
Olasılık		p=0,573		p=0,245	
Yaş sınıfları					
18-24 ⁽¹⁾	38	3,52±0,83	3,7 [0,8]	3,82±0,73	3,8 [0,3]
25-34 ⁽²⁾	60	3,25±0,88	3,3 [1,3]	3,59±0,79	3,5 [1,0]
35-44 ⁽³⁾	56	3,35±0,89	3,4 [1,2]	3,62±0,89	3,6 [1,0]
45-54 ⁽⁴⁾	28	3,69±0,74	3,8 [1,1]	4,02±0,79	4,0 [0,3]
55 ve üzeri ⁽⁵⁾	18	3,94±0,82	4,0 [0,7]	3,96±0,86	3,9 [0,8]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=12,879$		$\chi^2=10,625$	
Olasılık		p=0,011		p=0,031	
Fark		[2,3-5]		[2,3-4]	
Eğitim düzeyi					
Lise ⁽¹⁾	7	3,78±1,05	3,7 [1,7]	4,00±0,77	4,0 [1,7]
Ön lisans ⁽²⁾	15	3,42±0,65	3,7 [0,7]	4,00±0,51	4,0 [0,3]
Lisans ⁽³⁾	49	3,16±0,79	3,3 [1,0]	3,53±0,87	4,0 [1,0]
Yüksek lisans ⁽⁴⁾	29	3,32±0,78	3,4 [1,0]	3,70±0,67	4,0 [0,7]
Tıp fakültesi ⁽⁵⁾	100	3,91±0,90	3,8 [1,0]	3,79±0,82	4,0 [0,7]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=18,500$		$\chi^2=5,671$	
Olasılık		p<0,001		p=0,225	
Fark		[3-5]			
Çalışma süresi					
1 yıl ve altı ⁽¹⁾	31	3,56±0,90	3,5 [0,8]	3,77±0,78	4,0 [0,3]
2-5 yıl ⁽²⁾	42	3,17±0,79	3,2 [1,0]	3,62±0,81	4,0 [1,1]
6-10 yıl ⁽³⁾	56	3,38±0,86	3,6 [1,2]	3,68±0,75	4,0 [0,9]
11-15 yıl ⁽⁴⁾	36	3,49±0,94	3,8 [1,1]	3,70±0,99	4,0 [1,3]
16 yıl ve üzeri ⁽⁵⁾	35	3,77±0,79	4,0 [0,8]	3,98±0,79	4,0 [0,3]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=12,252$		$\chi^2=6,165$	
Olasılık		p=0,016		p=0,187	
Fark		[2-5]			
Unvan					
Doktor	100	3,61±0,91	4,0 [1,0]	3,79±0,82	4,0 [0,7]
Hemşire – Ebe	100	3,31±0,81	3,3 [1,0]	3,68±0,83	4,0 [0,7]
İstatistiksel analiz		Z=-3,412		Z=-1,061	
Olasılık		p=0,001		p=0,289	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Cinsiyete göre motivasyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,447$; $p=0,014$). Kadınların motivasyon puanları, erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaş sınıflarına göre verimlilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=12,879$; $p=0,011$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 25-34 ve 35-44 yaş grubunda olanlar ile 55 ve üzeri yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 55 ve üzeri yaş grubunda olanların verimlilik puanları, 25-34 ve 35-44 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaş sınıflarına göre motivasyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=10,625$; $p=0,031$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 25-34 ve 35-44 yaş grubunda olanlar ile 45-54 yaş grubunda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 45-54 yaş grubunda olanların motivasyon puanları, 25-34 ve 35-44 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeylerine göre verimlilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=18,500$; $p<0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; lisans mezunu olanlar ile Tıp fakültesi mezunu olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Tıp fakültesi mezunu olanların verimlilik puanları, lisans mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışma süresine göre verimlilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=12,252$; $p=0,016$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2-5 yıldır çalışanlar ile 16 yıl ve üzeri süredir çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 16 yıl ve üzeri süredir çalışanların verimlilik puanları, 2-5 yıldır çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Unvanlara göre verimlilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-3,412$; $p=0,001$). Doktorların verimlilik puanları, hemşire-ebe olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 8. Araştırmaya ilişkin bulgulara göre toplam kalite yönetimi ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=200)	n	Toplam kalite yönetimi ölçeği											
		Süreç yönetimi		Sürdürülebilirlik		Yönetici eğitimi		Standardizasyon		Paydaş ve bilinci		TKYÖ – Toplam	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Cinsiyet													
Kadın	112	32,50±6,14	33,0 [6,0]	31,34±7,02	33,0 [8,0]	13,06±3,24	13,0 [5,0]	9,74±2,61	10,0 [4,0]	11,23±2,27	12,0 [3,0]	97,88±18,42	100,5 [19,8]
Erkek	88	29,89±6,80	32,0 [6,8]	29,91±7,16	32,0 [8,0]	12,13±3,48	12,0 [5,0]	9,89±2,80	10,0 [4,0]	10,78±2,58	11,5 [3,0]	92,59±20,86	99,0 [19,0]
İstatistiksel analiz*		Z=-2,814		Z=-1,433		Z=-1,667		Z=-0,746		Z=-0,640		Z=-1,689	
Olasılık		p=0,005		p=0,152		p=0,096		p=0,456		p=0,522		p=0,091	
Medeni hal													
Bekar	83	30,90±6,58	33,0 [7,0]	30,20±6,87	32,0 [8,0]	12,54±3,30	14,0 [5,0]	9,83±2,87	10,0 [4,0]	10,94±2,51	11,0 [3,0]	94,42±19,48	99,0 [18,0]
Evli	117	31,67±6,55	33,0 [6,0]	31,07±7,25	33,0 [9,0]	12,74±4,33	12,0 [4,5]	9,79±2,56	10,0 [4,0]	11,09±2,50	12,0 [2,0]	96,35±19,82	101,0 [21,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,582		Z=-1,264		Z=-0,395		Z=-0,337		Z=-0,372		Z=-0,874	
Olasılık		p=0,560		p=0,206		p=0,693		p=0,736		p=0,710		p=0,382	
Yaş sınıfları													
18-24	38	29,18±6,77	31,5 [8,0]	28,92±7,36	30,0 [8,5]	12,10±3,45	12,5 [6,3]	9,32±2,74	9,0 [4,0]	10,44±2,79	11,0 [4,0]	89,97±21,09	96,0 [24,5]
25-34	60	31,62±7,02	33,0 [7,5]	31,10±7,12	33,0 [8,0]	12,95±3,45	14,0 [4,5]	10,12±3,05	10,0 [3,8]	10,95±2,71	11,5 [3,0]	96,73±20,83	102,0 [20,8]
35-44	56	32,14±6,17	32,5 [6,0]	31,54±6,43	33,0 [8,8]	12,66±3,29	12,0 [4,8]	9,89±2,30	10,0 [2,8]	11,43±2,31	12,0 [2,8]	97,66±17,47	99,5 [19,8]
45-54	28	31,04±7,14	32,0 [6,0]	30,00±8,98	30,5 [9,5]	12,64±3,59	12,0 [4,8]	9,64±2,95	10,0 [3,8]	11,07±2,52	12,0 [3,8]	94,39±22,64	99,5 [22,0]
55 ve üzeri	18	33,05±3,43	34,0 [3,0]	31,72±4,63	31,5 [7,3]	12,83±3,03	12,5 [5,5]	9,78±1,99	9,0 [3,3]	11,22±1,39	11,5 [2,0]	98,61±11,96	100,5 [21,3]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=6,479$		$\chi^2=3,019$		$\chi^2=1,629$		$\chi^2=2,972$		$\chi^2=2,502$		$\chi^2=3,334$	
Olasılık		p=0,166		p=0,555		p=0,804		p=0,562		p=0,644		p=0,504	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Cinsiyete göre süreç yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,814$; $p=0,005$). Kadınların süreç yönetimi puanları, erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyete, medeni duruma ve yaş gruplarına göre tablodaki diğer ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).



