



**SAĞLIK KURUMLARINDA TOPLAM
KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARI:
ŞIRNAK DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Mehmet Şirin BAKIR

**Yüksek Lisans Tezi
Kamu Yönetimi Anabilim Dalı
Doç. Dr. Salih Börteçine AVCI
2017
Her Hakkı Saklıdır**

T.C.
ATAÜRK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Mehmet Şirin BAKIR

SAĞLIK KURUMLARIN TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ
UYGULAMALARI: ŞIRNAK DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ YÖNETİCİSİ
Doç. Dr. Salih Börteçine AVCI

ERZURUM-2017



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ BEYAN FORMU



29/11/2017

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

BİLDİRİM

Atatürk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Uygulama Esaslarının ilgili maddelerine göre hazırlamış olduğum "Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları: Şırnak Devlet Hastanesi Örneği" adlı tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kâğıt ve elektronik kopyalarının Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Uygulama Esaslarının ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

☐ Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

☐ Tezim/Raporum sadece Atatürk Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.

☒ Tezimin/Raporumun 1 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

29/11/2017

Mehmet Şirin BAKIR



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



TEZ KABUL TUTANAĞI

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Doç. Dr. Sabih Birtaşlı Avcı danışmanlığında, M. S. BAKIR... tarafından hazırlanan bu çalışma 29 / 11... / 2017... tarihinde aşağıdaki jüri tarafından. Kamu Yönetimi... Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Eng. Gökçe... İmza:
Jüri Üyesi Doç. Dr. Sabih Birtaşlı Avcı İmza:
Jüri Üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatih YILDIRIM İmza:

Yukarıdaki imzalar adı geçen öğretim üyelerine aittir. / /

Prof. Dr. Mehmet TÖRENEK
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	VI
ABSTRACT.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XII
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ.....	XIII
TEŞEKKÜR.....	XIV
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

1.1. KALİTENİN TANIMI	4
1.1.1. Kalitenin Tarihsel Evrimi	5
1.1.2. Kalitenin Çeşitli Boyutları	6
1.1.2.1. Tasarım Kalitesi	7
1.1.2.2. Uygunluk Kalitesi	7
1.1.2.3. Kullanım Kalitesi	8
1.2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	8
1.2.1. Toplam Kalite Yönetiminin Tarihi	11
1.2.2. Toplam Kalite Yönetiminin Özellikleri	12
1.2.3. Toplam Kalite Yönetiminin Amacı	13
1.2.4. Toplam kalite Yönetiminde Dört Önemli Unsur	14
1.2.5. Toplam Kalite Yönetiminin Temelini Oluşturan Ana Öğeler	16
1.2.5.1. Müşteri Tatmini ve Müşteri Merkezilik	16
1.2.5.2. Sürekli Geliştirme (Kaizen)	18
1.2.5.3. Katılımcılık	19
1.2.5.4. Liderlik	20
1.2.5.5. Sıfır Hata	22
1.2.5.6. Motivasyon	22
1.2.5.7. Eğitimde Süreklilik	23
1.2.6. Toplam Kalite Yönetimin Araçları	24
1.2.6.1. Süreç Akış Diyagramları	24

1.2.6.2. Benchmarking.....	24
1.2.6.3. Kalite Kontrol Halkaları.....	25
1.2.6.4. Brainstorming	26
1.2.6.5. Ishikawa Diyagramı	27
1.2.6.6. Pareto Analizi	28
1.2.8. Toplam Kalite Yönetimini Uygularken Karşılaşılabilen Engeller	29
1.2.8.1. Yöneticilerin TKY'yi Sahiplenmemesi.....	29
1.2.8.2. İşgören Katılımının Sağlanamaması	29
1.2.8.3. Eğitimde Sürekliliğin Sağlanamaması	30
1.2.8.4. Yeniliklere Karşı Direnç	30
1.2.8.5. Başarının Kısa Zamanda Geleceği Beklentisi	31
1.2.8.6. Yeterli Planlamanın Yapılmaması	31
1.2.8.7. Kullanılan Modellerin Kalıplaşmış Olmaları	32
1.2.8.8. Etkin Ölçüm Tekniklerinin Kullanılmaması	32
1.2.9. Toplam Kalite Yönetiminin Yararları	32
1.2.10. Toplam Kalite Yönetiminin Kamuda Uygulanması.....	35
1.2.10.1. Kamu Örgütlerinde Toplam Kalite Yönetimini Gündeme Getiren Nedenler.....	35
1.2.10.2. Toplam Kalite Yönetiminin Kamu Yönetiminde Uygulanma Aşamaları	37
1.2.10.3. Kamuda Toplam Kalite Yönetiminin Uygulamasını Zorlaştıran Nedenler	38

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURULUŞLARINDA

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

2.1. SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNUN TANIMI.....	40
2.2. ETKİLİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ	41
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	43
2.3.1. Hastalığı Önlemeye Yönelik Sağlık Hizmetleri	43
2.3.2. Hastalığı Tedavi Edici Hizmetler	43
2.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	44
2.3.4. Sağlık Gelişimi	45
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN NİTELİĞİ	45

2.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMAÇLARI	46
2.6. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	47
2.7. KAMU KESİMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KALİTESİNİN YÜKSELTİLMESİ	49
2.8. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	49
2.8.1. Toplam Kalite Yönetiminin Sağlık Hizmetlerinde Başarılı Olması İçin Gerekli Faktörler	53
2.8.2. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasından Elde Edilecek Faydalar	55
2.8.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminde Karşılaşılan Güçlükler ve Sebepleri.....	57
2.8.3.1. Üst Düzey Yöneticilerden Kaynaklanan Güçlükler	57
2.8.3.2. Orta Düzey Yöneticilerden Kaynaklanan Güçlükler.....	59
2.8.3.3. Yönetici Olmayan Çalışanlardan Kaynaklanan Güçlükler.....	60
2.8.3.4. Uzmanlardan Kaynaklanan Güçlükler	62
2.8.3.5. Araçsal Olma	62
2.8.3.6. Başarıların Ödüllendirilmemesi	63
2.8.3.7. Süreç Geliştirmeyi Bilmemek	63
2.8.3.8. Birimler Arası Rekabet.....	63
2.8.3.9. Danışmandan Yararlanmamak	64
2.8.3.10. Kalite Yönetim Sistemi Kurma Sürecinde Yapılan Hatalar.....	65
2.9. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNDE HASTA MEMNUNİYETİ	65
2.9.1. Hasta Memnuniyetinin Boyutları ve Etkileyen Faktörler	67
2.9.1.1.Hasta (Dış Müşteri) Memnuniyeti ve Boyutları.....	67
2.9.1.2.Hasta (Dış Müşteri) Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	71
2.9.1.3. Hasta (Dış Müşteri) Memnuniyetinin Önemi ve Ölçüm Yöntemleri.....	74

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ŞIRNAK DEVLET HASTANESİ'NDE

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ'NİN UYGULANMA DÜZEYİ

3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	79
3.2 ARAŞTIRMANIN KAPSAMI.....	79
3.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	80

3.4. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ÖLÇEK GELİŞTİRME	80
3.5.1. Hastalara Uygulanan Anketlerin Güvenirlilik Analizi	81
3.5.1.Hastane Çalışanlarına Uygulanan Anketlerin Güvenirlilik Analizi	82
3.5.KULLANILAN İSTATİSTİKSEL ANALİZLER	83
3.6. ARAŞTIRMANIN BULGULARI	83
3.6.1. Anket Uygulanan Hastaların Demografik Özelliklerinin Genel Dağılımı İle İlgili Bulgular	83
3.6.2. Hastaların Hastanenin Genel Durumunu ve Hastane Personelinin Davranışlarını Değerlendirmeye İlişkin Bulgular	85
3.6.1.2. Katılımcılarının Memnuniyet Düzey Ortalamaları.....	92
3.6.1.3.Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Farklılık Analizi.....	93
3.6.1.4.Katılımcıların Yerleşim Yerine Göre Farklılık Analizi	94
3.6.1.5.Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Farklılık Analizi.....	97
3.6.1.6.Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Farklılık Analizi.....	99
3.6.1.7.Katılımcıların Sağlık Güvencelerine Göre Farklılık Analizi.....	101
3.6.2. Araştırmaya Katılan Hastane Çalışanlarının Demografik Özelliklerinin Genel Dağılımı İle İlgili Bulgular	104
3.6.2.1. Katılımcıların Hastanenin Genel Durumuna İlişkin Görüşleri	105
3.6.2.2. Katılımcıların Yönetimin Katılım ve Ekip Çalışmasını Özendirmeleri Konusundaki Görüşleri.....	106
3.6.2.3. Katılımcıların Yönetimin Liderlik Yapma Konusundaki Görüşleri.....	108
3.6.2.4. Katılımcıların İletişim Konusundaki Görüşleri.....	109
4.6.2.5. Katılımcıların Müşteri Memnuniyeti Hakkında Görüşleri	110
3.6.2.6. Katılımcıların Mükemmeliyetçiliğe Verilen Önem Konusundaki Görüşleri	111
3.6.2.7. Katılımcıların Sürekli Geliştirme Konusundaki Görüşleri	113
3.6.2.8. Katılımcıların Eğitime Verilen Önem Konusundaki Görüşleri	115
3.6.2.9. Katılımcıların Hijyen Konusundaki Görüşleri	116
3.6.2.10. Katılımcıların Yönetimin İnsana Verdiği Değer Konusundaki Görüşleri	118
2.6.2.11. Katılımcıların Hatalara Karşı Tedbire Verilen Önem Konusundaki Görüşleri	119

3.6.2.12. Katılımcıların Tedarikçilerle İşbirliğinin Önemi Konusundaki Görüşleri	121
3.6.2.13. Katılımcıların Veri Tabanı Takibinin Önemi Konusundaki Görüşleri ...	122
3.6.2.14. Katılımcıların Süreçlere Verilen Önem Konusundaki Görüşleri.....	123
3.6.2.15. Katılımcıların Toplam Kalite Uygulamalarının Tutum Ortalamaları	125
3.6.2.16. Katılımcıların Görev Sürelerine Göre Farklılık Analizi	126
3.6.2.17. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Farklılık Analizi.....	128
3.6.2.18. Meslek Grubuna Göre Farklılık Analizi	131

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. HASTALARIN HASTANENİN GENEL DURUMU VE HASTANE PERSONELİNİN DAVRANIŞLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE FAKLILIK ANALİZİ HAKKINDA TARTIŞMA.....	134
4.2. ÇALIŞANLARIN TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARINA KARŞI TAVIRLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE FARKLILIK ANALİZİ.....	135
SONUÇ.....	136
ÖNERİLER	142
KAYNAKÇA.....	144
EKLER.....	152
EK 1 ANKET FORMU.....	152
ÖZGEÇMİŞ.....	157

ÖZET**YÜKSEK LİSANS TEZİ****SAĞLIK KURUMLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ
UYGULAMALARI: ŞIRNAK DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ****Mehmet Şirin BAKIR****Tez Danışmanı: Doç. Dr. Salih Börteçine AVCI****2017, 157 Sayfa****Jüri: Doç. Dr. Salih Börteçine AVCI
Doç. Dr. Elif ÇOLAKOĞLU
Yrd. Doç. Dr. Fatih YILDIRIM**

Toplam Kalite Yönetimi'nin başlangıçta sanayi sektöründe uygulanmaya başlaması ve başarılar sonuçlar vermesiyle birlikte bu yönetim anlayışı hizmet sektöründe de uygulanmaya başlamıştır. Toplam Kalite Yönetiminin uygulanmasıyla birlikte maliyetlerde düşüş, hatalarda azalma ve kalitede yükseliş meydana gelmiştir. Verdiği hizmet gereği hataların insan sağlığını olumsuz etkilemesi hatta ölüme neden olmasından dolayı toplam kalite yönetimi sağlık sektöründe uygulanmaya başlanmış ve hızla yayılmıştır.

Bu çalışmamızın amacı son yıllarda önemi her geçen gün artan bir şekilde devam eden toplam kalite uygulamalarının Şırnak devlet hastanesinde hangi düzeyde uyguladığını ve personel ve hasta memnuniyetinin ne derece gerçekleştiğini tespit ederek bunları etkileyen faktörleri belirlemektir. Çalışmadan elde edilen bulgular neticesinde Şırnak Devlet Hastanesinde toplam kalite yönetimi uygulama düzeyinin memnuniyet verici bir düzeyde olmadığı ve çalışanların bu konuda yeterli bilgilendirilmediği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kalite, Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık, Sağlıkta Kalite

ABSTRACT

THE MASTER'S THESIS

**LEVEL ANALYSIS OF TOTAL QUALITY MANAGEMENT PRACTICES IN
HEALTH CARE: THE SAMPLE OF ŞIRNAK STATE HOSPITAL**

Advisor Assist: Assoc. Dr. Salih Börteçine AVCI

2017, Page:157

**Jury: Assoc. Dr. Salih Börteçine AVCI
Assoc. Dr. Elif ÇOLAKOĞLU
Assist. Prof. Fatih YILDIRIM**

The Total Quality Management's having been implemented in the industrial sector initially and in consequence of achievements of results, this management approach started to be applied in the service sector as well. With the implementation of Total Quality Management, reduce in costs, mitigation of faults and quality improvement have occurred. Because of the fact that mistakes can effect negatively, even can be deadly to human health in terms of service provided, Total Quality Management has begun to be implemented in the health sector and spread rapidly.

The objective of this study is to determine the extent to which total quality management, which's importance increases each passing day, are applied in Şırnak State Hospital and to determine to what extent the staff and patient satisfaction are realized and to determine the factors that affect them. It has been determined that the level of total quality management in Şırnak State Hospital is not satisfactory and the employees are not informed on this subject adequately.

Keywords: Quality, Total Quality Management, Health, Quality in Health

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.1. Yönetici-Lider Özellikleri Karşılaştırması.....	21
Tablo 2.1. Meta Analizi Memnuniyet Boyutları ve Sayı Yüzdesi.....	70
Tablo 3.1. Örneklem Büyüklük Tablosu.....	80
Tablo 3.2. Hastalar Uygulanan Anketlerin Güvenirlilik Analizi.....	82
Tablo 3.3. Çalışanlara Uygulanan Anketlerin Boyutları ve Güvenirlilik Analizi.....	82
Tablo 3.4. Normallik Testi.....	83
Tablo 3.5. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Frekans Dağılımı.....	84
Tablo 3.6. Hasta Memnuniyet Düzey Ortalamaları.....	93
Tablo 3.7. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Hastaneyi ve Personelin Kendilerine Olan Davranışlarını Değerlendirmelerinin Farklılık Analizi.....	94
Tablo 3.8. Hastaların Yaşadığı Yere Göre Hastaneyi ve Personelin Kendilerine Olan Davranışlarının Değerlendirmelerinin Farklılık Analizi.....	95
Tablo 3.9. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Hastaneyi ve Personelin Kendilerine Olan Davranışlarını Değerlendirmelerinin Farklılık Analizi.....	97
Tablo 3.10. Hastaların Gelir Durumuna Göre Hastaneyi ve Personelin Kendilerine Olan Davranışlarını Değerlendirmelerinin Farklılık Analizi.....	100
Tablo 3.11. Hastaların Sağlık Güvencesi Durumuna Göre Hastaneyi ve Personelin Kendilerine Olan Davranışlarını Değerlendirmelerinin Farklılık Analizi...	102
Tablo 3.12. Hastane Çalışanlarının Demografik Özelliklerine Göre Frekans Dağılımı.....	104
Tablo 3.13. Yöneticilerin Kalite Geliştirme Konusundaki Çabalarını Değerlendirmeye Dair Çalışanların Görüşleri.....	105
Tablo 3.14. Genel Temizlik Hizmetlerinin Yeterli Olduğuna Dair Çalışanların Görüşleri.....	105
Tablo 3.15. Çalışılan Birimdeki Memnuniyete İlişkin Çalışanların Görüşleri.....	105
Tablo 3.16. Hastaların Aldıkları Hizmetten Memnun Olduklarına Dair Çalışanların Görüşleri.....	106
Tablo 3.17. Yöneticilerin Katılımcılığa Önem Verdiklerine Dair Çalışanların Görüşleri.....	106
Tablo 3.18. Karar Almada İstişare Yapıldığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	107
Tablo 3.19. Ekip Çalışmasına Önem Verildiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	107
Tablo 3.20. Her Bölümden Toplantılara Temsilci Alındığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	107
Tablo 3.21. Gösterilen Performans İçin Hak Edilen Ödülün Verildiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	108

Tablo 3.22. Kariyer ve Kişisel Gelişim Konusunda Yönetimin Tutumuna Dair Çalışanların Görüşleri.....	108
Tablo 3.23. Çalışılan Birimde Performans Değerlemesine Yapıldığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	108
Tablo 3.24. Yöneticilerin Geniş Vizyonlu Olduklarına Dair Çalışanların Görüşleri...	109
Tablo 3.25. Yönetimin Çalışanlara Her Konuda İlham ve Şevk Verdiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	109
Tablo 3.26. Personel Arasında Bazen İletişim Kazaları Yaşandığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	109
Tablo 3.27. Bölümler Arası İletişim Sorununun Olmadığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	110
Tablo 3.28. Yönetimin Diğer Birim ve Kişilerle İyi Bir İletişimi Olduğuna Dair Çalışanların Görüşleri.....	110
Tablo 3.29. Hasta Yakınlarının Memnuniyetine Dikkat Edilmediğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	110
Tablo 3.30. Genelde Hasta Memnuniyetine Önem Verildiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	111
Tablo 3.31. Çalışanların Memnuniyetine Önem Verildiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	111
Tablo 3.32. Hataların ve Potansiyel Kalite Problemlerin Çözüldüğüne Dair Çalışanların Görüşleri.....	112
Tablo 3.33. Hataların ve Potansiyel Kalite Problemlerinin Nedenlerinin Araştırıldığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	112
Tablo 3.34. İş ve Süreçlerde Sıfır Hataya Önem Verildiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	112
Tablo 3.35. İş ve Süreçlerdeki Gelişmelerin Sürekli Rapor Edildiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	113
Tablo 3.36. Yenilikçi Fikirler Özendirildiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	113
Tablo 3.37. Sürekli Geliştirilmeye Çalışıldığına Dair Personel Görüşleri.....	113
Tablo 3.38. Eskiye Göre Daha Olumlu Gelişmelerin Olduğuna Dair Çalışanların Görüşleri.....	114
Tablo 3.39. Hastaneyi Geliştirirken Çalışanların Fikirlerinin Alındığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	114
Tablo 3.40. Hastaneyi Geliştirirken Hastaların ve Yakınlarının Görüşlerinin Alındığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	114

Tablo 3.41. Hastanede Uygulanan Hizmet İçi Eğitimlerin Yeterli Olduğuna Dair Çalışanların Görüşleri.....	115
Tablo 3.42. Çalışılan Birimde Öğrenme ve Beceri Geliştirildiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	115
Tablo 3.43. Çalışanların Kendilerini Geliştirme Konusunda Teşvik Edildiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	115
Tablo 3.44. Genel Hijyen Durumunun İyi Düzeyde Olduğuna Dair Çalışanların Görüşleri.....	116
Tablo 3.45. Tuvaletlerin Temizliğinin Yetersiz Olduğuna Dair Çalışanların Görüşleri.....	116
Tablo 3.46. Hasta Odalarının Temizliğinin Yeterli Düzeyde Olduğuna Dair Çalışanların Görüşleri.....	116
Tablo 3.47. Personelin Hijyen Ve Temizlik Konusunda Yeterince Titiz Olduğunu Düşünüyorum.....	117
Tablo 3.48. Koridorların ve Genel Kullanım Alanlarının Temiz Olmadığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	117
Tablo 3.49. Bahçe ve Dış Mekânları Bakımlı ve Temiz Olduğuna Dair Çalışanların Görüşleri.....	117
Tablo 3.50. Yönetim İçin İnsanın Her Şeyden Önce Geldiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	118
Tablo 3.51. Sağlık Personeli İçin İnsani Değerlerin Öncelikli Olduğuna Dair Çalışanların Görüşleri.....	118
Tablo 3.52. Çalışanların İnsan Öneminin Farkında Olduğuna Dair Çalışanların Görüşleri.....	118
Tablo 3.53. Ortaya Çıkabilecek Olumsuzluklara Karşı Tedbirlerin Alındığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	119
Tablo 3.54. Hastan ve Yakınlarının Mağduriyetine Neden Olabilecek Sorunlar İçin Önceden Önlem Alındığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	119
Tablo 3.55. Sistemde Olabilecek Problemler İçin Önlem Alındığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	120
Tablo 3.56. Çalışanların Mağduriyetine Neden Olabilecek Çeşitli Sorunlara Önceden Önlem Alındığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	120
Tablo 3.57. Yönetim Ortaya Çıkan Sorunların Nedenlerini ve Çözümlerini Analiz Etmek İçin Çalışanlarla Toplantı Yapıldığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	120

Tablo 3.58. Mal ve Hizmet Temin Eden Firmalarda Standartlara Uygunluğun Denetlendiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	121
Tablo 3.59. Hastanede Kalitesiz Ürün ve Hizmetlerle Karşılaşıldığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	121
Tablo 3.60. Hasta ve Yakınlarının Kalitesiz Ürün ve Hizmetlerden Şikâyetçi Olduğuna Dair Çalışanların Görüşleri.....	121
Tablo 3.61. Hastanede Her Şeyin Kayıt Altında Olduğuna Dair Çalışanların Görüşleri.....	122
Tablo 3.62. Hastanede Veri Kayıtlarının Düzenli Olarak Denetlendiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	122
Tablo 3.63. Hastanede İsrâf Olduğuna Dair Çalışanların Görüşleri.....	122
Tablo 3.64. Hastanede Bütün Girdi ve Çıktıların Kontrol Edildiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	123
Tablo 3.65. Önceden Belirlenen Standartlara Göre Hizmet Verildiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	123
Tablo 3.66. Hastanede Süreçlerin Verimli Olduğuna Dair Çalışanların Görüşleri...	123
Tablo 3.67. Bazı Birimler Hakkında Hasta ve Yakınlarının Şikâyet Ettiğine Dair Çalışanların Görüşleri.....	124
Tablo 3.68. Bölümler Arasında Zaman Zaman Gerilimler Yaşandığına Dair Çalışanların Görüşleri.....	124
Tablo 3.69. Bazı Bölümlerdeki Kimi İşlerin Gereksiz Olduğuna Dair Çalışanların Görüşleri.....	124
Tablo 3.70. Katılımcıların Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları Karşı Görüşlerinin Ortalamaları.....	125
Tablo 3.71. Hastane Çalışanlarının Çalışma Sürelerine Göre Farklılık Analizi.....	127
Tablo 3.72. Hastane Çalışanlarının Eğitim Durumuna Göre Farklılık Analizi.....	129
Tablo 3.73. Hastane Çalışanlarının Görev Sürelerine Göre Toplam Kalite Yönetimini Algılama ve Değerlendirmelerine İlişkin Farklılık Analizi.....	131

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Sürekli İyileştirme Metodunda Üç Evre	18
Şekil 2.1. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları.....	41
Şekil 3.1. Doktorların Davranışlarını Değerlendirmeye İlişkin Frekans Dağılımı.....	85
Şekil 3.2. Doktorların Ayırdığı Zamanı Değerlendirmeye İlişkin Frekans Dağılımı....	85
Şekil 3.3. Hemşirelerin Bakım Hizmetlerini Değerlendirmeye İlişkin Frekans Dağılımı	86
Şekil 3.4. Hemşirelerin Diğer Davranışlarını Değerlendirmeye İlişkin Frekans Dağılımı.....	86
Şekil 3.5. Hastanede Çalışan Diğer Personelin hizmetlerini Değerlendirmeye İlişkin Frekans Dağılımı.....	87
Şekil 3.6. Hastanede Çalışan Diğer Personelin Davranışlarını Değerlendirmeye İlişkin Frekans Dağılımı.....	87
Şekil 3.7. Hastanenin Genel Temizliğini Değerlendirmeye İlişkin Frekans Dağılımı...	88
Şekil 3.8. Hastanenin Yemek Kalitesini Değerlendirmeye İlişkin Frekans Dağılımı....	88
Şekil 3.9. Hizmet Bedellerini Değerlendirmeye İlişkin Frekans Dağılımı.....	89
Şekil 3.10. Çalışanların Yakınlarını Kayırma Durumunu Değerlendirmeye İlişkin Frekans Dağılımı.....	89
Şekil 3.11. Muayene veya Yatış İşlem Süresini Değerlendirmeye İlişkin Frekans Dağılımı.....	90
Şekil 3.12. Doktorların Hastalıkla İlgili Bilgi Vermesini Değerlendirmeye İlişkin Frekans Dağılımı.....	90
Şekil 3.13. Hastanenin WC'lerinin Temizliğini Değerlendirmeye İlişkin Frekans Dağılımı.....	91
Şekil 3.14. Hastanenin Servis ve Yatak Temizliğini Değerlendirmeye İlişkin Frekans Dağılımı.....	91
Şekil 3.15. Hastanenin Dış Çevre ve Bahçe Temizliğini Değerlendirmeye İlişkin Frekans Dağılımı.....	92

KISALTMALAR VE SİMGELER

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
CEO:	Chief Executive Officer (İcra Kurulu Başkanı)
DPT:	Devlet Planlama Teşkilatı
KKH:	Kalite Kontrol Halkaları
MB:	Maliye Bakanlığı
OECD:	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
PDCA (PUKÖ):	Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al
ŞDH:	Şırnak Devlet Hastanesi
TKY:	Toplam Kalite Yönetimi
ty:	Tarih yok
yy:	Yüzyıl

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans danışmanlığımı aldığı tarihten önceki dönemleri kayıp olarak nitelendirdiğim ve iki dakikalık bir konuşmasıyla dahi ilham ve şevk veren, akademik hayatım boyunca tanışma fırsatı bulduğum ender bilim insanlarından biri olan değerli hocam Doç. Dr. Salih Börteçine AVCI'ya, gerek ders aşamasında gerekse de tez aşamasında akademik tecrübelerini aktarmayı benden esirgemeyen Doç. Dr. Elif ÇOLAKOĞLU'na minnettarlığımı arz ederim.

Çalışmalarımın SPSS analizleri safhasında yardımlarını esirgemeyen değerli kardeşim Arş. Gör. Adnan KARATAŞ'a teşekkürlerimi sunar, son olarak duaları ile yanımda olan annem ve babama, kardeşlerim, eşim ve neşe kaynağım kızım Zeynep Eylül'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Erzurum-2017**Mehmet Şirin BAKIR**

GİRİŞ

Kalite kavramı son 50 yıldır toplam kalite yönetimini benimseyen kuruluşlar tarafından sıklıkla gündeme getirilmektedir. Her ne kadar toplam kalite uygulamaları ülkemizde daha sonradan var olan bir olgu olsa da kalite kavramı özellikle sağlık bakanlığı bünyesinde sunulan sağlık hizmetlerinde önemi vurgulanmaktadır. Bugünlerde ve daha da geniş bir perspektifle baktığımızda önümüzdeki dönemlerde sağlık bakanlığına bağlı hastanelerin kalite derecelendirmeleri yapması ihtimal dâhilindedir.

Yaşadığımız bu çağda bilgi ve teknoloji hızla gelişmekte, toplumların eğitim seviyesi yükselmekte, artan eğitimle birlikte bireylerin yaşam standartları olumlu yönde gelişmekte ve dolayısıyla bu gibi gelişmeler bireylerin sağlık hizmetleri alanında kalite beklentilerini gün geçtikçe artırmaktadır. Bu da özellikle sağlık kuruluşlarında toplam kalite yönetimi anlayışını uygulamaya geçirmeyi gerekli hale getirmektedir.

Başlangıçta imalat ve hizmet alanında yaşam olanağı bulan toplam kalite yönetimi zamanla sağlık sektöründe de yaşam alanı bulmuştur. 20. Yüzyılın son çeyreğinden itibaren bilhassa gelişmiş ülkelerdeki sağlık sektöründe hızlı bir şekilde gelişmiştir. Bunun neticesinde hastalarda ve çalışanlarda memnuniyet düzeyinde iyileşmeler meydana gelmiş ve sürekli geliştirilerek hatasız çalışma gibi kavramlar hastane yönetimi için önemli hale gelmiştir.

Sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, hastaların gereksinimlerini ve beklentilerini vaktinde karşılamaya dayalı bir anlayışı gerektirmektedir. Bundan dolayı sağlık hizmeti veren kuruluşlar hastalara olduğu kadar çalışanlara da gereken önemi vermeli ve bu hususu işletmenin önemli bir ilkesi haline getirmesi gerekmektedir. Toplam Kalite Yönetimi, tüm ilkeleriyle benimsenip uygulanırsa işletmeye hem piyasada var olma, hem de rekabet üstünlüğü sağlamanın yanı sıra yönetimde de yönetebilme kolaylığı ve başarıyı sağlayacaktır.

Sağlık sektöründe rekabetin artmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin pazarlanması aşamasında kalite önemli bir faktör olmuş ve kaliteli sağlık hizmeti daha kolay pazarlanır hale gelmiştir. Bu perspektiften bakıldığında ülkemizde sağlık hizmetlerinde uygulama alanı bulmuş Toplam Kalite Yönetimi felsefesi sağlık çalışanları tarafından

son 25 yıldır üzerinde durulan bir konu olmuştur. 1990'lı yılların sonuna doğru "sağlıkta kalite çalışma grubu" bir grup gönüllü tarafından kurulmuştur. Bunun yanı sıra sağlık alanında uygulanan Toplam Kalite Yönetimi sadece özel sağlık kuruluşlarında uygulanmamış aynı zamanda devletin sahip olduğu sağlık kuruluşlarında da özümsemiştir. Sağlık kurumları tarafından gerçekleştirilen sağlıkta dönüşüm programı uygulamaları sayesinde "sağlıkta kalite" kavramı ortaya çıkmıştır. Bu kavramın ortaya çıktığı ilk yıllarda kamu hastanelerinde uygulama alanı bulmuş ve daha sonra zamanla tüm sağlık kurumlarında benimsenmiştir. Bu da tüm ülkede farkındalık oluşturmuş ve bilgi artırımı sağlamıştır.

Satın alma gücündeki meydana gelen olumlu gelişmeler, sağlık kuruluşlarında ortaya çıkan rekabet, kaliteli bakım talebinin sağlık hizmetlerinde yaygınlaşması, hasta/müşteri ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak için sunulan/üretilen hizmet ve mal üretiminin yetersiz olduğu, hasta/müşteri beklentilerinin en üst seviyede olduğu, tüketici memnuniyetinin en üst seviyede olması gerektiğinin ve toplam kalite yönetimi anlayışının pahalı mal ya da hizmet kalitelidir çelişkisine çözüm getirmesi gibi faktörler toplam kalite yönetiminin sağlık sektöründe uygulanma ihtiyacını meydana getiren ana sebeplerdir.

Bir sağlık işletmesi olsun ya da herhangi bir işletme olsun, sadece personel sayısını artırarak değil, verilen/üretilen hizmet veya malın kalitesinde iyileşme yapmasıyla beklentileri karşılayabilecek duruma gelebilmekte, bu da Toplam Kalite Yönetimi modeli başarıyla uygulandığında daha mümkün hale gelmektedir. Sağlık işletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi'nin uygulanması, verilen hizmetin kalitesinde, işletme personelinin ve hizmet alan hastaların tatmin düzeylerinde artışlar meydana gelmekte, ayrıca yönetimin ve çalışanların da niteliği artmaktadır. Toplam Kalite Yönetimi anlayışının oluşturduğu takım ruhu hem verilen hizmette hem de hizmeti alan kişilerde memnuniyet oluşturmaktadır.

Bu değerlendirmeler ışığında çalışmanın amacı; hastane çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi'ne bakış açılarını, hastane yönetiminin Toplam Kalite Yönetimine olan inancını ve bu felsefeyi ne düzeyde gerçekleştirdikleri ve personeline benimsetip onları yönetime ne kadar dâhil ettiklerini ortaya çıkarmaktır. Ayrıca hastaların hastaneden ve hastane personelinden memnuniyetleri ölçülmeye çalışılmıştır. Buna ek olarak

hastaların demografik özelliklerine göre hastane ve hastane personelini değerlendirme algılarında bir farklılık olup olmadığı tespit edilmeye çalışılmıştır. TKY'nin başarısı çalışanlara bağlı olduğu için bu araştırmaya gerek duyulmuştur. Ayrıca çalışmamızda daha önce yapılmış benzer çalışmalarda elde edilen sonuçlardan farklı yanlar belirtilerek yorumlanacaktır.

Araştırmada genel kabul görmüş bir TKY ölçeği olarak anket formu ile veri toplanmıştır. Anket formu Şırnak şehir merkezinde bulunan Şırnak Devlet Hastanesi çalışanlarına ve hastanenin sağlık hizmetlerinden faydalanan hastalara uygulanmıştır. Elde edilen veriler istatistiksel testler ile anlamlı bulgular haline getirilmiştir.

Çalışma özellikle kamu alanı sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi uygulamalarının ne şekilde uygulandığı ve Şırnak Devlet Hastanesinde bu uygulamanın kuruma katkılarını ortaya koyması ve bu yönetim anlayışının hasta memnuniyetine ne ölçüde etki yaptığını ortaya koyma amacıyla hazırlanmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları ve uygulamada karşılaşılan zorluklar, ikinci bölümde Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları ve karşılaşılan güçlükler, üçüncü bölümde Şırnak Devlet Hastanesi'nde Toplam Kalite Yönetimi üzerine bir araştırma ve son bölümde sonuç ve öneriler yer almaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

1.1. KALİTENİN TANIMI

Kalite tek bir tanıma sığdırılamayacak kadar geniş ve bir o kadar da karmaşık yapıdadır. Kaliteyle ilgili birçok tanımlama yapılmasının nedenlerinden biri de kalitenin kişiden kişiye farklı algılanmasından ve kaliteyi tanımlayanın kendi beklentilerine göre tanımlamasıdır. Yani kalitenin tek bir yargı oluşturmayıp göreceli olmasıdır. Örneğin bir arabanın kalitesini tanımlarken kimisine göre yol tutuş performansı, kimisine göre görünüş ve konforu, bir başkasına göre de emniyet boyutu kalitesini belirleyebilmektedir.

Avcı'ya (2007) göre: “Başlangıçta kalitenin yükseltilmesine yönelik çalışmalar somut ürünler sunan imalat sanayinde uygulama alanı bulmasına karşılık, hizmet sektörünün büyüyüp gelişmesi ve ekonomide dikkate değer bir yer tutması nedeniyle bu sektöre de uyarlanmıştır. Ancak, kalitenin iyileştirilmesi için her şeyden önce ölçülebilir olması gerekmektedir.”

Kalite literatürünü tararken çeşitli kalite tanımlamalarının şu şekilde yapıldığını görmekteyiz:

Kaliteyi Amerikan Kalite Birliği şöyle tanımlamıştır: “bir ürünün ya da hizmetin belirlenmiş olan ihtiyaçları giderebilme kabiliyetlerini gösterebilen özelliklerinin tümüdür.” olarak tanımlanırken (Bozkurt, 1998, s:13). Kalite gurularından biri olan Deming'e göre kalite; “piyasaya sunulacak olan mal veya hizmetin müşterinin gelecek beklentisine paralel bir öngörüye göre oluşturulan yenilikler” olarak tanımlanmaktadır (Küçük, 2012:26). Bir diğer kalite gurusu olan Crosby'e göre ise kalite, “şartlara uygunluktur” (Efil, 1996:6) olarak tanımlamıştır.

Üretici tabanlı kalite tanımlamalarında başka olarak kullanıcı tabanlı bazı kalite tanımları da vardır. Bunlar: Kullanıcının perspektifine ve kalite algısına ilintili olarak açıklanmak da olup, ürün ve hizmet pazarlamacıları ve alıcıları genellikle bu tanımlamayı özümsemektedirler. Onlar için ileri düzeyde bir kalite, üstün bir performans, ileri düzey özellikler ve aynı zamanda da maliyet iyileştirmeleri anlamını

da taşımaktadır. İşletme yöneticilerinin kalite anlayışı ise, üretime dayalı ve standardizasyona uygun olarak birinci seferde hata yapmamaktır. Bir diğer yaklaşım ise, kaliteyi “ürüne dayalı” olarak, kesin ve ölçülmeye müsait bir değişken olduğunu açıklamaktır (Top, 2009:10).

En popüler kalite tanımlarından biri de; daha önceden belirlenmiş kıstaslara ya da koşullara uygunluktur. Bu açıdan bakıldığında istikrarlı olarak tasarım koşullarına mal ve hizmetler yüksek kaliteli mal ve hizmetler olarak görülmektedir. Kalitenin en uygun tanımını yapabilmek için bu tanımın odağında müşterinin olması gerekmez. Günümüzde kalite derken, müşterinin isteklerini önceden kestirerek, müşterinin beklentilerini aşarak, ürünün var olma müddeti boyunca müşterinin tatminini sağlaması olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlı diğer tanımlardan ayıran en önemli fark, kalitenin müşterinin sadece bugünkü gereksinimlerini değil, aynı zamanda gelecekteki gereksinimlerinin giderilmesini de hedefliyor olmasıdır (Yamak, 1998:85).

Yukarıdaki kalite tanımlamaları ışığında ortak bir kalite tanımlaması yapmak oldukça güçtür. Kaliteyi, ilk başlarda belirlenmiş koşullara uygunluk olarak tanımlarken zamanla hâlihazırdaki duruma ve daha sonraları ise belirlenmiş hedeflere uygunluk olarak çeşitli evrelerden geçerek değişmiştir. Ancak müşteri/tüketici gereksinimleri ve istekleri gün geçtikçe farklılaşıp değiştiğinden ve bu tanımlamaların her biri tek başına kaliteyi karşılayamadıklarından dolayı kalite için “tüketicinin kullanımına uygunluk” tanımlaması yaparak daha kapsayıcı ve daha rasyonel bir tanımlama yapmak mümkündür.

1.1.1. Kalitenin Tarihsel Evrimi

Kaliteyle ilgili çalışmalar çok eskilere kadar gitmektedir. Kalite kavramını iki döneme ayırmak gerekirse Endüstri Devrimi öncesi ve sonrası olarak sınıflandırabiliriz. M.Ö. 2150 yılına kadar uzanan dönemlerde kalite ile ilgili kayıtlara rastlanmaktadır, bu dönemlerde ünlü Hammurabi Kanunları’nda belirtildiği üzere işini düzgün yapmayıp, yaptığı evlerin çökerek ölümüne sebebiyet verenlere ölüm cezası uygulanırdı. Üretimin talep edilen kadar yapıldığı dönemlerde kalitenin belirleyicisi malın üreticisi ile tüketicisi arasında yüz yüze ilişkileriyle belirlenirdi (Gençyılmaz ve Zaim, 1999:10-12).

19. yüzyıl da ise bilim dünyasından birçok kişi kalite konusuyla yakından ilgilenmeye başlamışlardır. Bu dönemin başlarında özellikle üretim süreçleri denetim altına alınmıştır. Burada süreçlerin düzeltilmesinden ziyade sürecin düzgün işleyip işlemediğiyle ilgilenilmiş, yani üretilen malların ne kadarının hatalı olduğu üzerinde durulmuştur (Yamak, 1998:87). Modern sanayi sisteminin ortaya çıkmasıyla Taylor, bilimsel bir çalışma gerçekleştirerek iş planlarını işgörenler ve denetçilerden alıp endüstri mühendisliğinin eline vererek bu alanda öncülük yapmıştır (Tokatlıoğlu, 2005).

Üretim kalitesi ve standartları ile ilgili ciddi kaygılar 19. yy sonu ile 20. yy başlarında ortaya çıkmıştır. Kitle üretiminin getirdiği zorluklar ve nitelikli iş gücünün azalmasına bağlı olarak kalitede ciddi sorunlar ortaya çıkmıştır. 1920'li yıllara gelindiğinde ise kalite, kalite kontrol olarak üretilen ürünlerin sağlamlık derecelerini ve yüzdelerini artırmak amacıyla uygulanmaya başlanmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası ise kalite kontrol sürecine kalite güvencesi eklenmiştir. Odaklanma da bu tarihten sonra giderek kalite güvencesine kaymaya başlamıştır (Ensari, 1999:7).

1950 yılına kadar kalite düşüncesi, müşterilerin ne istediğine ilişkin beklentiler yerine uzmanların onların adına karar veren bir anlayış hakim olmuştur (Collinson ve diğ., 1998:6). 1950'lerde kalite bilinci oluşmaya, 1960'larda maliyetlerin dikkate alınması ve kalitenin maliyetleri artıracak inancı oluşması, 1970'lerde güvenilir kalite standartlarını oluşturma ihtiyacının ortaya çıkması, 1980'lerde müşterilerin bilinçlenmesi ve çeşitlenmesi, 1990'larda kalitenin yaşam felsefesi olarak kabul edilmesi, 2000'lerde ise artık hayatın her alanında kalite anlayışı geliştirilmeye başlandı (Demirci, 2008:14).

Kaliteyle ilgili tarihsel evrime bakıldığında 20. yy'nin ikinci yarısına kadar genellikle hep üreticilerin ve uzmanların kalite belirleme konusunda karar verici olduğu gözlemlenmiştir. Ancak bu dönemden sonra toplam kalite yönetimi anlayışının da ortaya çıkmasıyla birlikte müşterilerin ne istediği önemli bir sorun haline gelmiş ve kalite belirleme kıstaslarında müşteri istek ve beklentileri belirleyici bir kıstas olmuştur.

1.1.2. Kalitenin Çeşitli Boyutları

Kalite, iş ve insan yaşamını öncelikli olarak canının ve malının emniyetini olmak üzere konfor, nizam ve güvenlik bağıntısını yakından etkileyebilen oldukça geniş

bir kapsama sahip ve önemi büyük bir olgudur. Bundan dolayı kalitenin çeşitli boyutları mevcuttur. Kalite kavramının çeşitli boyutları malın veya hizmetin kalitesini belirlerken ve oluştururken etkisi ortaya çıkmaktadır. Bu boyutlar; Tasarım Kalitesi, Uygunluk Kalitesi ve Kullanım Kalitesidir. Bu boyutlar müşteri kalite beklenti ve tatmini doğrudan etkiler. Örneğin, bir otomobil tasarımı, sürüş kolaylığı, konforu ve emniyeti ile performansının ve fiyatının uygun olması otomobilin kalite boyutlarını oluşturur (Tekin, 2007:23)

1.1.2.1. Tasarım Kalitesi

Ürünün, müşterilerin arzu ve beklentilerine uygun olarak tasarımını ifade eder. Bu haliyle tasarım kalitesi, Küçük'e göre *"müşteri araştırmaları ve hizmet/satış ziyaretleri ile başlar ve müşteriyi tatmin edecek bir ürün/hizmet kavramının belirlenmesi ile sürdürülür"* (Küçük, 2012:35-36). Müşterinin isteklerine göre bir mal veya hizmetin üretilip tüketime sunulması aşamasıdır.

Herhangi bir ürünün ya da hizmetin tasarım kalitesi, Pazar ve müşteri araştırmaları ile başlar ve müşteriyi tatmin edecek kalitenin tespit edilmesiyle devam eder. Ürün veya hizmetin tasarımı kalitesini geliştirme aşamaları; satışa sunma, satıştan sonra destek ve tasarımcı personel ile işbirliğinin sağlanmasıyla sona erer. Bu süreç pazardan elde edilen bilgilere göre yenilenerek ve geliştirilerek yeniden tasarlanır (Tekin, 2007:24). Örneğin x marka telefon için yapılan piyasa araştırmasında bu telefonu kullanan kullanıcıların telefonun ekran boyutundan beklentilerini dikkate alarak bu doğrultuda telefon üretmeleri.

1.1.2.2. Uygunluk Kalitesi

Biri mal veya hizmetin standartlaştırılmış ölçülere göre tasarlanması ve bu standartlaştırılmış özelliklere uyup uymadığı uygunluk kalitesi tarafından belirlenmektedir. Bir malın ya da hizmetin tüketicisine o malın ya da hizmetin sahip olduğu teknik özellikleri hakkında bilgi veren uygunluk kalitesidir. Ayrıca uygunluk, kalite kontrolün istatistiksel boyutunda o malın sahip olduğu özelliklerin nominal değerlerden sapma yüzdesidir. Bu yüzde nominal değer için belirlenmiş hedeflere yüksek ölçüde paralel durursa o mal, tasarım spesifikasyonlarını o ölçüde iyi karşılamış

olur ve malın uygunluğu açısından da kaliteli bir mal olarak tüketicisinin algısında yer edinir (Top, S., 2009;15)

Uygun kalite adıyla da anılan uygunluk kalitesi, malların tasarım kalitesine ne ölçüde uyduğu konusunda en önemli göstergelerdendir. Bir mal ve hizmetin tasarım boyutu büyük ölçüde müşteri zevk ve tercihine bağlıdır. Ölçülebilen özelliklere sahip uygunluk kalitesi, alıcının tüketimine sunulan mal veya hizmetin standartlara uygunluğu ölçülebilir (Tekin, 2007:25-26).

1.1.2.3. Kullanım Kalitesi

Müşterilerin mal ve hizmet kullanırken karşılaştığı kalite düzeyine kullanım kalitesi denir. Kullanım kalitesi, mal ve hizmetin sunuş kalitesini etkileyen; koruyucu ambalajlama, taşıma, yerleştirme, bakım ve onarım işleriyle yakından ilgilidir. Kullanım kalitesi, satın alınan mal ve hizmetin kullanımı sırasında kalite gereklerine uyulması olarak tanımlanır. Örneğin bir cep telefonunun müşteri tarafından sorunsuz olarak kullanımı, bir otomobilin beklenen kaliteye uygun özellikte kullanımı, bir otelin hizmet kalitesinin müşteri beklentilerine uygun olarak kullanılması gibi (Tekin, 2007:26).

Kalite bugün ve gelecekte ihtiyaçları karşılamayı hedeflemelidir. Bu ifadeye göre mamul kalitesi tüketicinin ödemeye hazır olduğu bedel karşılığında maldan beklediği özelliklerin bütünü olarak anlaşılmaktadır (Gülen, 1997:17-20).

1.2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Kaynakların II. Dünya Savaşı'nda yok olmasıyla 1970'li yıllarda yaşanan petrol krizi 21.Yüzyıla girerken üretim ve pazarlama işlevlerine yeni bir anlayışı getirmiştir. Endüstrileşmenin ilk dönemlerinde klasik yönetim ve pazarlama anlayışı tamamen üreticiye yöneliktir (İrmiş, 1999).

F.W. Taylor ile başlayan klasik yönetim anlayışında her şey üretim içindir. Başka bir deyişle hayatın devamı için “önce üretim” anlayışı hâkimdir. Bu sebeple de “işletmeye faydalı olan her şey işletmede çalışanlar için de faydalıdır” anlayışı benimsenmiştir. Bu anlayış ile sadece üretime önem verilmiş ve istenilen üretim artışı bir türlü gerçekleşmemiştir (Ardahan, 2009).

ABD’li uzmanların II. Dünya Savaşı sonrasında yönlendirdiği kalite devrimi sayesinde Japonya endüstrisini ve ekonomisini güçlendirerek çoğu sektörde batılı rakiplerini geçmeyi başarmıştır. Japonların bu yarışta toplam kalite felsefesi ve yöntemlerine katkısı ve kat ettiği mesafe inkâr edilemeyecek kadar büyüktür (Coşgun, 2010:5).

TKY, “kalite yönetiminde üst yönetimin sorumluluğunun üzerinde önemle durulması, her seviyede ve yerde kalite yönetimine ilgili eğitim hareketliliğinin yapılması, kalite iyileştirmenin devamlı olması ve kalite denetim çerçevesinde bütün personelin kalite geliştirme faaliyetlerine dâhil olunması” denilebilir (Efil,1996).

TKY, verilen hizmetlerin kalitesinde devamlı geliştirilmeyi amaçlamakla kurumundaki herkesin katılımını gerektiren bir idare tarzıdır. TKY, kalite yönetimi basamaklarının3.kademesini meydana getirir. TKY, kalite kontrolü ve kalite teminatı tarzında bulunduran ve ayrıca kalite kavramını ve kaliteli hizmet sunumuna değişik bir tarz getiren bir anlayıştır. TKY, ne kalite kontrolü gibi özellikle sonuçlar hakkında bilgilendirip nede kalite teminatında özellikle zaman üzerinde durmaktadır. TKY, kalitenin kurumsal bir yaşam felsefesi olup kalitenin her çalışanın dâhil olmasıyla süreçlerin bir getirisi (Coşgun, 2010:6).

TKY, önemini her geçen gün daha da artıran ve güncelliğini koruyarak temelde sentezci özellikler taşıyan bir başvurudur. TKY, klasik yönetim bilimcileri tarafından geliştirilen ölçme yöntemlerini(istatistik vb.), davranış kuramı bilimcilerinin insanla alakalı hipotezlerini ve ileri görüşlülüğünü ve şu anda pazarlama teorilerini bir sistem felsefesi içinde birleşme esasına dayanır (Can, 2008:3).

TKY, verimlilik artışını sağlayan en az fiyatla ve en az yatırım ile gelen bir yöntemdir. TKY’nin başarılı çalışmaları, sadece ürün ve hizmetlerdeki kalitenin yükseltilmesiyle olmayıp, maliyetlerde düşüş sağlaması ve alıcıyı razı edecek şekilde tüm birimler için değerli bir metot haline gelmiş (Balcı, 2009).

TKY, müşterilerin beklentilerini karşılamak veya bu beklentilerin ötesine geçmek amacıyla kurumsal süreçleri sürekli bir şekilde iyileştiren, kurum çalışanlarına yetkiler veren ve bir çeşit önemi ve ilkeleri içeren bir yönetim biçimi olarak belirtilebilir (Dursun, 2004).

Masaaki Imai de TKY'yi 'Bir kurumda tüm çalışmalarda verimin düzgünleştirilip, bütünün ikmal edilmesiyle, idareciden personele bütün personeli içeren düzgün çalışma silsilesiyle' belirtilir (Taşkın ve Ekici, 2006).

Toplam kalite yönetiminin T'si, bütün personelin (toplam) katılımını, yapılan malın veya çalışmaların bütün tarzlarıyla, alıcıyı (iç ve dış alıcı) içerirken; K'sı kaliteyi, alıcın şu anki ve geleceğe dair, isteklerini gerektiğinde karşılayan ürün ve hizmetler sunmayı anlamlandırır; Y ise, idarenin her durumda personele yol göstermesi, personele modellik yapması ve kurumdaki katılımcı idarenin oluşturulması demektir (Aytekin ve Serin, 2009: 5).

TKY, ürün ve hizmet kalitesi ile ilgisinin yanı sıra, eşdeğer vakitte modern bir idare tarzıdır. Temelinde iç ve dış alıcı merkezli tarzındaki yaklaşımın iki ana temelidir (Karyağdı, 2001):

- İşletmedeki bütün personelin tam ve etkin katılımı
- Yapılan çalışmaların(üretilen mal ve hizmetlerin) her daim verimlileştirilmesidir.

TKY, başlangıcında sadece üretici özel sektör kuruluşlarında uygulanırken zaman içerisinde sırasıyla hizmet ve kamu sektöründe uygulama alanı bulmuştur. TKY'nin çeşitli tarzlarda ve alanlarda sağlayacağı katkıların ve kritik durumunun idrak edilmesinden ötürü devletimizde de son zamanlarda prensip temelinde milli plan ve tasarımlarda yasal ve yönetsel bir çeşit yeniliklerde TKY'nin değeri kabullenilip tatbikatının mecburiyeti üzerinde durulmuştur. Bu işlerde bütün kamu örgütlerini, dolayısıyla yerel yönetimleri ve belediyeleri içermektedir (DPT, 2000).

Siyasetin aşırı şekilde yapılmasından dolayı ülkemizde hantallaşan kamu yönetimi ve yetki-sorumluluk dağılımı dengesizliğinden ötürü sistem tıkanıklığından şikâyet artmakta, çareyse TKY'nin bütün öğelerinin önemsenip uygulanması tavsiye edilmektedir. Bu durumda, TKY'nin kamu yönetimi ve yerel yönetimlere uygulanmasıyla elde edilecek faydalar; verilen hizmetin kalitesinin yükseltilmesi, tüketicinin ihtiyacının karşılanması, kaynak tasarrufunun artması, hizmet ilerlemesi vaktinin azalması, verimliliğin yükselmesi, halka verilen hizmette esnekliğin yükselmesi, süreç içi işlem miktarının kısıtlanması, verilen hizmetin vaktinin azalması ve hükümet-halk arasındaki bağın kuvvetlenmesi olarak dizilmektedir (Nohutçu, 2003).

1.2.1. Toplam Kalite Yönetiminin Tarihi

Toplam kalite yönetimine ilk adım 1924 yılında bir matematikçi olan Shewhart tarafından atılmıştır (Rosander, 1996). Shewhart ilk olarak seri üretim ortamlarında kalitenin en ekonomik biçimde elde edilebilmesi için “istatistiksel kalite kontrol” kavramını gündeme getirmiştir. İkinci Dünya Savaşı kalite teknolojisinin gelişimini hızlandırıcı bir rol oynamıştır. Çünkü mevcut üretim gerek savaş öncesi, gerekse savaş zamanının acil gereksinimlerine yanıt vermeyince ABD’deki birçok sektörde kalite kontrol çizelgeleri kullanılmaya başlanmış ve böylelikle askeri malzemeler ucuza ve bol miktarda üretilmiştir (Ishikawa, 1995).

Feigenbaum ise kalite yönetimi kavramına toplam kelimesini yerleştiren ilk kişi olmuştur. Feigenbaum 1951 yılında “kalite kontrol” başlıklı ilk kitabını yazmıştır. Daha sonra Harvard Business Review Dergisi’nde “Toplam Kalite Kontrol” adını taşıyan önemli bir makalesi yayınlanmıştır. Bu makalenin başlığı daha sonra “Kalite Kontrol” adlı kitabının ikinci baskısının da adı olmuş ve 1957 yılında kitap “Toplam Kalite Kontrol” adıyla basılmıştır (Witcher, 1995).

Toplam Kalite Yönetimi ile ilgili çalışmaları ilk olarak ABD’de yapmıştır. Walter A. Shewhart, İstatistiksel Kalite Kontrol sahasında 1930’da çalışmıştır. Shewhart, üretime istatistiksel metotlar koyan sayılı ilk bilim adamlarındandır. Kalite konusunda Amerika’da W. Edwards Deming ve Joseph M. Juran Shewhart’ı takip etmiştir. Deming ve Juran, Japon mühendislere kalite geliştirme, kalite kontrol gibi konularda eğitimler vermiştir. Her ne kadar Toplam Kalite Yönetimi kurucusu Deming olduğu kabul edilse de Juran’ın da bu çağdaş yönetim anlayışına değerli çalışmaları mevcuttur. 1950’nin nihayetinde Toplam Kalite Kontrollü Armond V. Feigenbaum, Philip Crosby kayda değer çalışmalar öne sunmuşlardır (Coşğun, 2010:8).

1960’ların başında Kaoru Ishikawa’nın Kalite Çemberleri ve Neden- Etki Analizleri hakkındaki öngörülleri ile Toplam Kalite anlayışına önemli yararlar sağladığı kabul edilmektedir. Kalite mühendisliğinin gelişmesine değerli katkılar sunan Genichi Taguchi’nin İstatistiksel Deney Tasarımı ve Kalite Kayıp Fonksiyonu çalışmalarıyla kalite hakkında ilerlemeyi artırdı. Aynı vakitte Japon Taguchi Ohna’nın tam zamanında üretim modeli de klasik Taylorizm ve Fordizm fikrine kitle üretimi tarzının yok olmasına sebep oldu. Masaai Imai’nin Kaizen (Sürekli Gelişme) felsefesi de toplam

kalite idaresinde değerli bir araştırma ve gündem mevzusu olmuştur. Michael E. Porter'ın rekabet stratejisi hakkında öngörülerini Stratejik Yönetim, yeni yönetim metodunun kurumlarda uygulanabilirliği araştırılmıştır (Aktan, 2003).

1.2.2. Toplam Kalite Yönetiminin Özellikleri

TKY anlayışı, örgüt kültüründe ve umumi idare felsefelerinde ciddi farklılıklar meydana çıkarmıştır. Dikkate alınacak en değerli idare etmekten çok yönlendirmeye hazırlamaktır. TKY'de amaç görevlileri idareden çok işlere isteklendirmek, yardımcı olmak, sıkıntıyı tanımlayıp onun izolesi için yoğunlaşmak, kişisel uğraşların yerine grup çalışması meydana getirip, tereddüt ve şikâyet davranışlarından farklı olarak güven ve inanca bağlı ortam sağlamaya çalışmaktır (Taşkın ve Ekici, 2006).

Toplam Kalite Yönetimi, geniş zamanda alıcının razı kılınması, hedefe ulaşmayı, kendi çalışanı ve insanlar arasında farklılık kazanmayı hedefleyen, kaliteye odaklanmış ve her çalışanın işe dâhil olmasını destekleyen bir kuruluş yönetim stilidir. Toplam Kalite Yönetimi, sıfır hata kuralını esas belirleyip ham madde düzeyinden işletmeye girdisine kadar olan yan sanayileri de dâhil edip ve her zaman yükselip ilerlemeyi gözetleyen, müşteri dilek-istekleriyle beraber satılmış malların ihtiyaçlarını sağlayan bir zaman aralığıdır (Altaş, 2009).

Özellikle 1990 sonrasında ilgi görmeye başlayan bu yaklaşımın önemini artıran özellikleri şöyle sıralayabiliriz (Ersen, 1997:27):

- Yeni bir örgüt kültürünü oluşturmak
- Örgüt oluşumunu kolaylaştırıp sadeleştirmeye çalışmaktır
- Örgütteki her personeli düzene eklemektir
- Eğitimi çok değerli tutmaktır
- Görevlilerin fikrine saygı duymaktır
- Yeni fikirler, yöntemler ve teknikler üretmektir
- Takım çalışması yapmaktır
- Çalışanların yaptıkları işe sahip çıkmalarıdır
- Dâhil ve hariçte müşterilerin memnuniyet ve huzurunu zirveye taşımaktır.

Toplam Kalite Yönetiminin kalite ve verimlilik unsurları, performansın tespitinde esastırlar. Kalite düzeyinde analizlerin gözlemlenmesi: performans, başarılı olma, emniyet, hizmet sağlama, dayanıklılık, saygınlık, imaj, vakitçilik olarak sergilenebilir. Toplam Kalite Yönetiminin başarısını sağlayan materyal ve metotlar içinde Kalite çemberleri, İstatistiksel kalite kontrol, Öneri sistemleri, JIT, Takım çalışmaları, Sorun çözme teknikleri olabilir. Bu gruplar belli başlı durumlarda belirlenen gayelere odaklanmayı sağlayıp gelişme ve farklılaşmayı yapmak için uygulanır (Çekirge, 2010).

1.2.3. Toplam Kalite Yönetiminin Amacı

TKY'nin amacı, müşteri istek, ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak için ihtiyaç duyulan faaliyetleri gerçekleştirmektir. Ürün ya da hizmete ilişkin fonksiyonları yürütürken mevcut kaynakları optimal seviyede kullanarak, değişen çevreye uyum sağlamayı amaçlayan bir yaklaşımdır (Akdağ, 2005:159-170).

TKY, geleneksel bir bakış açısıyla yönetilme ile pratik noksanlıklarına karşı alternatif bir opsiyon olarak meydana gelmiştir. Bu günlerde, alıcı ihtiyaçları en öncelikli talepleri olmuş, alıcının farkındalığı, mal spesifikleri ve karakteristiği alıcı doğrultusunda tespit edilegelmiştir. İletişim öncelikli olarak bir çok sahada yapılan yeni teknolojikler ve hayatta olan diğer yenilikler neticesinde dünya ticaretinden kaynaklanan ülke sınırları aşılmış ve devletler serbest piyasa ekonomisine çalışmalara başlayınca; kuruluşlar da rakipleşen pazarda ürün ve hizmette yenilikler yapmaya başlamıştır. Görülen farklılıklar ve oluşan rakiplik durumu neticesinde kuruluşlar için kalite, bir ağırlık ve kuruntudan vazgeçilip, dünyayı devam ettirmek ve geriye kalan kısmı elde etmek için terk edilmez bir duruma dönüşmüştür (Özdemir, 2004).

TKY'nin esas hedefi, kalite yönetimi çalışmalarının kuruluştaki bütünlüğe bağlı kaliteyi oluşturmaya doğrudur. Böyle durumları sağlamak, işletmenin bütün bölümleri ve tepe yöneticileri ile astlar çalışanlarına kadar herkesin kalite faaliyetlerinde işbirliği yapmasıdır. Çünkü bu şekilde uygulanan TKY, noksanlıkları engellemek için düzenlemeler, alıcı ihtiyaçlarını tetkik edip sağlama, dizayn, ürün alımı, üretme, tetkik edip ve satışı düzenlemek diye ifade edilir (Taşkın ve Ekici, 2006).

Bir süreç olan TKY, amaçlarını gerçekleştirirken klasik anlayıştaki gibi sürecin başlangıcında planla, sonra uygula ve sürecin sonunda kontrol et aşamalarından farklıdır. Deming döngüsü adı verilen PDCA döngüsü planlama, uygulama ve kontrol faaliyetlerini örgütün bütününe yayarken aynı zamanda düzeltme fonksiyonunu da ekleyerek sürekli gelişmeyi öngörmektedir. PDCA döngüsü klasik anlayıştan farklı olarak sürecin her aşamasında bir önceki ve bir sonraki aşamalarla beraber kaliteye ulaşmayı amaçlar (Coşğun, 2010:11).

Sürecin her aşamasında uygulanan PDCA döngüsünün özünde iç müşteri ve dış müşteri kavramları yatar. İç müşteri sürecin her aşamasındaki çalışanlardır. Sürecin her hangi bir aşamasında çalışan kişi için kendinden bir sonraki aşamasında çalışan kişi ve kişiler onun müşterisidir. Her aşamadaki müşteri bir önceki aşamadan alacağı mamulün veya hizmetin kontrolünü gerçekleştirir. Bu herkesin kendi ürününü hatasız yapmak için çaba sarf etmesini sağlayacağı gibi süreç müddetince kontrolün yapılması sürecin herhangi bir aşamasında yapılan hatanın hemen düzeltilmesini sağlayarak bir bütün olarak hatalı mamulün ortaya çıkaracağı maliyetin daha fazla artmasına engel olur. Dış müşteri olgusu da örgütün bir bütün olarak mamulünü sunduğu müşterisidir (İrmiş, 1999: 58-59).

Fikri inkılaplar ve ilerici bir yönetim stili olarak kabul gören TKY'nin hedefi, kuralları ve tarzı doğrultusunda, kuruluş icraatlarının hepsinde kalite ve verimliliğin yükseltilerek maliyetleri düşürmek, alıcı ihtiyaçlarını sağlamak ve kuruluşların küçük bir köye dönüşen dünya tezgâhında rekabetin artması ile istenilen bir seviyeye gelmesi oluşturmaktır (Taşkın ve Ekici, 2006).

1.2.4. Toplam kalite Yönetiminde Dört Önemli Unsur

TKY'de insan, alıcı, zaman ve idare olarak dört esas öğedir. Aşağıda kısaca ve genel tanımlarıyla açıklanacaktır.

İnsan: TKY felsefesinde esas öge beşerdir. Çünkü üretim ve hizmet durumları beşersiz tahayyül edilemeyeceğinden, teknolojileri ve maddi kaynakları kullanıp mükemmelleşme yolunda TKY'nin anlamsız kalacağı fark edilmiştir. TKY'nin bir kolu olana beşeri anlayış, kurumun devam edegelmesi için insan faktörünü esas tutmuştur. Bu durumda TKY hizmet eden yapan ve üretimi sağlayan kurumlar tarafından, hizmet

ve ürünün pazarlandığı alıcılardan beşersel önemi vardır. Çünkü beşeri etki olmazsa olmazlardan üretim veya hizmet vaktinde TKY öneminin ortaya çıkmasında değeri vardır (Gürçay, 1997:9). “TKY çevrimi kurumda her daim gelen beşeri kıymetin harekete, hareketin öneme çevrilmesidir” (Arioğlu, ty:25). TKY idaresinde beşer, hem kaliteyi yapacak, hem de üretilen ürün veya hizmeti satın alacak sebebinden değer kazanmaktadır. TKY felsefesi, beşeri merkezli olduğundan, TKY’nin iyi bir şekilde harekete geçmesi için beşerin TKY çalışmalarına bilfiil katılması lazım edegelmektedir. TKY’nin kayda değer yükselişi için esas olan beşer faktörü, TKY felsefesinde özellikle üstlenen vazifeler ifa edilir. TKY idaresinde işe ve süreçlere yakınlığından, işi iyi bilen şahıs süreçleri verimlileştirecek, verimlileşen çalışmalarda, yeni çalışmalar artmakta bu durum da örgütün işleyişini artırmakta, öngörüler ile maliyetlerde azalama desteklenecek, problemler izole edilecek, hedeflere varmak için aradaki tüm engeller kalkacaktır. Sonuç olarak: TKY’nin başarısı sadece ve sadece beşer öneminden TKY çalışmalarına bilfiil katılım ile sağlanabilir (Gümüş, 2001:63).

Alıcı: “TKY; de iç ve dış alıcı olarak tanımlanan müşteriler. İç alıcı, kurum çalışanı olup, kurum içinde etkileşim halinde mal veya hizmet alış-verişleriyle birbirinin müşterisidir. Diğer bir durumsa, daha önceki durumun alıcısı olarak değerlendirilmektedir. Dış alıcı ise, kurumun ortaya koyduğu hizmet ya da ürünü alan, istifade eden kişi ve kuruluşlardır. Sağlık alanında evrensel bir tarzda, toplum, tıbbi etik ve sağlık Bakanlığı’nı gösterir. Dış alıcılar hastalar, hasta yakınları, sigorta işletmeleri; iç alıcılar hekimler, diğer hastane personeli, idare ve personellerdir” (Bolat ve Seymen, 2001:31).

Zaman: TKY’de diğer esasıdır. Zaman dizaynından alıcıya mal ya da hizmetin getirilmesine kadar süren bir dizidir. TKY, zamanın en gerçek anında hareketini, kaliteyi yakalamak için var olan bir durumdur. TKY’nin muvaffakiyetini yükseltecek, zamanın alıcıya tespit ettirdiği kaliteyi gerçekleştirmesi, iç ve dış alıcı keyfiyetini öngörmektedir (Yılmaz ve Kantarlı, 1999:412).

İdare: Her bir kurumun yapı için değerli olan idare, TKY’de de değeri artmaktadır. TKY felsefesinin önemseyerek işleme alınması idarenin tarzına kalmıştır. TKY’nin bir kurumda işleme alınması, eski idarenin tarzından ayrılıp, beşer ve kalite merkezli yeni bir idare anlayışı olması anlaşılmaktadır (Şimşek, 2000:187-192). Bu

durumda bir çeşit sıkıntı ve problemler oluşabilir. İdare, TKY tarzının kullanıma geçişinde her şekilde TKY'yi desteklediğini göstermek ve TKY etrafında kullanıma geçme çalışmalarına taraftarlığını, böylece problemleri izole etmektir. TKY'nin muvaffakiyetli idaresi, TKY'ye verdiği değer nispetinde artacaktır. Bu durumda TKY'de idare, beşeri kavramlar gibi en değerli ve esas unsurlardır (Akat, 1984:4).

1.2.5. Toplam Kalite Yönetiminin Temelini Oluşturan Ana Öğeler

TKY'nin esas öğeleri; iç ve dış müşterilerin ihtiyaçlarını ve bu müşterilerin merkeze oturtulması, tüm personelin katılımının sağlanması, liderliğin etkin bir şekilde uygulanması, kaizen, sıfır hata, güdüleme ve eğitimde süreklilik oluşmaktadır.

TKY'nin esas birleşenleri birbirini destekleyerek bir bütünü teşkil eder. Her bir bileşeni teker teker hayal etmek ve uygulamak imkân haricindedir. Eğer organizasyonlar bu birleşenlerinin herhangi birisini veya birkaçını tatbik etmezlerse tam bir başarı meydana gelemez. Bu durumda var olan birleşenleri tamamıyla gözden geçirip ve tekrar uygulamaya geçmek lazımdır (Şimşek M., 2007:134-135). Gelecek alt başlıklarda TKY'nin bu esas birleşenleri teferruatlıca izah edilecektir.

1.2.5.1. Müşteri Tatmini ve Müşteri Merkezilik

Müşteriyi memnun etmek kavramı günümüzün işletmeleri için rekabet üstünlüğünü ele geçirmek için en ideal yollardan biridir. Bundan dolayı işletmelerin hedef belirlerken, en önemli stratejisi olarak hedeflerinin tam merkezine müşterisini yerleştirip, başarısının en önemli faktörü olarak da müşterisinin gereksinimlerini öngörerek bu gereksinimleri asgari seviyede bir maliyetle karşılamalıdır (Küçük, 2012:284).

Günümüzde artık müşteri isteklerinin tatmin edilmesini benimseyen kuruluşlar, müşterilerini koşulsuz mutlu etmeyi bir ilke haline getirmişlerdir. Bu nedenle artık toplam kalite yönetiminde müşteriyi merkeze yerleştirmek, kalitenin müşteriler tarafından tanımlanır prensibiyle ifade edilmektedir. Bunun sebeplerinden biri yaşanan yoğun rekabet ortamında üreticilerin kendilerini istediğini değil, müşterinin istek, beklenti ve ihtiyaçları doğrultusunda üretime yön vermek zorundadırlar (Sarp, 2014:136).

Bir mal veya hizmetin alıcı ihtiyacının sağlanması için 5 şart mevcuttur. Bu şartlar; mal veya hizmetin gereksiniminde hazır ve hemen ulaşılabilirliği, alıcı için uygun mekan ve vakitte alıcı teslim edilmesi, alıcının imkan dahilinde asgari bir maliyetle arz edilmeleri, müşterinin üretilen mal veya sunulan hizmetten emin hale gelmesi, son olarak ise mal veya hizmetin veriminin üretim hedefleriyle ve alıcının umduklarına uygun olmasıdır (Şimşek H., 2007: 48).

Müşteri tatmininde, kişinin beklentileri ve algıları önemlidir. Eğer kişinin beklentileri aldığı mal ve hizmetle ilgili olarak algılarından daha yüksekse (söz konusu ürün ya da hizmet umduklarını karşılamakta yetersizse) bir tatminsizlik söz konusudur. Müşteri memnun olmamıştır. Aynı şekilde beklentisi algılarından küçük ise, yani aldığı mal veya hizmet beklentilerinin üzerinde ise müşteri tatmininden söz edilebilir. Beklentisi ile algısı eşit ise memnuniyet veya memnuniyetsizlik söz konusu değildir (Sarp, 2014:137).

Bunları aşağıdaki gibi formüle etmek mümkündür (Sarp, 2014:137, Özveren, 1997:41).

Müşteri Tatmini (MT) = Beklenti (B) – Algılama (A)

$B > A$ müşterinin tatmini beklediğinden düşüktür.

$B < A$ müşterinin tatmini beklentisinden yüksek olmuştur.

$B = A$ müşterinin beklediği ile algıladığı arasında bir fark yoktur.

Bugünlerde alıcının nasıl anlaşılması hakkında Freefort kurumunun CEO'su L. L. Bean beyanı şudur: *“Alıcı bu çalışma masalarında en değerli şahıstır, işin temel amacı alıcıdır, biz ona hizmet ederek bir iyilik yapmış olmayız, o bize kendisine hizmet verme imkânı tanıdığı için iyilik yapar. Müşteri ile hiçbir konuda kesinlikle tartışılmaz, alıcı bize ihtiyaçlarını sunar, vazifemiz bu ihtiyaçları hem ona hem kendimize karlabilecek durumdadır”* (Şimşek M., 2007:136).

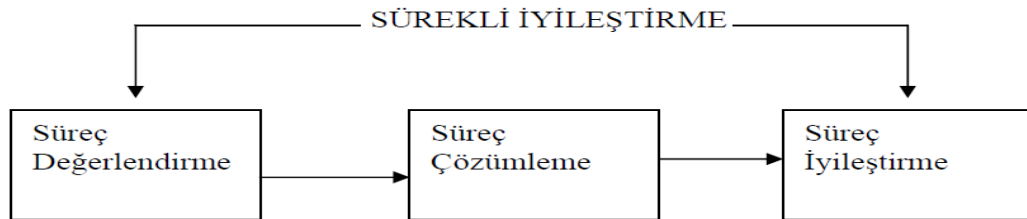
Şartsız alıcı rızası önemsenmemesinin tehlikesi baya fazladır. Elde edilen araştırma verileri, razı olmayan alıcıların % 96'sı tekrar aynı şirketten hizmet almadıkları, verilen hizmete razı olmayan alıcının rızasızlığı en az 9-10 şahsı da caydırdığı izlenmiştir. Kurum için ticaret hisse kaybı manasındaki şart, rekabet gücünün azalması ve karlılık düşüşü ile zamanla kurumun iflas etmesine kadar gelen bir durumun başlangıcıdır (Kuruşcu, 2003:32). Alıcının rızası karşılandığında malın ve prosesin kalitesi sürekli olarak yükseltilmelidir (Hill and Wilkinson, 1995:9).

1.2.5.2. Sürekli Geliştirme (Kaizen)

TKY tarzını devam ettiren, her daim fayda sağlayıp gelişmeye yön tutan devamlı gelişme felsefesidir. Devamlı geliştirme bütün zamanların kalitesini sağlayan, zamanla sonuçların değişkenliğini azaltan, sıfır hatayı amaçlayan, amaçları en az sürede bitiren ve sanayisel vakitlerin hengamesinde değişkenliği sıfırlamaya çalışan bir tarz olarak ifade edilir (Cartin, 1993:13).

Sürekli İyileştirme Anlayışı isimli kitabında sayfa 288'de geçen; "Sürekli iyileştirme TKY anlayışında bir hayat felsefesidir. Bilinen şeyler en iyi yapılıyor olsa daha dahi bu gelecek için yeterli değildir. Gelişme ve geliştirme için sürekli yeni ve boş alanlar ortaya çıkmaktadır. Sürekli iyileştirme felsefesi olarak genel anlamda ister bir aile yaşantısında ister sosyal ilişkilerde, ister bir iş yerinde olsun, her kesimi içine alan farklı yaşam alanlarının ve tarzlarının iyileştirilmesi olarak açıklanır. İşletme boyutunda ise iyileştirme firmanın ayakta kalması için gerçek bir işletme yaşam alanı ihtiyacıdır (Top, 2009:288, Imai, 1994:3). Sürekli iyileşmeyi sürdürmenin üç ana esası bulunmaktadır. Bunlar (Merter, 2006:71):

- Var olanı kifayetsiz görmek
- İşgören etkisini artırmak
- Sorunları çözme metodunu genele dağıtmak.



Şekil 1.1. Sürekli İyileştirme Metodunda Üç evre.

Sınırsız iyileşmenin uygulanmadığı örgütlerde sürekli iyileşme belli alanlarda sınırlandırılmakta, bunların dışında belli süreç, kişi veya alanlara yaygınlaştırılmamaktadır. Bu kişi veya süreçlerin ya dokunulmazlığı vardır veya bunların daha fazla iyileştirilemeyeceği düşünülmektedir (Küçük, 2012:312)

Oysa bir örgütte tüm unsurlar eğer iyileşme kapsamına alınamıyorsa, o örgütte sistematik anlamda bir iyileşmeden bahsedilemez ve bunun sonucunda da örgüt performansında arzu edilen iyileşme sağlanamaz (Küçük, 2012:313).

Kaizen'in faydaları ise aşağıdaki gibi sıralanabilir (Ulukanoğlu, 2001):

- İşletmenin bütün işlerinde bir hareketlendirme oluşturmak
- Personelin amaçlarını tek noktada merkezlemek
- Her departmanın kendi içinde en verimli şekilde çalışmasını sağlamak
- Birbiriyle etkileşimi ve alış-verişi olan departmanların sorunları minimize edip hatta ortadan kaldırıp, fayda kuramına geçirmek
- Personelin bilgi ve tecrübe seviyesini artırıp; odaklanmayı sağlamak
- Fayda ve diğer esas rekabet temellerinin sağladığı gelişmenin daha hızlı oluşudur.

1.2.5.3. Katılımcılık

Yoğun rekabet şartlarında şuurlu alıcıların isteklerini sağlamak ve isteklerden oluşacak şansların kazanmak, personelin uygun çalışmalar sağlanmalıdır (Gencel, 2001:179). Bu nedenle, personelin dâhil olması çağdaş yönetim fikrinin esasını meydana getirmektedir. Genelleme yapılacak olursa personelin dâhil olmasıyla problemlerin halledilmesinde herkesin katkısıyla çözümler artacaktır. Kaliteyi elde etmek, malının üretiminden pazarlanmasına kadar her hangi bir departmanda görev alanların sorumluluğunu gerektirmektedir (Merter, 2006:64). Bu sorumluluk da kendisiyle beraber personelin işin içine dâhil olmasını sağlamaktadır.

TKY tüm herkesin aktif katılımıyla oluşmakta; katılımı yegâne gaye kalitede devamlı gelişim için değil, odaklanmayı sağlayıcı ve eğitsel amacında değerli ve gereklidir. Karar alma hengâmında ise sadece beyin fırtınalarıyla yetinmeyip personelin dâhil olmasıyla, çalışanların başındaki idarecilerin kararı, uygulama yönünde daha esaslı ve sağlam sonuçlar doğurmaktadır. Katılımcı anlayış ile insandan gelen tüm kabiliyet ve maharetlerden faydalanmakta, kurumun içindeki departmanlarında ilgili bir tarzda görevler yerine getirilmektedir (Kıngır, 2006:55).

Personelin katılımının kuruma getirdiği yararlarla ilkenin kullanımı için gerekli olan durumlar aşağıda sıralanmıştır (Merter, 2006:65):

Esas Yararları;

- Kurumda odaklanmış, samimi sadık ve katılımcı personeller,
- Şahsi verimliğinden şuurlu personeller,
- Kurum hedeflerine yenilikler sağlayan ve yaratıcı fikirlere sahip personellerin kazanımı,
- Devamlı gelişmeye katılımı ve katkı sağlama konusunda kararsız olmayan personel meydana getirmektir.

Bu kuramın kullanılması için yapılması gerekenler;

- Kuruma desteklerin ve kurumda etkinliklerinin farkındalığı,
- Verimliğinin sınırlarını belirlemiş personeller,
- Problemlerin olmasında ve bu problemlerin halledilmesinde sorumluluk alabilen personeller
- Şahsi gaye ve hedeflerde verimliliğini ölçebilen personeller,
- Yeteneğini, malumatını ve deneyimini fazlalaştırma amacı güderek etkin bir şekilde fırsatı kollayan personeller,
- Bildiklerini ve deneyimlerini etkin bir şekilde paylaşma açan personeller,
- Problemlerin netlik kazandırıp fikir teatisi yapana personeller.

Nihai olarak, TKY'nin etkili olarak kullanımı, personelin toplam kalite çalışmalarında istekli olmaları lazımdır. Katılım için, kalite şuurunun meydana gelmesi, odaklanmayı fazlalaştıracak ofislerin ve metotların sağlanması lazımdır. Odaklanma devamlı eğitimle sağlanmalı, katılımdan yüksek başarı elde edilmelidir. Bütün başarılar odaklanmayı artırdığından katılım oranı güç kazanacaktır. Katılımın güçlenmesi iletişim, odaklanma ve eğitimin artmasını meydana getirecektir. Bu durumda, Toplam Kalite Yönetimi devamlı gelişime odaklanan, eğitimi, katılımı ve başarıyı devamlı ve faydalı bir devri-daim haline getirecektir (Efil, 1995:178).

1.2.5.4. Liderlik

Liderlik belirlenmiş hedeflere ulaşmak için, grup üyelerinin isteyerek gayret göstermeleri konusunda ikna edebilme yeteneğidir (Donnelly, vd., 1998). Bir diğer ifadeyle liderliği şöyle açıklamak mümkündür: belli bir grubu ya da takımı, kendi

amaçları ve hedefleri yönünde iletişim sağlayarak onları etki altında bırakma ve yönlendirme sürecidir denilebilir (Ünsar, 2007:2).

Liderler, kuruluşun amaç ve idare birliğini sağlarlar. Liderler, kişilerin kuruluşun hedeflerinin başarılmasına tam olarak katılımı olduğu iç ortamı oluşturmali ve sürdürmelidir. Liderlik herhangi bir örgütte gidiş yönünü tespit etmek ve o yön doğrultusunda işgörenleri motive etmek anlamına gelmektedir (Merter, 2006,:61).

Aşağıdaki tabloda yönetici ile lider özellikleri dikkate alınarak karşılaştırılmıştır.

Tablo 1.1. Yönetici-Lider Özellikleri Karşılaştırması

YÖNETİCİ	LİDER
Yönetir	Yönlendirir
Var olan düzeni devam ettirir	Yenilikçidir
Otoritesini makamından alır	Otoritesi karizmasındandır
Yetki devri yapmaz	Astlarına yetki devri yapar
İtaati önemser	Katılımdan yanadır
Planlara aşırı bağlıdır	Alternatif fikirlere önem verir
Tanımlanmış amaçlara göre çalışır	Yeni amaçlar meydana çıkartır
İşi doğru yapar	Doğru işi yapar
Kontrolçüdür	Güvenir

Kaynak: Merter, Mehmet Emin (2006: 63)

Tabloda da görüldüğü üzere TKY’de yönetici alışagelmış yöneticilik fonksiyonlarının yanında aynı zamanda yöneticilik pozisyonundan farklı olarak bir lider olarak da görev almaktadır. TKY’de liderin vazifesi ve sorumluluğunu aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür (Merter, 2006:61-62):

- Liderin, ekip çalışmasına olan inancı tam olmalı ve bu doğrultuda yapılan işlere destek vermelidir.
- Lider, işgörenler arasında saygıyı ve güveni oluşturabilmelidir.
- Lider, önemli bir karar alacağı zaman işgörelere de danışmalıdır.
- Lider, örgütte alıcıları odak noktasına almalı ve onlara kaliteli hizmet vermeyi hedefleyen bir misyon üstlenmelidir.
- Sorun çözme konusunda kararlı olmalıdır.