Tablo 9. Araştırmaya ilişkin bulgulara göre toplam kalite yönetimi ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=200)	n	Toplam kalite yönetimi ölçeği											
		Süreç yönetimi		Sürdürülebilirlik		Yönetici eğitimi		Standardizasyon		Paydaş ve bilinci		TKYÖ – Toplam	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Eğitim													
Lise	7	33,28±2,14	33,0 [2,0]	29,57±2,93	29,0 [1,0]	13,29±3,25	15,0 [5,0]	8,43±1,39	8,0 [2,0]	10,86±1,46	10,0 [2,0]	95,43±8,30	92,0 [13,0]
Ön lisans	15	32,47±6,88	32,0 [7,0]	30,67±8,11	33,0	12,60±3,31	11,0 [5,0]	10,40±3,60	10,0 [7,0]	11,07±1,75	11,0 [4,0]	97,20±20,04	99,0 [29,0]
Lisans	49	31,27±5,83	32,0 [6,0]	30,84±6,35	[12,0]	12,45±3,53	13,0 [5,5]	10,00±2,59	11,0 [3,5]	11,37±2,54	12,0 [2,0]	95,92±17,81	102,0 [18,0]
Master	29	31,51±7,39	33,0 [3,5]	32,03±8,18	33,0 [8,0]	13,10±3,78	14,0 [5,0]	9,90±2,75	10,0 [3,0]	11,21±2,85	12,0 [3,0]	97,76±23,05	102,0 [10,5]
Tıp	100	31,04±6,85	33,0 [7,0]	30,35±7,22	35,0 [5,0]	12,59±3,23	12,0 [4,0]	9,69±2,63	10,0 [3,8]	10,82±2,54	11,0 [2,8]	94,49±20,21	99,0 [22,0]
					32,0 [8,0]								
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=1,459$		$\chi^2=3,331$		$\chi^2=1,883$		$\chi^2=4,559$		$\chi^2=3,705$		$\chi^2=1,618$	
Olasılık		p=0,834		p=0,504		p=0,757		p=0,336		p=0,447		p=0,806	
Çalışma													
≤1	31	29,00±7,33	32,0 [8,0]	29,16±7,81	32,0	12,29±3,62	14,0 [8,0]	9,35±2,92	9,0 [4,0]	10,49±2,98	11,0 [4,0]	90,23±22,36	102,0 [32,0]
2-5 yıl	42	30,62±6,91	33,0 [7,0]	30,57±7,48	[10,0]	12,85±3,49	12,5 [4,0]	10,12±3,19	10,0 [4,0]	10,69±2,83	11,0 [4,0]	94,86±21,56	98,5 [20,3]
6-10 yıl	56	31,84±6,77	32,5 [6,8]	30,54±6,73	32,0 [8,0]	12,46±3,36	12,0 [4,8]	9,67±2,47	10,0 [3,8]	11,27±2,41	12,0 [1,8]	95,77±18,91	100,0 [19,0]
11-15 yıl	36	32,14±7,50	32,5 [5,0]	32,00±6,97	33,0 [8,8]	12,44±3,38	12,0 [5,0]	10,03±2,51	10,0 [2,8]	11,36±2,54	12,0 [3,0]	97,97±18,85	100,5 [19,3]
≥16	35	32,71±4,48	34,0 [6,0]	31,20±6,73	33,5 [6,8]	13,26±3,07	13,0 [5,0]	9,83±2,39	10,0 [3,0]	11,26±1,50	12,0 [2,0]	98,26±15,83	99,0 [22,0]
					30,0 [9,0]								
İstatistiksel analiz		$\chi^2=5,587$		$\chi^2=2,774$		$\chi^2=1,650$		$\chi^2=2,188$		$\chi^2=2,438$		$\chi^2=1,622$	
Olasılık		p=0,232		p=0,596		p=0,800		p=0,701		p=0,656		p=0,805	
Unvan													
Doktor	100	31,04±6,85	33,0 [7,0]	30,35±7,22	32,0 [8,0]	12,59±3,23	12,0 [4,0]	9,69±2,63	10,0 [3,8]	10,82±2,54	11,0 [2,8]	94,49±20,21	99,0 [22,0]
Hemşire-Ebe	100	31,66±6,27	33,0 [6,0]	31,07±6,99	33,0 [8,0]	12,72±3,52	13,5 [5,8]	9,92±2,75	10,0 [4,0]	11,24±2,45	12,0 [3,0]	96,61±19,13	101,0 [18,8]
İstatistiksel analiz		Z=-0,201		Z=-0,682		Z=-0,315		Z=-0,630		Z=-1,305		Z=-0,452	
Olasılık		p=0,841		p=0,495		p=0,753		p=0,529		p=0,192		p=0,651	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Eğitim durumuna, çalışma süresine ve unvana göre tablodaki ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 10. Ölçekler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Korelasyon* (N=200)		Hizmet içi eğitim ölçeği		
		Verimlilik	Motivasyon	
Toplam kalite yönetimi ölçeği	Süreç yönetimi	<i>r</i>	0,114	0,024
		<i>p</i>	0,108	0,734
	Sürdürülebilirlik	<i>r</i>	0,116	0,094
		<i>p</i>	0,102	0,184
	Yönetici eğitimi	<i>r</i>	0,192	0,146
		<i>p</i>	0,007	0,039
	Standardizasyon	<i>r</i>	0,041	0,040
		<i>p</i>	0,568	0,571
	Paydaş ve bilinci	<i>r</i>	-0,048	-0,024
		<i>p</i>	0,522	0,732
	TKYÖ – Toplam	<i>r</i>	0,120	0,066
		<i>p</i>	0,090	0,355

*Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Verimlilik puanları ile süreç yönetimi, sürdürülebilirlik, standardizasyon, paydaş ve bilinci ve TKYÖ – Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Verimlilik puanları ile yönetici eğitimi puanları arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,192$; $p=0,007$). Yönetici eğitimi puanları arttıkça, verimlilik puanları artacaktır. Aynı şekilde, yönetici eğitimi puanları azaldıkça, verimlilik puanları azalacaktır.

Motivasyon puanları ile süreç yönetimi, sürdürülebilirlik, standardizasyon, paydaş ve bilinci ve TKYÖ – Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

Motivasyon puanları ile yönetici eğitimi puanları arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=0,146$; $p=0,039$). Yönetici eğitimi puanları arttıkça, motivasyon puanları artacaktır. Aynı şekilde, yönetici eğitimi puanları azaldıkça, motivasyon puanları azalacaktır.

6.5 Araştırma hipotezleri

H0: Cinsiyete göre verimlilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. ($p>0.05$)

H1: Cinsiyete göre verimlilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ($p<0.05$)

Yönerge: Verimlilik p (olasılık) değeri; $0,17>0.05$ olduğu için hipotez reddedilemez. Bu sebeple H0 hipotezi kabul edilir. Cinsiyet değişkeni ile verimlilik puanları arasında herhangi bir farklılık tespit edilmemiştir.



H0: Cinsiyete göre motivasyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. ($p>0.05$)

H1: Cinsiyete göre motivasyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ($p<0.05$)

Yönerge: Motivasyon p (olasılık) değeri; $0,014<0.05$ olduğu için hipotez reddedilir. Bu sebeple H0 hipotezi reddedilir. H1 hipotezi kabul edilir. Kadınların motivasyon puanları, erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farklılaşmanın sebebi hayat şartları, ev geçindirme düşüncesi nedeniyle erkek personelin aldığı ücret nedeniyle motivasyonunun engellenebileceği düşünülmektedir.



H0: Yaş sınıflarına göre verimlilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. ($p>0.05$)

H1: Yaş sınıflarına göre verimlilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ($p<0.05$)

Yönerge: Verimlilik p (olasılık) değeri; $0,011<0.05$ olduğu için hipotez reddedilir. Bu sebeple H0 hipotezi reddedilir. H1 hipotezi kabul edilir. 55 ve üzeri yaş grubunda olanların verimlilik puanları, 25-34 ve 35-44 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farklılaşmanın sebebi olarak 55 yaş ve üzeri personellerin mesleki beceri, öğrenmişlik, daha uzun dönem eğitim almış olmaları ve verimlilik puanlarının olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.



H0: Yaş sınıflarına göre motivasyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. ($p>0.05$)

H1: Yaş sınıflarına göre motivasyon puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ($p<0.05$)

Yönerge: Motivasyon p (olasılık) değeri; $0,031<0.05$ olduğu için hipotez reddedilir. Bu sebeple H0 hipotezi reddedilir. H1 hipotezi kabul edilir. 45-54 yaş grubunda olanların motivasyon puanları, 25-34 ve 35-44 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Motivasyon için de 45-54 yaş grubu personellerin puanları mesleki gelişim , bilgi ve becerilerinin daha iyi olmasından dolayı olum ve daha genç yaş gruplarının mesleki tükenmişlik ve emeklerinin karşılığını alamama düşüncelerinden ötürü motivasyon puanlarının olumsuz olduğu düşünülmektedir.



H0: Eğitim düzeylerine göre verimlilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. ($p>0.05$)

H1: Eğitim düzeylerine göre verimlilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ($p<0.05$)

Yönerge: Verimlilik p (olasılık) değeri; $0,001<0.05$ olduğu için hipotez reddedilir. Bu sebeple H0 hipotezi reddedilir. H1 hipotezi kabul edilir. Tıp fakültesi mezunu olanların verimlilik puanları, lisans mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



H0: Çalışma süresine göre verimlilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. ($p>0.05$)

H1: Çalışma süresine göre verimlilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir($p<0.05$)

Yönerge: Verimlilik p (olasılık) değeri; $0,016 < 0.05$ olduğu için hipotez reddedilir. Bu sebeple H0 hipotezi reddedilir. H1 hipotezi kabul edilir. 16 yıl ve üzeri süredir çalışanların verimlilik puanları, 2-5 yıldır çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farklılaşmanın da uzun süre alınmış olan eğitimle ve mesleki bilginin daha iyi olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.



H0: Unvanlara göre verimlilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit yoktur. ($p > 0.05$)

H1: Unvanlara göre verimlilik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ($p < 0.05$)

Yönerge: Verimlilik p (olasılık) değeri; $0,001 < 0.05$ olduğu için hipotez reddedilir. Bu sebeple H0 hipotezi reddedilir. H1 hipotezi kabul edilir. Doktorların verimlilik puanları, hemşire-ebe olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



H0: Cinsiyete göre süreç yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit yoktur. ($p > 0.05$)

H1: Cinsiyete göre süreç yönetimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ($p < 0.05$)

Yönerge: Süreç yönetimi p (olasılık) değeri; $0,001 < 0.05$ olduğu için hipotez reddedilir. Bu sebeple H0 hipotezi reddedilir. H1 hipotezi kabul edilir. Kadınların süreç yönetimi puanları, erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



H0: Medeni duruma göre yönetici eğitimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit yoktur. ($p > 0.05$)

H1: Medeni duruma göre yönetici eğitimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ($p < 0.05$)

Yönerge: Yönetici eğitimi p (olasılık) değeri; $0,69 > 0.05$ olduğu için hipotez reddedilemez. Bu sebeple H0 hipotezi kabul edilir.