1.2.5.5. Sıfır Hata

Sıfır hata anlayışı, meydana gelmiş olan hatanın sebebini bulup bu sebepleri ortadan kaldırarak benzer bir hatanın tekrar etmemesini sağlayarak işi ilk defada doğru yapma anlayışını ifade etmektedir. Sıfır hata anlayışını sadece son mamulün hatasız olarak ortaya çıkışını değil, tüm üretim süreci boyunca uygulanmalıdır. Böylelikle üretim yapılırken tüm aşamalarda sıfır hata anlayışı hâkim olacağından dolayı tedbirler alınacak ve ortaya hatasız bir ürün çıkacaktır (Kıngır, 2006:102).

Amerika’da müşterilerin %100 tatmin edilmesinin önemi sıfır hatalı kaliteli mal üretilerek elde edileceğini yapılan bir araştırmayla meydana çıkartılmaya çalışılmıştır. Araştırmada “şayet yapılan işlerde binde bir oranında hata olması durumunda ortaya ne gibi sorunlar çıkardı” önermesinin sonucu elde edilmeye çalışılmıştır. Önermenin hayat bulması halinde meydana gelecek durumun şu şekilde olacağı tespit edilmiştir (Şimşek M., 2007:76):

- Yılda ortalama olarak 12 saat musluklardan bir saat su akardı,
- Günde 384000 kaybolan mektup olurdu,
- Yaklaşık olarak günlük 55 reçete yanlış yazılmış olurdu,
- Ayda 15000 hatalı ameliyat yapılmış olurdu,
- Günde 528000 çekin yanlış hesaplara işlenmesi muhtemeldi,
- İnsanın en hayati organı olan kalbi %1 hata yapsa; yılda 320.000 kere dururdu.

Bu araştırmayla elde edilen sonuçlardan anlaşılacağı üzere, hata oranının binde bir olması durumunda bile büyük problemlere yol açacağı görülmüştür. Bundan dolayı örgütlerin artan rekabet pazarında hayatta kalmaları için sıfır hatalı üretim büyük önem taşımaktadır.

1.2.5.6. Motivasyon

Sistemin geliştirilip iyileştirilmesi yönetimin temel sorumluluk alanlarından biridir. Fakat bunda başarılı olabilmesinin temel unsurlarından biri gayretini ve zamanının büyük kısmını insan unsuruna vakfetmesi gerekmektedir. Bir sistemin geliştirilerek yeni pazarlara girmesi, yeni süreç ve yöntemler bulması için sözü edilen motivasyona ihtiyacı vardır. (Efil, 1995:175-176). Bu noktadan hareket edersek

motivasyonun insan davranışlarında değişiklikler meydana getireceği, onları sorumluluk almaya yönlendireceği, meydana gelen problemleri çözmeye istekli ve kendini geliştirmeyi görev olarak addedeceği istek olarak ifade etmek mümkündür. Motivasyon insanları çalıştıkları ortamdan tatmin olmalarını ve yaptıkları işten zevk almalarını sağlar (Yatkın, 2004:26). Motivasyon aynı zamanda çalışanlara yaptıkları işi sahiplenme ve özgüvenlerini kazanma hissi vererek yaptıklarından sorumlu olma bilinci kazandırır ve daha verimli çalışmalarına etki etmektedir. (Gencel, 2001:180).

Motivasyon iki önemli özelliğe sahiptir. Birincisi, motivasyon kişisel bir durumdur. Bir durumdan birisi motive olabilirken başka herhangi biri motive olmayabilir. İkincisi ise, motivasyonun kişinin davranışsal boyutlarında olmasıdır. Motivasyon açısından önemli olan, kişinin kendisi için değerli bulduğu davranışları uygun ortamda yapmasıdır (Koçel, 1998:434-435).

1.2.5.7. Eğitimde Süreklilik

Kalite yönetimi denince ilk akla gelenlerden birisi olan Ishikawa sürekli eğitimle ilgili “kalite kontrol eğitimle başlar, eğitimle biter” sözü ile ifade etmektedir. İnsan kalite yönetiminin en önemli unsurudur. Bir örgütün toplam kalite yönetimi anlayışını uygulamasıyla birlikte mevcut kullandığı geleneksel sistemden çok farklı bir sisteme geçmesi anlamına gelmektedir. Personeli bu sisteme uyumlaştırmak için mesleki eğitim vererek onları görevlerine hazırlamak ve çağdaş gelişmeleri takip etmek önemli bir sorun haline gelmiştir. Bundan dolayı işgörenleri eğitip onları görevlerine hazırlamak TKY’nin olmazsa olmazlarından (Şimşek M., 2007:136-137).

TKY, bir örgütün kalite göstergesinin personeli ile paralel bir kalitede olduğunu göstermektedir. Organizasyonların kalitesinde kendi çalışanlarının kalitesinden daha yüksek olması umulmadığından personelin devamlı eğitim alarak mesleki ve bireysel kabiliyetlerini iyileştirmeleri ve personele sunulacak eğitimin planlı ve etkin olması beklenmektedir (Şentürk, 2008).

Bu yönetim anlayışında örgütteki en alt düzeyde çalışandan en tepe noktasındaki yöneticiye kadar herkesin eğitim alması gerekmektedir. TKY’de eğitim konuları şu şekilde kategorileşmektedir; TKY anlayışı ve prensipleri, ekip oluşturma ve ekip önderliği, ekipte aktif iş görme yöntemleri ile kaliteyi iyileştirme teknikleri olarak

kategorileştirilebilmektedir. Ayrıca bunun yanında kişisel anlamda gelişmek isteyen işgörenlerin uzmanlık alanları ile ilgili eğitilmelerini gerçekleştirmek yönetimin vazifesidir (Kıngır, 2006:70).

1.2.6. Toplam Kalite Yönetimin Araçları

TKY’de hedeflenen amaçlara ulaşmak için bazı araçlar kullanmak gerekmektedir. Bu araçlar aşağıda sırayla açıklanacaktır.

1.2.6.1. Süreç Akış Diyagramları

Örgüt içerisinde yürütülen faaliyetlerin, ürünlerin ya da süreçlerin gerçekleştirilmesi esnasında izlenen adımların ucuca eklenmesiyle faaliyetlerin, ürünlerin ya da süreçlerin oluşma aşamalarının dizili bir halde görüntülenmesini sağlayan kalite aracı süreç akış diyagramlarıdır. (Merter, 2006:80).

Bu diyagramlar hazırlanmadan önce örgütün hâlihazırdaki durumunu belirten ve işlevlerine ilişkin işlemleri meydana getiren basamakların akış diyagramları çizilmektedir. Bu işlemten sonra örgütün planlanan durumunu gösteren ve işlevlere ait her şeyin hatasız bir şekilde oluşması için akış diyagramları çizilmektedir. En sonunda ise farklılıkların tespit edilmesi ve sorunun görülmesini mümkün kılacak bir şekilde bu iki diyagram karşılaştırılır ve bunun neticesinde gerekli olan çözümler geliştirilebilir. (Halis, 2000:135).

1.2.6.2. Benchmarking

Benchmarking yöntemi, örgütün gelişmesi için bir organizasyonun ürünlerinde, hizmetlerinde ve iş süreçlerinde en iyi uygulamalar olarak kabul görmüş olan uygulamaların araştırılması, tespit edilmesi, sürekli iyileştirilmesi ve bunların kendi süreçlerine uygulanması yönündeki sürekli ve sistematik faaliyetler bütünüdür (Grayson and Jackson, 1992:3).

Benchmarking dört farklı türe sahiptir (Fisher, 1998:18-21):

- Örgüt İçi Benchmarking: Örgütün kendi içerisinde birbirine benzer süreçlerin birbirine kıyaslanmasıdır. Örgüt içerisinde başarılı bir sürecin diğerleri için örnek alınmasıdır.
- Rekabet Eden Benchmarking: kendi örgütünün yer aldığı pazarda bulunan ve faaliyetleri daha iyi düzenlenerek tertiplenmiş rakiplerinin araştırılıp incelenmesi ve örnek alınmasıdır.
- İşlevsel Benchmarking: Faaliyet alanı farklı ve rakip pozisyonunda olmayan ancak çok iyi düzenlenmiş süreçlere sahip diğer örgütlerin benzer süreçlerinin incelenerek örnek alınmasıdır.
- Türdeş Benchmarking: Faaliyet alanı aynı olup alanında üstün başarı gösteren ve lider konumundaki diğer örgütlerin stratejilerini ve süreçlerini kendi strateji ve süreçlerine örnek alınmasıdır.

Belli başlı on aşamaya sahip Benchmarking süreci aşağıdaki gibi sıralanabilir. (Şimşek H., 2007:231-232):

- Kıyaslanacak faaliyetin ne olacağına karar verilmesi,
- Kıyaslama faaliyetini yürütecek bir ekibin meydana getirilmesi,
- Kıyaslama için örnek alınacak örgütlerin araştırılıp tespit edilmesi,
- Dataların oluşturulması,
- Oluşturulan dataların analize tabi tutulması,
- Performans farklılıklarının meydana çıkartılması,
- Mevcut farklılıkların ortadan kaldırılması için hedef geliştirmek,
- Faaliyet planlarının oluşturulması,
- Faaliyete geçilerek faaliyetlerin incelenmesi,
- Tekrar ilk başa dönülerek süreci tekrar etmektir.

1.2.6.3. Kalite Kontrol Halkaları

Kalite halkaları, aynı işi yapan kişiler tarafından meydana getirilen bir grup olmakta, iş bittikten sonra ayrılmaksızın toplanmakta ve karşılaştıkları sorunları tartışma yoluyla gidermektedir. Bu şekilde karşılıklı bilgi alışverişinde bulunmaktadır. Kendi deneyimlerine dayanarak, işin kalitesini nasıl yükseltebileceğini ve hataların,

bozuk oranların düşürülmesi konusunda neler yapılabileceğini kendi aralarında tartışmak suretiyle ortaya koymaktadır (Ertuğrul, 2014:139).

KKH'de ilk olarak çözülmesi beklenen problemler tespit edilmektedir. Sonrasında bu tespit edilen problemler içinde ilk olarak çözülmesi gereken problem katılımlı bir şekilde ekip üyelerince tespit edilmekte ve bu problem daha sonra ekip üyelerince analize tabi tutulmaktadır. Bu süreçte teknik bilgiye sahip uzman kişiler de bulunmakta ve problemin çözümü için en etkili yol olan beyin fırtınası uygulanabilir. Son olarak problemin çözüm aşamasında üyeler katılımlı bir şekilde probleme ilişkin çözüm önerilerini yönetime arz etmektedirler (Özer, 2008:255).

Bu teknik maliyetleri azaltırken kaliteyi geliştiren doğrulanmış kayıtların izlenmesini sağlar. Kalite halkaları problemleri analiz ederek yönetime çözümler sunan ve gönüllük esasına dayanarak toplanan küçük ekiplerdir. Bu önerilerin ve çözümlerin kabulü veya reddi sorumluluğu bu ekip tarafından üstlenilir (Öztürk, 2009:393).

1.2.6.4. Brainstorming

Bir grup insanın toplanarak yaratıcılığı yüksek fikirler ortaya atmak suretiyle gerçekleşen bir uygulamadır. Bu uygulamada herkes özgür bir şekilde fikrini söylemekte ve bu fikirlerle birbirlerini etkileyerek ilham oluşturulmakta ve bu sayede daha çok fikir oluşturulmaktadır (Merter, 2006:83).

Beyin fırtınası ekip çalışmaları için en etkili yollardan biri olup bu uygulamanın amaçları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Kavrakoğlu, 1996:23):

- Beyin fırtınası için toplantıyı belirli bir düzende yapmak,
- Toplantı katılımcılarının tümüne eşit fırsatlar vererek faydalı ve yaratıcı fikirlerin ortaya çıkmasını sağlamak,
- Zamanın en verimli bir biçimde kullanılmasını sağlamak,
- Grup içindeki ortak problemleri meydana çıkartmak,
- Problemlerle ilgili hangi dataların elde edilerek toplanacağına karar vermek,
- Problemin ortadan kaldırılması için çözüm önerileri oluşturmak ve hangi çözüm önerisinin uygulanacağına karar kılmak,

- Oluşturulan yeni uygulamada meydana gelebilecek muhtemel problemleri önceden tespit etmek.

Bu uygulamada öncelikle konu belirlenir. Konu mevcut problemlerden birinin belirlenmesi ile alakalı ise muhtemel problemlerle ilgili; problemlerin çözümüyle ilgili ise çözümle alakalı fikirler sunulur (Merter, 2006:84). Tüm görüşlerin baştan eşit şekilde geçerli olduğu kabul edilir ve beyin fırtınası sona erdiğinde tüm bireysel görüşler tartışılarak sonraki analizler için kaydedilir. Beyin fırtınası tüm akla yatkın nedenler elde edilinceye kadar sürer (Öztürk, 2009:371).

1.2.6.5. Ishikawa Diyagramı

Belli bir sorunun veya durumun muhtemel nedenlerini tespit etmek ve meydana çıkartmak amacıyla sebep-sonuç diyagramı kullanılır. (Merter, 2006:84). Şeklinden dolayı “balık kılçığı diyagramı” ya da “sebep-sonuç diyagramı” olarak literatürde yer almaktadır. Altı evrede özetlenebilen bu diyagram aşağıdaki gibidir (Şimşek M., 2007:280):

- Birinci evrede yeterince ve net olarak problem tespit edilerek tanımlanmaktadır.
- İkinci evrede tanımlanan olası neden için temel gruplamalar belirlenmektedir.
- Üçüncü evrede ekibin bütün üyeleri beyin fırtınası toplantısına katılmaktadırlar.
- Dördüncü evrede ortaya konan bütün sebepler oylanır, grup üyeleri tarafından birden fazla oy verilebilir.
- Beşinci evrede bu oylamalar sonucu en fazla oy alan nedenler işaretlenerek üyeler tarafından problemlerin olası nedenleri üzerinde tartışılır. Tartışmalar sona erdikten sonra ikinci oylamaya geçilir ve sorunlar tekrar oylanır.
- Son evrede ise, en yüksek oyu alan neden, o probleme sebep olup olmadığını anlamak amacıyla teyit edilmektedir.

Son olarak sebep-sonuç diyagramının yararları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Tür ve Durmuşoğlu, 1994:23-24):

- Bu uygulama sayesinde sorunların üzerine gidilerek etkin bir yöntem geliştirilir.
- Diyagram hazırlanırken herkes belli bir noktaya odaklanır ve ayrıca hazırlık aşamasında güçlü bir iletişim sağlanır.

- Eđiterek egzersiz yaptığından dolayı katılımcıların bilgi düzeyini yükseltir.
- Dataların toplanarak konuya bilgisel bir açıdan bakmayı sağlar.
- Konuya olan hâkimiyeti test etmek için iyi bir yöntemdir.
- Bütün problemlere uygulanabilme özelliđine sahiptir.

1.2.6.6. Pareto Analizi

Bu analizde kalitenin etkilendiği bütün unsurların değerlendirilmesi yapılarak verilerin toplandığı bir yöntemdir. “80:20 Kuralı” diye bilinen bu yöntemde, meydana gelen durumların %80’inine, sebeplerin %20’sinin neden olabileceği ifade edilir. Diğer bir anlatım şekliyle hataların büyük bir oranının birkaç sebepten dolayı ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (Merter, 2006:85).

Pareto analizinin veya diğer adıyla “80:20” yöntemi belli bir konuda meydana gelen sorunların analizinin ve çözümünün kullanılma tekniği řu evrelerden meydana gelmektedir (şimşek H., 2007: 237-238):

- Analizde bulunulacak sorunun sınırları belirlenerek araştırılabilir bir hale getirilmesi,
- Sorunla alakalı bilgi ve dataların elde edilmesi,
- Probleme kaynaklık eden nedenlerin listelenerek ayrıştırılması,
- Nedenlerin yüzdelik dilimle tanımlanması,
- Dataların XY çizelgesinde bir grafik şeklinde gösterilmesi

Önemli-önemsiz problemleri birbirinden ayrıştırmaya yarayan bu analizin kullanılmasının faydalarını aşağıdaki haliyle maddeler halinde sıralamak mümkündür (Parlak, 2004:69-70):

- Sorunların en başında olanı tespit etmektedir.
- Tek bir bakışla bile önem sırası göze çarpmaktadır.
- Tüm etkenler içinde ilgilenilen etkenin önem oranı görülebilmektedir.
- Görşelliğinin etkisiyle ikna gücünü artmaktadır.
- Basit hesaplamalarla kolay bir şekilde hazırlanabilmektedir.
- Geliştirmek için verilen uğraşların sonuçları net bir şekilde görülebilmektedir.

1.2.8. Toplam Kalite Yönetimini Uygularken Karşılaşılabilen Engeller

TKY uygulamalarının başarılı olmasında anahtar roller örgüt ve örgüt personelinin özellikleri ile yönetimin bu uygulamaya bakış açısı önemli etkenlerdir. Bu yönetim tarzının başarısız olmasında örgütün uygun bir liderlikten yoksun olması, yönetim tarafından yeterince sahiplenilmemesi, işgörenlerin katılmaması ve mevcut kültürün değiştirilmesi için gereken eğitim programlarının olmaması gibi faktörler bulunmaktadır. Ayrıca bunların yanı sıra, yeniliklere karşı çıkmama, kısa süre içinde büyük yararlar beklemek, yeterli olmayan planlar ve etkin ölçüm tekniklerinin kullanılmaması, ekip çalışmasının yoksunluğu ve kurum kültürüyle uyumlu olmayan basamaklı modellerin kullanılması da başarısızlığa neden olabilen faktörlerdir (Maliye Bakanlığı [MB], ty: 49).

1.2.8.1. Yöneticilerin TKY'yi Sahiplenmemesi

Toplam Kalite Yönetimi uygulamasında karşılaşılan en önemli sorunlardan birisi de Toplam Kalite Yönetiminin uygulanması konusunda işletmede üst yönetimin desteğinin olmaması veya desteğin yetersizliğidir. İşletmede üst yönetimin desteği olmadan hiçbir çalışmayı başarılı olarak sonuçlandırmak mümkün olmamaktadır. Toplam Kalite Yönetimi uygulamasında üst yönetimin desteğinin olmaması, bu desteğin sözde kalması veya yetersizliği uygulamayı başarısız hale getirmektedir (Tekin, 2007:423)

1.2.8.2. İşgören Katılımının Sağlanamaması

Toplam Kalite Yönetiminin uygulamasında karşılaşılan sorunlar arasında işletme yönetiminin çalışanlarına gerekli bilgiyi zamanında paylaşmada başarısız olması da yer almaktadır. İşletmede yönetimle çalışanlar arasında iletişim eksikliği nedeniyle çalışanlar yönetimden gelen bilgileri; doyurucu olmaması, zamanında gelmemesi gibi nedenlerle kuşkuyla karşılamaktadır. Bunun sonucunda işletmede güvensizlik ortamı oluşmaktadır. Bu durum yönetimin çalışanları karar verme sürecine dahil etmemesi nedeni veya sonucu olabilir. İşletmede yönetimle çalışanlar arasında tam bir uyum ve işbirliğinin olmaması TKY önündeki en önemli engeldir (Tekin, 2007:425).

1.2.8.3. Eğitimde Sürekliliğin Sağlanamaması

Eğitimin tüm örgüt içerisine yayılmaması ve sadece yöneticilerin eğitimden faydalanması ve bilhassa proje düzeyinde kalıp da kalıcı organizasyonların kurulmamasıyla işgörenlere eğitim verilmesini engeller (Güner ve Giritli, 2004).

İşletmede Toplam Kalite Yönetimi sistemi uygulamak için öncelikle eğitilmiş insan kaynağına sahip olmak gerekir. Türkiye’de eğitimsiz insan kaynaklarının varlığı en önemli sorunlar arasında yer almaktadır. Bu sorunun çözümünü önemseyen işletmeler yoğun bir şekilde eğitim programları uygulamaktadır. Bu eğitim çalışmalarında Toplam Kalite Yönetimine yönelik çalışmalara ağırlık verilmektedir. Ancak bazı işletmelerde sadece başkaları bu eğitim programını uyguluyor diye eğitim verilmektedir. Genellikle büyük işletmeler eğitime önem vermekte, küçük işletmeler ise eğitimi gereksiz bir masraf olarak görmektedirler (Tekin, 2007:424).

1.2.8.4. Yeniliklere Karşı Direnç

Değişim ve yenilik genel itibariyle mevcut durumlarını korumak ve statükolarını güçlendirmek isteyenler için her zaman bir tehdit olarak algılanmıştır. Özellikle de yönetim bazında bunun etkisi daha çok hissedilmekte ve değişime direnç gösterilmektedir.

Bundan dolayıdır ki yeni bir yönetim anlayışı olan TKY, hem yöneticiler hem de işgörenler tarafından mevcut durumlarını korumak amacıyla dirençle karşılaşmakta ve tepki görmektedir. Genel olarak TKY anlayışının var olan yönetim anlayışını ortadan kaldıracığı ve yeni bir yönetim anlayışı getireceği düşüncesinden dolayı TKY’ye soğuk bakılmaktadır. Oysaki var olan sistem TKY tarafından iyileştirilerek daha işler bir hale getirilip daha etkin olmaktadır. Çalışanlar ve yöneticiler TKY’ye ikinci ve ek bir iş gibi baktıklarından dolayı bu durumdan şikâyet etmektedirler. Ancak TKY’ye bu direnç ve şikâyetler en çok yöneticilerden gelmektedir. Bunun sebepleri şunlardır (MB, ty: 51):

- Yöneticiler değişimi kendi otoritelerini sarsacak bir tehdit olarak görmektedirler.
- Yöneticiler arasında yaygın ve sıklıkla hâkim olan bir inanişâ göre, ürün ve hizmet kalitesinde zaten herhangi bir problem yoktur.

1.2.8.5. Başarının Kısa Zamanda Geleceği Beklentisi

TKY uygulamasının kısa bir süre içerisinde tüm örgüt içerisindeki işleri biranda düzeltecek düşüncesine sahip olan bir yönetim, bunun mümkün olmadığını gördüğünde hayal kırıklığına uğramakta ve bu da TKY'ye olan güveni sarsmaktadır.

Aşırı bir heyecan hissederek TKY'nin tüm problemleri çözeceğini ve her şeyi çok kısa sürede değiştireceğini düşünerek bu doğrultuda komisyon ve ekipler oluşturarak problemlerin üzerine salmak, gerekli olan kültür değişimi sağlanmadıkça başarı meydana gelmeyecektir. Bunun sonucunda da kuvvetle muhtemeldir ki hayal kırıklığı yaşanacaktır. TKY biranda olabilecek değişim değildir. TKY uygulaması ancak sürekli iyileştirme çabalarıyla oluşturulacak bir kültür değişimi neticesinde uzun vadede başarı getirecektir (MB, ty: 51).

Kısa bir süre içerisinde sonuç alma isteği (özellikle girdi maliyetlerinde düşüş beklentisi) ve bu gerçekleşmeyince motivasyon bozulmaktadır (Güner ve Giritli, 2004).

1.2.8.6. Yeterli Planlamanın Yapılmaması

Toplam Kalite Yönetiminin başarısız olmasındaki bir diğer etken de, planlamanın yeterli ve açık olmamasının yanı sıra planlama sürecinde bulunan kişilerle paylaşımın yeterli olmamasıdır. Planlama örgütün ulaşmak istediği hedefi ve izleyeceği yolu belirlemelidir. Yapılan plan yeterli olmazsa çalışmalardan verim alınamayacak ve çabalar boşa gidecektir. Planlama her zaman yapılan ve sürekli ilerleme gösteren bir aşama olmalıdır. Plan yapma sürecinde tepe yönetim kesinlikle olmalıdır. Bir zaman planı yapılmalı ve ilk etkinlikler elde edilebilir sahalarda gösterilmelidir. Bu tür başarılı faaliyetler bütün işgörenlerin TKY süreçlerinde odaklanma kolaylığı meydana getirecektir. Alıcılara ve işgörelere uygulanan anket sonucunda ulaşılan bilgiler neticesinde, kalite maliyetleri için yapılan analizlerinin sonuçlarının dönütleri planlama faaliyetinin iyileştirilmesinde yararlı olacaktır. TKY'de bir planın başarılı olabilmesi için göz ardı edilmemesi elzem olan üç asıl koşul vardır (MB, ty: 52):

- Örgüt genelinde iştirak ve sahiplenmeyi meydana getirme
- Örgütün vizyonunu, misyonunu ve amaçladığı hedefleri bütün işgörelere yaygınlaştırma ve özümsetme

- Örgütün yeni yaklaşımlar konusunda açık ve net bir iletişim sahası meydana getirmesi.

1.2.8.7. Kullanılan Modellerin Kalıplaşmış Olmaları

TKY’de başarılı olmanın önündeki engellerden bir tanesi de mevcut yazılı reçetelerden birinin kullanılması, bir diğer deyişle kalıp program modellerin kullanılmasıdır. TKY uygulamalarında hazır kalıp programlar uygulayan örgütler yüksek bir ihtimalle bu tür programların gereksinimlerine karşılık gelmediğini görecektir. Deming, Juran ve Crosby gibi kalite alanında söz sahibi düşünürlerin sağladığı katkılarla meydana getirilen standart yaklaşımların sağladığı yararlar şüphesizdir. Bunun yanı sıra kişiler veya danışmanlık firmalarınca geliştirilen yaklaşımlar da vardır. Sorun böyle yaklaşımların örgütlere uyumlaştırılması değil, örgütlerdeki faaliyetlerin böyle yaklaşımlara uyumlaştırılmaya çalışılmasıdır (MB, ty: 53).

1.2.8.8. Etkin Ölçüm Tekniklerinin Kullanılmaması

TKY’de hedeflere ulaşmak için kullanılan en etkin yol, söz konusu icraatların ölçülmesi, sonuçların kontrol ve değerlendirilmeleri yapılarak, yanlışların ve noksanların tespit edilmesidir. Böylece önleyici tedbirler alınabilecek ve iyileştirme faaliyetleri yapılabilir. Fakat ölçümler yanlışsız ve etkili tarzda yapılmalıdır. Bu yüzden ölçüm aletlerinin gözden geçirilmesi ve bu doğrultuda doğru önlemlerin alınması lazımdır (MB, ty: 53).

1.2.9. Toplam Kalite Yönetiminin Yararları

TKY’de gaye, tüm personelin katılmasını sağlayarak kalitenin sürekli iyileştirilmesi ve toplam maliyetlerinin düşürülmesidir. Kalitenin iyileştirilmesi sonucu tali işlemlerin, yani yetersiz kalitedeki mamullerin azaltılması sağlanabilmektedir (Pearce ve Robinson, 1997:394).

TKY ve bunun gibi çağdaş üretim felsefelerini kaçınılmaz kılan piyasa koşulları ve gelişmeler son derece çeşitlidir. Piyasadaki rekabet gün geçtikçe daha da artarak

değişmektedir. İş dünyasına giren yeni rakipler, ürün ve hizmetlerin pazara sunulmasında yeni usuller, alıcıların yeni talep ve istekleri gibi çeşitli nedenler vardır. Teknolojinin gelişmesi yeni olanaklar ve güçlükleri hayatımıza sokmaktadır. Bilgi işleme ve enformasyon teknolojilerinin bize bahsettiği geleneksel usulleri daha verimli kullanmanın ilerisinde çağdaş teknik ve yöntemler meydana getirmek, personellerimizin teknik kabiliyetlerini ve takım çalışması becerilerini devamlı geliştirmektedir (Sullivan ve Harper, 1997; 16-17).

Kaynakların yetersiz ve az olduğu bir durumda, TKY bu kaynakları en verimli şekilde kullanımını sağlayarak etkin ve güvenilir eğitim olanağı sunar. TKY'nin en önemli yönü kalite ölçülerini sistemin içine dâhil etmesidir. Kalitenin sisteme dâhil edilmesiyle alıcıların memnuniyeti ve kesintisiz iyileştirme arttırılarak başarı elde edilir, ürünlerin kalitesinde artış ve maliyet kalemlerinde azalmalar olur, sorunlara neden olan durumların kaynağında düzeltmelere imkân doğar (Genç, 2011).

TKY'de faaliyetlerden olumlu sonuçlar alınabilmesi için başarıya ulaşmanın tüm şartlarının sağlanmasına bağlıdır. Başarılı bir şekilde yürütülen TKY yönteminin örgüte sağlayacağı faydaları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (Gencel, 2001:190-192):

- Amaçlara göre çalışma anlayışını tüm düzeylerde iyileştirme
- Rekabet etmede örgütün gücünü artırmak
- Artan karlılık düzeyi
- Pazar payının genişlemesi
- Yeni piyasalara ve alıcılara ulaşabilmede artan beceriler
- Tasarımlarda müşteri memnuniyeti gözetilmesi
- Takım halinde ve işbirliği içinde çalışma becerilerinin geliştirilmesi
- Yatırımlarda dönütlerin artarak hızlanması
- Alıcıların şikâyetlerinde azalmalar meydana gelmesi
- Artan örgüt-müşteri bağlılığı
- Tedarikçi kişi veya firmalarla ilişkilerde sürekli düzelme
- Tedarikçilerin örgüte sunduğu ürün/hizmet kalitelerinde sürekli iyileşme
- Bütün aşamalarda devamlı bir şekilde iyileştirme sağlanması
- İşgörenlerin isteklendirilmesinde artış sağlanması
- Anahtar hedeflere odaklanmanın temin edilmesi

- Artan işgücü verimliliği
- Maliyetlerin düşürülmesi
- İşgörenlerin katılımlarının güçlü bir şekilde sağlanması
- Uygun teslimat zamanlaması
- Tasarım için ayrılan sürenin optimum düzeye indirgenmesi
- İyileştirilmiş ortam koşulları
- Güçlü bir iletişim ağının kurulması ve ortak bir dil kullanılması
- İşgücü devrinin iyileştirilmesi
- Enerji verimliliğinin optimum düzeye yükseltilmesi
- Hammadde, yarı mamul ve nihai ürün stoklarında azaltılmaya gidilmesi
- Örgütün ast-üst yapısında sayının azaltılarak yapının basitleştirilmesi
- Kapasite artışı
- Tezgâhların verimli kullanımlarında artış
- Garantili ürünlerden dolayı, değiştirme ve tamirat ödemelerinde azalma
- Üretime hazırlık için harcanan sürelerin kısaltılması
- Bakım-tamirat masraflarının düşürülmesi
- İmalat esnasında meydana gelen hata, ıskarta, yeniden değerlendirme işlevlerinde düşüş.

TKY'nin hedeflerini kısaca şu şekilde özetleyebiliriz (Ecer vd., 2007:2):

- Organizasyonun hitap ettiği kesimin gereksinimlerine daha aktif ve sağlıklı bir şekilde yönelebilmek,
- Ürün ve hizmette kaliteli olmanın yanı sıra diğer tüm sahalarda da maksimum kalite performansına ulaşmak,
- Kaliteye ulaşmak için farklı yöntemlerden faydalanmak,
- Farklılaşan durumlara uyumu kolaylaştırabilmek için kesintisiz geliştirme stratejileri uygulamak,
- Hatasız, stoksuz ve minimum maliyetle, amaçlanan müşteri memnuniyet ölçüleri temel alınarak mal ve hizmet üretimini meydana getirmek,
- Sorun çözümlerinde takım çalışması anlayışını benimsemek
- Örgütün tüm kanallarında açık iletişim sistemi yerleştirerek tüm çalışanların aktif katılımını gerçekleştirmektir.

TKY için en önemli hedeflerden biri işgörenlerin örgüte olan sadakatlerinin ve yararlarının artması ve bunun neticesinde işgören performansını yükselterek ürün ve hizmet kalitesini yükseltmektir. Bu hedeflere ulaşabilmek için de işgörenlere yetki verilmesinin gerekli olduğunun altı sık sık çizilmektedir (Yıldırım, 2000; 264).

TKY'nin rolü ne kadar doğru saptanırsa, başarısı da buna paralel olarak o oranda yükselir. Yönetimler örgüt kültürünü olumlu sayıp, insana değer vererek ve onu değerlendirmek suretiyle bir TKY felsefesini benimsemişlerdir.

TKY'nin temelinde işini ilk seferde doğru yap ve hatayı ortaya çıkmadan engelle yatmaktadır. Hataların ortaya çıkmadan engellenmesi için çalışanların motive edilmesi, yönlendirilmesi, bilgi ve beceri düzeylerinin yükseltilmesini sağlayacak eğitimlerin verilmesi gerekmektedir (Demir ve Gümüsoğlu, 2003:33).

Bilgi ve beceri bakımından yüksek potansiyele sahip personellerin kendilerine güveni olacağından dolayı her konu hakkında fikir sahibi olur ve girişkenlikleri sayesinde işletmesine sürekli katkıları bulunur.

1.2.10. Toplam Kalite Yönetiminin Kamuda Uygulanması

TKY'nin temelinde yer alan ve insanlık tarihi kadar eski olan kalite kavramı, bir ürünün veya hizmetin, alıcının gereksinimlerine cevap vermesi ve bir eksiklik barındırmaması anlamına gelmektedir. Bir örgütsel yapının ve sunulan hizmetlerin var olması nedeniyle kalite olgusu kamu yönetimi bağlamında da gündeme gelmektedir. Bir kamusal hizmetin kaliteli olarak değerlendirilmesi için ise; en azından şeffaflık, katılım ve müşteri ihtiyacını karşılama özelliklerini taşıması gerekmektedir (Parlak ve Sobacı, 2005).

1.2.10.1. Kamu Örgütlerinde Toplam Kalite Yönetimini Gündeme Getiren Nedenler

Değişimin kaçınılmaz hale gelmesi kamuda TKY uygulamalarına geçmenin en temel nedenlerinden biridir. Hızla değişen dünyada ve rekabetçi piyasada kamu örgütlerinin özel sektör örgütlerine ayak uyduramadığından geri kalarak verilen hizmetler ile talepler arasında hizmet aleyhine açık olduğu her zaman söylenmektedir (Balcı, 2002; Saran, 2001:11). Bu açığı kapatmak ve özel sektör örgütleriyle rekabet

eder bir hale gelebilmek ve aynı zamanda hizmetlerin talepleri karşılayabilmesi için kamu örgütlerinde toplam kalite yönetimine geçmek kaçınılmaz olmuştur.

Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının kamu örgütlerinde kaçınılmaz kılan bir diğer neden ise kamu hizmeti alan vatandaşın aldığı bu hizmetin kalitesinden emin olmamasıdır. Kamuda üretilen ürün ve sunulan hizmeti tüketen nihai müşterileri vatandaşlar oluşturduğundan dolayı onların tüketimine sunulan mal ve hizmetler hakkındaki fikirleri oldukça önemli bir olgudur. Vatandaşın beklentilerini karşılayacak bir mal ve hizmet üretmek için vatandaş odaklı bir anlayış lüks olmaktan çıkmış olağan bir durum haline gelmiştir (Balcı, 2002; Feiganbaum, 1993:7). Bundan dolayıdır ki vatandaşın beklentilerini TKY uygulamaları sayesinde karşılanmaktadır ve TKY kamuda çok önemli hale gelmektedir.

Günümüzde kamu hizmeti veren kuruluşlar, toplum yaşamında yerine getirdikleri işlevlerden dolayı oldukça önemli bir yere sahiptirler. Bundan dolayı bu kuruluşların sundukları hizmetlerde kalitenin artırılması, toplumca hedeflenen etkinlik ve verimlilik düzeyine ulaşabilmek için zorunlu bir koşul haline gelmiştir. Merkezi devletin büyümesi ile birlikte artık kamu kuruluşları devasa büyüklüğe ulaşmış, geniş personel bütçeleri ile hantal bir yapıya bürünmüşlerdir. Bu kuruluşların TKY sistemini uygulamaya başlamaları özellikle personelin zamanının, enerjisinin ve motivasyonunun boşa harcanmasını önleyecek ve kuruluşların etkin bir yapı kazanmalarına katkı sağlayacaktır (Coşgun, 2010:33).

TKY felsefesinin kamu kurumlarında esas neden, hizmetlerinde kalitenin artırılmasının gereğidir. Ancak hizmetlerde kalitenin artırılabilmesi oldukça karmaşık bir sorundur. Kamu kuruluşlarındaki geleneksel vatandaş anlayışı bu süreçle birlikte müşteri anlayışı olarak değişmiştir. Geleneksel kamu yönetimi anlayışında sadece vergi verip yönetsel uygulamaları izleyen pasif vatandaş bu uygulamayla birlikte müşteriden de öte artık kamu kurumlarının verimliliğini ve etkinliğini denetleyen siyasal ve katılımcılık anlayışının bir yansıması olan demokratik süreçlerde yer alan aktif vatandaş konumuna geçmiştir. Bu yeni yönetim anlayışıyla birlikte vatandaş artık bir müşteri gibi aldığı hizmetin karşılığını ödeyerek ilgili süreçlerde performansı denetleyerek ve kolaylıkla hesap sorabilen etken bir pozisyona gelmiştir (Aykaç ve Özer, 2006).

Kamu yönetiminde bu çağdaş yapılanmanın neden gerekli olduğunu ve kamusal hizmetlerde kalite artırmanın neden bu denli önemli olduğunun gerekçeleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (DPT, 2000):

- Kamusal hizmetler için yeterli kaynak tahsis edilmemesi,
- Vatandaşlar arasında kamu hizmetlerine karşı olan algının negatif olması,
- Yeni yönetim anlayışlarının özel sektörde kullanılmaya başlanmasıyla bu anlayışların kamu yönetimine yansması,
- İcat edilen yeni teknolojiler sayesinde hizmet kalitesinin yükseltilebilecek seviyeye gelmesi,
- Artan eğitim seviyesi ve yeni iletişim teknolojileriyle birlikte vatandaşların kamu hizmetlerinden beklenti ve isteklerinin artması.

Kamu yönetiminde Toplam Kalite Yönetimi'nin etkin ve verimli bir şekilde uygulanabilmesi için kurumsallaşmış bir demokrasinin ve etkin bir vatandaşlık şuurunun içselleştirilmesi gerekmektedir. Bunun için vatandaşlar her alanda ve her biçimde mümkün olduğunca yönetime katılmalı ve etkili bir örgütlü toplum yapısı oluşturarak devletin vatandaşlara hizmet için var olduğu anlayışı benimsenmelidir (Parlak ve Sobacı, 2005).

1.2.10.2. Toplam Kalite Yönetiminin Kamu Yönetiminde Uygulanma Aşamaları

TKY'nin kamu yönetiminde uygulanması için şu aşamaların izlenmesi gerekmektedir (Ardıç, 2004):

- Yöneticilerin İkna Edilmesi: TKY'nin uygulanabilmesi açısından ilk aşama üst düzey yönetimin işin içine girmesi amacıyla ikna edilmesidir.
- Kalite Organizasyonunun Oluşturulması: Yöneticiler ikna edildikten sonra bir kalite politikası, stratejisi, programı, aksiyon planları ve örgüt yapısı oluşturulmalıdır. Bu amaçla ABD'dekine benzer bir şekilde, merkezi boyutta "Devlet Kalite Enstitüsü" kurulabilir.
- Üst Düzey Yöneticilerin Katılımının Sağlanması: TKY'nin başarısı üst düzey yönetimin katılımı ve desteğiyle doğru orantılıdır.
- Yöneticilerin Eğitimi: Bu aşama da dâhil olmak üzere ilk dört aşama, toplam kalite zeminin oluşturulma safhasıdır. Bu aşama yöneticilerin yöntemler ve

TKY'ye ilişkin araçlar konusunda eğitilmesidir. Bu aşamadan sonra artık uygulamaya konma aşaması başlayacaktır.

- Bilgilendirme: Bu noktada, kamu kurum ve kuruluşlarındaki tüm personelin çalışmalara katılımını öngördüğü için, tüm personel TKY hakkında eğitilmelidir.
- Personelin Katılımının Sağlanması
- Çember Faaliyetlerin Başlatılması
- Yetersizlikle Mücadele Yollarının Öğretilmesi: Yetersizlik sebepleri; verimsizlik, kalitesizlik, maliyet gibi faktörler olabilmektedir. Söz konusu yetersizlikler ve nedenleri tespit edilmeli ve bunlarla mücadele yolları personele öğretilmelidir. Ancak, yetersizlik nedenlerinin sayılaştırılarak ölçülebilir hale dönüştürülmeleri yetersizlikle mücadelede çok önemlidir.

1.2.10.3. Kamuda Toplam Kalite Yönetiminin Uygulamasını Zorlaştıran Nedenler

Kamu yönetiminde TKY'yi zorlaştıran nedenler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Aktan,2003):

- Kamuda değişimi gerçekleştirmek özel kesime göre daha zordur. Statükoyu oluşturan güçler (siyasi iktidarlar, bürokrasiler ve çıkar grupları vs.) menfaatlerine ve çıkarlarına aykırı olan yeniliklere ve değişimlere karşı direnç gösterirler. Bu direnç sadece kamu sektöründe değil aynı zamanda özel sektörde de değişime karşı bir direnç vardır. Ancak bu kamu sektöründeki gibi boyutu büyük değildir.
- Kamu sektöründe olan vatandaş anlayışını Toplam Kalite Yönetimi'ndeki gibi temel olan müşteri anlayışı ile değiştirmek oldukça zordur. Esas itibarıyla bir mala ya da hizmete talip olan ve bunun karşılığında bir bedel ödeyen kişi müşteri olarak ifade edilmektedir. Ancak bu mal ve hizmetler kamuda vatandaşlar tarafından dolaylı olarak talep edilir. Yani kamu sektöründe üretilen mal ya da hizmetlere vatandaşların seçtiği “siyasetçiler” ve “atanmış bürokratlar” karar verir. Bir diğer neden ise kamu sektöründe arz edilen mal ve hizmetlerin parasal karşılığı doğrudan vatandaşlardan talep edilmez. Örnek verecek olursak, savunma, adalet ve eğitim gibi hizmetlerde vatandaşlardan bunun karşılığında bir bedel beklenmez. Bu nedenle “vatandaş” ile “müşteri” kavramları birbirlerinden farklı kavramlardır.

- Kamu hizmetlerinde toplam kalite yönetimi bağlamında büyük bir öneme sahip olan insan kaynakları yönetimi de tam anlamı ile uygulamak mümkün değildir. “insan kalite”sinden tam anlamı ile söz edebilmek şartlarında biri liyakate göre kişilerin işe yerleştirilmesi gerekir. Ancak kamu sektöründe mülkiyetin yani sermayenin maliki özel kişiler ve kuruluşlar olmadığı için kamu kurum ve kuruluşlarının yöneticileri torpil ve kayırmacılıkla ehil olmayan akraba, dost, partidaş v.b. kimseleri istihdam etme eğiliminde olabilmektedir.
- Toplam Kalite Yönetiminin önemli bir boyutunu oluşturan “stratejik yönetimin” Kamu sektöründe uygulanması oldukça zor bir iştir. Seçilmiş siyasilerin ve atanmış bürokratların kamu sektöründe uzun süre benzer görevlerde kalabilmeleri genel itibariyle mümkün olamamaktadır. Hükümet değişikliklerinde önemli görevlerde bulunan bürokratlar değiştirilebilmekte ve bu nedenle stratejik yönetimi uygulamak hiç de kolay değildir.

İKİNCİ BÖLÜM

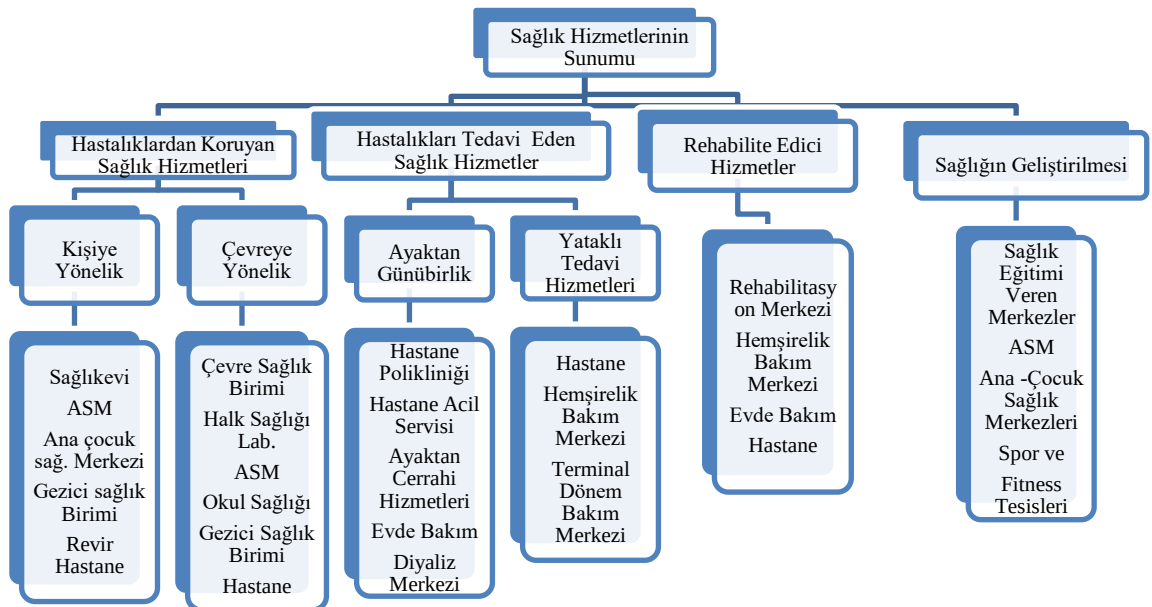
SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURULUŞLARDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

2.1. SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNUN TANIMI

Sağlık ya da bu sağlığın belli ölçüde kaybedilmesi anlamında olan hastalık durumu bireyin ruhsal ve fiziksel durumunun bir yansımasıdır. Birey hayatın her dönemini bu iki kavram arasında geçirmektedir. Sağlık hizmetleri, bireyin hastalıktan arınmasını esas almakta diğer bir ifade ile sağlık statüsünün yükseltilmesini amaç edinmektedir (Top, 2013).

Bu hizmetlerinin kapsamı sadece hastalıkları teşhis, tedavi ve rehabilite etmek değildir. Sağlık hizmetleri aynı zamanda hastalıkları önlemek ile toplum ve bireylerin sağlık düzeylerini geliştirmek gibi faaliyetlerin bütününe kapsar. Toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek, hastalıkları tedavi ve rehabilite etmek sağlık kurumlarının ve sağlık uzmanlarının sunduğu hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:34).

Sağlık hizmetleri, geniş ve bir o kadar da kompleks bir organizasyona sahiptir. Sağlıklı beslenmeden, hijyenik çevre ortamına, erken tanı için yapılan tarama testlerinden tedavisi günümüz itibarıyla mümkün olmayan sakatlıkların rehabilite edilmesine kadar oldukça geniş bir yelpazede işlev görmektedir (Turgay, 2006:16).



Şekil 2.1 Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları

Kaynak: Ş.Kavuncubaşı-S.Yıldırım, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010, s35

Şekil 2.1’de belirtildiği gibi sağlık hizmetlerinin sunumu, hastalıktan koruyan sağlık hizmetleri, hastalığı tedavi eden sağlık hizmetleri, rehabilite eden sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak 4 başlıkta incelenmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri bireyin sağlık durumunun kaybedilmeden korunmasını amaçlar. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalığın meydana gelmesinden sonra bireyin sağlığına kavuşmasını amaçlar. Rehabilitasyon hizmetleri, kişilerin hastalık veya kaza sonucu bedenlen veya zihinsel olarak kaybettikleri sağlıklarını geliştirmeyi hedefler. Son olarak sağlığın geliştirilmesi ise sağlıklı bireylerin sağlık durumlarının en üst düzeye taşınmasını hedefler (Top, 2013:39-40).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, bireyin ruh ve beden sağlığını korumak ve bunu geliştirerek toplumu sağlıklı bir hale getirmektir. Bununla çevreye, topluma ve kişiye dönük sağlık hizmetlerinin sunumunu ve talebini kapsayan ve böylelikle ulaşılabilecek sağlıklı bir dünya amaçlanmaktadır (Sargutan, 2005:403).

2.2. ETKİLİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Bireylerin sağlık durumlarının takip edilerek gerekli önlemleri almak sağlık düzeylerini geliştirmek için bir zorunluluktur. Sağlık hizmetlerini sunmanın kendine has bir yapısı olduğundan dolayı sağlık hizmeti sunan kuruluşlar diğer hizmet ve üretim sektöründen farklılar gösterir (Top, 2013:40).

Kendine özgü özelliklere sahip sağlık hizmetlerinde 7/24 kesintisiz sağlık hizmeti veren dinamik bir yapısı, uzmanlaşmış bir kadroya sahip olması, hizmet verme şeklinin arz-talep dengesinden ayrı olması, karı birincil öncelik yapmaması ve matriks bir yapının faaliyetlerine hâkim olduğu organizasyonlardır (Tanrıverdi ve Erdem, 2010:75). Sağlık hizmetlerinin etkili verilebilmesi için çabuk ulaşılabilirlik, kullanılabilirlik, süreklilik, verimlilik ve kaliteli hizmet gibi temel vasıfları taşıması gerekmektedir (Özalbant, 2010:5).

Hastalar, hizmetin nicelik ve niteliği hakkında kolayca bilgilenemezler, telkine açıktırlar, sağlık personeline güvenmek durumundadırlar. Dolayısıyla hastalar sağlık hizmetini satın almadan önce hizmetin niteliği ve değeri konularında bir ölçüme gidemezler. Hizmet verildiği anda ekonomik değerini yitirir ve sadece fayda sağlar. Asıl önemli nokta ise hizmetin sağlayacağı faydanın önceden bilinmemesidir (Kurtulmuş, 1998).

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü diğer özellikleri aşağıda özetlenmiştir (Kavuncubaşı, 2007:270):

- Uzmanlaşma düzeyinin yüksek olduğu bir sektördür,
- Fonksiyonel bağımlılığın yüksek olduğu sağlık hizmetlerinde farklı meslek gruplarının işleri arasında yüksek seviyede koordinasyon gereklidir,
- Uzman insan kaynaklarından oluşan sağlık hizmetleri çalışanları mesleki hedeflere kurumsal hedeflerden daha çok önem vermektedir,
- İkili otorite yapısına sahip sağlık kurumları koordinasyon, kontrol ve çatışma problemlerine yol açabilmektedir,
- Sağlık kurumlarında işlerin karmaşık ve değişken olmasından dolayı hizmet standartları geliştirilememekte, her bir hastaya has bir süreç izlenmektedir,
- Sağlık hizmetleri çoğunlukla önemli aciliyetler arz etmekte ve ertelenemez özelliklere sahiptir,
- Sağlık hizmetlerinde hatalara ve belirsizliklere olan aşırı hassasiyetinden dolayı hata ve ihmallere sıfır tolerans vardır.
- Sağlık kurumlarında sunulan hizmetleri tamamlanmış bir çıktı olarak almak ve bunu ölçmek zordur.

Sağlık hizmeti talebinin nerede ve ne zaman olacağı bilinemez. Kişilerin sağlık hizmetlerine olan ihtiyacının zaman, mekân ve şekil olarak kestirmek mümkün değildir. Sağlık hizmetlerini almak, hastalığın ya da belirtilerinin meydana çıkmasıyla başlamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerini kimin talep edeceğini ve bunun miktarının ölçüsünün önceden tahmin edilmesi olanaksızdır. Bulaşıcı ve salgın hastalıkların birden bire vuku bulması sağlık hizmetlerine olan talepte ve tüketiminde patlamaya yol açar. Fakat bu salgın ve bulaşıcı hastalıklardan etkilenenlerin kimler olacağı ve bu nedenle talebi gerçekleştirecek kişilerin kimler olacağını bilmek olanaksızdır (Top, 2013).

Hastaneler özellikleri arasında şunlar sayılabilir (Aslan, 2004:600):

- Karmaşık yapıda olmaları,
- Matriks bir organizasyon tarzında olmaları,
- 7/24 hizmet veren bir organizasyon yapısı,
- Organizasyon içinde bulunan meslek gruplarının farklı rollere sahip olmaları sayılabilir.

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında belli başlı hizmetler göz önüne alınarak üç kategoriye ayırmak mümkündür. Bunlar; hastalığı önlemeye yönelik sağlık hizmeti, hastalığı tedavi etmeye yönelik sağlık hizmeti ve rehabilite edici hizmetlerdir (Kılıç ve Aksakoğlu, 1995:42).

2.3.1. Hastalığı Önlemeye Yönelik Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı, toplumu ve bireyleri olası hastalık durumlarından muhafaza etmek ve hastalık faktörlerinden uzak tutmaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri, tüm sağlık kurumları tarafından verilebilmektedir. Örneğin, hastanelerin temel işlevi hastalıkların tedavi edilmesi olmakla birlikte aynı zamanda çocuk takibi, doğum kontrol stratejileri ve aşılama takibi gibi koruyucu hizmetler de verilmektedir. (Top, 2013:42).

Koruyucu sağlık önlemleri temelde üç kategoride incelemek mümkündür (Öztürk ve Özata, 2010:9-10, Özyurt, 2004:5):

Primer Koruma: Bireysel veya toplumsal düzeyde sağlığın geliştirilmesi amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, güvenli bir çevre oluşturma, fiziki ve psikolojik açıdan iyi duruma gelmek için gerekli önlemlerin alınması.

Sekonder Koruma: Sağlığın bozulma ihtimaline karşı erken teşhis ve tedavi önlemlerini kişisel ve toplumsal düzeyde almak.

Tersiyer Koruma: Hastalıktan kaynaklanabilecek sakat kalma ve kalıcı düzeyde yetenek veya organ kaybı gibi durumları asgari seviyeye indirme, hasta bireyin yeni duruma uyum sağlayarak yaşam standartlarının artırılması için gerekli önlemlerin alınmasıdır. Tersiyer koruma diğer bir ifade ile hastaların rehabilite edilmelerini kapsamaktadır.

2.3.2. Hastalığı Tedavi Edici Hizmetler

Sağlık hizmetlerinin başlıca amaçları bireyin ve toplumun sağlığını muhafaza ederek hastalıkları önlemektir. Ancak bunu bütünüyle başarmak imkânsızdır. Bu durumda ikinci aşama olan tedavi edici sağlık hizmetleri devreye girer. Hastalığı tedavi

etmeyi amaçlayan sağlık hizmetleri, sağlığı bozan durumun ortaya çıkması veya belirtileri belirdikten sonra uzman hekimlerin sorumluluğunda ve diğer sağlık personellerinin eşliğinde gerçekleştirilen tanı, teşhis ve tedavi işlemlerini kapsar (Top, 2013:43).Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamakta ele alınmış olup bu basamaklar aşağıda açıklanmıştır (Öztürk ve Özata, 2010:10):

Birinci Basamak Hastalığı Tedavi Etmeyi Amaçlayan Sağlık Hizmetleri: Hastaların hastaneye gelmeyerek evlerinde ya da hastanede ayakta tanı ve tedavi hizmetlerinin sunulduğu bir sağlık hizmetidir. Türkiye’de aile sağlığı merkezleri, özel poliklinikler ve muayene ofisleri, verem savaş dispanserleri ve sağlık merkezleri bu grupta yer alan kuruluşlardır.

İkinci Basamak Tedavi Etmeyi Amaçlayan Sağlık Hizmetleri: Tedavi edilecek hastalık için yoğun tıbbi bilginin ve teknolojinin gerekmediği durumlarda hastalıkları teşhis ve tedavi etmek amaçlı için yatırılarak sunulan hizmet şeklindedir. Ülkemizde devlet hastaneleri, özel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri bu kategoride hizmet sunan kuruluşlardır.

Üçüncü Basamak Tedavi Etmeyi Amaçlayan Sağlık Hizmetleri: İleri derecede tetkikler ve tedavi gerektiren, yoğun tıbbi bilgi ve teknolojiye ihtiyaç duyulan hastalıkların tedavisi için düzenlenen tedavi hizmetleridir. Türkiye’de üniversite hastaneleri bu kategoridedir

2.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalıklardan ya da kazalardan kaynaklanan bedensel ve zihinsel becerilerin kaybı sonucunda bu becerilerin tekrar kazandırılmasını sağlamaya yönelik hizmetlerdir. Bu sağlık hizmetleri, bir bütün çerçevesinde ele alınan tıbbî, sosyal, eğitsel ve mesleki etkinlikler yoluyla kaza veya hastalık kaynaklı sakatlıkların kişiye imkan dâhilinde olan en yüksek fonksiyonel becerileri kazandırmayı hedeflemektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:39). Bu hizmetler iki başlıkta incelenir (Öztürk ve Özata, 2010:11):

Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri: Bedende meydana gelen ve kalıcı özellik taşıyan arızaların/sakatlıkların düzeltilmesini, yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan sağlık hizmetleridir. Örneğin postür bozukluklarının iyileştirilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb. bozuklukların düzeltme hizmetleridir.

Sosyal ve Mesleki Rehabilitasyon: Özürlülük ya da sakatlık durumuyla karşı kaşıya kalanların gündelik yaşamlarında etkin bir şekilde yaşaması, herhangi bir kimseye bağlı kalmadan kendi başlarına hayatlarını sürdürebilmeleri amacıyla yerine getirilen iş uyumu sağlama, iş edindirme veya öğretme çalışmalarıdır.

Bu şekilde sınıflandırılmaya tabi tutulan sağlık hizmetleri hem sistemde verimliliği sağlar hem de kaynakların etkin kullanılarak israf edilmesini önler.

2.3.4. Sağlık Gelişimi

Sağlığı bozulmamış bireylerin sağlıklarının daha ileri seviyeye yükseltilmesini sağlayan sağlığın geliştirilmesi kapsamındaki hizmetlerdir. Böyle bir görev sadece sağlık hizmeti veren kurumların sorumluluğundan başka ulusal ve uluslararası tüm özel ve kamu örgütlerinin sorumlu olması ve sağlığın ilerletilmesi için bu örgütlerin görev alması gerekmektedir. Sağlık eğitiminden farklı olan sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, toplumu sağlık konusunda bilinçlendiren sağlık eğitimini de kapsayan daha geniş çerçeveli bir hizmet türüdür. Bu sağlık hizmetinde amaç bireyin ve toplumun sağlık durumunu yükseltmeye dönük faaliyetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:39).

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN NİTELİĞİ

Sağlık hizmetlerinin niteliği şu şekilde sıralanabilir (Sargutan2004:45):

- Gerek fert bazında gerekse toplum bazında ve nihayetinde tüm dünyanın sağlıklı olması için çaba sarf eden,
- Sosyal ve hizmet tarafı ağılıkta olan,
- Çok yönlü ve karmaşık,
- Özünde “Temel Sağlık Hizmetleri” olarak tanımlanan ve doğrudan doğruya fertlerin faydalandığı sağlık hizmetlerinin bulunduğu,
- Bünyesinde barındırdığı tüm sistemleri (Hizmet ve ürün, kurum ve kesim, arz ve talep) arasında ve ilgili sektörler arasında bir bütünlüğe sahip olması gereken,
- Kendi dışında kalan gerek hizmet gerekse üretim sektörlerinin, üretim alanlarını, ekonomik ve sosyal gücünü kuvvetle ve direkt etkileyen,

- Toplumun güçlülüğünün, gelişmişliğinin, müreffehiyetinin, kaynaşmışlığının ve istikrarlılığının, birlik ve bütünlüğünün kurulmasında ana unsurlardan birini oluşturan,
- Teknik ve teknolojik bakımdan nitelikli ve giderek daha pahalı teknik ve teknolojik ürünler kullanan,
- Devamlı ve süratli bir şekilde değişen ve gelişen,
- Kamusal mal ve hizmet olma niteliğini taşıyan hizmetler olarak sıralanabilir.

2.5. SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMAÇLARI

Bir toplumun sağlıklı olma halini gösteren ve özellikle insan mutluluğuna temel kaynak teşkil eden sağlıklı olma durumu o toplumun sağlık göstergesidir. Bu yönüyle bireylerin sağlıklı olma halini ve toplum sağlığının yükseltilmesi devlete düşen önemli ve ciddi bir görev olmakla birlikte, bu durumun giderek insanlar tarafından daha çok talep edilmesinden dolayı tüm dünyada global sağlık hizmetlerinin niteliğini de yakından ilgilendirmektedir (Kurtulmuş, 1998:13-14).

Sağlık hizmeti sunumunun asıl amaçlarını şöyle sıralayabiliriz (Soysal vd, 1993:71):

- Hastalara sunulan tedavinin ve bakımın kaliteli ve optimum maliyetle üretilmesinin sağlanması ve ihtiyacı olanlara sunulması.
- İstihdam politikasının makro düzeyde sağlanarak iktisadi ve sosyal kalkınmada katkı sağlayacak şekilde en güncel tıbbi bilgi ve teknolojiye bağlı eğitim ve araştırma yöntemlerinin hayata geçirilmesi, hastalıklara tedbir alınması ve tedavisi için gerekli önlemlerin alınması.
- Milli gelir ve sağlık hizmeti alanlardan elde edilen gelirin optimum şekilde kullanılarak daha çok hastanın bakımı, tedavisi ve rehabilitasyon hizmeti verilmesi.

Sağlık hizmetleri sunumunun amacı; hastalara mümkün olacak en uygun sürede ulaşabilecek en makul fiyat düzeyinde, güler yüzlü ve şefkatli, alternatif tedavi yöntemlerinin sunulduğu bilgilendirici bir usul ile tıp etiği ve deontolojik ilkeler dâhilinde mevcut imkanlar ile olabilecek en iyi medikal hizmeti sunmaktır (Özgirin ve Taş, 1996:34).

“Sözen ve Özdevecioğlu’na göre ise tüm toplumlarda insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi, hemen herkesin kabul ettiği ortak hedeflerin başında gelmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin adil ve dengeli bir biçimde toplumun tümüne, hizmetin türüne göre doğrudan ve dolaylı olarak ulaştırılması hedeflenmektedir. Bu hedeften hareketle sağlık hizmetlerinin amaçlarını şu şekilde sıralamak mümkündür” (Sözen ve Özdevecioğlu, 1999: 1-2):

- Sağlık hizmetine olan talebin ortaya çıkmasını sağlamak,
- Toplum ve birey için sağlık standartlarını yükseltmek,
- Bireylerin hastalanmadan önce gerekli tedbirleri almak,
- Erken ölümlerin önüne geçerek yaşam süresinin uzamasını sağlamak,
- Hastalıkları elden geldiğince minimum seviyeye düşürmek ve hastaların en kısa sürede iyileşmelerini temin etmek,
- Sakatlanma vakalarını olabildiğince düşürmek, sakatlık geçiren bireylerin iyileştikten sonra topluma uyum sağlamalarına yardımcı olmak
- İyiliğe ve bireysel tatmine erişimi yüksek düzeyde sağlamak,
- Fertlerin ve toplumun sağlıklarını koruma yeteneklerinin gelişimi için bağışıklık sistemlerinin güçlü hale gelmesini sağlamak,
- Toplum ile kurulan ilişkilerde tatmin düzeyinin yükselmesini sağlamak,
- Kaynaklarda kıt olan bölümlerin sağlığa aktarımını sağlamak ve arttırmaktır.

2.6. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

Günümüz ülkelerindeki sosyal ve ekonomik kalkınma seviyelerinin en başta gelen göstergelerden biri sağlık hizmetlerine verilen değer oluşturmaktadır. Bu nedenle devletin sağlık hizmetlerini etkili ve verimli bir şekilde yerine getirebilmesi için öncelikle alt yapıyı oluşturmalı, sağlık hizmetlerini verecek kuruluşları oluşturmalı, bu kuruluşların ihtiyaç duyduğu ekipmanları ve ihtiyacı olan uzman personeli bulundurması bir zorunluluk halini almıştır (Güllülü, Erciş, Ünal, Yapraklı, 2008:71).

Türkiye, 1960’lı yılların başından beri sağlık hizmetlerinin geliştirilip iyileştirilmesi konusunda önemli hamleler yapmasına rağmen sağlık şartları bakımından ve sağlık hizmetlerine erişebilme hususunda halen bazı orta gelire sahip Avrupa Birliği üyesi ülkelerden daha gerilerdedir. OECD ülkelerinin ortalama yaşam süresi

Türkiye'nin on yıl ilerisindedir. Ölüm oranlarına bakıldığında ise Türk halkının ekonomik refah ve gelişmişlik düzeyi olarak kendisiyle aynı seviyede olan ülkelerle mukayese edildiğinde bu değer çok düşük seviyelerde olduğu görülmektedir (Güllülü, Erciş, Ünal, Yapraklı, 2008:70-71).

Ülkemizde yaşayan insanların sağlık durumlarında son yıllarda kayda değer bir ilerleme sağlanmasına rağmen halen OECD ülkelerinin gerisindedir. 1970'li yıllarda 55 yaş olan yaşam süresi son yıllarda 70'e kadar yükselmiş, bebek ölüm oranları da bu dönem içerisinde %80, anne ölüm oranı da aynı dönem içerisinde %75 azalmıştır. Ancak her ne kadar yaşam süresi uzamış olsa da Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre halen Avrupa ülkelerinin 5 yıl, Avrupa Birliği ülkelerinkinden ise 10 yıl geridedir. Bebek ölüm oranlarında da Türkiye OECD ülkeleri içinde en yüksek orana sahiptir (Mollahaliloğlu, Hülür, Gümrükçüoğlu, Ünüvar, Aydın, 2007:3).

Türkiye'nin sağlık politikasına bir bütün olarak bakıldığında, sağlık kuruluşlarında kaliteli yönetim anlayışını sağlamak adına var olan yönetim yapılarında iyileştirmelerin yapılması için tedbirlerin alınması gerekliliği meydana çıkmaktadır. Bu kapsamda sağlık kurumlarının yönetim kalitesini artıracak ve fayda getireceğine inanılan ilkeler ve uygulamalar şöyle sıralanabilir (Asunakutlu, 2007: 442-444):

- Sistemi tıkayan katı bürokrasiden ve hantal geleneksel örgüt yapısından; daha yatay, kurmay ilişkilerin egemen olduğu, alınan kararlarda esnekliğin hâkim olduğu ve dinamizmin hâkim olduğu örgüt yapılarını oluşturmak ve geçmek.
- İşgörenlerin ve yöneticilerin vazife, yetki ve sorumluluk alanlarının net bir şekilde tanımlanarak, yetkilendirmede ve sorumluluk üstlenmede denklik ilkesinin gözetildiği bir görevlendirme anlayışına sahip olmalıdır.
- Oluşturulacak örgütsel ortamın iç iletişimi etkin kılacak, işbirliği ve takım çalışması için ortam oluşturacak ve geliştirici rekabete olanak tanıyacak nitelikte olmalıdır.
- İşgörenleri güdüleyecek, eğitim almalarını birincil işlerden sayacak, işgörenlerin kariyer yapmalarına ve terfi olanağı verecek kinetik bir yapı oluşturmalıdır.
- İşgörenlerin çalışmayla elde ettikleri derece ile gelirleri arasında bir bağıntı sağlayacak esnek ücretlendirme modeline sahip olmalıdır.
- Çağdaş yönetim araç ve tekniklerinden etkin bir şekilde faydalanılmalıdır.

2.7. KAMU KESİMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN KALİTESİNİN YÜKSELTİLMESİ

Küreselleşmenin meydana getirdiği etkiyle birlikte son yıllardaki sağlık sektörünün Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri ekseninde gelişmesiyle ülkemizde de sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite seviyesinin yükseltilmesiyle ilgili çalışmaların hızı artmıştır. Buna ilaveten sağlık hizmetleri alan vatandaşlar tarafından bulunulan istekler ve yapılan şikâyetlerle birlikte önemli gelişmelere kapı aralanmıştır. Fakat bu denli gayret edilmesine rağmen günümüz itibarıyla düşük kalitede sunulan sağlık hizmetleri dünyadaki örneklerle kıyasla hala geri seviyededir ve istenilen düzeye getirilebilmiş değildir. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki devlet hastanelerinde başlatılan TKY uygulamalarının hayata geçirilmesiyle birlikte bazı hastanelerin sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite düzeyinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar yapılsa da bu faaliyetlerin ülke genelinde oldukça dar bir kapsamdadır. Üstelik bu faaliyetlerin taşra hastanelerinde neredeyse hiç yapılmadığı belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığının hastanelere dönük TKY faaliyet ve uygulamalarında, yönetimin sağlık hizmetlerinin sunumunun kaliteli olmasında en ayırt edici faktörlerin biri olduğunun sonucu ortaya çıkmıştır. Bu amaçla hastanelerdeki üst yönetimin modern yönetim düşüncesi konusunda bilinçlendirilerek bakanlık bünyesinde bulunan 40 doğum ve çocuk bakımevi ile göğüs hastanelerinin baştabiplerine sağlık hizmetlerinde toplam kalitenin uyumlaştırılmasını sağlamak için bir hizmet içi eğitim programı gerçekleştirilmiştir. Bunun yanı sıra 1999 yılında özel bir branşa sahip olan akıl ruh sağlığı ve fizik tedavi rehabilitasyon hastanelerinin sağlık hizmetlerinin sunumunda TKY'nin hedef alınarak hastane yönetimlerinin insan kaynakları planlaması ve tıbbi ekipmanlarının yıl içerisinde genel müdürlüğün hedeflerinden farklı bir yaklaşımla ele alınmıştır (<http://www.tedavi.saglik.gov.tr>).

2.8. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Daha önceki bölümde de belirtildiği üzere Toplam Kalite Yönetimi, örgüt bünyesindeki süreçleri devamlı bir şekilde iyileştirerek, müşterilerin istek ve ihtiyaçlarının yerinde tespiti, kurumun müşterileriyle arasında karşılıklı bir memnuniyet

sağlayıcı,tüm çalışanların katılımını ön gören bir yönetim stratejisi (Ecer, Demir ve Uslu., 2002:66-68) olduğunu belirtmiştik.

Sağlık sektöründe kalite yönetiminin uygulanmasını gerektiren belli başlı sebepler şöyle sıralanabilir (Yazar bulunacak):

- Bireylerin satın alma olanaklarının yükselmesi,
- Sağlık hizmeti veren kurumlar arasında rekabetin başlaması,
- Sağlık sisteminde kaliteli hizmet alma talebinin yaygınlaşması,
- Kalite-maliyet çelişkisini ortadan kaldırıcı anlayış olarak görülmesi,

1980'lerden sonraları sağlık hizmetlerinde özellikle de hastanelerde sunulan hizmetler toplam kalite yönetiminde hızlı bir ilerleme kaydetmiştir. Sağlık için yapılan harcamalarda hızlı bir artışın olması bazı sağlık hizmeti veren kurumlarda gereğinden fazla görüntüleme yöntemine başvurulması, sezaryen, histerektomi, koroner by-pass gibi ameliyatlara sayısında gözlenen artış ve hastayı yatarak tedavi etme ve benzeri durumlar hasta bakım hizmetinde kalite iyileştirilmesi ve sistemin yeniden şekillendirilmesinin kaçınılmaz kılmasıdır (Diken, 1995:109).

1980'lerden itibaren sağlıkta ortaya çıkan TKY uygulamaları, hasta tatminini, sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite için önemli bir boyut olarak görülmüş ve hastaların aldıkları sağlık hizmetleriyle ilgili dönütlerin ölçümü önemli hale gelmiştir. Hastalar, sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirirken sadece kendi tercihlerine değil, aynı zamanda çevrelerindeki kişilerin tercihlerini dikkate alarak ve hastane tercihlerinde de arkadaş ve yakınlarından bilgi alarak etkili olmaya başladığı araştırmalarla saptanmıştır. Bundan da önemlisi yüksek düzeyde tatmin olmuş hastaların doktor ve hemşirelerden gelen tavsiyelere ve yönlendirmelere uymak, randevularına sadık kalmak, verilen ilaçları kullanmak ve sağlık ekibi ile hasta ilişkisini sürdürmek konusunda, düşük tatmin düzeyindeki hastalara nispeten daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tezcan, 2000:64).

Sağlık kuruluşlarında TKY konusundaki çalışmalar tanı, tedavi ve bakım hizmetleri ile direkt ilişkilidir. Sağlık işletmelerinin bir taraftan bilimsel normlara ve standartlara uygun tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulaması, öte taraftan hizmet verme sürecinde sağlık hizmetinden faydalanan kişilerin beklenti ve isteklerinin göz ardı edilmemesi gerekliliği bir zorunluluk haline gelmiştir. Günümüzde sağlıkta hizmet

kalitesiyle ilgili henüz net bir tanımlama yapılamamasına rağmen tartışmalardan anlaşılacağı üzere bu hizmeti alanların sosyo-kültürel ve ekonomik bakımdan tatmini konularında bir uzlaşma/konsensüs olduğu belirtilmektedir (Aslantekin, Göktaş,Uluşen, Erdem 2007:63).

Üretim ve hizmet faaliyetlerinde bulunan sektörlerin toplam kalite yönetimi uygulamalarıyla sağlık sektöründeki toplam kalite yönetimi uygulamaları arasında birçok fark vardır. Sanayi sektöründe bir ürün kusurlu çıkarsa üretim durdurulur, kusurları giderecek önlemlere başvurulur, kusurlu üretilmiş malzemeler defolu olarak ayrılır. Hizmet sektöründe ise müşteri tatmini sağlanamadığında müşteriden özür dilenir ve müşteri kazanılmaya çalışılır. İlave olarak aynı hatanın tekrarlanmaması için gerekli tedbirler alınır. Buna karşılık sağlık sektöründe hataya karşı tolerans yoktur ve eksiklik, ihmal, kusur gibi kelimelerin telaffuzu bile kabul edilemez. (Aslantekin, Göktaş, Uluşen, Erdem 2007:60). Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamını etkilemesi ve meydana gelebilecek hataların ağır bir bedelle sonuçlanacağı düşüncesi sağlık hizmetlerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz hale getirmektedir (Devebakan, 2006:121).

TKY sağlık hizmetlerini daha iyi sunmak ve sağlık hizmetleri kalitesini iyileştirmek için tekrar edilen denemelerin gelişimi bağlamında görülebilmektedir. Carman'a göre *"kaliteyi iyileştirme, planlama ve uygulamada örgütün genelinde bir katılımın meydana getirilmesi için oluşturulmuş sistematik bir süreç sayesinde müşteri beklentilerini yerine getirme ve onları aşmada sürekli bir çabadır"* (Tavlan, 2001).

Sağlık örgütlerinde sunulan hizmetlerdeki kalite belirlemelerinde dikkat edilmesi gereken parametreler çeşitli yazarlara göre farklılık göstermektedir. Ancak birçoğu tarafından aşağıda sıralanan özellikler temel özellikler kabul olarak edilmektedir (<http://www.nilgunsarp.com>):

- *Etkenlik:* Yapılan bilimsel çalışmalar ışığında ve var olan imkânlar dâhilinde hasta durumunun acil bir şekilde ve en üst seviyede gelişiminin mümkün kılınması.
- *Etkililik:* Sunulan hizmetin ideal bir hizmet standardına göre bireyin sağlık şartlarında veya hastalığının gidişatında meydana getirdiği değişim için ihtiyaç hissedilen bütün kaynakların etkili bir biçimde kullanılması.

- *Verimlilik:* En asgari maliyetler etkili bir hizmet üretilerek uygun olmayan tedavilerin terk edilmesi ve bakım hizmetlerinin gereğinden fazla uzamaması.
- *Optimal Olma:* Fayda-maliyet bağıntısında en uygun denge düzeyinin sağlanması ve bununla birlikte hastanın fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişim durumunun sağlanması aşamasında da bu dengenin gözetilmesidir.
- *Kabul Edilebilirlik:* Hasta ve hasta yakınları tarafından beklenen hizmet ile sağlık kuruluşu tarafından sunulan hizmetlerin uyumlu olması.
- *Yasallık:* Toplum tarafından kabul edilen hizmetlerin sunulması.
- *Eşitlik:* Sağlık hizmeti alan tüm bireylere ayrımcılık uygulamadan herkese adilane bir tarzda hizmet verilerek faydanın eşit dağıtılması,
- *Süreklilik:* Sağlık bakımında süreklilik sağlama amacı; hasta tedavi dosyasının düzenli ve yeterli olması, böylelikle hastanın başka sağlık kuruluşundan sağlık hizmeti almak amacıyla gittiğinde değerlendirilmesinin kolay bir şekilde yapılmasına imkân sağlanması,
- *Tam Zamanında Hizmet Sunumu:* Hizmetin herhangi bir neden öne sürülmeden vaktinde sunularak erken tanı ve tedavinin sağlanması,
- *Katılım:* Sağlık hizmeti alan kişiyle işbirliği yapıp hastanın bakım sürecinde bilinçli olarak katılmasını sağlamak,
- *Erişilebilirlik:* Sağlık hizmeti talebinde bulunanların bu hizmete ihtiyaç hissettikleri anda ulaşabilmesi ve hizmete ulaşma noktasında mesafe problemi, zaman kaybı gibi aksaklıkların önlenmesi.

Sağlık örgütlerinde TKY'nin başarıyla başlatılması için herkes tarafından üzerinde uzlaşma sağlanmış net ilkeler olmamakla birlikte, aşağıda sıralanan fikirler örgütsel dönüşümde yönetim için stratejiler göstermektedir (Tavlan, 2001:51).

- Kurum müşterilerini, sağlık hizmetleri içinde bulunan unsurların en önemlisi olduğunun bilincindedir. Müşteri hem TKY'de süreçlerin bir elemanı olmakla beraber aynı zamanda yarar sağlayan kişileridir. Müşteri ihtiyaçları, hem süreçten beklenen sonuçları hem de onun nasıl çalıştırılması gerektiğini gösterir.
- Yönetim bünyesinde bulunan stratejiler, planlamalar ve liderlik gibi unsurlar aracılığıyla TKY süreçlerini devamlı iyileştirmeyi devam ettirmek adına uzun vadede taahhütlerde bulunur.

- Ödüllendirme, TKY’de ihtiyaç duyulan davranışları teşvik ederek organizasyonun uygun bir şekilde hem işgörenlerin hem de yöneticilerin başarılı olmalarını ve katkıda bulunmaları için teşvik eder.
- Örgütün bütün yöneticileri ve çalışanları iyileştirme fırsatlarına odaklanır.
- Organizasyon içerisinde bulunan bütün çalışanlar sürekli iyileştirme çabalarına katkıda bulunarak problemleri önler, çünkü onlar bilirler ki problemlere karşı gelmek daha zordur.
- Organizasyonun tüm üyelerini yetkilendirerek destekleyen yönetim, böylelikle onları hem bireysel bazda hem de ekip olarak TKY sisteminin içine dâhil eder.
- Problemler, kişilerden kaynaklanan başarısızlıklarından değil de genellikle sistemin yetersizlerinden kaynaklandığı herkes tarafından kabul edilir. Bu nedenle süreçlerdeki problemler çözülür ve analiz edilerek kişilerde suça arama süreçler iyileştirilmeye çalışılır.

Sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi uygulamaları sayesinde, sağlık kuruluşlarının yetersizliklerini görme ve tanımlamayla birlikte hizmet kalitesinde gelişim için uygulanabilecek politikalar ve stratejiler belirlemek için hastalardan dönüt almaya yönelmektir. Bu konuda sağlık kuruluşlarının uzun bir zamandan beridir göstermiş oldukları çabalar ve kat ettikleri mesafelerle değişimin gerçekleşebilmesi için kalite kültürünün sağlık sektörüne yerleşebilmesi gerekmektedir (Aslantekin, Göktaş, Uluşen, Erdem 2007:61-63).

2.8.1. Toplam Kalite Yönetiminin Sağlık Hizmetlerinde Başarılı Olması İçin Gerekli Faktörler

Yeniliklere karşı daima dirençle karşılandığından dolayı TKY’nin uygulamaya geçilmesinde de dirençle karşılaşılması doğal bir durumdur. TKY’nin önündeki engelleri aşabilmek için işin felsefesine inanmış ve bu işin misyonunu üstlenecek hekimlere ihtiyaç vardır. Kurumun içinden bu tür hekimleri keşfedip onları çıkartmak gerekir. Hekimlik mesleği, geleneksel çalışma tarzları gereği otonom çalışmaya alışmış ve baktıkları hastaların sorumluluklarını doğrudan kendileri üstlenen bir meslek grubudur. TKY uygulamasının sağlık hizmeti veren kuruluşlarda başarıya ulaşması için aşağıda belirtilenler anahtar görevi görmektedir (Erkan, 2011):

- Liderlikte ileri görüşlü bir anlayış
- Müşteri odaklı kurumsal kültür
- Çalışanların tam katılımı
- Kalite uygulamalarında doktorların aktif bir şekilde görev üstlenmeleri
- Sürekli iyileştirme (Kaizen) yaklaşımı
- Sistemle Entegre Olma

Liderlikte İleri Görüşlü Bir Anlayış: Üst düzey yöneticilerin TKY uygulamalarında vazgeçilmez olan bir unsurdur. Bir sistemin başarısızlığında ana faktör lider kadrosunun ileri bir görüşlülüğe sahip olmayışdır. Bunu maddeler halinde şu şekilde açıklayabiliriz:

- TKY felsefesinin örgüte entegre edilmesini ileri görüşlü bir liderlik anlayışı ile yerleştirmeye çalışmaktadırlar.
- Örgütün içerisindeki tüm çalışanlar TKY uygulamasının hayata geçirilmesi için yetkilendirilip sorumluluk verilmelidir.
- TKY uygulamalarında gelişmeyi ve gelişmeleri görebilmek liderlik işidir.
- TKY felsefesinin başarılı olması için liderler TKY felsefesine uygun davranışlar sergileyerek çalışanlara örneklik etmelidir.

Müşteri Odaklı Kurumsal Kültür: Çalışanların ödüllendirilerek ve onure edilerek müşteri tatminiyle ilişkilendirilmelidir.

Çalışanların Tam Katılımı: Kurum çalışanlarının tümünün tam katılımı TKY çalışmalarına katılması TKY'nin başarısı için en önemli koşuldur. Bu yüzden TKY felsefesinin kurum içinde yayılması için iyi eğitim almış ekiplerle çalışılmalıdır. Başarının anahtarlarından biri olan ekip çalışması ön plana çıkartılmalı ve ekiplerin içinde üst düzey yöneticiler ve farklı işlevlerdeki grup elemanları yer almalıdır.