H0: Yaş gruplarına göre yönetici eğitimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit yoktur. ($p>0.05$)

H1: Yaş gruplarına göre yönetici eğitimi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ($p<0.05$)

Yönerge: Yönetici eğitimi p (olasılık) değeri; $0,804 > 0.05$ olduğu için hipotez reddedilemez. Bu sebeple H0 hipotezi kabul edilir.



H0: Verimlilik puanları TKYÖ – Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

H1: Verimlilik puanları ile TKYÖ – Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. ($p<0,05$).

Yönerge: TKYÖ – Toplam puanları p (olasılık) değeri; $0,090 > 0.05$ olduğu için hipotez reddedilemez. Bu sebeple H0 hipotezi kabul edilir.



H0: Verimlilik puanları ile yönetici eğitimi puanları arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

H1: Verimlilik puanları ile yönetici eğitimi puanları arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. ($p>0,05$).

Yönerge: Yönetici eğitimi ve verimlilik puanları p (olasılık) değeri; $0,007 < 0.05$ olduğu için hipotez reddedilir. Bu sebeple H0 hipotezi reddedilir. H1 hipotezi kabul edilir. Yönetici eğitimi puanları arttıkça, verimlilik puanları artacaktır. Aynı şekilde, yönetici eğitimi puanları azaldıkça, verimlilik puanları azalacaktır.



H0: Motivasyon puanları ile yönetici eğitimi puanları arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$).

H1: Motivasyon puanları ile yönetici eğitimi puanları arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Yönerge: Yönetici eğitimi ve motivasyon puanları p (olasılık) değeri; $0,0039 < 0,05$ olduğu için hipotez reddedilir. Bu sebeple H_0 hipotezi reddedilir. H_1 hipotezi kabul edilir. Yönetici eğitimi puanları arttıkça, motivasyon puanları artacaktır. Aynı şekilde, yönetici eğitimi puanları azaldıkça, motivasyon puanları azalacaktır.



7.TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİ

7.1Tartışma ve Sonuç

Araştırmamız gönüllü 100 doktor ve 100 hemşire toplamda 200 kişi üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılan erkek sayısını 88(%44), bayan sayısını 112(%56) olarak görmekteyiz. Yaş grubunu incelediğimizde 18-24 yaş aralığında 38(%19), 25-34 yaş aralığında 60(%30), 35-44 yaş aralığında 56(%28), 45-54 yaş aralığında 28(%14), 55 ve üzeri yaş aralığında 18(%9) kişiden oluşmaktadır. Bu katılımcıların 117 si evli 83 kişi ise bekarıdır. Eğitim düzeyi durumu dikkate alındığında 100(%50) doktorun tıp fakültesi mezunu olduğu, hemşire grubuna bakıldığında ise 7(%3,5) sinin lise mezunu, 15(%7,5)' inin ön lisans mezunu, 49(%24,5)' unun lisans mezunu, 29(%14,5) unun da yüksek lisans mezunu olduğu karşımıza çıkmaktadır.

Gürlek ve Aytuğ Kanber, 2010 yılında sağlık kurumunda yaptıkları araştırmada 120 hemşireden yanıt almıştır ve bu katılımcıların %20 si lise mezunudur. Yılmaz ve Karadeniz Mumcu, 2004'te Trabzon Numune Hastanesi'nde yaptığı araştırmada 115 hemşire yer almış ve bu grubun %49,9'unun lise mezunu oluşturmuştur. Çelen ve arkadaşlarının (2007) GAFT Eğitim Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesinde 102 hemşirenin yer aldığı araştırmasında %2,2'sinin lise mezunudur. Bu çalışmalara bakarak hemşire grubunun eğitim düzeyinin iyi olduğu saptanmıştır.

Hemşire ve doktorların görevlerinin gereklerini en etkili şekilde yerine getirebilmek adına mesleki bilgi, beceri ve deneyimlerinin yeterli seviyeye ulaşması gerekmektedir. Ayrıca gelişen teknolojiye paralel olarak tıbbi cihazları doğru kullanmaları gerekmektedir (Göz ve Baran, 2000). Hemşire ve doktorların mesleki yeterliliğe ulaşmasını sağlamak, günümüzdeki teknoloji ile birlikte her gün bir yenisi eklenerek kullanılan makinaların kullanımını öğrenmek için sürekli eğitime ihtiyaç bulunmaktadır. Araştırmamızda da oran oldukça yüksektir. 200 katılımcı arasından 170(%85) kişi hizmet içi eğitimlerinin verilmesi gerektiğinin kanaatindedir ve 150(%75) katılımcıda çalışanlar tarafından hizmet içi eğitimlerin desteklendiğini belirtmiştir.

Serbest ve Ulupınar Alıcı'nın (2010) oryantasyon eğitimini tamamlamış 795 hemşirenin anket cevaplarının bulunduğu çalışmada hemşire grubunun hizmet içi eği-

time ait düşünceleri ve eğitim seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşmuştur. Lise mezunlarının hizmet içi eğitim programlarına yönelik görüşleri daha olumludur (Serbest ve Ulupınar Alıcı, 2010). Bize ait araştırmada ise lisans mezunu hemşirelerin doktora göre kurum içi verilen eğitimlere karşı düşünceleri daha olumludur.

Yılmaz ve Çalık (2017), çalışan motivasyonu ve sürekli eğitim faaliyetlerine yönelik Van ili Karayolları çalışanlarını değerlendirmiştir. Araştırmada 152 katılımcı bulunmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre sürekli eğitim çalışan motivasyonunu yükseltmektedir. Araştırmacılar tarafından vurgulanan konulardan biri, sürekli eğitimin birey bazında ve örgütlerde verimlilik düzeylerini artırma motivasyonu üzerindeki olumlu etkisidir. Devam eden eğitim ihtiyacına ilişkin genel çalışan şikayetleri yaygındır. Sürekli eğitimin sağlık tesisi çalışanlarının ve Karayolları Müdürlüğü personelinin motivasyonu ile pozitif bir ilişkisinin olması, planlama ve doğru uygulama yapıldığında sürekli eğitimin motivasyonu artıracığı beklentisini göstermektedir. Farklı sektörlerde ve farklı nitelikteki kuruluşlarda benzer sonuçlar bu beklentiyi destekler.