Kalite Uygulamalarında Doktorların Aktif Bir Şekilde Görev Üstlenmeleri: TKY felsefesinin sağlık hizmeti veren kuruluşlarda başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için doktorların mutlaka bu faaliyetler içerisinde tam katılımcılık anlayışıyla yer almaları gerekir. Bu kapsamda doktorlar, kalite konseylerine, eğitim ekiplerine ve kalitenin sürekli iyileştirilmesi amacıyla oluşturulan kalite çemberlerine mutlaka dâhil edilmelidirler.

Sürekli İyileştirme (Kaizen) Yaklaşımı: TKY uygulamalarında sınırı belirlenmiş bir iyi kavramı olmamalıdır. Her zaman daha iyisini yapmayı amaç edinen bir anlayış hâkim olmalıdır.

Sistemle Entegre Olma: Modern bir yönetim biçimi olan TKY'yi başarıya ulaştırabilmek için kurum kültürünü şekillendiren yönetim sisteminin TKY sistemiyle ile aynı çizgiyi paylaşmalıdır.

2.8.2. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasından Elde Edilecek Faydalar

TKY uygulamalarının sağlık hizmetlerinde meydana getireceği yararlar şöyle özetlemek mümkündür: (Sarp, 2007:505-507):

- Müşteri (sağlık hizmeti alan) gereksinimlerinin önemli görülmediği anlayış, müşterilerin talep ve beklentilerinin dikkate alındığı “odağında müşteri olan” bir yönetim anlayışına dönüşür.
- Yönetimde bulunan “kriz yönetimi” anlayışı, “sürekli gelişme (Kaizen)’e dönüşür.
- Ekip çalışmasıyla bir işten bir kişinin sorumluluğu yerine ekibin sorumlu tutulması sayesinde, toplam kalite ve sinerjik yönetim “uzlaşmayla karar verme” yaklaşımları önemli hale gelir.
- Sıfır hatayla üretim anlayışı sayesinde problemler ortaya çıkınca çözüm aramak yerine problemlerin hataları kaynağından aranarak ortaya çıkmadan tedbir alınır.
- İşin yapılması için gerekli olan minimum eğitim ve minimum bilgiyle yetinen işgörenlerin yerine eğitimde kurumsallaşmayı ve her zaman eğitime değer veren kurumlar iyi eğitim almış işgörenleri istihdam eder.
- İnsan kaynağının devamlı geliştirilmesine dikkat edilir.
- Kamu yararı önceliğinin yerini, önce kalite alır.
- Teftişin ve kontrolün sürekliliği yerine toplam süreç kontrolünün uygulanmasıyla çalışanlar kendilerini denetler.
- Sağlık yöneticilerinin toplam kalite yönetiminde kullanılan kıyaslama, beyin fırtınası vb. gibi teknikleri ve araçları kullanarak isteklerinin ve arzu ettiklerinin doğrultusunda karar vermeyi terk etmeleri.

- Otoriter, disipline edilmiş, emir ve talimatlar doğrultusunda yürüyen bir sistem ve itaatkâr çalışanlar beklentisi olan bir yönetim anlayışı yerine, yöneticilerin çalışanlarıyla işbirliği içerisinde olduğu, onlara gerekli desteği ve yardımı sağlayan bir liderlik anlayışına dönüşmüş olur.
- Hiyerarşinin meydana getirdiği biçimsel yetkiye nazaran profesyonel uzmanlık daha çok önem kazanır.
- Örgüt oluşturma biçimlerinden olan dikey örgütlenme biçiminden vazgeçilerek yatay örgütlenme biçimi uygulanır ve bunun bir sonucu olarak sorumluluklar birimlerin bünyesinde bulunan ekipler arasında dağıtılır.
- Kayırmacılığa sebep olan kıdeme ve sicile dayalı terfi sistemi yerine, liyakatin esas olduğu bir sistemin uygulandığı, işe giriş ve terfi etme ölçütlerinin net ve adaletli olduğu bir anlayış egemen olur.
- Değer ve ilkelerin açıklığa ve belirliliğe kavuşturularak vizyon, misyon ve değerler açık ve tutarlı hale dönüşür. Kurumun personelleri kurumun vizyon, misyon ve değerlerini paylaşır.
- Stratejik planlamalar rutin programların yerini alır.
- Eşit işe eşit ödeme, çalışanın pozisyonu veya kıdemine dayanarak tespit edilen ücretlendirme politikalarının yerine, kişinin özelliklerinin ve performansının ücreti belirlediği bir ücretlendirme politikası işletilir.
- Maaş ve fazla çalışma ödemesi dışında ödüllendirmelerin uygulanmadığı yönetim anlayışından başarı ve yüksek performansların ödüllendirildiği bir anlayışa yönelim olur.
- İstihdam politikalarında katılığın yerine esneklik hâkim olur.
- Emirlerin ve talimatların uygulandığı, korkutmaya ve cezalandırmaya dayanan bir yönetim anlayışı yerine yetki devrinin olduğu, güven duygusunun hâkim olduğu, karşılıklı işbirliğinin olduğu bir yönetim anlayışı egemen olur.
- Üstelerinden talimat alarak harekete geçen astlar yerine problemlerin çözümü konusunda inisiyatif alan ve üstleriyle işbirliği yapmaya özen gösteren astlar yer alır.
- Organizasyonun bütününde katılımın artırmasıyla tatmin düzeyi yükselen işgörenler iş barışına katkıda bulunurlar.

Bunların doğal bir sonucu olarak da, işletmenin pazardaki payı artar ve firmanın imajı yükselerek daha fazla kar, gelişim ve rekabette etkililik TKY aracılığıyla ulaşılabilen diğer faydalardır (<http://www.sobiadacademy.net>).

2.8.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminde Karşılaşılan Güçlükler ve Sebepleri

TKY, etkili bir şekilde uygulandığında çok olumlu sonuçlar veren bir sistem olduğu literatürde belirtilmiştir. Fakat başarılı örneklerin yanı sıra TKY'yi uygulayıp da başarısız olan birçok kurum ve kuruluş olduğu da bilinen bir gerçektir (Şahin, 2012: 104).

Ülkemizde sağlık hizmetleri alanında çeşitli olumsuzluklar ve sorunlar yaşanmaktadır. Mevcut sistemin ana sorunları içerisinde; sağlık politikalarının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı, sağlık kurumlarında yönetim, insan gücü ve mevzuata yönelik sorunlar söz konusu olabilmektedir (Genç, 2011: 71).

TKY uygulamalarında ortaya çıkan sorunlar kalite konusundaki yanlış düşünceler, toplam kalitenin kavranması ve uygulamalarında yapılan hatalar ve eksikliklerden kaynaklanmaktadır. Bunlar, TKY sisteminin etkin bir şekilde uygulanmasını engelleyerek ve uygulamalarda başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Bu şekildeki uygulama hataları maliyet artışlarına ve daha da önemlisi TKY sisteminin geçerliliği konusunda güvensizliğe yol açmaktadır. Bunun sonucunda da umulan beklentilere ulaşılamaması ve TKY'den kopuş gerçekleşmektedir (Ertuğrul, 2004: 99). Şimdi bu sorunları alt başlıklar halinde inceleyelim.

2.8.3.1. Üst Düzey Yöneticilerden Kaynaklanan Güçlükler

Yöneticiler her gelen yeniliği kendilerine tehdit olarak algılayabilmektedirler. Bu nedenle TKY'nin kendi statülerini tehdit olarak gören yöneticilerden söz etmek mümkündür. Burada yönetimden/yöneticilerden kaynaklanan güçlükler açıklanacaktır.

2.8.3.1.1. Yönetimin Algılama Hatası

Yöneticilerin bugün ulaştıkları kalite seviyesinin ilerleyen zamanlarda da gerekli olacağını bilmeleri gerekmektedir. Çünkü müşteri ihtiyaçları, talepleri bununla birlikte her şey sürekli değişmektedir (Özdemir, ty). Sağlık sektöründe her geçen gün gelişen teknolojiyle yeni cihaz alımlarına gidilmektedir. İnsanlara daha güvenilir daha kaliteli bir hizmet sunulması için çeşitli uygulamalar geliştirilmektedir. Dolayısıyla bu denli değişim varken kalitenin değişmemesi ve olduğu yerde kalarak gelişmemesi imkânsızdır (Top, 2013).

Yönetimin TKY uygulamalarını pazarlama stratejileriyle ayrı bir programmış gibi sanması ve bu doğrultuda tasarlaması ciddi yönetim problemlerine yol açar ve TKY'yi olumsuz yönde etkiler. Ancak TKY, örgütün diğer süreçlerinden farklı bir program olmaktan ziyade TKY bir yaşam tarzı ve bir çalışma yöntemidir. Ayrıca TKY, kaliteden sorumlu yöneticileri ilgilendirdiği kadar, diğer birim yöneticilerini de o denli ilgilendirmektedir. Yani TKY bir kuruluştaki mevcut birimlerin yöneticinden personeline kadar herkesin katılımıyla kaliteli ürünler üretmeyi amaçlar (Türkmen, 2006).

2.8.3.1.2. Değişime Karşı Yönetimin Olumsuz Tutumu

İnsan kaynaklarının kalitenin geliştirilmesi ve yükseltilmesi konusundaki rolü oldukça önemlidir. Bu amaçla süreç geliştirme ve sorun çözme konusunda grup dinamiği çerçevesinde faaliyette bulunarak katkı sağlayacak insanın güdülenmesi sağlanmalıdır. Yönetim uyguladığı kontrol anlayışında suçluyu aramak yerine sorunların kaynaklarını tespit ederek bu sorunların aşılması için çalışan katılımını sağlayıp bu sorunların çözülmesini sağlamalıdır. Bu anlayışı hayata geçirebilmek için yönetimin klasik merkezci anlayışın ve yakından denetçi anlayışından kurtulması gerekir (Koparal, 1997:341).

“Kendi konumlarına yönelik bir tehdit algısına kapılan çalışanlar değişime direnmeye çalışacaklardır. Her yenilikte yaşanması muhtemel bir direnç burada da söz konusudur. Değişime direnç gösterenler genellikle şunları gerekçe olarak ileri sürerler (Kabadayı, 2007);

- Daha önceden de yapılan yenilikler gibi bu da geçici bir hevestir.

- 5 yıllık bir sürede daha farklı gelişmeler olabilir.
- Başka örgütlerde başarılı olabilir, fakat bizim örgüte uyan bir anlayış değil.
- İşletmemizde kalite zaten bilinen bir şey ve kaliteyi artırma çabaları vardır.
- Şikâyetlerin çok az olmasından kaliteye önem verdiğimizizin göstergesidir zaten.
- Kalite, kaliteden sorumlu birimlerimiz tarafından yerine getiriliyor, herkes işini yapıyor zaten.
- Bu sistem kişisel başarıyı engeller.
- Herkes sorumluluğundaki işi yapmalı, yoksa işler birbirine karışacak ve karmaşıklık ortaya çıkacak.
- Yapılması gereken şeyleri zaten yapıyoruz.

Bu tür olumsuz düşüncelerin oluşmaması için yeterli eğitimler, araştırmalar diğer kurumlarla iletişimler sağlanmalıdır.

2.8.3.2. Orta Düzey Yöneticilerden Kaynaklanan Güçlükler

Orta kademe yöneticilerinin birçok farklı eğitimlere, toplantılara ve özel programlara katılmalarına rağmen geleneksel tutum ve davranışlarından dolayı toplam kalite anlayışını gerçek boyutta görememekte ve kendilerine yüklediği yeni sorumlulukları görememektedirler. Tutucu bir niteliğe sahip Türk yönetim yapısının klasik yönetim yapısının alışkanlıklarını, özellikle de hiyerarşik ve bürokratik çalışma anlayışını benimseyen bir yönetim sistemine sahip olduğundan dolayı bu yeni modelin uygulanmasına bir engel teşkil etmektedir (Genç, 2011). Orta kademe yöneticileri arasında toplam kalite yönetimine engel teşkil eden bazı durumlar şunlardır:

- Astarlından başarısından hoşnutsuzluk,
- Birim yöneticileri arasındaki rekabet

2.8.3.2.1. Astların Başarisından Hoşnutsuzluk

Başarı, sağlık sektöründe de önemli bir faktördür. TKY'nin uygulanmasında tüm personelin başarılı bir şekilde, ekip ruhu içerisinde çalışması gerekmektedir. Bazı sağlık kuruluşlarında çalışanların başarısı yöneticiler tarafından rahatsız edici bir durum olarak görülmektedir (Top, 2013). Bu durumun temel sebebi yeteri derecede eğitim almamış,

yeterince güdülenmemiş ve toplam kalite felsefesini benimsememiş yönetici kişilerden kaynaklanmaktadır. TKY felsefesinde kişi ya da grup bazında başarı söz konusu değildir, başarı bütünüyle işletmeye ait olmalıdır (Koparal, 1997:343).

2.8.3.2.2. Birim Yöneticileri Arasındaki Rekabet

Birimler arası iletişimin ve işbirliğinin engellenmesinde en önemli etken birimler arasındaki rekabettir. Kalitenin olduğu yerde rekabetin olması kaçınılmazdır. Sağlık kurumları arasında yaşanan rekabet doğal olarak kaliteyi de artırır. Fakat birim yöneticileri arasında yaşanan rekabetin zamanla kuruma olumsuz şekilde geri dönüşü olur (Top, 2013).

İletişim ve işbirliğinin olmaması, grupların çalışmalarını olumsuz yönde etkileyecektir. Genelde orta kademe yöneticilerin yükselme konusunda hırslı davranışlarından dolayı meydana gelen rekabetin, ileri boyutlara taşınması kişiye ve kuruma zararlı hale gelmeye başlar. Böyle bir durumda TKY'nin başarısı azalacaktır (Koparal, 1997:344).

2.8.3.3. Yönetici Olmayan Çalışanlardan Kaynaklanan Güçlükler

TKY uygulamalarında yönetimin bu felsefeyi benimsememesinin uygulamada sıkıntılar meydana getireceği yukarıda yeterince açıklığa kavuşturulduktan sonra yönetici olmayan çalışanlardan meydana gelebilecek sorunlar açıklanacaktır.

2.8.3.3.1. Çalışanların, Yönetimin Beklediği Davranışları Göstermemeleri

Çalışanlarla ilgili faaliyetlerde sıklıkla problem yaşayan örgütlerde çalışanları yönetime dâhil etmek ve TKY'de başarıyı elde etmek oldukça zordur. TKY'yi başarıya ulaştırmak için işgören bulma, yapılan işlerin tanımı, terfi sistemi, başarının değerlendirilmesi gibi insan kaynakları yönetiminin alanına giren konuların da toplam kaliteye entegre edilmesi gerekir (Türkmen, 2006).

Bir sağlık kuruluşunda TKY'nin başarıyla uygulanması için, örgütün yönetimden beklenen ve işgörenlerin uyması ve yapması gereken davranış ve tutumlar aşağıda belirtilmiştir (Top, 2013):

- *İşgörenlerin Kuruluşta Kalma İsteği Duymaları:* Çalışanların, çalıştığı kurumdan çıkartılmayacağı konusunda emin olmak istemesi gibi, yönetim de çalışanların kurumlarından ayrılmayacaklarından emin olmak ister.
- *İşgörenler Tarafından İşlerin Gerektiği Şekliyle Yerine Getirilmesi:* Yönetim her zaman için işgörenlerin yapması gereken görevleri zamanında ve titizlikle yapmalarını ister.
- *İşgörenlerin Bir İşin Yapılmasında İyileştirici ve Geliştirici Katkıları Bulunarak Yaratıcı Düşüncelerini Ortaya Koymaları:* Yönetim işgörenlerin yaptıkları işleri geliştirmelerini ve yeni bununla ilgili yeni yaratıcı fikirlerin kendileri ile paylaşılmasını ister.
- *Uyum Ve İşbirliği İçinde Olma:* Yönetim, çalışanlarının birimlerinde çalıştıkları arkadaşlarıyla ve yönetimle uyum ve işbirliği içinde olmalarını ister.

Çalışma ortamında çalışanın performansını olumsuz yönde etkileyen birçok neden vardır. Çalışanların zorlanmadan, yüksek performansla görevlerini yerine getirebilmelerini sağlamak yöneticilerin görevidir. Yönetim çalışanların üzerindeki fazla iş yükünü hafiflettiği takdirde çalışanlar da istek ve azimle yönetimin istediği ölçüde bir performans sergileyebileceklerdir (Top, 2013).

2.8.3.3.2. Yönetimin Çalışanların Beklediği Koşulları Sağlayamaması

Bir işletmenin uyumlu bir çalışma ortamına sahip olabilmesi için birincil şartlardan biri işgörenlerin yönetimin isteklerini yerine getirmesi gerekmektedir. Aynı şekilde işgörenlerin de yönetimden bazı talepleri vardır. Maddi olanakların haricinde işgörenlerin iş tatminini, iş zevkini ve iş verimini artıracak olanaklar ve etkinlikler yönetim tarafından sunulmalıdır (Türkmen, 2006).

Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık kuruluşlarında da verilen hizmet kadar personellerin çalışma şartları da önemli bir yer tutmaktadır. İşler yolunda iken işe alınan personel, işlerin kötüye gitmesi durumunda maliyetlerin azaltılması amacı ile işten çıkarılıyorsa işgörenlerin işletmelerine güven duyması, itibar etmesi ve iş geliştirme için gayret göstermeleri beklenemez. (Türkmen, 2006). Bu durumda çalışanların verimi düşeceği gibi, çalışanlar hiçbir zaman kendini o kuruma ait hissedemez. Kendilerine verilen görevleri benimsemeden yaparlar. İsteksizce yapılan işler her zaman hata

yapmaya olanak tanır. Bir çalışanın iş yerine istemeyerek gitmesi kadar kötü bir durum olamaz. Çünkü insanların evlerinden çok zaman geçirdiği yer çalıştıkları kurumlardır. Bu sebeple yönetimin çalışanlarına huzurlu bir çalışma ortamı sağlamaları işin verimi açısından bir zorunluluktur (Top, 2013).

2.8.3.4. Uzmanlardan Kaynaklanan Güçlükler

Bazı uzmanlar uzmanlık bilgi ve tecrübelerini sağlık kurumlarındaki pozisyonlarını geliştirmek için kullanmaktadır. Diğer yandan kimi uzmanların başarılarının tam olarak değerlendirilememesi veya takdir edilememesi bazı hoşnutsuzluklara yol açabilmektedir. Uzmanların gösterdikleri başarı bazı orta düzey yöneticiler tarafından yanlış algılanabilir (Türkmen, 2006). Bu yanlış anlaşılmanın temel noktası yöneticilere bağlı çalışan uzman kişilerin kendi seviyelerine gelebileceği dolayısıyla güç ve konumlarını kaybedebilecekleri endişesidir. Bu tür yanlış değerlendirmeler bir sağlık kuruluşunda önemli sorunlara yol açmaktadır (Top, 2013).

2.8.3.5. Araçsal Olma

Toplam kalite yönetiminde bazı araçlar bazen tek başına amaç olarak görülmekte ve bu yönde uygulanmaktadır. Tek başına kalite halkalarını veya tam zamanında üretim veyahut kalite belgelerinin alınmasını yeterli bulmak Toplam Kalite Yönetimi anlayışının benimsenmesini ve uygulamasını büyük oranda olumsuz yönde etkileyecektir. Araçsal olma esas amacın önünü tıkayacak ve uygulamanın işlerliği istenen yönde gitmeyebilir (Acar ve Sevinç, 2013:8).

Örnek olarak tek başına kalite çemberleri uygulamaya çalışmak ya da ISO9000 standardı belgesi almak ile TKY'nin başarı ile uygulandığını düşünmek, önemli bir yanılgıdır. ISO 9001: 2000 gibi kalite belgelerinin alınması çalışanlar ve yöneticiler tarafından sürecin sonu olarak algılanmaktadır (Yusufoğlu, 2008). Yalnızca kalite çemberlerini uygulamak veya kalite belgelerini almayı yeterli görmek TKY anlayışının bir kültür haline gelerek örgüt içine yerleşip uygulama alanı bulmasını önemli oranda azaltacaktır (Kabadayı, 2007). Yöneticilerin bazıları kalite sisteminde bulunan amaçlar ile araçları birbirine karıştırabilmektedir. Böyle bir durumda yöneticilerin isabetli kararlar alabilmesi ve başarıya ulaşabilmesi imkânsızlaşır (Top, 2013).

2.8.3.6. Başarıların Ödüllendirilmemesi

Kamu Sektörünün önemli problemlerden biri de ödüllendirme sisteminin olmayışı ve çalışanlara tatmin edici bir mali teşvik programının uygulanmayışıdır. Başarılı bir TKY uygulanması genelde tasarrufu ve bu sayede maliyetlerde düşmeyi beraberinde getirmektedir. Ancak, TKY uygulayan birçok kamu kurumu mali kazançlarını dile getirememektedir ve söyledikleri takdirde geri alamamaktadırlar (Kabadayı ve Balcı, 1999:75).

İşgörenlerin başarılarını görmek ve onları başarılarından dolayı ödüllendirmek işgören motivasyonunu artıracak ve onları istenen yönde güdüleyecektir. Başarıları en çok sekteye uğratacak engellerin başında işgörenlerin çalışmalarının görmezden gelinmesi olduğu ifade edilmektedir. İşgörenlerin başarılarını tekrar etmeleri isteniyorsa doğru çalışmaları desteklenerek, belirtilen hedefler doğrultusunda mali ve mali olmayan ödül-teşvik sistemi oluşturulmalıdır (Acar ve Sevinç, 2003: 8-9)

2.8.3.7. Süreç Geliştirmeyi Bilmemek

Süreç geliştirmenin sadece üretim süreçleriyle sınırlı olmadığını aynı zamanda yönetsel süreçlerin de geliştirilmesi gerekliliği yönetim tarafından dikkate alınmalıdır. Üretim süreçlerinde gelişimin sağlanabilmesi için yönetsel süreçlerin mutlaka geliştirilmesi gerekir. Sadece başarısız olduğunda süreç geliştirme işlemlerine başvurulmamalı, başarısızlık durumları söz konusu olmadığı zamanlar da bile süreç geliştirme uygulamaları hayata geçirilmelidir (Türkmen, 2006).

2.8.3.8. Birimler Arası Rekabet

Gelişmeyi sağlayan önemli unsurlardan biri rekabettir, ancak, kurum içerisinde bazı olumsuzluklara neden olabilir. Bu nedenle örgüt içerisindeki birimler veya kişiler rekabetin yerine işbirliğini seçmeleri gerekir. Birimlerin kendi aralarında rekabete girmesi kurum içi iletişimi ve bilgi akışını engeller. Sorunları çözmek, süreçleri geliştirmek, düşünce üretme etkinlikleri büyük oranda sağlıklı bir bilgi akışına ihtiyaç vardır, bu akışın engellenmesi söz konusu durumları olumsuz etkiler (<http://okul.selyam.net>) Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık kurumlarının yapısı da

farklı birimlerden oluşmaktadır. Birimler arasında bir organizasyon ve sistematik olduğu için birimlerin birbirinden bağımsız çalışması imkânsızdır (Top, 2013).

2.8.3.9. Danışmandan Yararlanmamak

İşletme yöneticilerinin profesyonel yöneticilerden oluşmaması, oluşabilecek sorunları kişisel tecrübeleri ile çözebileceklerine olan inancı, yetki devretmeme alışkanlığı ve işletme dışından bir danışmanla çalışılmaması önemli problemlere neden olabilir. İşletme için bilgi çok önemlidir tıpkı diğer girdiler gibi bilgi girdisinin de bir maliyeti olacağı kabul edilmeli ve dışarıdan uzmanlarla çalışma alışkanlığı kazanılmalıdır. Hataların, işletme içinden olmayan birinin gözüyle görülmesi daha kolaydır. Bu hataların düzeltilmesi için de uzman kişilerden yararlanmak gereklidir. (Koparal, 1997:343). İşletme içerisinde tecrübeli kişi ya da kişiler varsa dışarıdan danışmanlık hizmeti alınmayabilir. Ancak bazı işletmelerde kurum içerisinde tecrübeli bir danışman eleman olmamasına rağmen danışmanlık hizmetinin alınmadığı görülmektedir. Bu durumun aksi de söz konusu olabilir. Örneğin kurum içerisinde uzman personeller olmasına rağmen kurum dışından danışmanlık hizmeti alan örgütler de vardır. Danışmanla çalışmanın faydaları şunlardır (Taşdemir, 2013):

- Değerlendirmelerinde profesyonelce ve önyargısız davranır,
- Çalışanların iş yüklerini azaltma
- Standartlarda kavramayı basitleştirme,
- Farklı deneyimlerin paylaşılması,
- Deneme-yanılma uygulamalarında azalma,
- Zaman yönetimi,
- Etkili olma.

Bu faydaların elde edilebilmesi için sıradan bir danışmanla değil, işinin ehli profesyonel bir danışmandan sağlanabilir. Bu da özellikle sağlık sektörü için çok zor bir süreçtir (Top, 2013).

2.8.3.10. Kalite Yönetim Sistemi Kurma Sürecinde Yapılan Hatalar

Gelişen teknoloji ve rekabet koşulları, müşteri istekleri, hızla faaliyete geçen sağlık kuruluşları sebebiyle günümüzde adeta moda haline gelen kalite belgeleri almak ve kalite sistemi kurmak sağlık kuruluşlarında yaygın hale gelmiştir (Top, 2013).

Bir kalite sistemi kurmak ve kurusallaşmaktan ziyade reklam ve saygınlık elde etmek için ilgili kalite belgeleri bir araç olarak görülmüştür. Hâlbuki kurumsallaşmak isteyen bir kuruluş bir kalite sistemi kurmak için ciddi ve yoğun bir mesai harcayarak elde edilebilir (Taşdemir, 2013).

Sistemin kurulması sırasında dikkat edilmesi gereken asıl konu kalite yöneticisinin seçilmesidir. Kalite yöneticisi, kalite işlerine hâkim bir uzman olmalıdır. Bu kişiler kuruma fayda sağlayabilecek, genç, dinamik, gerektiğinde uygulanan seminerlere, konferanslara katılabilmek için bir engeli olmayan kişilerden seçilmelidir. Çünkü kalite yöneticileri aldığı bütün bilgileri kurumda tüm personele aktarmak ve kalite sistemini yönetmekle görevlidir (Top, 2013).

Yapılan hatalardan bir tanesi de kalite yöneticisinin kalite belgesinin alınmadan görevden alınması ya da kendi isteğiyle görevinden ayrılmasıdır. Yönetimin, en azından belge alınana kadar kalite yöneticisinin görevde kalması için tedbir alması gerekmektedir. Çünkü sıfırdan kalite yöneticisi belirlemek ciddi sıkıntılara sebep olur (Taşdemir, 2013).

2.9. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNDE HASTA MEMNUNİYETİ

Müşteri memnuniyeti sağlık kuruluşlarının hedeflenen çıktılarından biridir. Müşteri memnuniyetini genel olarak tanımlamak gerekirse, müşteriler tarafından algılanan hizmetin genel olarak müşteri istek ve beklentilerini karşılama ya da üstünde olması anlamına gelmektedir. Bu tanımın ışığında müşteri tatmininde belirleyici iki faktörden bahsedilebilir. Bunlardan birincisi olan müşterilerin beklentisi bir sağlık kuruluşunda aradıkları veya görmeyi umdukları bilimsel, yönetsel ve davranışsal nitelikler olarak tanımlanması mümkün beklentiler, müşterilerin demografik özelliklerine göre sağlık kuruluşlarıyla ilgili geçmişte edindikleri tecrübelerle göre farklılık göstermektedir (Kavuncubaşı, 2000: 292, 293). Müşteri tatmininde belirleyici

olan diğerk faktör ise, müşterilerin hizmete ilişkin algılamalarıdır. Bireyler sunulan hizmetten ve hizmetin üretim aşaması ile ilgili edindikleri fikir ve değerlendirmelerle algılarını ölçmede esas alırlar. Algılamayı, müşteri özellikleri ve sağlık kuruluşlarından geçmişe yönelik edindikleri deneyimlere göre farklılaşmaktadır (Esatoğlu, 1997).

Sağlık kuruluşlarından hizmet alan müşterilerin memnuniyet düzeylerinin değerlendirildiği çalışmalar yapılmış olup, bu çalışmalarla müşterilerin memnuniyet düzeylerini tespit etmede faydalanan bazı memnuniyet boyutları öne sürülmüştür. (Çoruh, 1994: 57) Bunlar aşağıda tek tek açıklanacaktır:

- *İnsani Boyut:* Sağlık hizmetinden faydalanan müşteriler fiziksel, duygusal ve mali kaygılara sahip olmalarıyla beraber hassas, kırılgandırlar.
- *Etkinlik Boyutu:* Tatmin olmuş müşterilerin hizmet veren personelle uyum sağlayarak verdiği hizmeti kolaylaştırır ancak tatmin olmamış müşteri hizmeti veren personele yardımcı olmamaktadır. Bu nedenle her ikisinin davranışları arasında farklar bulunmaktadır.
- *Ekonomik Boyut:* Kalitenin her geçen gün yeni ivmeler kazanmasıyla birlikte sürekli gelişmekte ve bunun sonucunda rekabet artmaktadır. Bu rekabet ortaya alternatif hizmet elde etme fırsatları doğurarak hem hastayı hem de hasta yakınlarını memnun edecek en az maliyetle en yüksek kaliteyi sunmak zorunda bırakmıştır.
- *Pazarlama Boyutu:* Hizmetten faydalanan hasta ve hastanın çevresindeki kişiler iletişim kolay kullanılabilir olmasından dolayı tecrübelerini başkalarına hızla aktarabilmektedirler. İletişimin bu hızı sayesinde bu tür sağlık gelişmeleri hızla yayılmakta ve herkes tarafından kolayca duyulabilme özelliği taşımaktadır. Bu nedenle kaliteli hizmet sunmak amacı olan sağlık kuruluşları gelişmeleri yakından takip ederek müşterilerine daha iyi sağlık hizmeti sunmakta ve bu nedenle tercih edilen kuruluşlar olmaktadır. Hastalarını tatmin etmeyen kuruluşlar müşteri kaybına uğramaktadırlar.

2.9.1. Hasta Memnuniyetinin Boyutları ve Etkileyen Faktörler

Yukarıda hasta memnuniyeti ile ilgili kısaca açıklamalar yapıldıktan sonra burada hastanın yani sağlık hizmeti veren kuruluşların müşterilerinin memnuniyet boyutları ve bu memnuniyeti etkileyen faktörler açıklanacaktır.

2.9.1.1.Hasta (Dış Müşteri) Memnuniyeti ve Boyutları

Müşteri Toplam Kalite Yönetimi'nde en temel hususlardan biridir. Kalite ile ilgili yapılan tanımların çoğunda müşteri memnuniyeti ifade edilmektedir. 'Kalite müşteri tarafından belirlenir' veya 'müşteri kraldır' ifadeleri bu tür tanımlamalara örnek oluşturur (Efil, 1999:170).

En kapsamlı bir tanımlamayla müşteri, ilişkide ve etkileşimde bulunulan ve kendilerine karşı sorumluluk taşınan ikinci ve üçüncü kişilerdir. Yaşantımız süresince etkileşimde bulunduğumuz, tavır ve davranışlarımızın etkisinde kalan ikinci ve üçüncü kişileri müşterimiz olarak tanımlarız.

Müşteriyi tanımlamak için ticari faaliyetler çerçevesi içerisinde ilişkide bulunulan ve mal ve hizmeti satın alan kişiler olarak tanımlamak yetersiz ve eksik bir tanımlama olmaktadır. Üretilen mal ve hizmetten haberdar, o mal ve hizmetin potansiyel alıcısı olan o mal ve hizmete ulaşabilecek ve tüketebilecek düzeyde olan tüm kişiler ticari anlamda müşteri olarak ifade edilir (Engiz, 1999:411).

Çağdaş yönetim yaklaşımları, bir organizasyonda görev alarak çalışan kişilerin, mesleki tutum ve davranışları bakımından sorumluluk taşıdıkları üç ana müşteri grubu bulunmaktadır (Arpacı, 1999):

- *Küresel Müşteri:* Tutumlarımızdan ve davranışlarımızdan indirekt olarak etkilenen kişi ve kuruluşlardır.
- *Dış Müşteri:* Mesleğin icra edilmesi neticesinde meydana çıkan ürün ve hizmetlerden birinci dereceden etkilenen kişi ve kuruluşlardır.
- *İç Müşteri:* Mesleğin icra edilmesi sürecinde ilişkide bulunulan kişi ve kuruluşlardır.

2.9.1.1.1. Hasta (Dış Müşteri) Memnuniyeti Nedir?

Rekabet koşullarına uyum sağlayabilmek ve sürekli ilerlemek için işletmeler müşterilerinin ne istediğini öğrenip, ürünlerini ve servis hizmetlerini bu hizmetlere uygun bir şekle getirmelidir. İşletme içindeki bu üretici-müşteri ilişkisi kalite politikasının her ferde yayılmasıyla gerçekleşebilecektir (Kovancı, 200:84).

“Sağlık hizmetlerinde eğer kalite sadece bir tıbbi bilgi-beceri konusu olsaydı tamamıyla hizmet verenin sorumluluğunda olurdu. Bu durumda hastaların bu çok özgül mesleğin uygulaması konusunda söyleyecek fazla bir şeyleri olmazdı. Bu yaklaşım temel sağlık hizmetlerinin hedeflerine de uygun değildir. Bundan dolayı hizmet sunanın hizmette egemen ve tek taraflı rolünün düşürülmesi için, kalite hakkında hizmeti alanın görüşlerini almak bir zorunluluk olmuştur. Böylelikle son yıllarda bir kalite ölçütü olarak tüketici ya da müşteri memnuniyeti önem kazanmıştır. Bu görüş sanayi alanından sağlık alanına kolayca girebilmiştir. Sonuçta sağlık alanında da hasta ve toplumun beklenti ve algısına göre hizmetin ne kadar iyi verildiğine karar vermek bir yönetim yaklaşımı haline gelmiştir (Turaman, 1997:26).

Sağlık hizmeti alan bireyler artık kendi sağlık durumlarıyla ilgili sağlık bakımı için verilen hizmete dâhil olmak ve kendileri için alınacak kararlar sürecinde durumlarıyla ilgili teşhislerin ne olduğunu öğrenmek talebinde bulunmaktadır. Bu yüzden sunulan sağlık bakım hizmetlerinin kalite boyutu sadece sağlık hizmeti veren ekip tarafından tanımlanan ve belirlenen boyutta görülmemektedir. Sağlık hizmeti alan bireyin memnuniyetini, bu hizmeti alan bireyin sahip olduğu değerler ve beklentilerinin ne ölçüde karşılandığı belirler ve asıl otoritenin sağlık hizmeti alan kişi olduğu, sağlık bakım hizmetinin kalitesini belirten temel kriter olarak ifade edilebilir (Yılmaz, 2001:69).

Algılanan kalite ile beklenen kalite arasındaki fark hasta memnuniyet boyutunu gösterir. Buna göre bir birey sağlık hizmeti almadan önce var olan beklentileri ile sağlık hizmeti aldıktan sonra edindiği tecrübeye dayanarak bazı algıları oluşur. Sağlık hizmetini alan kişi bu hizmeti almadan önceki beklentileri ile hizmeti aldıktan sonra kendisinde oluşan algılarını karşılaştırarak tatmin kalıp kalmadığına karar verir. Sağlık hizmeti alan kişinin memnuniyeti, bu kişinin uyumu da sonuç üzerinde olumlu olan bir etkiyi beraberinde getirebilmektedir. Bu yüzden memnun edilmiş bir hasta var olan

sağlık problemlerinin gerektirdiği bazı şartlara uymada daha açık daha net ve daha kararlı tutumlar içinde olma ihtimali vardır ve bu da arz edilen hizmetin sonuçları üzerinde muhtemel olumsuz etkileri bertaraf edebilir ya da asgari seviyeye indirebilir. (Küçük, 2009).

Hasta memnuniyeti; sağlık hizmeti alan kişilerin bu hizmetten beklemiş oldukları yararlar, kişinin katlanmak zorunda olduğu güçlüklerden kurtulması, beklenti içerisinde olduğu hizmetin performansı, hizmetin sosyo-kültürel değerler içerisinde sunuluşunun uygunluğu gibi faktörlere bağımlı bir durumdur (<http://www.medicine.ankara.edu.tr>).

Beklediği tatmin düzeyinin, sağlık hizmetinden beklenen kalitenin algılanan kalite ile karşılaştırılması sonucu ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Hizmet kalitesini belirleyen fiyat ve uygunluk gibi özellikler tüketici tarafından en fazla dikkate alınan unsurlar olarak belirtilmektedir (Dölarslan ve Özer, 2014:36).

2.9.1.1.2.Hasta Memnuniyetinin Boyutları

Hasta memnuniyet değerlendirmeleri çeşitli başlıklar üzerinden yapılmaktadır. Hasta memnuniyeti üzerine yapılan çalışmalarda farklı konu ve başlıklar üzerinde durulduğu görülmektedir. Bu konuda farklı çalışmalarda farklı sıralamalar yapılmaktadır. Böylece hangi konularda hasta memnuniyetine nasıl katkı sağlandığı, ne tür düzenlemeler yapılması gerektiği konusunda önemli sonuçlara varılabilmektedir. Sadece genel memnuniyetinin değerlendirilmesi, hangi konularda ve ne şekilde iyileştirmeler yapılması gerektiği konusunda bilgi vermemesinden dolayı, yeterli görülmemektedir (Küçük, 2009).

Bu nedenle, hasta memnuniyeti farklı boyutlarda değerlendirilmektedir. Hall ve Donran tarafından 221 adet memnuniyet ile ilgili yapılan çalışmalar incelenmiş ve yapılan çalışmaların hangi memnuniyet boyutu ile ilgilenildiğini göstermişlerdir. Var olan meta analizleri içerisinde en geniş kapsamlı olanı bu çalışmada belirlenen 12 boyut ve her bir boyutun ele alındığı araştırmaların sayıları ve yüzdeleri aşağıda gösterilmektedir” (<http://www.sabem.saglik.gov.tr>).

Tablo 2.2. Meta Analizi Memnuniyet Boyutları Sayı ve Yüzdesi

BOYUT	Sayı	Yüzde
İnsancılık	143	65
Bilgilendirme	111	50
Genel Kalite	100	45
Genel Memnuniyet	96	43
Yetenek	95	43
Bürokrasi	61	28
Ulaşılabilirlik	59	27
Maliyet	40	18
Fiziksel Konular	36	16
Bakım Sonucu	13	16
Süreklilik	10	4
Psiko-sosyal destek	7	3

Hall ve Donran'a ait meta-analizde saptanan memnuniyet boyutlarının sayısı ve yüzdeleri

Hasta memnuniyeti üzerine birçok araştırma yapılmıştır. Ancak hasta memnuniyetinin hala çözülememiş yönleri bulunmaktadır. Hasta memnuniyetini başlıca üç başlık altında inceleyebiliriz (<http://www.sabem.saglik.gov.tr>);

- *Hastaya Bağlı Faktörler:* Yaş arttıkça ve kadın cinsiyet ile artan memnuniyet arasında korelasyon vardır. Bunun sebebi bilgiyi veren kişi daha çok bilgi aldığı, bilgiyi verenle daha pozitif bir etkileşime girdiklerinden dolayı olabilir. Hastaların bakım almadan önceki fiziksel ve ruhsal durumları memnuniyeti etkilemektedir. Daha sağlıklı ve daha memnun hastaların memnuniyet derecesi daha yüksek bulunmuştur. Genellikle sağlığın kötülüğü memnuniyetsizliği beraberinde getirmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi hastanın beklentisi çok önemlidir. Hastanın beklentisine göre medikal bakım vermek onun memnuniyet derecesinin artmasına neden olmaktadır.
- *Bilgiyi Veren Kişiye Bağlı Faktörler:* Bilgi veren kişiyle hasta arasındaki iletişimin pozitif olması hasta memnuniyetini artırır. Bu ilişki kesinlikle karşılıklıdır. Bilgi veren kişinin algısı, empatisi, yeteneği, etkileşimin tipi, görüşmenin yapıldığı yer, görüşmenin süresi, bilgi veren kişinin vücut dili memnuniyeti etkilemektedir.

- *İşleme Bağlı Faktör:* Erişilebilir olunması, uygunluk, bürokratik işlemlerin uzun olmaması, yardımcı birimlerin olması, fiyatın makul ve organizasyonun iyi olması hasta memnuniyetini artırmaktadır. Hasta memnuniyetinin sağlanmasında bilgilendirme oldukça önemlidir. Bilgilendirme hastalara yapılacak olan bir takım tıbbi işlemlere adaptasyonunu kolaylaştırmaktadır. Hastalar hastalıkları ve tedavileri ile ilgili bilgilendirildikleri oranda kendilerini huzurlu hissetmektedir. Bilgilendirme sürecinde özellikle hasta ile doktor arasında kurulacak iletişim büyük önem arz etmektedir. Hasta memnuniyeti bilgilendirme oranında artmakta, çünkü bilgilendirilme sürecinde hastalarda genel olarak oluşan kanı önemsendiği düşüncesidir.

2.9.1.2.Hasta (Dış Müşteri) Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hastaneye hizmet satın almak için gelen hastalar aldıkları hizmet kalitesini değerlendirmek için gerekli teknik bilgiye sahip olmayabilir. Yeterli teknik bilgiye sahip olmayan hastalar aldıkları hizmeti değerlendirirken insancılık, bilgilendirme gibi temel fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçların tatminini içeren konulara yoğunlaşmaktadır. Hastaların hizmet satın almalarında örf-adetler, yaşam tarzı, eş dost çevresinin önemli etkisi vardır. Bunun yanında ulaşılabilirlik, hizmet kalitesi, sunulan hizmetin maliyeti gibi konularda hasta memnuniyetine etki eden önemli faktörlerdir (Küçük, 2009).

Sağlık hizmeti alan bireylerin, verilen hizmetlerle ilgili beklentilerini etkileyen dört ana başlık bulunmaktadır (Engiz, 1997:6187):

- Sağlık hizmeti alan bireyin tıbbi gereksinimleri,
- Öteki sağlık kurumlarından elde ettikleri tecrübî bilgiler,
- Sahip oldukları sosyo-kültürel statüleri ve psikolojik halleri,
- Kaliteyi tanımlama şekilleri olarak sıralanabilir”.

Literatürde sağlık hizmeti alan bireyin memnuniyeti değerlendirmelerinde genelde şu başlıklar esas alınmaktadır (Tükel, 2004:206):

- Sağlık hizmeti alan birey ile bu hizmeti veren hekimle olan ilişkisi,
- Sağlık hizmeti alan birey ile bu hizmeti veren hemşire ile olan ilişkisi,
- Sağlık hizmeti alan ile hizmeti veren hastanenin diğer personelinin davranışları,

- Gerekli bilgileri sunma,
- Beslenme konusundaki hizmetleri,
- Fiziksel ve çevresel koşullar,
- Bürokratik işlemler,
- Güvenilirlik,
- Ücretlendirme

Hasta memnuniyetinin değerlendirilmesinde esas olan bir diğer gruplama (www.nilgunsarp.com/sağlık-hizmetlerinde-toplam-kalite-yonetimi):

- *Personel Hasta İletişimi:* Burada hasta verilen sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirirken bu hizmeti sunan hekimin uzmanlık deneyiminden çok hekimin kendisiyle olan iletişimini, kendisine karşı olan nezaketini, kendisine duyarlı ve güler yüzlü olmasını vb. davranışları büyük önem taşımaktadır. Tedaviye uyum ve tedavinin devamlılığı için hasta doktor olumlu iletişimi gereklidir. Özellikle yatarak sağlık hizmeti alan hastalar bu hizmeti aldıkları süre boyunca en çok etkileşimde oldukları personel klinik hemşirelerdir. Özellikle yatan hastalarda olmak üzere genel olarak hasta memnuniyetinin oluşmasında hemşirelerin rolü oldukça önemlidir. Hemşirelerin güler yüzlü olması, hastalara nazik davranması ve onlara karşı saygılı olmaları hemşirelik hizmetinin hasta memnuniyetine pozitif katkı sağladığı durumlardır.
- *Bilgilendirme:* Sağlık hizmeti alan kişi ve yakınlarının anlayabilecekleri şekilde hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgilendirilmesi, tedavi konusunda hasta ve hekimin birlikte karar vermesi hasta memnuniyetinin oluşmasında önemli bir aşamadır. Hastaların hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgilendirilmesi aynı zamanda hastanın hastalığı ve tedavi sürecini kabullenmesinde de olumlu katkı sağlamaktadır.
- *Ulaşılabilirlik:* Hasta memnuniyetini artıran faktörlerden birisi olan sağlık hizmeti veren kuruluşun mesafesi, ulaşımında kolaylık, 7/24 hizmet verebilme olanağı, uzman bir kadroya sahip olması, sağlık hizmet alan bireyin doktoruyla istediği zaman görüşme olanağına sahip olması ve bekleme süreleri memnuniyeti etkilemektedir.

- *Yemek Hizmetleri:* Memnuniyet tespiti için yapılan araştırmalarda, sağlık hizmeti veren kurumdan taburcu olan hastaların, en çok hatırlarında kalan kaldıkları bölümün beslenme konusundaki hizmetleridir. Hastalar yemeğin kalitesinden, sunumuna, sunan kişilere ve yemeğin görüntüsüne kadar birçok faktörden etkilenmektedirler. Diyet yemeği dahi olsa yemeğin sunuluş biçimi hastayı memnun edecek derecede olduğunda hasta bu hizmeti kaliteli hizmet olarak değerlendirmektedirler.
- *Fiziksel Çevre Koşulları:* Sağlık hizmeti veren kuruluşların örgüt içi ilişkileri, çalışma koşulları, iletişim imkânı, refakat ve ziyaret imkânları, sosyo-kültürel faaliyetler, ısıtma, ışıklandırma, temizlik, havalandırma, gürültü, aradığı yere rahat ulaşma, otopark, bekleme salonları gibi fiziki özelliklerin de hasta memnuniyetini belirlediği tespit edilmiştir.
- *Güvenilirlik:* Sağlık hizmeti alanlara hastalıkları hakkında bilgi verilmesi, güvenli bir ortamda bulunduklarını onlara hissettirilmesi, tedavi sürecinde tedavi ile ilgili kararlara katılmalarının sağlanması hastalarda güven duygusunu oluşturur. Hasta, tedavisinin kendisi için yeterli olduğuna ve doğruluğuna inandığı kadarıyla memnuniyeti artacaktır. Dahası, hastanın mahremiyetine dikkat edilmesi de hastalardaki güven duygusunu geliştirir. Temel hasta haklarından olan mahremiyet, hastanın hastalığının doktor ve diğer personeller tarafından elde edilen bilgilerin gizli bir şekilde muhafaza edilmesidir.
- *Ücretlendirme:* Sosyal güvenceden yoksun hastalar için ücret oldukça önemlidir bir husustur. En kaliteli hizmeti en düşük ücretle almak isteyen hastalar için hizmetlerin ücretlerinde ödeme kolaylığına sahip olmak isterler. Sosyal güvencesi olmayan hastalar için hastane masraflarının yüksek oluşu tatminsizliğe yol açmaktadır. Bu sosyal güvenceye sahip olan hastalar için diğer faktörlere göre önemsizdir.
- *Bürokratik İşlemler:* Başvuru sırasında ve hizmet alma sürecinde hastaların karşı karşıya kaldıkları işlemlerin sayısı ve bu işlemler için harcanan sürenin uzun olması hasta memnuniyetinde olumsuz etki yapmaktadır. Özellikle hastanelerde son zamanlarda yapılan çeşitli bürokrasi aşamalarının kaldırılması hasta memnuniyetinin sağlanması noktasında olumlu etki yapmıştır. Ancak bu düzenlemeler halen yeterli düzeyde değildir.

2.9.1.3. Hasta (Dış Müşteri) Memnuniyetinin Önemi ve Ölçüm Yöntemleri

Kaliteli hizmetin önemli bir parçası haline gelen hasta memnuniyeti müşteri bağlılığı ve hasta sağlığının iyileşmesi açısından sağlık kurumları için oldukça önem arz eden bir konu haline gelmiştir. Verilen sağlık hizmetlerinin daha nitelikli olması açısından sağlık hizmeti alan bireylerden geri bildirim yoluyla beklenti ve önerilerini almak oldukça önemlidir. Hasta memnuniyet düzeyini ölçmek için nicel ve nitel yöntemler kullanılmaktadır.

2.9.1.3.1.Hasta (Dış Müşteri) Memnuniyetinin Önemi

Sağlık hizmeti veren örgütler, sundukları hizmetlerin hastalar tarafından nasıl algılandığı ve ne kadar tatmin olduğunu araştırarak, öğrenerek ve değerlendirerek gerekli yeni düzenlemeleri yapmak zorundadır. Hastalardan aldıkları bildirimlere ve değerlendirmelere önem veren sağlık kuruluşları verimliliğe ve kaliteye ulaşabilir, toplam kalite felsefesi içinde sürekli kalite iyileştirme anlayışını esas alır, kurumların rekabet güçlerini artırır (Küçük, 2009).

Hasta tatmini kavramının gelişimi, hastaların yararlandıkları hizmetleri değerlendirmeleri ve tatminleri ile ilgilenmesinin nedenleri, özet olarak Leebov ve Scott'un örgüt başarısı için belirlediği dört ana nedenle aşağıdaki gibi ifade edilebilir (Esatoğlu, 1997):

İnsancıl Nedenler: Hastaların en tabii hakkı iyi ve kaliteli bir sağlık hizmeti alabilmektir. Sunulan sağlık hizmeti teknik ve bilimsel açıdan yeterli olmalı ve aynı zamanda hizmet sunumu sırasında hastaya gerekli saygı gösterilmelidir. Hastalara sunulan hizmet insaniyete uygun olmalı ve konuya ilişkin gerekli hukuksal düzenleme yapılmış olmalıdır.

Ülkemizde hasta hakları konusunda gerekli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Türk Tabipler Birliği'nce 1960'da hazırlanan Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ülkemizde hekim-hasta ilişkilerini düzenleyen ilk düzenlemedir. Bu nizamnamede belirtilen ilke ve kurallar, Türk Tabipler Birliği tarafından yeniden düzenlenerek Hekimlik Meslek Etiği Kuralları adı altında yeni haliyle 1998 yılında Ankara'da yapılan 47. Büyük Kongresi'nde kabul edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından bir diğer düzenleme olan “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge”si ile birlikte sağlık hizmeti verilen kuruluşlarda meydana gelebilecek olan hasta haklarının ihlal edilmesi ve bunlara bağlı olarak meydana gelebilecek sorunların önlenmesi, sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması, sağlık hizmetleri sunumunun insan haysiyetine yaraşır bir şekilde yapılması ve ayrıca hastaların doğabilecek hak ihlallerinden korunması ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesi amaç edinilmiş ve konuya dair esas ve usuller belirlenmiştir” (<http://www.tyih.gov.tr>).

Ekonomik Nedenler: Sağlık hizmetlerinde alıcı durumda olan hastalar diğer sektörlere oranla daha seçicidirler. Ameliyat olması gereken bir hastanın en iyi hastaneyi bulmak için yapacağı araştırma, en iyi televizyonu almak için yapacağı araştırmadan çok daha kapsamlı ve önemlidir. Tercihinde çok daha seçicidir. Bu seçimde hastalar daha önce aynı ameliyatı geçiren hastaların deneyimlerine büyük önem verirler. Yani memnun olan her hasta memnun olacak yeni hastaları beraberinde getirecektir. Bu nedenle hasta memnuniyeti sağlık kuruluşunun müşteri-kâr ilişkisini önemli oranda etkilemektedir.

Pazarlama ve Etkinlik Nedeni: Sağlık hizmeti veren kuruluşlar hasta kapasitelerini artırmak ve böylece pazardaki paylarını artırmak için hasta memnuniyetine gereken önemi vermelidirler. Hastalar tatmin edildikleri oranda aynı kurumu yeniden tercih etmektedirler. Hastalar tekrar gereksinim duyduklarında memnun oldukları sağlık kurumunu yeniden tercih etmektedir. Hasta memnuniyeti beraberinde hasta sadakatini getirmektedir.

Memnun edilen hastalar tedavi gördükleri süreçte daha olumlu tavırlar sergilemektedir. Memnun olmuş hasta, gerek hekimin gerekse diğer sağlık personellerinin önerilerini daha çok ciddiye almakta ve yüksek düzeyde uyum ile karşılamaktadır. Tatmin olan hasta doktorların tedaviyle ilgili önerileri ve verdikleri ilaçları daha düzenli bir şekilde getirmektedirler. Sağlık Hizmetlerinde hasta tatmininin önemi hakkında şunlar sıralanabilir (<http://www.sabem.saglik.gov.tr>):

- Sağlık bakım hizmetleri için temel çıktı hasta memnuniyetidir.
- Sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı için hasta memnuniyeti faydalı veriler sağlamaktadır.

- Memnun edilmiş hastalar ile memnun edilmemiş hastaların davranış şekilleri ve tepkileri farklı olmaktadır.

2.9.1.3.2.Hasta (Dış Müşteri) Memnuniyeti Ölçüm Yöntemleri

Kalitenin bir işareti olarak hasta memnuniyetini esas alan sağlık kuruluşları hasta memnuniyetini ölçerek ve izleyerek hastaların talep, gereksinim ve şikâyetlerini belirlemeye dönük sistemler geliştirmektedir. Oluşturulan bu sistemler aracılığıyla hem sorunların çözümünde hem ortaya çıkması muhtemel sorunları önlemede hem de iyileştirme faaliyetlerini gerçekleştirmede önemli bir adım olmaktadır. Ölçme ve izleme aşamasında farklı nitelikteki veri kaynaklarına erişmek için kullanılan teknik ve yöntemlerin çok boyutlu olması ve birbirlerini tamamlayacak özelliklerde tasarlanması, tekniklerin tek başına oluşturduğu eksiklikleri ortadan kaldırmakta ve zengin bir veri kaynağı meydana getirmektedir (Küçük, 2009).

“Hasta memnuniyet seviyelerini tespit etmek amacıyla yapılan ölçme ve değerlendirme faaliyetlerinde doğrudan ve dolaylı teknik ve yöntemler kullanılabilmektedir. Doğrudan yöntemler memnuniyet seviyesinin önceden tespit edilmiş olan değişkenler ile hastaya doğrudan sorulan yazılı anket, yüz yüze görüşme ve telefonla anket gibi yöntemlerdir. Dolaylı yöntemlerde ise, tatmin seviyesinin hastaya dolaylı olarak sorulduğu ve gerek hasta memnuniyetsizlikleri/memnuniyetleri gibi hastanın direkt soru sorulmadan yaptığı dönütler, gerekse de hasta başına düşen personel sayısı gibi hastanın etkilendiği ancak hastanın bilmediği değerlerin oluşturduğu yöntemlerdir. Hem doğrudan yöntemin hem de dolaylı yöntemin birbirlerine göre çeşitli avantajları tespit edilmiştir. Direkt yöntemlerin avantajları arasında, sorulan soruların ve alınan cevapların amaca yönelttiği ve mevcut problemleri ve iyileştirme yapılabilecek sorunları açıkça meydana çıkardığı ve ankete cevap veren kişinin duygu ve düşüncelerini öğrenilmesine olanak sağladığı için avantajlıdır. Dolaylı yöntem ise müdahalesiz olması ve kendiliğinden olmasından dolayı geri bildirim yapan hastayı rahatsız etmez ve yönlendirilmemiş veri sağlamaktadır (Küçük, 2009).

Doğrudan veya dolaylı yöntemler, nicel ve nitel olmak üzere temelde iki farklı türde veri elde edilmektedir. Nicel ve nitel verilerin birbirlerine göre çeşitli avantaj-dezavantajları mevcuttur. Nicel veriler standardizasyon, kontrol ve hedef belirleme

olanağı sağladığı, yanlışlık ve sübjektiviteyi azalttığı ve düşük maliyetli olduğu için avantajlıdır. Nitel veriler ise hastanın kendisi daha iyi bir şekilde ifade etmesine yarayacak esnekliğe sahip olduğu için zengin bilgi kaynağı oluşturmakta, hasta ile etkileşim olanağı vermekte ve bireysel farklılıkları daha iyi yansıtmaktadır (<http://www.tse.org.tr>).

Ölçme ve değerlendirme faaliyetlerinde kullanılan doğrudan veya dolaylı yöntemler, temelde farklı iki veri türü olan nicel ve nitel verilerini oluşturmaktadır. Nicel yöntem olarak kategorileştirilen sayısal ve istatistiksel veriler, genelde hasta memnuniyet seviyesinin, geçerliliği ve güvenilirliği sınanabilen ölçüm araçları aracılığıyla ölçülerek ya da hasta memnuniyetinin dolaylı göstergeleri olarak kabul edilen ölçülebilir kalite göstergelerinin izlenmesiyle sağlanmaktadır. Nitel verilerde ise, mülakat, iletişim araçları aracılığıyla görüşme (telefon vb.), hedef grup görüşmeleri ve gözlem gibi yöntemler ile elde edilebilmektedir. Nitel ve nicel verilerin birbirlerine göre birçok avantajları aşağıdaki gibi mevcuttur (<http://www.merih.net/ml/wyturk03.htm>):

Nicel veri elde etmeyi sağlayan yöntemlerin avantajları:

- Standartlaşmayı ve kontrolü sağlar
- Taraflı ve sübjektif yargıları azaltır,
- İstatistikî değerlere sahiptir,
- Düşük maliyetlidir.

Nitel veri elde etmeyi sağlayan yöntemlerin avantajları:

- Bilgide zenginlik sağlar
- Hastalarla etkileşme imkânı sağlar
- Esnek bir yöntem olduğundan dolayı hastaların kendilerini daha kolay ifade etmelerini sağlar
- Bireysellikten kaynaklanan farklılıkları daha iyi yansıtmaya olanağına sahiptir.

Birbirinden farklı yöntemlerin ve veri türlerinin avantajlı yanları göz önünde bulundurularak ve bunların bir arada kullanılarak uyumlu bir ölçüm ve değerlendirme sistemi aracılığıyla sağlıklı verilere ulaşılabileceğini söylemek doğru olacaktır (<http://www.merih.net>).

Hasta memnuniyetinin ölçülmesinde kullanılan bazı araştırma yöntemlerini kısaca açıklarsak (Esatoğlu, 1997):

- *Anket Çalışması:* Kullanılan en yaygın yöntemdir. Bu yöntemle hasta memnuniyetine dönük farklı ve son derece ekonomik bilgiler elde etmek olanaklıdır. Farklı türde anket yöntemleri uygulanabilir (Yazılı, posta yoluyla mektup göndermek ya da birebir görüşme yoluyla anketler uygulanabilir).
- *Hedef Grup Görüşmeleri:* Sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerin tecrübe ve tavsiyelerinin öğrenilmesi amacıyla kullanılır. Konusu önceden tespit edilmiş alanlarda yaklaşık 8 – 12 hasta, belirlenmiş bir sürede, belirlenmiş bir konu üzerinde tartışır. Bu tartışma yoluyla hastaların memnuniyetine etki eden etkenler ayrıntılı bir şekilde öğrenilmektedir. Hastaların tartışma sürecinde birbirlerini etkileme olasılığı bu yöntemin sakıncası olarak görülmektedir.
- *Telefon Aracılığıyla Görüşme:* Telefon aracılığıyla daha önce sağlık kuruluşlarından faydalanmış kişilerle konuşarak bilgi elde etme yöntemidir.
- *Diğer Nitel Yöntemler:* Hastalardan gelen veya gelebilecek şikâyet ve tavsiyeleri öğrenmek amacıyla video, teyp kayıtları, gözlem tekniklerinin kullanılmasıdır. Hasta memnuniyeti araştırmalarında en çok kullanılan yöntem olan anket çalışmaları çok sayıda konuyu daha etkili ve düşük maliyetle inceleme imkânı tanımaktadır. Anket hazırlanırken soruların tanzim edilmesi, cevap seçeneklerinin adedi ve çeşidi, öğrenilmesi arzu edilen konuların sınıflandırılması anketin hazırlanmasında dikkat edilmesi gereken başlıca konulardır. Anketlerin öğrenim durumu, cinsiyet, gelir durumu gibi sınıflamalara göre değerlendirilmesi düşünülüyor ise bu sorulara yer verilmelidir. Ancak ankete katılan kişilerin bu tür özel sorulara cevap verme zorunluluğunun olmadığı unutulmamalıdır.

3. BÖLÜM

ŞIRNAK DEVLET HASTANESİ'NDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ'NİN UYGULANMA DÜZEYİ

3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Günümüz teknolojisindeki baş döndürücü hız ve küreselleşme süreciyle birlikte gerek sanayi sektörü gerekse de hizmet sektörü kendini büyük bir rekabet ortamı içinde bulmuştur. Bunun sonucunda firmalar ya da modern adıyla örgütler ayakta kalabilmek ve sürekliliğini idame ettirebilmek için müşteri odaklı bir ürün/hizmet anlayışı ile birlikte kalite kavramını daha bir önemser hale gelmiştir. Bu küresel pazar içerisinde yer alan sağlık sektörleri de bu rekabetten payını almış ve müşterilerini (hastalarını) memnun edebilmek ve hizmette verimliliği artırmak için toplam kalite yönetimi felsefesini benimsemiştir. Bir sağlık kuruluşunun müşterileri, o kuruluştan aldıkları hizmet kalitesinden duydukları memnuniyet veya memnuniyetsizlik o kuruluş için hizmet kalitesinin bir göstergesidir. Bir sağlık kuruluşu için müşteri memnuniyet sonuçları o kuruluş için kalitenin ölçülmesinde ve verdikleri hizmetin şekillenmesinde ve yönetiminde oldukça önemlidir.

Bu çalışmada; Şırnak Devlet Hastanesinde Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının ne kadar önemsendiğini ve tedavi gören hastaların aldıkları hizmetlerden ne ölçüde memnun kaldıkları tespit edilmeye ve varsa problemlere çözüm yolu meydana getirilmeye çalışılmıştır. Mevcut sorunlar için meydana getirilecek çözümler doğrultusunda Şırnak Devlet Hastanesinden tedavi hizmeti alan hastaların memnuniyet seviyelerinin artırılması sağlanacak ve rekabet piyasasındaki rakipleri arasında imajı yükselecektir.

3.2 ARAŞTIRMANIN KAPSAMI

Bu çalışma Şırnak Devlet Hastanesinde sağlık hizmeti alan 384 hastaya ve hastanede çeşitli görevlerde yer alan 188 personele Mart 2016 tarihinde bizzat hastane içerisinde gönüllülük esasına dayanılarak yapılmıştır. Hastalara dağıtılan anketler hem ayakta tedavi gören hem de yatan hastaları kapsamıştır. Anketlerin tutarlı olması açısından psikiyatri servisinde yatan hastalara anket verilmemiştir.

3.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini Şırnak Devlet Hastanesinden sağlık hizmeti alan hastalar ve hastanede çalışan kadrolu, sözleşmeli ve şirket personeli olarak çalışan oluşturmaktadır. Çalışan grubu içerisinde anket uygulanan meslek grupları; doktor/hekim, hemşire, yönetici, idari personel, sağlık teknisyeni ve diğer (otomasyon, temizlik ve güvenlik personeli) çalışan personellerdir. Hastanede çalışan sayısı personel özlük işlerinden öğrenilmiş ve çalışan sayısı değişmekle birlikte 400 olarak kabul edilmiştir. Tablo 3.1’de gösterilen Yazıcıoğlu ve Erdem tarafından oluşturulan örneklem tablosundan yararlanılarak hesaplanan örneklem sayısına denk gelen 217 anket personel dağıtılmış ancak 188 tanesi geri geldiğinden dolayı hesaplamaya 188 anket dâhil edilmiştir. Mart 2016 tarihinden önce hastanede tedavi gören hastalar içerisinden tesadüfi örneklem yöntemi kullanılarak 384 hastaya anket uygulanmıştır.

Tablo 3.1. Örneklem Büyüklük Tablosu

	0.03 Örnekleme Hatası	0.05 Örnekleme Hatası	0.10 Örnekleme Hatası
Evren Büyüklüğü	p=0.5, q=0.5	p=0.5, q=0.5	p=0.5, q=0.5
100	92	80	49
500	341	217	81
750	441	254	85
1000	516	278	88
2500	748	333	93
5000	880	357	94
10000	964	370	95
25000	1023	378	96
50000	1045	381	96
100000	1056	383	96
1 milyon	1066	384	96
100 milyon	1067	384	96

3.4. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ÖLÇEK GELİŞTİRME

Bu araştırmada dataların toplanması için “Şırnak Devlet Hastanesi’nde Ayakta Tedavi Gören ve Yatarak Tedavi Gören Hastaların Memnuniyeti Değerlendirme Anket Formu” ve “Şırnak Devlet Hastanesi Personeli Yönetime Katılma Değerlendirme Anket Formu” kullanılmıştır. Anket sorularını oluşturmak için ulusal ve uluslararası literatürler taranmış ancak uygulanabilirlik açısından ulusal düzeydeki literatürden faydalanılmıştır.

Hastalar için hazırlanan anket sorularının ilk 6'sı demografik özelliklerini tespit etmek için, geri kalan 15 soruda ise Şırnak Devlet Hastanesi tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyet düzeylerini tespit etmek içindir. Personel için hazırlanan anket sorularında ise ilk 3 soru çalışma bilgilerini öğrenmeye yönelik olup geri kalan 60 soru da ise TKY uygulama düzeyini öğrenmek içindir. Çalışmamızda kullanılan anketlerin hastalar kısmında bulunan sorular YAŞ'ın 2009'da yaptığı çalışmadan, personele uygulanan anket kısmında ise ilk 24 soru yine YAŞ'ın (2009) çalışmasından ve geri kalan diğer ifadeler EREM'in (2003) yaptığı çalışmadan alınmıştır.

Hastalara uygulanan anketlerin doldurulması sırasında hastaların anlamadıkları soruları açıklamak ve yanlış değerlendirmelerin önüne geçmek için araştırmacılar hastaların yanında bulunmuş ve anketlerin doldurulması gönüllülük esasına dayalı olarak yapılmıştır. Personel anketleri ise soru sayısının fazla olmasından dolayı anketler ilgili kişilere bırakılmış ve ertesi gün anketler araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

2016 Şubat-Mart aylarında uygulama yapılmış olup anketi dolduracak hastalar rastgele ve gönüllülüğe dayalı olarak yapılmıştır. Hastalara dağıtılan anketler doldurulurken araştırmacılar nezaret ettiğinden dolayı geri gelmeyen anket olmamış ve hatalı anket tespit edilmemiştir. Personel anketlerinde ise 220 anket dağıtılmış 196 tanesi geri gelmiş hatalı olan 8 anket ayıklanmıştır.

Anket formunda hastalara almış oldukları sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve kişisel memnuniyet düzeyleri sorulmuş, çalışanlara da TKY uygulamalarının düzeyleri sorulmuştur. Anket formunda hastalara ve çalışanlara 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır. Hastalar anket formunda (5-Çok iyi, 4-İyi, 3-Orta, 2-Kötü, 1-Çok kötü), personel anket formunda ise (5-Kesinlikle katılıyorum, 4-Katılıyorum, 3-Kararsızım, 2-Kesinlikle katılmıyorum, 1-Katılıyorum) derecelendirmeleri kullanılmıştır.

3.5.1. Hastalara Uygulanan Anketlerin Güvenirlilik Analizi

Hastalara uygulanan hastaların hastane ve hastane personelinden memnuniyet boyutunu ölçen anketlerin güvenilirlik analizi Cronbach's Alpha yöntemiyle hesaplanmıştır. Tablo 3.2'de gösterilen hasta ölçek güvenilirliği 0.883 çıkmıştır. Hastalara uygulanan ölçek yüksek güvenilirliğe sahip çıkmıştır.

Tablo 3.2. Hastalara Uygulanan Anketlerin Güvenirlilik Analizi

Anket ve Boyutları	Güvenirlilikleri (Cronbach Alpha)
Hasta Memnuniyeti	0,883

3.5.1.Hastane Çalışanlarına Uygulanan Anketlerin Güvenirlilik Analizi

Ankete katılan hastane çalışanlarının toplam kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin görüşleri ölçeğinin ve boyutlarının güvenirliliği Cronbach's Alpha yöntemiyle hesaplanmıştır. Tablo 3.3'e göre Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarının "genel" alt boyutunun güvenirliliği 0,632, "katılımcılık" alt boyutunun güvenirliliği 0,668, "yönetim" alt boyutunun güvenirliliği 0,776, "iletişim" alt boyutunun güvenirliliği 0,493, "müşteri odaklılık" alt boyutunun güvenirliliği 0,426, "mükemmeliyetçilik" alt boyutunun güvenirliliği 0,749, "kaizen" alt boyutunun güvenirliliği 0,829, "eğitim" alt boyutunun güvenirliliği 0,778, "hijyen" alt boyutunun güvenirliliği 0,652, "insan odaklılık" alt boyutunun güvenirliliği 0,826, "önleyici yaklaşım" alt boyutunun güvenirliliği 0,826, "tedarikçilerle işbirliği" alt boyutunun güvenirliliği 0,724, "veri tabanı takibi" alt boyutunun güvenirliliği 0,791, "süreç odaklılık" alt boyutunun güvenirliliği 0,799 bulunmuştur. Bu 14 boyuttan oluşan Toplam Kalite Yönetimi Uygulama Düzeyi ölçeğinin genel güvenirliliği ise 0,949 çıkmıştır.

Tablo 3.3. Çalışanlara Uygulanan Anketlerin Boyutları Güvenirlilik Analizi

Anket ve Boyutları	Güvenirlilikleri (Cronbach Alpha)
TKY Uygulama Düzeyi Anketi	0,949
Boyutları	
Genel	0,632
Katılımcılık	0,668
Yönetim	0,776
İletişim	0,493
Müşteri Odaklılık	0,426
Mükemmeliyetçilik	0,749
Kaizen	0,829
Eğitim	0,778
Hijyen	0,652
İnsan Odaklılık	0,826
Önleyici Yaklaşım	0,826
Tedarikçilerle İşbirliği	0,724
Veri Tabanı Takibi	0,791
Süreç Odaklılık	0,799

3.5.KULLANILAN İSTATİSTİKSEL ANALİZLER

Araştırmanın verilerini analiz etmek için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21 programı kullanılmıştır. Analizlerimize başlamadan önce normallik testi yapılmış ve hangi analizleri yapacağımız tespit edilmiştir. Tablo 3.4’de görüldüğü üzere $Sig \leq 0.05$ olduğundan verilerin normal dağılım sergilemedikleri söylenebilir. Verilerin normal bir dağılım göstermemeleri nedeniyle verilerin analizi için nonparametrik testler yapmamız gerekmektedir. Bunun için Kruskal-Wallis H testi yapılmıştır.

Tablo 3.4. Normallik Testi

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	sig.	Statistic	df	sig.
Genel	0,089	188	0,001	0,984	188	0,030
Katılımcılık	0,089	188	0,001	0,981	188	0,011
Yönetim	0,101	188	0,000	0,978	188	0,004
İletişim	0,105	188	0,000	0,972	188	0,001
Müşteri Odaklılık	0,112	188	0,000	0,975	188	0,002
Mükemmeliyetçilik	0,107	188	0,000	0,975	118	0,002
Kaizen	0,092	188	0,001	0,980	188	0,009
Eğitim	0,126	188	0,000	0,975	188	0,002
Hijyen	0,118	188	0,000	0,963	188	0,000
İnsan Odaklılık	0,102	188	0,000	0,963	188	0,000
Önleyici Yaklaşım	0,087	188	0,001	0,987	188	0,070
Tedarikçilerle İşbirliği	0,131	188	0,000	0,962	188	0,000
Veri-Tabanı Takibi	0,121	188	0,000	0,972	188	0,001
Süreç Odaklılık	0,096	188	0,000	0,982	188	0,017

Frekans analizi ile hastaların demografik özellikleri ve hastaneden memnuniyetleri ile hastane çalışanlarının demografik özellikleri ve TKY uygulamalarına karşı tavırları analiz edilmiştir. Boyut ve alt boyutlarının ortalama ve standart sapmaları hesap edilmiştir. Kruskal-Wallis H testi ile demografik özelliklerin bu boyutlarla bir farklılık olup olmadığı araştırılmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

3.6.1. Anket Uygulanan Hastaların Demografik Özelliklerinin Genel Dağılımı İle İlgili Bulgular

Katılımcıların demografik özelliklerine bakıldığında cinsiyet açısından %50,7 oranında erkek ve %49,3 oranında kadın olduğu görülmektedir. Erkek ve kadın katılımcıların hemen hemen eşit oranda araştırmamıza konu olduğunu belirtebiliriz.

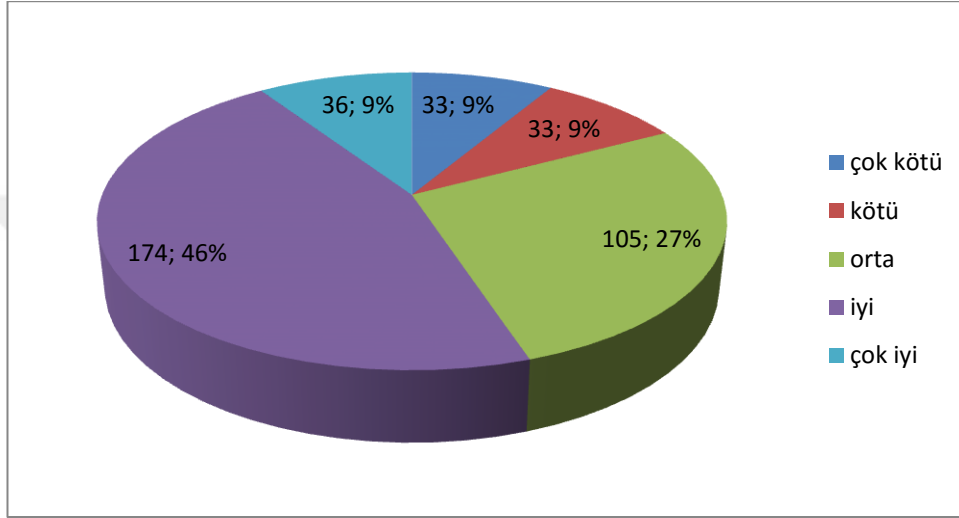
Katılımcıların yaşadıkları yer açısından değerlendirdiğimizde; %56,2'nin il merkezinde, %17,8'nin Köylerde, %17,1'in ilçelerde, %6,3'ün beldelerde, %1,6'nın Büyükşehirlerde, %1'in ise mezralarda yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumu açısından değerlendirdiğimizde; %43,8'nin lise mezunu, %19,7'nin üniversite ve üstü mezunu olduğu, %18,1'nin okuma-yazma bilmediği, %6,8'nin ortaokul mezunu olduğu, %5,8'nin okuryazar ve aynı oranda ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Gelir grubuna baktığımızda ise; %55,9'unun 950 liradan daha az bir gelire sahip olduğu, %21,5'nin 951-1300 lira arası bir gelire sahip olduğu, %12,6'sının 1301-2500 arası gelire sahip olduğu, %6,3'ünün 2501-4000 arası ve %3,7'sinin de 4000 üstü bir gelire sahip olduğu görülmektedir. Son olarak katılımcıların sosyal güvencelerine baktığımızda ise; %46,5'nin SGK/Bağ-Kur'lu olduğu, %23,4'ünün Yeşil Kartlı, %14,9'nun Emekli Sandığına bağlı olduğu, %11,7'sinin GSS'ye bağlı olduğu ve %2,9'nun da özel bir sağlık sigortasına sahip olduğu Tablo 3.5'ten anlaşılmaktadır.

Tablo 3.1 Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Frekans Dağılımı

	N (Frekans)	% (Oran)	% (Birikimli)
Cinsiyet			
Erkek	193	50,7	50,7
Kadın	188	49,3	100,0
Yaşadığı Yer			
Köy	68	17,8	17,8
Mezra	4	1,0	18,8
Belde	24	6,3	25,1
İlçe	65	17,1	42,2
İl	214	56,2	98,4
Büyükşehir	6	1,6	100,0
Eğitim Düzeyi			
Okuma Yazma Bilmiyor	69	18,1	18,1
Okur Yazar	22	5,8	23,9
İlkokul	22	5,8	29,7
Ortaokul	26	6,8	36,5
Lise	167	43,8	80,3
Üniversite ve Üstü	75	19,7	100,0
Gelir Grubu			
950'den Az	213	55,9	55,9
951-1300	82	21,5	77,4
1301-2500	48	12,6	90,0
2501-4000	24	6,3	96,3
4000'den Fazla	14	3,7	100,0
Sosyal Güvence			
Emekli Sandığı	56	14,9	14,9
SGK/Bağkur	177	46,5	61,8
GSS	44	11,7	73,5
Özel Sağlık	11	2,9	76,4
Yeşil Kart	89	23,4	100,0
Toplam	381	100	

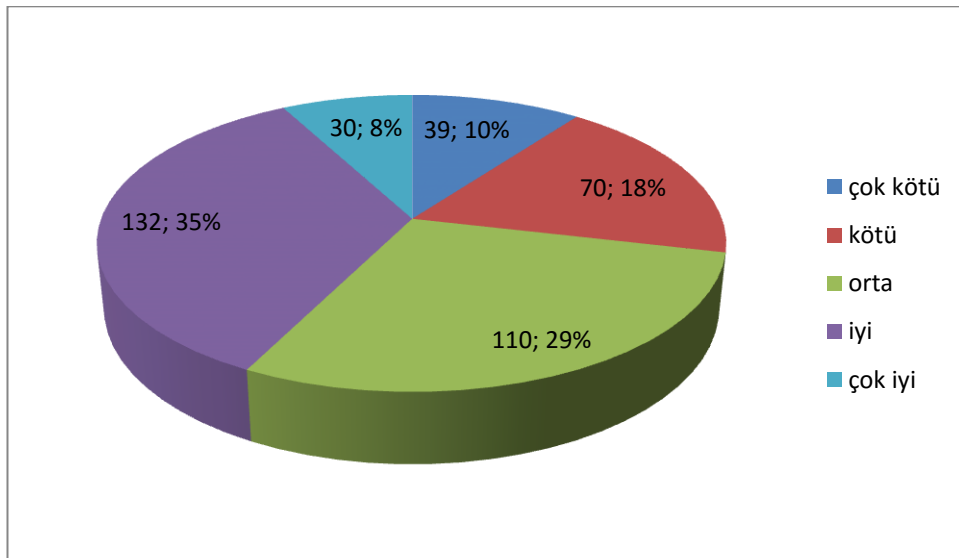
3.6.2. Hastaların Hastanenin Genel Durumunu ve Hastane Personelinin Davranışlarını Değerlendirmeye İlişkin Bulgular

Hastaların memnuniyet derecelerini belirleyebilmek için, hastanenin genel durumu, hastanenin temizliği ve hastane personelinin kendilerine karşı davranışları, zaman ayırmaları, hastalıkları hakkında gerekli bilgilendirmeyi yapmalarını değerlendirmekle ölçülebilir. Bu kapsamda elde edilen bulgular aşağıda belirtilmiştir.



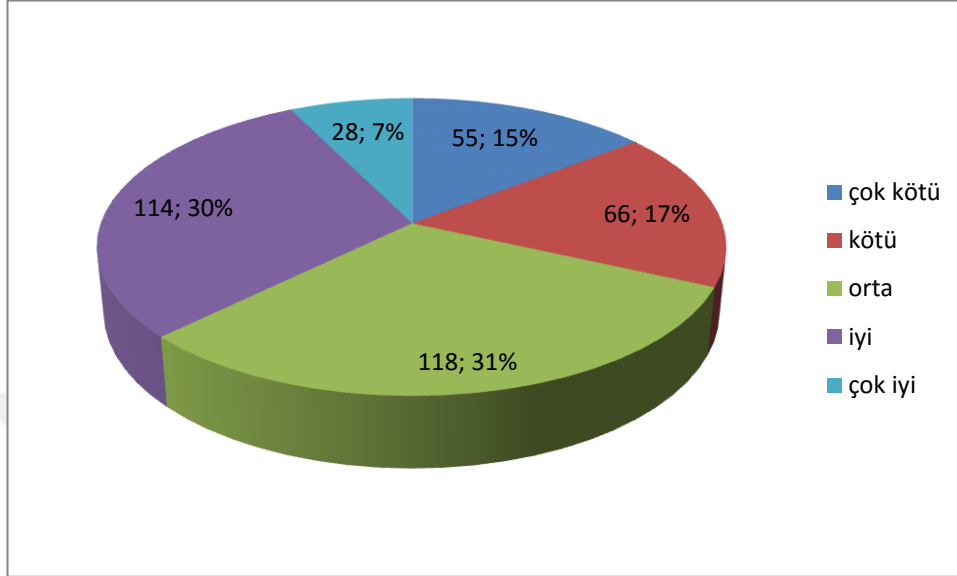
Şekil 3.1. Doktorların size olan davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Ankete katılan hastaların, doktorların kendilerine olan davranışlarını değerlendirmeye ilişkin; 174'ü (%46) iyi, 105'i (%28) orta, 36'sı (%9) çok iyi, 33'ü (%9) kötü ve 33 kişi de (%9) çok kötü cevabını vermişlerdir.