Türkmen ve Kılıç (2020) devam eden eğitim çalışmalarında motivasyon üzerinde olumlu bir etki bulmuşlardır. Ayrıca elde edilen sonuçlar sürekli eğitimin iş doyumunu, yaratıcılık ve performans gibi çalışanın motivasyonunda büyük paya sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmaların yanıtları birbiri ile örtüşüyor. Araştırmacıların değerlendirmesinde alan çalışması bulunmama ile birlikte literatür taraması sonuçlarına yer verilmiştir. İki çalışma arasındaki en önemli farklılardan biri de budur. Çalışılan ayrı yöntemlere rağmen çalışmalar karşılaştırıldığında birbirine yakın cevapların oluşması önemli, dikkat çekici bir detaydır.

Konya (2013) 'Hizmet içi eğitimin banka çalışanlarının motivasyonuna etkisi' araştırmasında İstanbul'da özel bir bankada görev yapan 235 kişiye yer vermiştir. Araştırmacıların sonuçları, bankacıların ileri eğitime yönelik tutumları arttıkça motivasyonlarının da arttığını gösteriyor. Bu nedenle, farklı çalışmalarda da görüldüğü gibi bu çalışmada da ileri eğitim ve motivasyon arasında pozitif bir ilişki bulduk. Farklı sektörlerde çalışan kişilerin katılımına rağmen, eğitim ve kalkınmadaki benzer yönler benzer sonuçlara ulaşılmasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca, bir şirketin çalışan eğitimine yatırım yapma konusundaki proaktif yaklaşımı, çeşitli şirketlerde hizmet içi eğitim ve motivasyon açısından bu sonuçların şekillenmesinde önemli bir rol oynayabilir.

Eğitim ve motivasyon üzerine yapılan araştırmalarda s¼rekli eğitimin çalışanları pozitif eğiliminde motive ettiği tespit edilmiştir. G¼rev yapanların s¼rekli eğitim yoluyla gelişmeye istekli olmaları bu sonuçlarda bir fakt¼r olabilmektedir. Elde edilen sonuçlar ve varılan sonuçlar literat¼rdeki benzerliği olan çalışmalarla karşılaştırılarak konuyla alakalı ¼nceden yapılmış çalışmalarla tutarlı olduğu kanısına varılmıştır.

Akar ve diğerleri (2015), sağlık kurumundaki idarecilerin oluşturduğu gruptaki çalışmasında TKY‘ ait d¼ř¼ncelerini değerlendirmiş ve cinsiyet algıları ile TKY arasında istatistiksel olarak anlam oluşturacak bir ilişki bulamamıştır. Mevcut çalışmadaki literat¼r bulgularına benzeyecek şekilde, cinsiyete g¼re tabakalandırıldığında, grubumuzun s¼re y¼netimi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($Z = -2,81$; $p = 0,005$). S¼re y¼netiminde kadınların erkeklerden anlamlı olarak daha y¼ksek puan aldığı belirlendi. Tablodaki diğer ¼leklerin puanları cinsiyet, medeni durum ve yaş grubuna g¼re istatistiksel olarak anlamlı farklılık g¼stermemiřtir ($p > 0,05$).

Çalışma grubumuzda TKY eğitimi alan doktor ve hemşirelerin dağılımına bakıldığında 69'u (%34 ,5) iyi eğitim alırken, 81'i (%40,5) eğitimle ilgili eğitim almamıştır. kalite için Katılımcıların 50'si (%) kararsız olduğunu belirtmiştir. Literat¼r incelendiğinde “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Y¼netimi: Ankara'daki Hastane Y¼neticilerinin Algıları” başlıklı çalışmada %86‘ sı kalite eğitimi almış, %11,6‘ sı eğitim almamıştır. (Armağan Kaygusuz, 2012, s.7). Başka bir çalışmada idarecilerin %46,7 eğitim almamışlardır (Akar, 201, s. 7). 53) “Ortaokul m¼d¼rlerinin eğitim hizmetlerinin toplam kalite y¼netimine ilişkin algıları: Mersin ili ¼rneđi” konulu başka bir çalışmada %30‘u kalite ile ilgili eğitim almamıştır (Sarioğlu, 201, s. 69). Y¼neticilerle yapılan başka bir çalışmada %67,6‘ sının kaliteli eğitim aldığını, %32,42¼n¼n ise almadığını tespit ettik (Avcı, 2006, s. 1 1).

Ulusoy ve diğerleri. (2011), sağlık kurumunun m¼d¼rleri ve başhekimler ve yardımcıları %52,9, ve kurum y¼neticileri ve yardımcıları %50, arasında toplam kalite y¼netimi g¼r¼ř¼n¼ değerlendirdi; Kıdemli hemşirelerin ve başhemşire yardımcılarının %86,7'sinin TKY eğitimi aldığına dikkat çekmiştir. Akar ve diğerleri (2015), %53,3 TKY konusunda eğitim almıştır. TKY eğitimi, TKY uygulamasının başarisını etkileyen ¼nemli bir fakt¼r olarak kabul edilebilir. Her çalışmadaki iyi eğitimi idarecilerin sayısı, çalışılan disipline g¼re farklılık g¼sterdi.

Literatür çalışmalarında toplam kalite yönetimi konusunda eğitim almış kişilerin sayısı yüksek iken (76,98); Bu çalışmada, toplam kalite yönetimi eğitimi alan sağlık profesyonellerinin toplam kalite yönetimi algı puanları, eğitim almayan sağlık profesyonellerine göre düşük olduğu tespitine ulaşılmıştır. Böyle bir sonucun nedeni, hizmetçi eğitim etkinliklerinin içeriğinin ve kalitesinin yetersiz olması veya eğitimin uygulamaya doğru bir şekilde aktarılmamış olması olabilir.

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

Literatürde cinsiyet değişkenleri ile nitel anlama arasındaki ilişkileri belirleyen araştırmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalardan Akar (2014), Ankara ili örneğini kullanarak sağlık sektörü yöneticilerinin kalite anlayışını araştırdığı çalışmasında, katılımcıların cinsiyeti ile kalite anlayışı boyutu bazında anlamlı farklılık olduğunu bulmuştur. ($p<0.05$) ve çalışmamıza benzer şekilde bazı boyutlarda göremedik. Ablak (2019), sağlık kuruluşlarında genel kalite kontrol algılarını belirlemeye yönelik yapılan çalışmada bizim verilerimize benzerlik gösteren cinsiyet değişkenleri ile sağlık çalışanlarının kalite algıları arasında anlamlı bir fark olduğunu bulmuştur.

TKY farkındalığını sağlık çalışanlarının eğitim düzeyinde karşılaştırırken Akar ve ark. (2015), eğitim düzeyi ile TKY algısı arasında bir ilişik bulamadı. Benzer şekilde, bu ankette eğitim düzeyi ve TKY tanıma değerinde bir değişiklik yoktu.

Cinsiyete, medeni duruma ve yaş gruplarına göre tablodaki diğer ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Toplam kalite yönetimini uygulamak, hastanenin hayatta kalması için esastır ve uzun vadeli bir çaba gerektirir. Unutulmamalıdır ki, toplam kalite yönetiminin gelişmesinde önemli bir faktör olan eğitim, en üst seviyeden en alt seviyeye doğru yaygınlaştırılmalı ve bu eğitim etkinliklerinin kalitesi periyodik şekilde değerlendirilmelidir.

Doğan ve Kaya (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde TKY sürecinin uygulanmasının önündeki temel engellerin personel eksikliği kadar eğitimin yetersizliği olduğu bulunmuştur ve ekonomik yetersizlikte bu sürece eşlik etmektedir. TKY sürecini uzun vadede daha etkin, uygulanabilir ve sürdürülebilir kılmak için bu konular önceliklendirilebilir ve hassasiyetle ele alınabilir.

Akar (2014), eğitim düzeyi kriteri ile toplam kalite yönetimi - toplam kalite yönetimi arasındaki ilişliği belirlemek adına yaptığı bir çalışmada, eğitim düzeyi ile toplam kalite yönetimi arasında çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu olarak istatistiksel bir ilişik bulamamıştır. Benzer şekilde Doğan (2013), katılımcıların eğitim düzeyleri ile TKY farkındalığı arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. Ablak (2019), çalışmamızın aksine, eğitim durumu ve toplam kalite yönetimi algılarında anlamlı farklılıklar bulmuştur. Tunç (2018) hemşirelerin eğitim düzeyleri ile toplam kalite yönetimi algıları arasında bizim çalışmamızdan farklı olarak anlamlı bir fark bulmuştur. Kızıl (2018) alışmasında da çalışmamıza benzer şekilde hemşirelerin eğitim düzeyleri ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yılmaz (2017) alışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak değişen eğitim durumu ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu bulmuştur. Çalışmamızın bu sonucu literatürdeki çalışmalara ile uyumludur.

Medeni durum değişkenleri ile toplam kalite yönetimi arasında ilişkiyi belirlemek için yapılan bir çalışmada Akar (2014), çalışmamıza benzeyen idarecilerin medeni durumu ile TKY arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu bildirmiştir. Doğan (2013) benzer şekilde Malatya'da özel ve kamu hastanelerinde sağlık çalışanlarının kapsamlı kalite kontrol uygulamalarına yönelik algılarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, katılımcıların medeni durumlarının ve kalite algılarının anlamlı düzeyde farklı olduğunu bulmuş, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ablak (2019), medeni durum değişkenleri ile TKY algıları arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur. Bizim alışma sonuçlarımız dışında farklı sonuçların elde edildiğini göstermektedir. Yılmaz'ın (2017) sağlık alışanlarında TKY düzeyini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada, bizim bulgularımızın aksine sağlık çalışanlarının medeni durumları ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak fark olduğu, fark olmadığı görüldü. Benzer şekilde Tunç (2018) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin medeni durumu ile TKY algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Akar (2014), unvan değişkeni ile toplam kalite yönetimi arasındaki ilişiği belirlemeye çalışmış ve idarecilerin unvanları ile toplam kalite yönetimi arasında istatistiksel bazda anlamlı bir fark bulmuştur. Ablak (2019) da bireylerin sağlık etiketleri ile TKY algıları arasında istatistiksel bazda anlamlı bir fark tespit etmiştir. Kızıl (2018) ayrıca hemşirelik dereceleri ile TKY algıları arasında anlamlı farklılıklar bulmuştur. Çalışmamızda unvan değişkeni kriteri ile ilgili anlamlı bir fark bulunamadı.

7.2 neriler

Her alanda olduğu gibi teknolojik yenilikler ve artan rekabet ortamında sağlık sektöründe de kalitenin önemini artırmıştır. Hizmet veren ve kullananların insan olduğu, sunulan hizmetin geciktirilemeyeceği ve hatasız sağlık hizmeti ilkesi hizmet kalitesi anlayışını gerektirir. Kaliteli hizmet sunumunda hasta beklentileri ve memnuniyeti kilit rol oynarken, sağlık profesyonelleri de hizmet kalitesini etkilemektedir. Bu çalışmanın amaçları; Sağlık sektöründe kalite kavramı, toplam kalite yönetimi anlayışı ve toplam kalite yönetimi anlayışını kazandırmak. Hizmet kalitesi anlayışı geliştirmede amaç, yalnızca hizmet kullanıcı memnuniyetini ölçmek değil, aynı zamanda sağlık çalışanının kalite kavramını, hizmet kalitesi anlayışını ve sağlık çıktılarını tanımlamaktır.

Hayat boyu devam eden bir sürece sahip olan eğitim, kurumların sürekli değişen i ve dış ortamları nedeniyle, sürekli eğitim ihtiyacı oluşmuştur. Bu nedenle hizmet içi eğitim kurslarından giderek daha fazla yararlanılmaktadır. Araştırmalar, iş başında eğitimin önemli olduğunu, grevdekilerin kurumda nasıl performans gösterdiklerini ve dolayısıyla rakiplerine kıyasla nerede durduklarını etkilediğini gösteriyor.