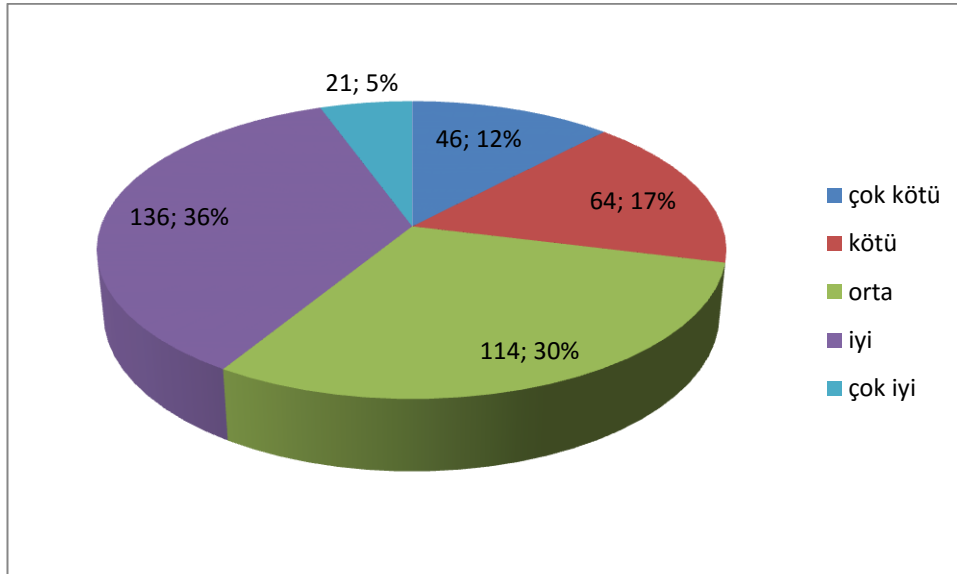
Şekil 3.2. Doktorların size ayırdığı zamanı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Ankete katılan hastaların, doktorların kendilerine ayırdığı zamanı değerlendirmeye ilişkin 132'si (%35) iyi, 110'u (%29) orta, 70'i (%8) kötü, 39'u (%10) çok kötü, 30'u (%8) çok iyi cevabını vermişlerdir.



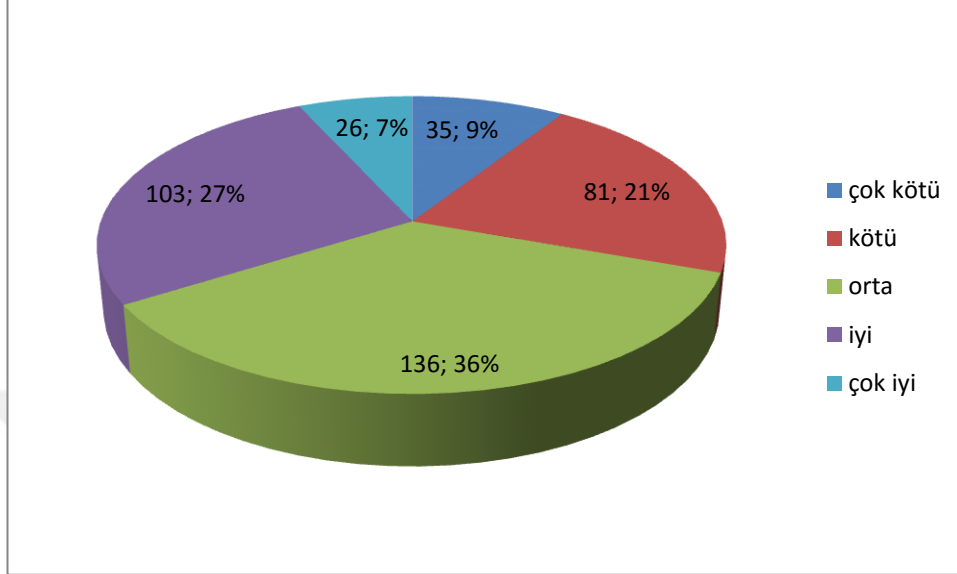
Şekil 3.3. Hemşirelerin bakım hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Ankete katılan hastaların, hemşirelerin bakım hizmetlerini değerlendirmeye ilişkin; 118'i (%31) orta, 114'ü (%30) iyi, 66'sı (%17) kötü, 55'i (%14) çok kötü, 28'i (%7) çok iyi cevabını vermişlerdir.



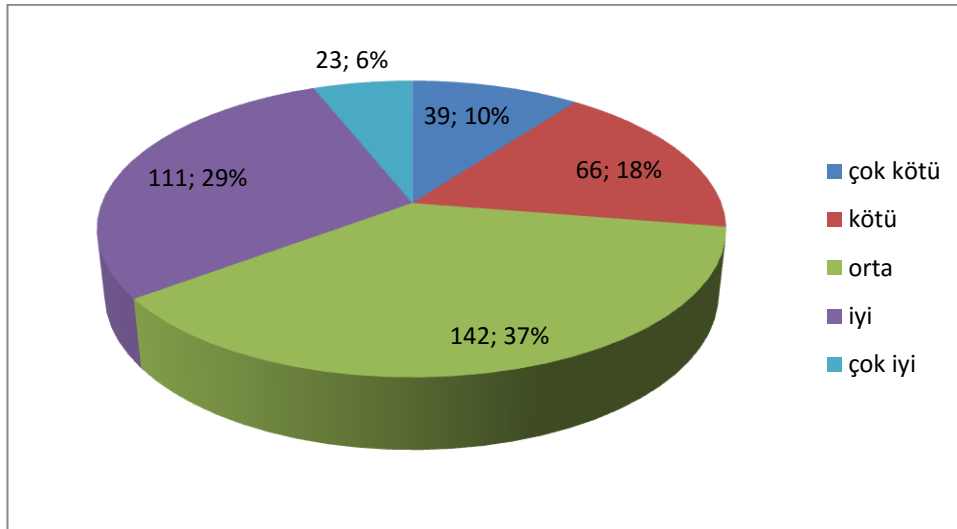
Şekil 3.4. Hemşirelerin diğer davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Ankete katılan hastaların, hemşirelerin diğer davranışlarını değerlendirmeye ilişkin; 136'ı (%36) iyi, 114'ü (%30) orta, 64'ü (%17) kötü, 46'sı (12) çok kötü ve 21'i (%6) çok iyi cevabını vermişlerdir.



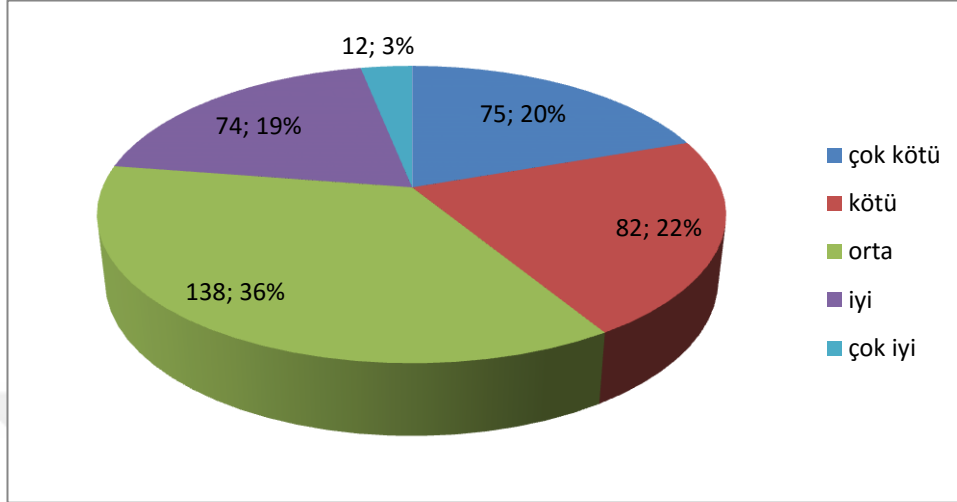
Şekil 3.5. Diğer hastane personelinin verdikleri hizmetleri nasıl değerlendiriyorsunuz?

Ankete katılan hastaların diğer hastane personelinin verdikleri hizmeti değerlendirmeye ilişkin 136'sı (%36) orta, 123'ü (%27) iyi, 81'i (%21) kötü, 35'i (%9) çok kötü ve 26'sı (%7) çok iyi cevabını vermişlerdir.



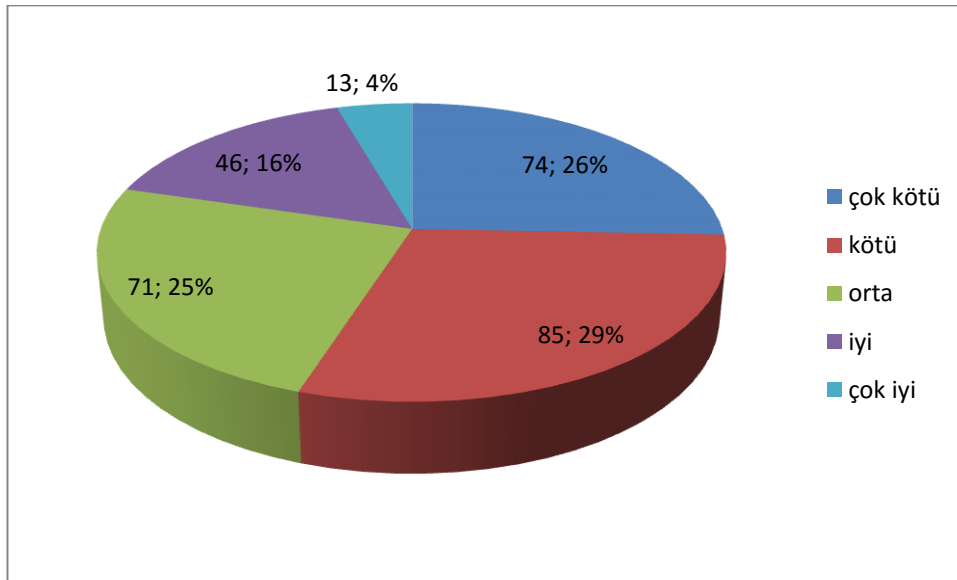
Şekil 3.6. Diğer hastane personelinin davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Ankete katılan hastaların hastanenin diğer personelinin davranışlarını değerlendirmeye ilişkin 142'i (%37) orta, 111'i (%29) iyi, 66'sı (%17) kötü, 39'u (%10) çok kötü, 23'ü (%6) çok iyi cevabını vermişlerdir.



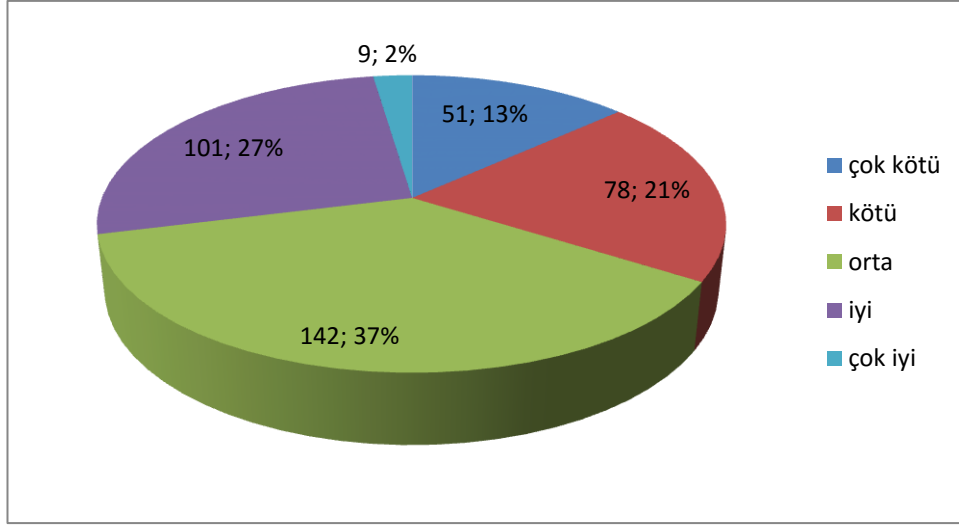
Şekil 3.7. Hastanenin genel olarak temizliğini nasıl buluyorsunuz?

Ankete katılan hastaların, hastanenin genel temizlik durumunu değerlendirmeye ilişkin 138'i (%36) orta, 82'si (%22) kötü, 75'i (%20) çok kötü, 74'ü (19) iyi ve 12'si (%3) çok iyi cevabını vermişlerdir.



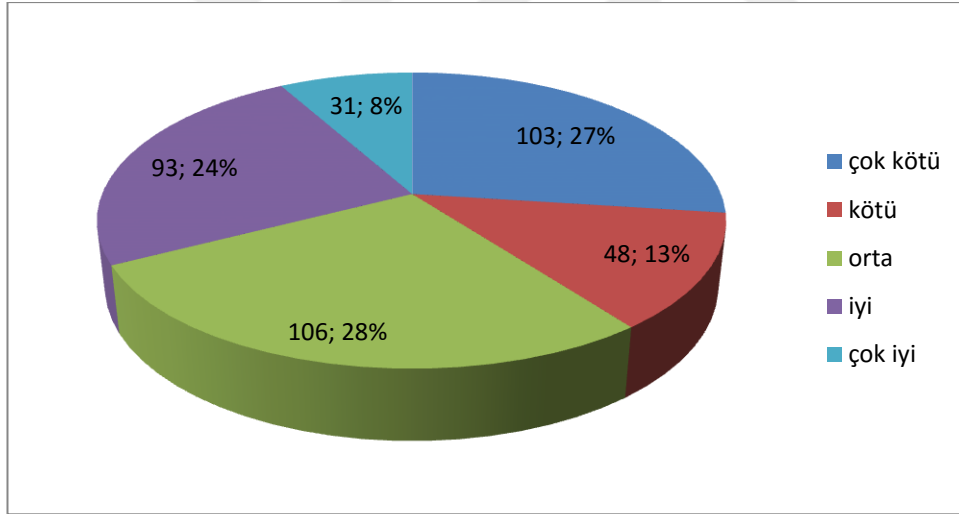
Şekil 3.8. Hastanenin yemek kalitesini nasıl buluyorsunuz?

Ankete katılan hastaların (Hastanede yatarak tedavi gören hastalar) hastanenin yemek kalitesini değerlendirmeye ilişkin; 68'i (%32) orta, 50'si (%24) kötü, 44'ü (%21) iyi, 34'ü (%16) çok kötü, 14'ü (%7) çok iyi cevabını vermişlerdir.



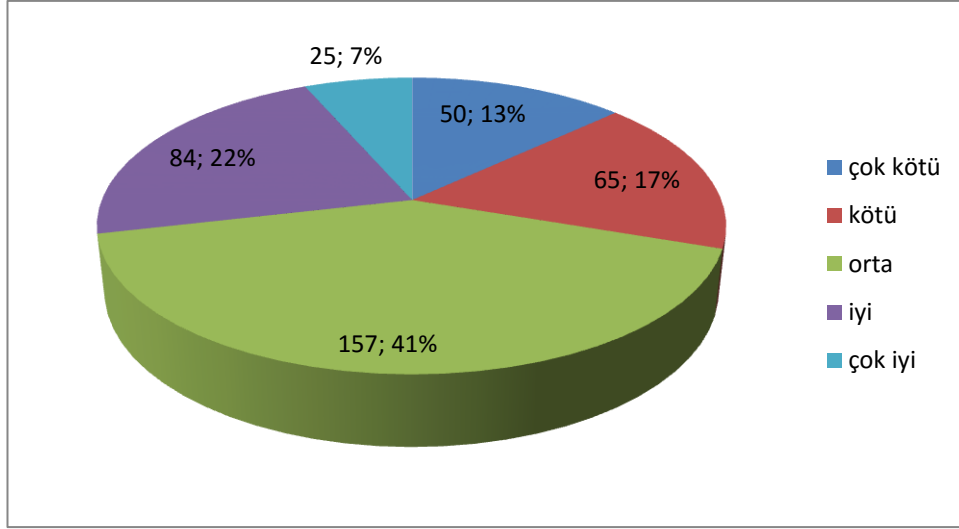
Şekil 3.9. Hizmet bedellerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Ankete katılan hastaların hastanenin vermiş olduğu hizmet karşılığında aldığı bedelleri değerlendirmeye ilişkin; 142'si (%37) orta, 101'i (%27) iyi, 78'i (%20) kötü, 51'i (%13) çok kötü, 9'u (%2) çok iyi cevabını vermişlerdir.



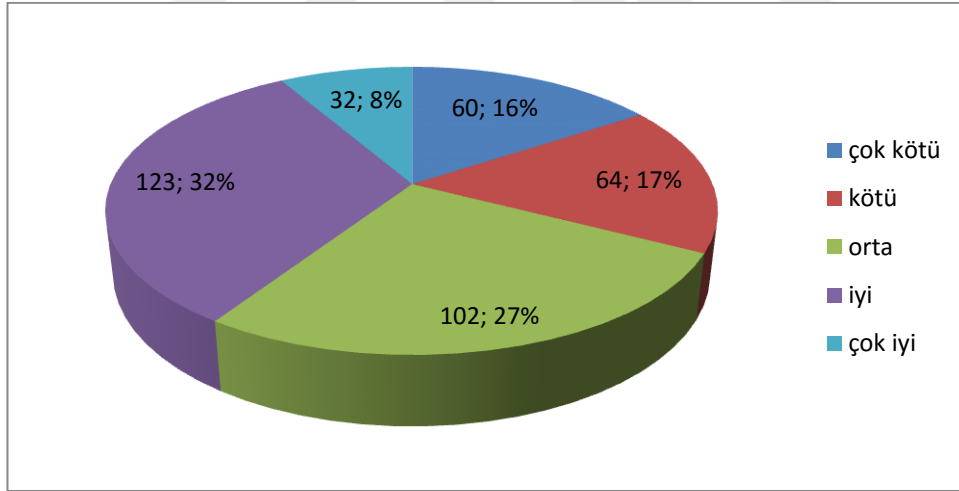
Şekil 3.10. Hastane çalışanlarının yakınlarını kayırma durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Ankete katılan hastaların, hastane çalışanlarının yakınlarını kayırma durumunu değerlendirmeye ilişkin; 106'sı (%28) orta, 103'ü (%27) çok kötü, 93'ü (%24) iyi, 48'i (%13) kötü ve 31'i (%8) çok iyi cevabını vermişlerdir.



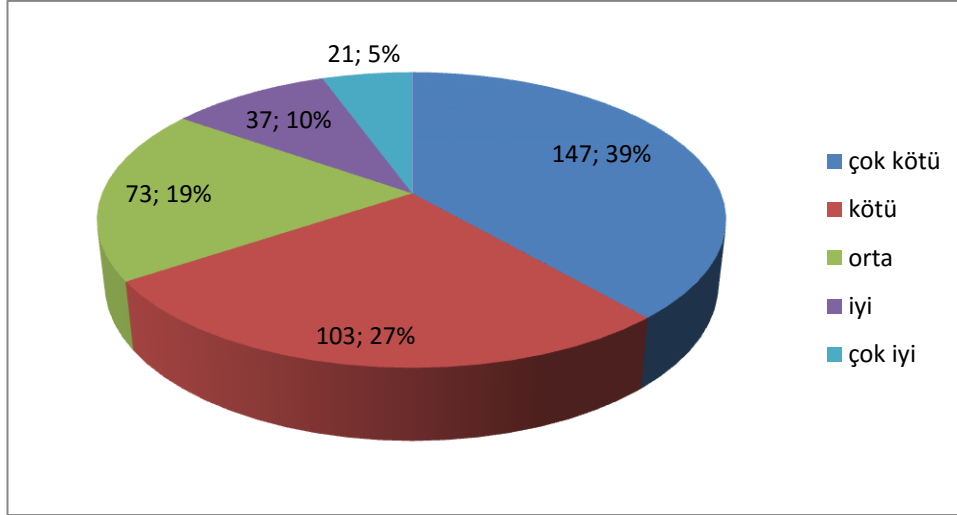
Şekil 3.11. Hastaneye muayene veya yatış için geldiğinizde hastanenin işlem süresini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Ankete katılan hastaların, hastanenin muayene veya yatış için işlem süresini değerlendirmeye ilişkin; 157'si (%41) orta, 84'ü (%22) iyi, 65'i (%17) kötü, 50'si (%13) çok kötü ve 25'i (%7) çok iyi cevabını vermişlerdir.



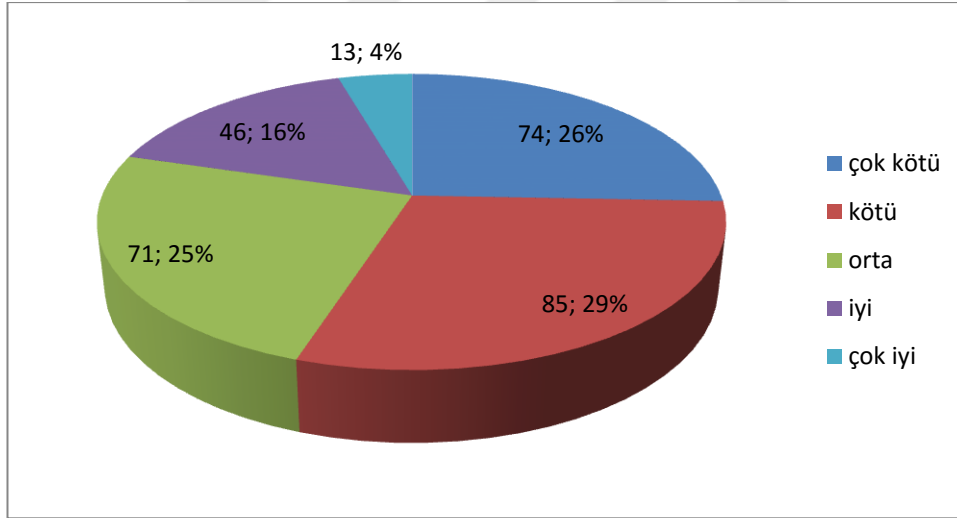
Şekil 3.12. Doktorlar hastalığınızla ilgili yeterli bilgi veriyor mu?

Ankete katılan hastaların, doktorların hastalıklarıyla ilgili verdikleri bilgiyi değerlendirmeye ilişkin; 123'ü (%32) iyi, 102'si (%27) orta, 64'ü (%17) kötü, 60'ı (%16) çok kötü, 32'si (%8) çok iyi cevabını vermişlerdir.



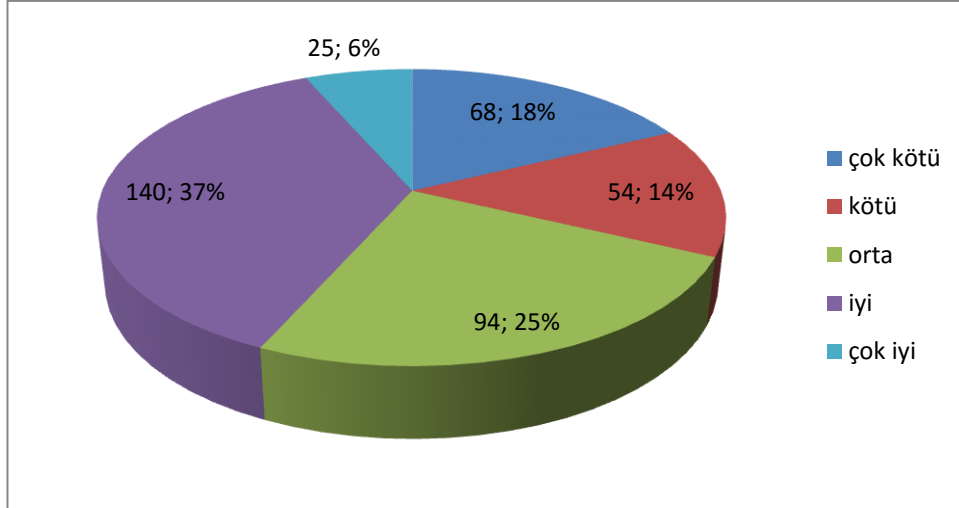
Şekil 3.13. Hastanenin WC'lerinin temizliğini nasıl buluyorsunuz?

Ankete katılan hastaların, hastane tuvaletlerinin temizliğini değerlendirmeye ilişkin; 147'si (%39) çok kötü, 103'ü (%27) kötü, 73'ü (%19) orta, 37'si (%10) iyi ve 21'i (%5) çok iyi cevabını vermişlerdir.



Şekil 3.14. Hastanenin servis ve yatak temizliğini nasıl buluyorsunuz?

Ankete katılan hastaların (Hastanede yatarak tedavi gören hastalar), hastanenin servis ve yatak temizliğini değerlendirmeye ilişkin; 85'i (%29) kötü, 74'ü (%26) çok kötü, 71'i (%25) orta, 46'sı (%16) iyi ve 13'ü (%4) çok iyi cevabını vermişlerdir.



Şekil 3.15. Hastanenin dış çevre ve bahçe temizlik ve bakımını nasıl buluyorsunuz?

Ankete katılan hastaların hastanenin dış çevre ve bahçe temizliğini değerlendirmeye ilişkin; 140'ı (%37) iyi, 94'ü (%25) orta, 68'i (%18) çok kötü, 54'ü (%14) kötü ve 25'i (%7) çok iyi cevabını vermişlerdir.

3.6.1.2. Katılımcılarının Memnuniyet Düzey Ortalamaları

Ölçeğimizin ilk bölümünü oluşturan hastaların Şırnak Devlet Hastanesi'nden memnuniyet düzeyleri hakkında bize bilgi vermektedir. Bu memnuniyet düzey ortalamalarını Tablo 3.6'da görebiliriz. Tabloya göre çalışma yapılan kurumda hasta memnuniyeti tam olarak sağlanamadığı, hastaların personelin bazı davranışlarından memnun olmadığını ve hastanenin genel temizliğini yetersiz bulduğu ortalamalardan ortaya çıkmıştır.

Tablo 3.6. Hasta Memnuniyet Düzey Ortalamaları

Konular	Mode	Medyan	Ortalama	Std.Sp
Doktorların size olan davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	4	4	3,3858	1,05915
Doktorların size ayırdığı zamanı nasıl değerlendiriyorsunuz?	4	3	3,1158	1,11557
Hemşirelerin bakım hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	3	3	2,9841	1,16065
Hemşirelerin diğer davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	4	3	3,0585	1,10824
Diğer hastane personelinin verdikleri hizmetleri nasıl değerlendiriyorsunuz?	3	3	3,0107	1,06123
Diğer hastane personelinin davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	3	3	3,0344	1,05700
Hastanenin genel olarak temizliğini nasıl buluyorsunuz?	4	3	2,6436	1,09574
Hastanenin yemek kalitesini nasıl buluyorsunuz?	3	3	2,7810	1,14900
Hizmet bedellerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	3	3	2,8365	1,03749
Hastane çalışanlarının yakınlarını kayırma durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?	1	3	2,7367	1,30881
Hastaneye muayene veya yatış için geldiğinizde hastanenin işlem süresini nasıl değerlendiriyorsunuz?	3	3	2,9022	1,08333
Doktorlar hastalığınızla ilgili yeterli bilgi veriyor mu?	4	3	3,0079	1,20850
Hastanenin WC'lerinin temizliğini nasıl buluyorsunuz?	1	2	2,1680	1,19914
Hastanenin servis ve yatak temizliğini nasıl buluyorsunuz?	2	2	2,4429	1,16265
Hastanenin dış çevre ve bahçe temizlik ve bakımını nasıl buluyorsunuz?	4	3	3,0000	1,22044

3.6.1.3.Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Farklılık Analizi

Yapılan Kruskal Wallis H Testi sonucunda Tablo 3.7’de görüldüğü gibi hastaların memnuniyet düzeyleri ve hastane personelinin hastalara davranışları konusunda cinsiyete göre; doktorların davranışları ($p=0,191$), doktorların hastalar için ayırdığı zaman ($p=0,642$), hemşirelerin bakım hizmetleri ($p=0,765$), hemşirelerin diğer davranışları ($p=0,480$), hastanenin genel temizliği ($p=0,092$), hizmet bedelleri ($p=0,064$), doktorların hastalıkla ilgili yeterli bilgi vermesi ($p=0,903$), WC’lerin temizliği ($p=0,887$), servis ve yatak temizliği ($p=0,179$) konularında anlamlı bir farklılık ($p>0,050$) görülmemiş, ancak diğer personelinin verdiği hizmet ($p=0,009$), diğer personelin davranışları ($p=0,013$), hastanenin yemek kalitesi ($p=0,011$), çalışanların

yakınlarını kayırma durumu ($p=0,021$), muayene ve yatış için işlem süresi ($p=0,049$) ve dış çevre temizliği ($p=0,000$) konularında anlamlı bir farklılık ($p<0,050$) olduğu görülmektedir. Tabloda görüldüğü üzere diğer personelin hizmetleri, diğer personelin davranışları, yemek kalitesi, kayırma, işlem süresi ve dış çevre temizliği konularında kadınların erkeklerden daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır.

Tablo 3.7. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Hastaneyi Değerlendirmeleri ve Personelin Kendilerine Olan Davranışlarının Farklılık Analizi

	Cinsiyet	N	Mean Rank	Chi-Square	Asymp Sig.
Doktorların size olan davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	Erkek	192	184,13	1,707	0,191
	Kadın	189	197,98		
Doktorların size ayırdığı zamanı nasıl değerlendiriyorsunuz?	Erkek	192	188,49	0,216	0,642
	Kadın	189	193,55		
Hemşirelerin bakım hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	Erkek	192	192,62	0,090	0,765
	Kadın	189	189,35		
Hemşirelerin diğer davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	Erkek	192	187,20	0,499	0,480
	Kadın	189	194,86		
Diğer hastane personelinin verdikleri hizmetleri nasıl değerlendiriyorsunuz?	Erkek	192	176,96	6,754	0,009
	Kadın	189	205,26		
Diğer hastane personelinin davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	Erkek	192	177,68	6,153	0,013
	Kadın	189	204,53		
Hastanenin genel olarak temizliğini nasıl buluyorsunuz?	Erkek	192	181,88	2,845	0,092
	Kadın	189	200,26		
Hastanenin yemek kalitesini nasıl buluyorsunuz?	Erkek	114	96,02	6,468	0,011
	Kadın	96	116,76		
Hizmet bedellerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	Erkek	192	181,02	3,429	0,064
	Kadın	189	201,14		
Hastane çalışanlarının yakınlarını kayırma durumu	Erkek	192	178,42	5,347	0,021
	Kadın	189	203,78		
Hastaneye muayene veya yatış için geldiğinizde hastanenin işlem süresini nasıl değerlendiriyorsunuz?	Erkek	192	180,20	3,871	0,049
	Kadın	189	201,98		
Doktorlar hastalığınızla ilgili yeterli bilgi veriyor mu?	Erkek	192	191,66	0,015	0,903
	Kadın	189	190,33		
Hastanenin WC'lerinin temizliğini nasıl buluyorsunuz?	Erkek	192	190,24	0,020	0,887
	Kadın	189	191,78		
Hastanenin servis ve yatak temizliğini nasıl buluyorsunuz?	Erkek	151	138,89	1,802	0,179
	Kadın	138	151,69		
Hastanenin dış çevre ve bahçe temizlik ve bakımını nasıl buluyorsunuz?	Erkek	192	169,01	16,65	0,000
	Kadın	189	213,34		

3.6.1.4. Katılımcıların Yerleşim Yerine Göre Farklılık Analizi

Yapılan Kruskal Wallis H Testi sonucunda Tablo 3.8'de görüldüğü gibi hastaların memnuniyet düzeyleri ve hastane personelinin hastalara davranışları konusunda yerleşim yerine göre; doktorların davranışları ($p=0,439$), doktorların hastalar için ayırdığı zaman ($p=0,085$), hemşirelerin bakım hizmetleri ($p=0,428$), hemşirelerin diğer davranışları ($p=0,282$), diğer personelinin verdiği hizmet ($p=0,577$), diğer

personelin davranışları ($p=0,497$), hastanenin genel temizliği ($p=0,099$), hastanenin yemek kalitesi ($p=0,092$), hizmet bedelleri ($p=0,559$), çalışanların yakınlarını kayırma durumu ($p=0,501$), muayene ve yatış için işlem süresi ($p=0,725$), doktorların hastalıkla ilgili yeterli bilgi vermesi ($p=0,811$), WC'lerin temizliği ($p=0,990$), ve dış çevre temizliği ($p=0,175$) konularında anlamlı bir farklılık ($p>0,050$) olmadığı görülmekte, Ancak servis ve yatak temizliği ($p=0,026$) anlamlı bir farklılık ($p<0,050$) olduğu görülmüştür. Beldede yaşayanlar diğer yerleşim yerinde yaşayanlara göre servis ve yatak temizliği konusunda daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır.

Tablo 3.8. Hastaların Yaşadığı Yere Göre Hastaneyi Değerlendirmeleri ve Personelin Kendilerine Olan Davranışlarının Farklılık Analizi.

	Yaşadığı Yer	N	Mean Rank	Chi-Square	Asymp Sig.
Doktorların size olan davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	Köy	68	198,70	4,814	0,439
	Mezra	4	163,25		
	Belde	24	203,69		
	İlçe	65	169,86		
	İl	214	195,09		
	B.Şehir	6	154,75		
Doktorların size ayırdığı zamanı nasıl değerlendiriyorsunuz?	Köy	68	215,24	9,680	0,085
	Mezra	4	178,63		
	Belde	24	193,88		
	İlçe	65	166,67		
	İl	214	192,55		
	B.Şehir	6	121,33		
Hemşirelerin bakım hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	Köy	68	203,26	4,902	0,428
	Mezra	4	148,75		
	Belde	24	197,83		
	İlçe	65	176,28		
	İl	214	193,30		
	B.Şehir	6	130,42		
Hemşirelerin diğer davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	Köy	68	206,29	6,258	0,282
	Mezra	4	139,88		
	Belde	24	212,44		
	İlçe	65	181,50		
	İl	214	189,44		
	B.Şehir	6	124,67		
Diğer hastane personelinin verdikleri hizmetleri nasıl değerlendiriyorsunuz?	Köy	68	189,27	3,809	0,577
	Mezra	4	113,75		
	Belde	24	210,27		
	İlçe	65	190,88		
	İl	214	192,0		
	B.Şehir	6	150,50		
Diğer hastane personelinin davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	Köy	68	173,44	4,371	0,497
	Mezra	4	136,25		
	Belde	24	201,02		
	İlçe	65	196,06		
	İl	214	195,88		
	B.Şehir	6	157,67		

Hastanenin genel olarak temizliğini nasıl buluyorsunuz?	Köy	68	216,26	9,250	0,099
	Mezra	4	133,50		
	Belde	24	225,19		
	İlçe	65	186,34		
	İl	214	182,07		
	B.Şehir	6	175,17		
Hastanenin yemek kalitesini nasıl buluyorsunuz?	Köy	32	112,88	9,475	0,092
	Mezra	3	69,83		
	Belde	16	136,63		
	İlçe	36	97,94		
	İl	120	101,28		
	B.Şehir	3	155,83		
Hizmet bedellerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	Köy	68	184,27	3,937	0,559
	Mezra	4	116,13		
	Belde	24	188,04		
	İlçe	65	199,14		
	İl	214	193,69		
	B.Şehir	6	145,00		
Hastane çalışanlarının yakınlarını kayırma durumu	Köy	68	189,84	4,347	0,501
	Mezra	4	133,88		
	Belde	24	209,63		
	İlçe	65	208,50		
	İl	214	184,84		
	B.Şehir	6	198,00		
Hastaneye muayene veya yatış için geldiğinizde hastanenin işlem süresini nasıl değerlendiriyorsunuz?	Köy	68	191,01	2,839	0,725
	Mezra	4	141,88		
	Belde	24	187,02		
	İlçe	65	203,64		
	İl	214	187,38		
	B.Şehir	6	231,67		
Doktorlar hastalığınızla ilgili yeterli bilgi veriyor mu?	Köy	68	202,20	2,265	0,811
	Mezra	4	167,13		
	Belde	24	192,83		
	İlçe	65	176,92		
	İl	214	192,41		
	B.Şehir	6	174,83		
Hastanenin WC'lerinin temizliğini nasıl buluyorsunuz?	Köy	68	195,28	0,542	0,990
	Mezra	4	171,50		
	Belde	24	199,83		
	İlçe	65	192,11		
	İl	214	188,90		
	B.Şehir	6	183,08		
Hastanenin servis ve yatak temizliğini nasıl buluyorsunuz?	Köy	43	175,34	12,740	0,026
	Mezra	3	119,33		
	Belde	19	181,00		
	İlçe	48	140,60		
	İl	170	135,31		
	B.Şehir	6	136,00		
Hastanenin dış çevre ve bahçe temizlik ve bakımını nasıl buluyorsunuz?	Köy	68	204,06	7,682	0,175
	Mezra	4	181,13		
	Belde	24	229,75		
	İlçe	65	182,79		
	İl	214	187,19		
	B.Şehir	6	119,33		

3.6.1.5. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Farklılık Analizi

Yapılan Kruskal Wallis H Testi sonucunda Tablo 3.9’da görüldüğü gibi hastaların memnuniyet düzeyleri ve hastane personelinin hastalara davranışları konusunda eğitim durumuna göre; doktorların davranışları ($p=0,012$), doktorların hastalar için ayırdığı zaman ($p=0,000$), hemşirelerin bakım hizmetleri ($p=0,003$), hemşirelerin diğer davranışları ($p=0,000$), diğer personelin davranışları ($p=0,048$), hastanenin genel temizliği ($p=0,000$), hizmet bedelleri ($p=0,015$), çalışanların yakınlarını kayırma durumu ($p=0,005$), muayene ve yatış için işlem süresi ($p=0,007$), doktorların hastalıkla ilgili yeterli bilgi vermesi ($p=0,005$), hastanenin servis ve yatak temizliği ($p=0,010$) ve dış çevre temizliği ($p=0,000$) konularında anlamlı bir farklılık ($p<0,050$) olduğu görülmektedir. Tabloda mean rank değerlerine bakıldığında doktorların davranışları, doktorların hastalar için ayırdığı zaman, hemşirelerin bakım hizmetleri, hemşirelerin davranışları, diğer personelin davranışları, genel temizlik, kayırma, doktorların yeterince bilgi vermesi ve dış çevre konularında okur-yazar grubunda olanların diğer gruptakilerden daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır. Hizmet bedelleri, işlem süresi ve servis temizliği konularında ise ortaokul grubundakiler diğer gruptakilerden daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır. Ancak diğer personelinin verdiği hizmet ($p=0,072$), hastanenin yemek kalitesi ($p=0,223$) ve WC’lerin temizliği ($p=0,123$) anlamlı bir farklılık ($p>0,50$) olmadığı görülmektedir.