Bu bölümde, konuyla ilgilenen uygulayıcılar ve olası ileri araştırmalar için bulgular ve öneriler değerlendirilecektir.

- Sağlık kuruluşlarında kalite sistemleri kullanılırken, sağlık kuruluşunda çalışan tüm çalışanları kapsayan genel bir eğitim sisteminin kurulması önerilir.
- Kalite kavramını yalnızca hastaneler bazında değil, tüm sağlık kurumları için belirli bir sistem içinde ve bütün bölümlerin katılım göstereceği şekilde geliştirilmelidir.
- İlgili bölümlerin nitelikleri ile birlikte, sağlık kurumlarına uygulanabilir, kapsamlı bir kalite sistemi planının oluşturulması tavsiye edilir.

- Bir sağlık kurumunda kişiye özel kullanım için önerilen kalite sistemi o kuruma özeldir ve diğer kurumlardaki kalite anlayışı ile örtüşmez
- Hastane personeli, görevlendirme seviyelerine göre yetkilerini tam olarak kullanmak ve kalite sisteminin uygulanması hakkında alt birimlerine bilgi vererek kalite sisteminin uygulamadaki durumunu izlemelidir.
- Sistematik kalite uygulamalarının etkinliğini ölçmek için yapıcı bir geri bildirim sistemi oluşturulmalıdır.
- Sağlık kuruluşlarında kalite algısı ile ilgili farklı çalışmalar planlandığında oluşturulacak demografik bilgi formunun daha geniş tutulması önerilmektedir.
- Kalite kontrol bilgilerinin yetersiz olduğuna inanan çalışanlar için eğitimler planlanmalı ve uygulanmalıdır. Bu bağlamda, ileri eğitim vurgulanmalı ve etkinliği değerlendirilmelidir. Ayrıca, kalite kontrol süreci hakkında bilgilendirici bir etkinlik düzenlemeyi teklif edebiliriz. Bireylerin, eğitime daha proaktif bir yaklaşım benimsemeye teşvik edilmelidir.
- İdarecilerin liderlik etmeleri doğrultusunda aktif katılımları sağlanmalı ve diğer gruptaki çalışanlarda cesaretlendirilmelidir. Yöneticiler bu soruna daha fazla dikkat etmelidir. Çünkü yönetim ekibinin liderliği çok önemlidir.
- Kalite uygulamaları motive edici araçlarla desteklenmelidir.
- Toplam kalite yönetiminin bir yönetim anlayışı olarak çalışanlar nezdinde benimsenmesinin şirket performansını olumlu yönde etkileyeceğine inandığımız için; Ayrıca kalite departmanına bilinçlendirme faaliyetleri (kılavuzlar, eğitimler vb.) planlamasını tavsiye edebiliriz.
- Etkinlikler yapılmalı ve çalışanlar sürekli eğitimin önemini, ilgiyi, istekliliği ve değişim isteğini aktif olarak vurgulamalıdır.
- Personeller için olumlu alanlar yaratılmalıdır.
- Çalışanların olumlu davranışları kayırma yapılmadan takdiri sağlanmalıdır.
- İşyerinde bütün görev alanlara eşit işleyen bir ödül sistemi devreye alınmalıdır.
- Eğitimin yaşam boyu devam eden bir süreç olduğu konusunda çalışanlar bilinçlendirilmelidir. Hizmet içi eğitim faaliyetleri bireysel ve kurumsal ihtiyaçlar göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.

- Eğitim ve motivasyon açısından her çalışanın istek, ihtiyaç ve beklentilerinin bireysel olarak belirlenmesi önerilir.
- Hizmet içi eğitime katılan çalışanlara saygı gösterilmeli ve gelecekteki eğitimlere katılmaları için teşvik edilmelidir.
- Eğitimleri zorunlu hale getirmek yerine, eğitim kapsamını genişletmek, personeli bilinçlendirmek ve katılım isteklerini sağlamak gerekmektedir.
- Çalışma ortamı motivasyonun önemli bir yönüdür ve çalışma ortamı çalışanların motivasyonunu yükseltebilmelidir. Bu, bir çalışanın çevresinin eğitim algısını nasıl büyük ölçüde etkilediğiyle paralel gider.



KAYNAKÇA

1. Ateş H, Batuk F. “Toplam kalite yönetimi”, Ankara,2007.
2. Bayrak S. “Kalite anlayışında yeni bir yaklaşım olarak toplam kalite yönetimi”, Verimlilik dergisi,1997, 4, 77-96.
3. Devebakan N. “Sağlık işletmelerinde kalite ve algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi”, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi,2001.
4. Ersoy, K., Kavuncubaşı, Ş. (1994). I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, İzmir.
5. Ertaş, Ş. (2014). Hizmet İçi Eğitimin Verimliliğe Etkisi Konusunda idari Personelin Görüşleri (Gazi Üniversitesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara
6. Filiz, F. (2014), Sağlık Sektöründe Hizmet İçi Eğitim. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
7. Halis, Muhsin (2004). Toplam Kalite Yönetimi, Kapsam, İlkeler ve Uygulamalar Ankara: Roma Yayınları
8. Halis, M. (2008), Toplam Kalite Yönetimi&ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemleri, 2. Baskı, Sakarya Yayıncılık, İstanbul
9. Ishikawa K. “Toplam kalite kontrol” İkinci Basım, İstanbul: Kalder Yayınları: 7,1997.
10. Imai, M. (2003). Kaizen: Japonya'nın Rekabetteki Başarısının Anahtarı, Brisa Yayınları, İstanbul
11. Kavuncubaşı, Ş. (2012). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara.
12. Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitapevi, Ankara.
13. Kavuncubaşı Ş, Kısa A. “Sağlık kurumları yönetimi”, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1429,2002.
14. Kaya, S., Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Ankara, 2005

15. Kaya, S., Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı” (Ed. S. Kaya), Eskişehir, 2013
16. Kınır S. “Toplam kalite yönetimi”, Nobel yayın dağıtım, Ankara, 2006,64-70.
17. Koçel, Tamer (2001) İşletme Yöneticiliği, Yönetim ve Organizasyon Organizasyonlarda Davranış Klasik-Modern-Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar. İstanbul: Beta Basım Yayım
18. ÖZTÜRK, A. (2009). Kalite yönetimi ve planlaması, Ekin Yayınevi, Bursa, s.2–3
19. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2013 <http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=14> Erişim Tarihi: 22.12.2013
20. Selimoğlu, E. ve Biçen Yılmaz, H. 2009, Hizmet İçi Eğitimin Kurum ve Çalışanlar Üzerine Etkileri – Paradoks, Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi, 5/1
21. Şahin, L. ve Güçlü, F.C. 2010, Genel Olarak Hizmet İçi Eğitim: Ülker Şirketler Topluluğu Hizmet İçi Eğitim Süreci ve Uygulamaları – Sosyal Siyaset Konferansları Sayı.59
22. Şenviren, B. (2014). Hizmet İçi Eğitim, Türleri ve Sağlık Kurumlarında Hizmet İçi Eğitim. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
23. Şimşek, M. (2000). Sorularla Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemleri, Alfa Basım Yayın, İstanbul.
24. Şimşek, M. (2002). Toplam Kalite Yönetimi, Alfa Yayınları, İstanbul. Şimşek, M. (2001). Toplam Kalite Yönetimi, Alfa Yayınevi, İstanbul.
25. Şimşek, M., Nursoy, M. (2002). Toplam Kalite Yönetiminde Performans Ölçme Örnek Uygulamalar, Hayat Yayınları, İstanbul.
26. Şimşek, M. (2007). Toplam Kalite Yönetimi, Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul
27. Taymaz, H. (1997). Hizmet İçi Eğitim. Ankara: Pegem A Yayınları.
28. Taymaz, H. (2000). Okul Yönetimi. Ankara: Pegem A Yayıncılık.

29. Tengilimoğlu, D. Işık, O. ve Akbolat, M. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
30. Tengilimoğlu D., Işık O., Akbolat M. (2009), Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara
31. Zaim, S. – Türkyılmaz, A.- Nikov, A., “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Uygulamalarının, Kurum Performansına Etkilerinin İncelenmesi”, Fatih Üniversitesi, İşletme Fakültesi Dergisi, İstanbul, 2004



Ek-1: Demografik Bilgi Formu

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

Hizmet İçi Eğitim Ölçeği

Aşağıdaki ifadelere ne derece katıldığınıza ilişkin görüşünüzü 1-Kesinlikle Katılmıyorum' dan 5-Kesinlikle Katılıyorum' a doğru uzanan ölçek üzerinde belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
HİZMET İÇİ EĞİTİM ÖLÇEĞİ					
1. Kurumda sık sık hizmet içi eğitim verilmektedir.					
2. Kurumda verilen hizmet içi eğitim çalışanların davranışlarına olumlu yön vermektedir.					
3. Kurumda verilen hizmet içi eğitim çalışanları bir üst göreve hazırlayıcı niteliktedir.					
4. Kurumda verilen hizmet içi eğitim çalışanların görevlerini daha iyi yerine getirmelerini sağlamaktadır.					
5. Kurumda verilen hizmet içi eğitim çalışanların kendilerini geliştirmelerini sağlamaktadır.					
6. Kurumda verilen hizmet içi eğitim çalışanların geliştirilmesinde ve yetiştirilmesinde başarılıdır.					
7. Kurum hizmet içi eğitim verilmesinde gereklidir.					
8. Kurumda verilen hizmet içi eğitim- çalışanların tivasyonunu arttırmaktadır.					
9. Kurumda verilen hizmet içi eğitim çalışanların iş verimini arttırmaktadır.					
10. Kurum hizmet içi eğitim yöntemlerinin belirlenmesi konusunda başarılıdır.					
11. Kurumda verilen hizmet içi eğitim çalışanlar tarafın dan desteklenmektedir.					

Toplam Kalite Yönetimi Uygulama Ölçeği – TKYÖ

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

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

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

% **12**
BENZERLİK ENDEKSİ

% **10**
İNTERNET KAYNAKLARI

% **2**
YAYINLAR

% **8**
ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 3
2	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 2
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	Submitted to Baskent University Öğrenci Ödevi	% 1
5	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 1
6	jag.journalagent.com İnternet Kaynağı	<% 1
7	9lib.net İnternet Kaynağı	<% 1
8	Submitted to Istanbul Aydın University Öğrenci Ödevi	<% 1
9	Submitted to Üsküdar Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1

10	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<% 1
11	acikerisim.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
12	acikerisim.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
13	Submitted to Fırat Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
14	Submitted to İstanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	<% 1
15	acikerisim.nku.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
16	ojs.omu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
17	Submitted to Bahcesehir University Öğrenci Ödevi	<% 1
18	Submitted to Ankara University Öğrenci Ödevi	<% 1
19	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
20	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
21	Submitted to Cumhuriyet University Öğrenci Ödevi	<% 1

22	Submitted to TechKnowledge Öğrenci Ödevi	<% 1
23	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1
24	acikerisim.istinye.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
25	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
26	serd.artvin.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
27	Submitted to Istanbul Kultur University Öğrenci Ödevi	<% 1
28	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
29	libratez.cu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
30	www.isarder.org İnternet Kaynağı	<% 1
31	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<% 1
32	Submitted to Nişantaşı Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
33	ihslc.mehmetakif.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

34	fr.slideshare.net İnternet Kaynağı	<% 1
35	Submitted to Bilkent University Öğrenci Ödevi	<% 1
36	cankayaram.meb.k12.tr İnternet Kaynağı	<% 1
37	Submitted to Turkiye ve Orta Dogu Amme İdaresi Enstit Öğrenci Ödevi	<% 1
38	slideplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
39	(Eyler, Nurullah and Tengilimoğlu, Dilaver). "Aile Hekimliği Uygulamasına Geçilen İllerde Çevre Sağlığı Hizmetlerinin Bundan Etkilenme Durumu", Atılım Üniversitesi Açık Erişim Sistemi, 2011. Yayın	<% 1
40	Submitted to Adnan Menderes Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
41	ar.duzce.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
42	Submitted to Konya Necmettin Erbakan University Öğrenci Ödevi	<% 1
43	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1

44

docplayer.biz.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

45

www.emissc.org

İnternet Kaynağı

<% 1

46

www.gidamo.org.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

Alıntılarını çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

üzerinde