Tablo 3.9. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Hastaneyi Değerlendirmeleri ve Personelin Kendilerine Olan Davranışlarının Farklılık Analizi

	Eğitim Durumu	N	Mean Rank	Chi-Square	Asymp Sig.
Doktorların size olan davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	Okuma Yazma Bilmiyor	69	213,20	14,734	0,012
	Okur Yazar	22	242,75		
	İlkokul	22	175,11		
	Ortaokul	26	201,27		
	Lise	167	187,60		
	Üniversite ve Üstü	75	164,06		
Doktorların size ayırdığı zamanı nasıl değerlendiriyorsunuz?	Okuma Yazma Bilmiyor	69	218,14	26,040	0,000
	Okur Yazar	22	244,23		
	İlkokul	22	173,09		
	Ortaokul	26	211,15		
	Lise	167	192,84		
	Üniversite ve Üstü	75	144,59		

Hemşirelerin bakım hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	Okuma Yazma Bilmiyor	69	209,01	18,328	0,003
	Okur Yazar	22	257,00		
	İlkokul	22	184,50		
	Ortaokul	26	214,02		
	Lise	167	185,97		
	Üniversite ve Üstü	75	160,20		
Hemşirelerin diğer davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	Okuma Yazma Bilmiyor	69	213,45	27,407	0,000
	Okur Yazar	22	268,23		
	İlkokul	22	152,45		
	Ortaokul	26	213,75		
	Lise	167	189,03		
	Üniversite ve Üstü	75	155,50		
Diğer hastane personelinin verdikleri hizmetleri nasıl değerlendiriyorsunuz?	Okuma Yazma Bilmiyor	69	208,48	10,130	0,072
	Okur Yazar	22	225,57		
	İlkokul	22	187,93		
	Ortaokul	26	181,58		
	Lise	167	194,11		
	Üniversite ve Üstü	75	162,03		
Diğer hastane personelinin davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	Okuma Yazma Bilmiyor	69	213,33	11,193	0,048
	Okur Yazar	22	224,14		
	İlkokul	22	172,14		
	Ortaokul	26	191,37		
	Lise	167	192,35		
	Üniversite ve Üstü	75	163,14		
Hastanenin genel olarak temizliğini nasıl buluyorsunuz?	Okuma Yazma Bilmiyor	69	221,59	23,079	0,000
	Okur Yazar	22	223,39		
	İlkokul	22	176,41		
	Ortaokul	26	195,17		
	Lise	167	196,33		
	Üniversite ve Üstü	75	144,31		
Hastanenin yemek kalitesini nasıl buluyorsunuz?	Okuma Yazma Bilmiyor	35	109,87	6,963	0,223
	Okur Yazar	13	127,65		
	İlkokul	13	91,50		
	Ortaokul	16	125,75		
	Lise	92	105,38		
	Üniversite ve Üstü	41	91,55		
Hizmet bedellerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	Okuma Yazma Bilmiyor	69	193,35	14,171	0,015
	Okur Yazar	22	168,34		
	İlkokul	22	172,57		
	Ortaokul	26	229,37		
	Lise	167	203,68		
	Üniversite ve Üstü	75	159,37		
Hastane çalışanlarının yakınlarını kayırma durumu	Okuma Yazma Bilmiyor	69	203,18	16,869	0,005
	Okur Yazar	22	244,05		
	İlkokul	22	192,02		
	Ortaokul	26	225,38		
	Lise	167	189,02		
	Üniversite ve Üstü	75	156,42		
Hastaneye muayene veya yatış için geldiğinizde hastanenin işlem süresini nasıl değerlendiriyorsunuz?	Okuma Yazma Bilmiyor	69	203,96	16,030	0,007
	Okur Yazar	22	203,50		
	İlkokul	22	193,64		
	Ortaokul	26	255,98		
	Lise	167	186,03		
	Üniversite ve Üstü	75	168,18		

Doktorlar hastalığınızla ilgili yeterli bilgi veriyor mu?		Okuma Yazma Bilmiyor	69	204,28	16,817	0,005
		Okur Yazar	22	234,75		
		İlkokul	22	201,09		
		Ortaokul	26	207,33		
		Lise	167	194,30		
		Üniversite ve Üstü	75	149,99		
Hastanenin temizliğini buluyorsunuz?	WC'lerinin nasıl	Okuma Yazma Bilmiyor	69	205,03	8,673	0,123
		Okur Yazar	22	218,93		
		İlkokul	22	217,73		
		Ortaokul	26	176,60		
		Lise	167	191,21		
		Üniversite ve Üstü	75	166,59		
Hastanenin servis ve yatak temizliğini buluyorsunuz?	nasıl	Okuma Yazma Bilmiyor	40	163,95	15,042	0,010
		Okur Yazar	13	173,15		
		İlkokul	16	132,41		
		Ortaokul	19	181,00		
		Lise	132	146,41		
		Üniversite ve Üstü	69	119,03		
Hastanenin dış çevre ve bahçe temizlik ve bakımını buluyorsunuz?	nasıl	Okuma Yazma Bilmiyor	69	220,44	33,023	0,000
		Okur Yazar	22	239,34		
		İlkokul	22	209,77		
		Ortaokul	26	232,92		
		Lise	167	186,87		
		Üniversite ve Üstü	75	138,90		

3.6.1.6.Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Farklılık Analizi

Yapılan Kruskal Wallis H Testi sonucunda Tablo 3.10'da görüldüğü gibi hastaların memnuniyet düzeyleri ve hastane personelinin hastalara davranışları konusunda gelir durumuna göre; doktorların davranışları ($p=0,001$), doktorların hastalar için ayırdığı zaman ($p=0,000$), hemşirelerin bakım hizmetleri ($p=0,000$), hemşirelerin diğer davranışları ($p=0,000$), hastanenin genel temizliği ($p=0,000$), hizmet bedelleri ($p=0,000$), çalışanların yakınlarını kayırma durumu ($p=0,000$), doktorların hastalıkla ilgili yeterli bilgi vermesi ($p=0,000$), WC'lerin temizliği ($p=0,000$) hastanenin servis ve yatak temizliği ($p=0,000$) ve dış çevre temizliği ($p=0,000$) konularında anlamlı bir farklılık ($p<0,050$) olduğu görülmektedir. Tabloda mean rank değerlerine bakıldığında doktorların davranışları konusunda 2501-4000 aralığındaki bir gelire sahip olanlar diğer gelir gruplarına göre daha duyarlı oldukları görülmektedir. Hemşirelerin bakım hizmetleri, hemşirelerin diğer davranışları, genel temizlik, hizmet bedelleri, kayırma, doktorların bilgi vermesi, WC temizliği, servis ve yatak temizliği ve dış çevre temizliği konularında ise 951-1300 gelir grubundakiler diğer gelir grubuna göre daha duyarlı oldukları gözlemlenmiştir. Ancak diğer personelinin verdiği hizmet ($p=0,376$), diğer

personelin davranışları ($p=0,261$), hastanenin yemek kalitesi ($p=0,063$) ve muayene ve yatış için işlem süresi ($p=0,418$) anlamlı bir farklılık ($p>0,50$) olmadığı görülmektedir.

Tablo 3.10. Hastaların Gelir Durumuna Göre Hastaneyi Değerlendirmeleri ve Personelin Kendilerine Olan Davranışlarının Farklılık Analizi

	Gelir Durumu	N	Mean Rank	Chi-Square	Asymp Sig.
Doktorların size olan davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	950'den az	213	180,42	18,520	0,001
	951-1300	82	223,32		
	1301-2500	48	168,88		
	2501-4000	24	237,13		
	4000 üstü	14	159,39		
Doktorların size ayırdığı zamanı nasıl değerlendiriyorsunuz?	950'den az	213	176,14	33,003	0,000
	951-1300	82	242,73		
	1301-2500	48	175,24		
	2501-4000	24	219,77		
	4000 üstü	14	118,82		
Hemşirelerin bakım hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	950'den az	213	177,26	24,493	0,000
	951-1300	82	239,43		
	1301-2500	48	162,71		
	2501-4000	24	207,85		
	4000 üstü	14	184,43		
Hemşirelerin diğer davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	950'den az	213	179,60	22,037	0,000
	951-1300	82	238,66		
	1301-2500	48	176,89		
	2501-4000	24	179,96		
	4000 üstü	14	152,57		
Diğer hastane personelinin verdikleri hizmetleri nasıl değerlendiriyorsunuz?	950'den az	213	187,42	4,229	0,376
	951-1300	82	211,26		
	1301-2500	48	184,01		
	2501-4000	24	172,88		
	4000 üstü	14	181,79		
Diğer hastane personelinin davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	950'den az	213	185,82	5,262	0,261
	951-1300	82	210,79		
	1301-2500	48	193,26		
	2501-4000	24	187,08		
	4000 üstü	14	152,93		
Hastanenin genel olarak temizliğini nasıl buluyorsunuz?	950'den az	213	187,43	29,226	0,000
	951-1300	82	236,35		
	1301-2500	48	177,96		
	2501-4000	24	118,69		
	4000 üstü	14	148,32		

Hastanenin yemek kalitesini nasıl buluyorsunuz?	950'den az	117	101,97	8,927	0,063
	951-1300	35	131,73		
	1301-2500	36	96,86		
	2501-4000	13	91,04		
	4000 üstü	9	104,83		
Hizmet bedellerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	950'den az	213	176,13	24,877	0,000
	951-1300	82	242,50		
	1301-2500	48	178,59		
	2501-4000	24	184,58		
	4000 üstü	14	169,14		
Hastane çalışanlarının yakınlarını kayırma durumu	950'den az	213	183,65	26,278	0,000
	951-1300	82	237,18		
	1301-2500	48	157,96		
	2501-4000	24	202,44		
	4000 üstü	14	126,04		
Hastaneye muayene veya yatış için geldiğinizde hastanenin işlem süresini nasıl değerlendiriyorsunuz?	950'den az	213	187,59	3,912	0,418
	951-1300	82	210,33		
	1301-2500	48	187,01		
	2501-4000	24	174,69		
	4000 üstü	14	171,36		
Doktorlar hastalığınızla ilgili yeterli bilgi veriyor mu?	950'den az	213	174,38	29,840	0,000
	951-1300	82	243,47		
	1301-2500	48	184,04		
	2501-4000	24	206,83		
	4000 üstü	14	133,21		
Hastanenin WC'lerinin temizliğini nasıl buluyorsunuz?	950'den az	213	183,88	20,840	0,000
	951-1300	82	230,24		
	1301-2500	48	185,63		
	2501-4000	24	128,63		
	4000 üstü	14	194,86		
Hastanenin servis ve yatak temizliğini nasıl buluyorsunuz?	950'den az	164	145,17	23,249	0,000
	951-1300	47	183,54		
	1301-2500	43	139,16		
	2501-4000	21	86,50		
	4000 üstü	14	119,25		
Hastanenin dış çevre ve bahçe temizlik ve bakımını nasıl buluyorsunuz?	950'den az	213	184,57	33,295	0,000
	951-1300	82	239,90		
	1301-2500	48	188,54		
	2501-4000	24	119,88		
	4000 üstü	14	132,71		

3.6.1.7.Katılımcıların Sağlık Güvencelerine Göre Farklılık Analizi

Yapılan Kruskal Wallis H Testi sonucunda Tablo 3.11'de görüldüğü gibi hastaların memnuniyet düzeyleri ve hastane personelinin hastalara davranışları

konusunda gelir durumuna göre; doktorların davranışları ($p=0,801$), doktorların hastalar için ayırdığı zaman ($p=0,963$), hemşirelerin bakım hizmetleri ($p=0,168$), diğer personelinin verdiği hizmet ($p=0,357$), diğer personelin davranışları ($p=0,434$), hastanenin genel temizliği ($p=0,090$), hastanenin yemek kalitesi ($p=0,980$), hizmet bedelleri ($p=0,248$), çalışanların yakınlarını kayırma durumu ($p=0,624$), muayene ve yatış için işlem süresi ($p=0,909$), doktorların hastalıkla ilgili yeterli bilgi vermesi ($p=0,649$), WC'lerin temizliği ($p=0,511$) hastanenin servis ve yatak temizliği ($p=0,245$) ve dış çevre temizliği ($p=0,234$) konularında anlamlı bir farklılık ($p>0,050$) olmadığı görülmekte, Ancak hemşirelerin diğer davranışları ($p=0,024$), anlamlı bir farklılık ($p<0,50$) olduğu görülmektedir. Tabloda mean rank değerlerine bakıldığında hemşirelerin diğer davranışları konusunda GSS'ye sahip olanların diğer sağlık güvencesine sahip olanlara göre daha duyarlı oldukları gözlemlenmiştir.

Tablo 3.11. Hastaların Sağlık Güvencesi Durumuna Göre Hastaneyi Değerlendirmeleri ve Personelin Kendilerine Olan Davranışlarının Farklılık Analizi

	Sağlık Güvencesi	N	Mean Rank	Chi-Square	Asymp Sig.
Doktorların size olan davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	Emekli Sandığı	56	200,36	1,643	0,801
	SGK/Bağ-kur	177	183,60		
	GSS	44	183,48		
	Özel Sağlık Sigortası	11	199,82		
	Yeşil Kart	89	193,99		
Doktorların size ayırdığı zamanı nasıl değerlendiriyorsunuz?	Emekli Sandığı	56	189,93	0,599	0,963
	SGK/Bağ-kur	177	188,48		
	GSS	44	199,10		
	Özel Sağlık Sigortası	11	190,45		
	Yeşil Kart	89	184,28		
Hemşirelerin bakım hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	Emekli Sandığı	56	164,87	6,454	0,168
	SGK/Bağ-kur	177	184,55		
	GSS	44	196,82		
	Özel Sağlık Sigortası	11	198,95		
	Yeşil Kart	89	207,94		
Hemşirelerin diğer davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	Emekli Sandığı	56	152,60	11,241	0,024
	SGK/Bağ-kur	177	189,29		
	GSS	44	220,69		
	Özel Sağlık Sigortası	11	183,77		
	Yeşil Kart	89	196,30		
Diğer hastane personelinin verdikleri hizmetleri nasıl değerlendiriyorsunuz?	Emekli Sandığı	56	184,59	4,384	0,357
	SGK/Bağ-kur	177	192,10		
	GSS	44	171,63		
	Özel Sağlık Sigortası	11	243,14		
	Yeşil Kart	89	187,51		

Diğer hastane personelinin davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	Emekli Sandığı	56	171,96	3,799	0,434
	SGK/Bağ-kur	177	194,54		
	GSS	44	184,76		
	Özel Sağlık Sigortası	11	229,59		
	Yeşil Kart	89	185,79		
Hastanenin genel olarak temizliğini nasıl buluyorsunuz?	Emekli Sandığı	56	164,03	8,035	0,090
	SGK/Bağ-kur	177	189,00		
	GSS	44	183,23		
	Özel Sağlık Sigortası	11	160,23		
	Yeşil Kart	89	211,13		
Hastanenin yemek kalitesini nasıl buluyorsunuz?	Emekli Sandığı	25	101,46	0,424	0,980
	SGK/Bağ-kur	101	107,03		
	GSS	23	100,43		
	Özel Sağlık Sigortası	6	100,08		
	Yeşil Kart	53	103,38		
Hizmet bedellerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	Emekli Sandığı	56	191,31	5,404	0,248
	SGK/Bağ-kur	177	196,46		
	GSS	44	155,55		
	Özel Sağlık Sigortası	11	187,50		
	Yeşil Kart	89	189,44		
Hastane çalışanlarının yakınlarını kayırma durumu	Emekli Sandığı	56	176,34	2,615	0,624
	SGK/Bağ-kur	177	188,38		
	GSS	44	191,40		
	Özel Sağlık Sigortası	11	161,36		
	Yeşil Kart	89	200,43		
Hastaneye muayene veya yatış için geldiğinizde hastanenin işlem süresini nasıl değerlendiriyorsunuz?	Emekli Sandığı	56	178,64	1,008	0,909
	SGK/Bağ-kur	177	188,08		
	GSS	44	189,23		
	Özel Sağlık Sigortası	11	196,59		
	Yeşil Kart	89	196,29		
Doktorlar hastalığınızla ilgili yeterli bilgi veriyor mu?	Emekli Sandığı	56	192,53	2,477	0,649
	SGK/Bağ-kur	177	188,84		
	GSS	44	180,33		
	Özel Sağlık Sigortası	11	234,41		
	Yeşil Kart	89	185,78		
Hastanenin WC'lerinin temizliğini nasıl buluyorsunuz?	Emekli Sandığı	56	167,54	3,287	0,511
	SGK/Bağ-kur	177	191,84		
	GSS	44	191,38		
	Özel Sağlık Sigortası	11	214,68		
	Yeşil Kart	89	192,51		
Hastanenin servis ve yatak temizliğini nasıl buluyorsunuz?	Emekli Sandığı	43	125,67	5,442	0,245
	SGK/Bağ-kur	139	140,00		
	GSS	26	163,77		
	Özel Sağlık Sigortası	7	136,00		
	Yeşil Kart	71	154,46		
Hastanenin dış çevre ve bahçe temizlik ve bakımını nasıl buluyorsunuz?	Emekli Sandığı	56	185,94	5,564	0,234
	SGK/Bağ-kur	177	183,86		
	GSS	44	223,90		
	Özel Sağlık Sigortası	11	178,73		
	Yeşil Kart	89	185,16		

3.6.2. Araştırmaya Katılan Hastane Çalışanlarının Demografik Özelliklerinin Genel Dağılımı İle İlgili Bulgular

Katılımcıların demografik özelliklerine bakıldığında görev süresi açısından; %78,7'sinin 1-5 yıl arası çalışanlardan oluştuğu, %13,8'nin 6-10 yıl arası çalışanlar olduğu, %4,3'nün 16-20 yıl ve %3,2'sinin 11-15 yıl arası çalışanlardan oluştuğu görülmektedir. Eğitim durumu açısından bakıldığında; %34'nün önlisans mezunu olduğu, %33,5'nin Lise mezunu, %15,4'ünün lisans mezunu, %13,3'nün yüksek lisans-doktora mezunu, %3,7'sinin de ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Son olarak meslek grubu açısından baktığımızda ise; %28,7'sinin hemşirelerden oluştuğu, %26,6'sının idari personel olduğu, %14,4'ünün sağlık teknisyeni, %13,8'inin doktor, %13,8'inin diğer (firma personeli) ve %2,7'sinin yönetici olduğu Tablo 3.12'den anlaşılmaktadır.

Tablo 3.12. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Frekans Dağılımı

	N (Frekans)	% (Oran)	% (Birikimli)
Görev Süresi			
1-5 yıl	148	78,7	78,7
6-10 yıl	26	13,8	92,6
11-15 yıl	6	3,2	95,7
16-20 yıl	8	4,3	100,0
Eğitim Düzeyi			
İlköğretim	7	3,7	3,7
Lise	63	33,5	37,2
Önlisans	64	34,0	71,3
Lisans	29	15,4	86,7
Yüksek-Doktora	25	13,3	100,0
Meslek Grubu			
Doktor	26	13,8	13,8
Yönetici	5	2,7	16,5
Hemşire	54	28,7	45,2
Sağlık Teknisyeni	27	14,4	59,6
İdari Personel	50	26,6	86,2
Diğer	26	13,8	100,0
Toplam	188	100	

3.6.2.1. Katılımcıların Hastanenin Genel Durumuna İlişkin Görüşleri

Katılımcılara yöneticilerin kaliteyi geliştirme konusunda çaba gösteriyorlar ifadesi yöneltmiş; %33'ü katılmadıklarını, %22,9'u kararsız, %20,7'si katıldıklarını, %19,7'si kesinlikle katılmadıklarını, %3,7'si de kesinlikle katıldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3.13. Hastanemizdeki Yöneticiler Kaliteyi Geliştirme Konusunda Çaba Gösteriyorlar.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	37	19,7	19,7	19,7
Katılmıyorum	62	33,0	33,0	52,7
Kararsızım	43	22,9	22,9	75,5
Katılıyorum	39	20,7	20,7	96,3
Kesinlikle Katılıyorum	7	3,7	3,7	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanedeki genel temizlik hizmetlerinin yeterli olduğu ifadesi yöneltmiş; %35,6'sı kararsız, %24,5'i katıldıklarını, %22,3'nün katılmadığı, %9,6'sının kesinlikle katılmadığı, %8'i de kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3.14. Hastanemizdeki genel temizlik hizmetlerini yeterli buluyorum.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	18	9,6	9,6	9,6
Katılmıyorum	42	22,3	22,3	31,9
Kararsızım	67	35,6	35,6	67,6
Katılıyorum	46	24,5	2,5	92,0
Kesinlikle Katılıyorum	15	8,0	8,0	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara çalıştığım birimde memnunum ifadesi yöneltmiş; katılımcıların %33,5'i katıldıklarını, %28,7'si kararsız, %21,8'i katılmadıklarını, 9,6'sı kesinlikle katıldığını, %6,4'ü kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.15. Çalıştığım birimde olmaktan genel olarak memnunum.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	12	6,4	6,4	6,4
Katılmıyorum	41	21,8	21,8	28,2
Kararsızım	54	28,7	28,7	56,9
Katılıyorum	63	33,5	33,5	90,4
Kesinlikle Katılıyorum	18	9,6	9,6	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Hastanede çalışan personele hastaların çalıştıkları birimden aldıkları hizmetten memnunum ifadesi yöneltmiş; katılımcıların %33,5'i kararsız olduklarını, %33'ü katıldıklarını, %18,6'sı katılmadıklarını, %8'i kesinlikle katıldıklarını, %6,9'u kesinlikle katılmadıklarını belirtmiştir.

Tablo 3.16. Hastaların çalıştığım birimde aldıkları hizmetten memnun olduğumu düşünüyorum.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	13	6,9	6,9	6,9
Katılmıyorum	35	18,6	18,6	25,5
Kararsızım	63	33,5	33,5	59,0
Katılıyorum	62	33,0	33,0	92,0
Kesinlikle Katılıyorum	15	8,0	8,0	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

3.6.2.2. Katılımcıların Yönetimin Katılım ve Ekip Çalışmasını Özendirmeleri Konusundaki Görüşleri

Hastaneden çalışan personele yöneticilerin çalışanları kararlara katılmalarına özen gösteriyorlar ifadesi yöneltmiş; katılımcıların %33'ü kararsız olduklarını, %26,6'sı katıldıklarını, %25'i katılmadıklarını, %10,1'i kesinlikle katılmadıklarını, %5,3'ü kesinlikle katıldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3.17. Yöneticiler çalışanların kararlara katılımına özen gösteriyorlar.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	19	10,1	10,1	10,1
Katılmıyorum	47	25,0	25,0	35,1
Kararsızım	62	33,0	33,0	68,1
Katılıyorum	50	26,6	26,6	94,7
Kesinlikle Katılıyorum	10	5,3	5,3	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanede faaliyet alanıyla ilgili bir karar alındığında görüşüm alınıyor ifadesi yöneltmiş; %33'ü kararsız olduğunu, %29,8'i katıldıklarını, %22,3'ü katılmadıklarını, %8'i kesinlikle katıldığını, %6,9'u kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.18. Hastanede faaliyet alanımla ilgili herhangi bir karar alındığında görüşüm alınıyor.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	13	6,9	6,9	6,9
Katılmıyorum	42	22,3	22,3	29,3
Kararsızım	62	33,0	33,0	62,2
Katılıyorum	56	29,8	29,8	92,0
Kesinlikle Katılıyorum	15	8,0	8,0	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanede çeşitli konularda ekip çalışması yapılmaktadır ifadesi yöneltilmiş; %34,6'sı kararsız olduğunu, %32,4'ü katıldıklarını, %20,2'si katılmadığını, %8'i kesinlikle katıldığını, %4,8'i kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.19. Hastanemizde çeşitli konularla ilgili olarak ekip çalışmaları yapılmaktadır.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	9	4,8	4,8	4,8
Katılmıyorum	38	20,2	20,2	25,0
Kararsızım	65	34,6	34,6	62,2
Katılıyorum	61	32,4	32,4	92,0
Kesinlikle Katılıyorum	15	8,0	8,0	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara yönetimin her bölümden temsilci alarak periyodik olarak toplantı yapmaktadır ifadesi yöneltilmiş; %33,5'i kararsız olduğunu, %30,3'ü katıldıklarını, %18,1'i katılmadıklarını, %10,6'sı kesinlikle katıldığını, %7,4'ü kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.20. Her bölümden temsilciler alınarak periyodik toplantılar yapılmaktadır.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	14	7,4	7,4	7,4
Katılmıyorum	34	18,1	18,1	25,5
Kararsızım	63	33,5	33,5	59,0
Katılıyorum	57	30,3	30,3	89,4
Kesinlikle Katılıyorum	20	10,6	10,6	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

3.6.2.3. Katılımcıların Yönetimin Liderlik Yapma Konusundaki Görüşleri

Katılımcılara performansı karşılığında hak ettiği ödülü alabiliyorum ifadesi yöneltilmiş; %27,7'si katılıyorum, %25,5'i kararsızım, %23,9'u katılmıyorum, %15,4'ü kesinlikle katılmıyorum, %7,4'ü kesinlikle katılıyorum cevabını vermişlerdir.

Tablo 3.21. Göstermiş olduğum performans sonucu hak ettiğim ödülü alabiliyorum.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	29	15,4	15,4	15,4
Katılmıyorum	45	23,9	23,9	39,4
Kararsızım	48	25,5	25,5	64,9
Katılıyorum	52	27,7	27,7	92,6
Kesinlikle Katılıyorum	14	7,4	7,4	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara kariyer ve kişisel gelişim konusunda yönetim bana yardımcı oluyor ifadesi yöneltilmiş; %31,9'u katılıyorum, %30,3'ü kararsızım, %21,3'ü katılmıyorum, %10,6'sı kesinlikle katılmıyorum, %5,9'u kesinlikle katılıyorum cevabını vermişlerdir.

Tablo 3.22. Kariyer ve kişisel gelişimimi artırma konusunda yönetim bana yardımcı oluyor.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	20	10,6	10,6	10,6
Katılmıyorum	40	21,3	21,3	31,9
Kararsızım	57	30,3	30,3	62,2
Katılıyorum	60	31,9	31,9	94,1
Kesinlikle Katılıyorum	11	5,9	5,9	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara birimlerinde düzenli olarak performans değerlemesi yapılıyor ifadesi yöneltilmiş; %30,3'ü katılıyorum, %29,8'i kararsızım, %20,2'si katılmıyorum, %11,2'si kesinlikle katılıyorum, %8,5'i kesinlikle katılmıyorum cevabını vermişlerdir.

Tablo 3.23. Çalıştığım birimde düzenli olarak performans değerlendirme yapılıyor.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	16	8,5	8,5	8,5
Katılmıyorum	38	20,2	20,2	28,7
Kararsızım	56	29,8	29,8	58,5
Katılıyorum	57	30,3	30,3	88,8
Kesinlikle Katılıyorum	21	11,2	11,2	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara yöneticilerin oldukça geniş vizyonlu olduklarını düşünüyorum ifadesi yöneltilmiş; %35,1' kararsız, %29,3'ü katıldıklarını, %17'si katılmadıklarını, %10,1'i kesinlikle katılmadıklarını, %8,5'i kesinlikle katıldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3.24. Yöneticilerimizin oldukça geniş vizyonlu olduğunu düşünüyorum.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	19	10,1	10,1	10,1
Katılmıyorum	32	1,0	17,0	27,1
Kararsızım	66	35,1	35,1	62,2
Katılıyorum	55	29,3	29,3	91,5
Kesinlikle Katılıyorum	16	8,5	8,5	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara yönetimin her konuda kendilerine ilham ve şevk verir ifadesi yöneltilmiş; %29,8'i katıldıklarını, %28,2'si kararsız, %23,9'u katılmadıklarını, %9,6'sı kesinlikle katıldıklarını, %8,5'i kesinlikle katılmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3.25. Hastane yönetimimiz her konuda bize ilham ve şevk verir.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	16	8,5	8,5	8,5
Katılmıyorum	45	23,9	23,9	32,4
Kararsızım	53	28,2	28,2	60,6
Katılıyorum	56	29,8	29,8	90,4
Kesinlikle Katılıyorum	18	9,6	9,6	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

3.6.2.4. Katılımcıların İletişim Konusundaki Görüşleri

Katılımcılara personel arasında bazen iletişim kazaları yaşanır ifadesi yöneltilmiş; %33,5'i kararsız, %26,1 katılmadıklarını, %26,1'i katıldıklarını, %8'i kesinlikle katıldıklarını, %6,4'ü kesinlikle katılmadıklarını belirtmiştir.

Tablo 3.26. Hastanede bazen personel arasında iletişim kazaları yaşanır.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	12	6,4	6,4	6,4
Katılmıyorum	49	26,1	26,1	32,4
Kararsızım	63	33,5	33,5	66,0
Katılıyorum	49	26,1	26,1	92,0
Kesinlikle Katılıyorum	15	8,0	8,0	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara bölümler arasında iletişim sorunu yoktur ifadesi yöneltilmiş; katılımcıların %31,4'ü kararsızım, %26,6'sı katılıyorum, %23,9'u katılmıyorum, %9,6'sı kesinlikle katılmıyorum, %8,5'i kesinlikle katılıyorum cevabını vermişlerdir.

Tablo 3.27. Hastanede bölümler arasında iletişim sorunu yoktur.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	18	9,6	9,6	9,6
Katılmıyorum	45	23,9	23,9	33,5
Kararsızım	59	31,4	31,4	64,9
Katılıyorum	50	26,6	26,6	91,5
Kesinlikle Katılıyorum	16	8,5	8,5	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizde yönetimin diğer birim ve kişilerle iletişimi iyidir ifadesi yöneltilmiş; %35,1'i katılıyorum, %29,3'ü kararsızım, %19,1'i katılmıyorum, %9'u kesinlikle katılıyorum, %7,4'ü kesinlikle katılmıyorum cevabını vermişlerdir.

Tablo 3.28. Hastanemizde yönetimin diğer birim ve kişilerle iletişimi iyidir.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	14	7,4	7,4	7,4
Katılmıyorum	36	19,1	19,1	26,6
Kararsızım	55	29,3	29,3	55,9
Katılıyorum	66	35,1	35,1	91,0
Kesinlikle Katılıyorum	17	9,0	9,0	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

4.6.2.5. Katılımcıların Müşteri Memnuniyeti Hakkında Görüşleri

Katılımcılara hasta yakınlarının memnuniyetine pek dikkat edilmez ifadesi yöneltilmiş; %35,6'ı katılmadıklarını, %24,5'i kararsızım, %2,3'ü katılıyorum, %11,2'si kesinlikle katılmıyorum, %7,4'ü kesinlikle katılıyorum cevabını vermişlerdir.

Tablo 3.29. Hastanemizde hasta yakınlarının memnuniyetine pek dikkat edilmez.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	21	11,2	11,2	11,2
Katılmıyorum	67	35,6	35,6	46,8
Kararsızım	46	24,5	24,5	71,3
Katılıyorum	40	21,4	21,3	92,6
Kesinlikle Katılıyorum	14	7,4	7,4	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

. Katılımcılara hastanemizde hasta memnuniyetine önem verilmektedir ifadesi yöneltilmiş; %34'ü katılıyorum, %30,3'ü kararsızım, %19,1'i katılmıyorum, %9'u kesinlikle katılıyorum, %7,4'ü kesinlikle katılmıyorum cevabını vermişlerdir.

Tablo 3.30. Hastanemizde genel olarak hasta memnuniyetine önem verilmektedir.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	14	7,4	7,4	7,4
Katılmıyorum	36	19,1	19,1	26,6
Kararsızım	57	30,3	30,3	56,9
Katılıyorum	64	34,0	34,0	91,0
Kesinlikle Katılıyorum	17	9,0	9,0	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizde çalışanların memnuniyetine önem verilmektedir ifadesi yöneltilmiş; %34,6'sı kararsızım, %25'i katılıyorum, %23,4'ü katılmıyorum, %10,6'sı kesinlikle katılıyorum, %6,4'ü kesinlikle katılmıyorum cevabını vermişlerdir.

Tablo 3.31. Hastanemizde çalışanların memnuniyetine önem verilmektedir.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	12	6,4	6,4	6,4
Katılmıyorum	44	23,4	23,4	29,8
Kararsızım	65	34,6	34,6	64,4
Katılıyorum	47	25,0	25,0	89,4
Kesinlikle Katılıyorum	20	10,6	10,6	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

3.6.2.6. Katılımcıların Mükemmeliyetçiliğe Verilen Önem Konusundaki Görüşleri

Katılımcılara hataların ve potansiyel kalite problemlerinin tekrarlanmaması için çözümler geliştirilmektedir ifadesi yöneltilmiş; %34'ü katılıyorum, %28,7'si kararsızım, %21,8'i katılmıyorum, %8,5'i kesinlikle katılmıyorum, %6,9'u kesinlikle katılıyorum cevabını vermişlerdir.

Tablo 3.32. Hataların potansiyel kalite problemlerinin tekrarlanmaması için çözümler geliştirilmektedir.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	16	8,5	8,5	8,5
Katılmıyorum	41	21,8	21,8	30,3
Kararsızım	54	28,7	28,7	59,0
Katılıyorum	64	34,0	34,0	93,1
Kesinlikle Katılıyorum	13	6,9	6,9	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanede yapılan hataların ve potansiyel kalite problemlerinin nedenleri araştırılmaktadır ifadesi yöneltilmiş; %36,7'si kararsızım, %26,6'sı katılıyorum, %21,3'ü katılmıyorum, %10,1'i kesinlikle katılmıyorum, %5,3'ü kesinlikle katılıyorum cevabını vermişlerdir.

Tablo 3.33. Hastanede yapılan hataların ve potansiyel kalite problemlerinin nedenleri araştırılmaktadır.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	19	10,1	10,1	10,1
Katılmıyorum	40	2,3	21,3	31,4
Kararsızım	69	36,7	36,7	68,1
Katılıyorum	50	26,6	26,6	94,7
Kesinlikle Katılıyorum	10	5,3	5,3	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara iş ve süreçlerde sıfır hataya önem verilmektedir ifadesi yöneltilmiş; %37,2'si katılıyorum, %27,1'i kararsızım, %22,9'u katılmıyorum, %7,4'ü kesinlikle katılmıyorum, %5,3'ü kesinlikle katılıyorum cevabını vermişlerdir.

Tablo 3.34. İş ve süreçlerde sıfır hataya önem verilmektedir.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	14	7,4	7,4	7,4
Katılmıyorum	43	22,9	22,9	30,3
Kararsızım	51	27,1	27,1	57,4
Katılıyorum	70	37,2	37,2	94,7
Kesinlikle Katılıyorum	10	5,3	5,3	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara iş ve süreçlerdeki gelişmeler sürekli rapor edilmektedir ifadesi yöneltilmiş; %36,2'si kararsızım, %26,6'sı katılıyorum, %18,1'i katılmıyorum, %10,1'i kesinlikle katılmıyorum, %9'u kesinlikle katılıyorum cevabını vermişlerdir.

Tablo 3.35. İş ve süreçlerdeki gelişmeler sürekli rapor edilmektedir.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	19	10,1	10,1	10,1
Katılmıyorum	34	18,1	18,1	28,2
Kararsızım	68	36,2	36,2	64,4
Katılıyorum	50	26,6	26,2	91,0
Kesinlikle Katılıyorum	17	9,0	9,0	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

3.6.2.7. Katılımcıların Sürekli Geliştirme Konusundaki Görüşleri

Katılımcılara hastanede yenilikçi fikirler özendirilmektedir ifadesi yöneltilmiş; %35,1'i katılmadıklarını, %22,9'u kararsız, %22,3'ü katıldıklarını, %15,4'ü kesinlikle katılmadıklarını, %4,3'ü kesinlikle katıldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3.36. Hastanede yenilikçi fikirler özendirilmektedir.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	29	15,4	15,4	15,4
Katılmıyorum	66	35,1	35,1	50,5
Kararsızım	43	22,9	22,9	73,4
Katılıyorum	4	22,3	22,3	95,7
Kesinlikle Katılıyorum	8	4,3	4,3	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanede bazı şeylerin sürekli geliştirildiğini görüyorum ifadesi yöneltilmiş; %36,2'si kararsız, %30,3'ü katıldıklarını, %18,6'sı katılmadıklarını, %9,6'sı kesinlikle katılmadıklarını, %5,3'ü kesinlikle katıldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3.37. Hastanemizde birtakım şeylerin sürekli geliştirilmeye çalışıldığını görüyorum.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	18	9,6	9,6	9,6
Katılmıyorum	35	18,6	18,6	28,2
Kararsızım	68	36,2	36,2	64,4
Katılıyorum	57	30,3	30,3	94,7
Kesinlikle Katılıyorum	10	5,3	5,3	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcıların hastanede eskiye göre daha olumlu yönde gelişmiştir ifadesi yöneltilmiş; %39,9'u katıldıklarını, %26,6'sı kararsız, %19,7'si katılmadıklarını, %7,4'ü kesinlikle katıldıklarını, %6,4'ü ise buna kesinlikle katılmadıklarını belirtmiştir.

Tablo 3.38. Hastanemiz eskiye göre olumlu yönde gelişmiştir.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	12	6,4	6,4	6,4
Katılmıyorum	37	19,7	19,7	26,1
Kararsızım	50	26,6	26,6	52,7
Katılıyorum	75	39,9	39,9	92,6
Kesinlikle Katılıyorum	14	7,4	7,4	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizi geliştirmeye yönelik çalışanların fikirleri alınır ifadesi yöneltilmiş; %36,7'si kararsız, %28,7'si katıldıklarını, %20,2'si katılmadıklarını, %10,6'sı kesinlikle katılmadıklarını, %2,7'si kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3.39. Hastanemizi geliştirmeye yönelik olarak çalışanların fikirleri alınır.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	20	10,6	10,6	10,6
Katılmıyorum	38	20,2	20,2	30,9
Kararsızım	71	25,0	25,0	68,6
Katılıyorum	54	28,7	28,7	97,3
Kesinlikle Katılıyorum	5	2,7	2,7	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizi geliştirmeye yönelik olarak çalışanların ya da hasta ve hasta yakınlarının görüşleri uygun bulunması durumunda uygulamaya aktarılır ifadesi yöneltilmiş; %38,8'i kararsız, %26,1'i katıldıklarını, %20,2'si katılmadıklarını, %7,4'ü kesinlikle katıldığını, %7,4'ü de atılmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.40. Hastanemizi geliştirmeye yönelik olarak çalışanların ya da hasta ve hasta yakınlarının görüşleri uygun bulunması durumunda uygulamaya aktarılır

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	14	7,4	7,4	7,4
Katılmıyorum	38	20,2	20,2	27,7
Kararsızım	73	38,8	38,8	66,5
Katılıyorum	49	26,1	26,1	92,6
Kesinlikle Katılıyorum	14	7,4	7,4	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

3.6.2.8. Katılımcıların Eğitime Verilen Önem Konusundaki Görüşleri

Katılımcılara hastanemizde uygulanan hizmet içi eğitimleri yeterli buluyorum ifadesi yöneltilmiş; %30,9'u kararsız olduğunu, %25,5'i katılmadığını, %22,3'ü katıldığını, %13,8'i kesinlikle katılmadığını, %7,4'ü kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3.41. Hastanemizde uygulanan hizmet içi eğitimleri yeterli buluyorum.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	26	13,8	13,8	13,8
Katılmıyorum	48	25,5	25,5	39,4
Kararsızım	58	30,9	30,9	70,2
Katılıyorum	42	22,3	22,3	92,6
Kesinlikle Katılıyorum	14	7,4	7,4	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

.Katılımcılara birimimde öğrenme ve beceri geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır ifadesi yöneltilmiş; %37,8'i kararsız, %25,5'i katılmadığını, %23,4'ü katıldığını, %9'u kesinlikle katılmadığını, %4,3'ü kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3.42. Birimimde öğrenme ve beceri geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	17	9,0	9,0	9,0
Katılmıyorum	48	25,5	25,5	34,6
Kararsızım	71	37,8	37,8	72,3
Katılıyorum	44	23,4	23,4	95,7
Kesinlikle Katılıyorum	8	4,3	4,3	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara çalışanların kendilerini geliştirmeleri teşvik edilmektedir ifadesi yöneltilmiş; %30,3 kararsız, %30,3'ü buna katılmadığını, %26,1'i bu ifadeye katıldığını, %6,9'u kesinlikle katıldığını, %6,4'ü kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.43. Çalışanların kendilerini geliştirmeleri teşvik edilmektedir.

	N	%	% (Geçerli)	%(Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	12	6,4	6,4	6,4
Katılmıyorum	57	30,3	30,3	36,7
Kararsızım	57	30,3	30,3	67,0
Katılıyorum	49	26,1	26,1	93,1
Kesinlikle Katılıyorum	13	6,9	6,9	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

3.6.2.9. Katılımcıların Hijyen Konusundaki Görüşleri

Katılımcılara hastanemizde genel hijyen durumu iyi düzeydedir ifadesi yöneltilmiş; %31,9'u kararsız olduğunu, %27,7'si katıldığını, %19,1'i katılmadığını, %17,6'sı kesinlikle katılmadığını, %3,7'si kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3.44. Hastanemizde genel hijyen durumu iyi düzeydedir.

	N	%	%(Geçerli)	%(Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	33	17,6	17,6	17,6
Katılmıyorum	36	19,1	19,1	36,7
Kararsızım	60	31,9	31,9	68,6
Katılıyorum	52	27,7	27,7	96,3
Kesinlikle Katılıyorum	7	3,7	3,7	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizin tuvaletlerinin temizliği yetersizdir ifadesi yöneltilmiş; %28,7'si kararsız olduğunu, %26,6'sı katılmadığını, %17,6'sı bu ifadeye katıldığını, %16,5'i kesinlikle katıldığını, %10,6'sı kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.45. Hastanemizin tuvaletlerinin temizliği yetersizdir.

	N	%	%(Geçerli)	%(Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	20	10,6	10,6	10,6
Katılmıyorum	50	26,6	20,6	37,2
Kararsızım	54	28,7	28,7	66,0
Katılıyorum	33	17,6	17,6	83,5
Kesinlikle Katılıyorum	31	16,5	16,5	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hasta odalarının temizliği yeterli düzeyde yapılmaktadır ifadesi yöneltilmiş; %38,3'ü kararsız, %27,1'i katıldığını, %1,4'ü katılmadığını, %14,4'ü kesinlikle katılmadığını, %4,8'i kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3.46. Hastanemizdeki hasta odalarının temizliği yeterli düzeyde yapılmaktadır

	N	%	%(Geçerli)	%(Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	27	14,4	14,4	14,4
Katılmıyorum	29	15,4	15,4	29,8
Kararsızım	72	38,3	38,3	68,1
Katılıyorum	51	27,1	27,1	95,2
Kesinlikle Katılıyorum	9	4,8	4,8	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara personelin hijyen ve temizlik konusunda yeterince titiz olduğunu düşünüyorum ifadesi yöneltilmiş; %34'ü kararsız, %27,1'i katıldığını, %20,7'si katılmadığını, %11,7'si kesinlikle katılmadığını, %6,4'ü kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3.47. Personelin hijyen ve temizlik konusunda yeterince titiz olduğunu düşünüyorum.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	22	11,7	11,7	11,7
Katılmıyorum	39	20,7	20,7	32,4
Kararsızım	64	34,0	34,0	66,5
Katılıyorum	51	27,1	27,1	93,6
Kesinlikle Katılıyorum	12	6,4	6,4	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizin koridorları ve diğer genel kullanım alanları yeterince temiz değildir ifadesi yöneltilmiş; %28,7'si katılmadığını, %27,7'si kararsız, %27,1'i katıldığını, %8,5'i kesinlikle katıldığını, %8'i kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.48. Hastanemizin koridorları ve diğer genel kullanım alanları yeterince temiz değildir.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	15	8,0	8,0	8,0
Katılmıyorum	54	28,7	28,7	36,7
Kararsızım	52	27,7	27,7	64,4
Katılıyorum	51	27,1	27,1	91,5
Kesinlikle Katılıyorum	16	8,5	8,5	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizin bahçe ve dış mekanları bakımlı ve temizdir ifadesi yöneltilmiş; %32,4'ü katıldığını, %29,8'i kararsız, %21,3'ü bu ifadeye katılmadığını, %10,6'sı buna kesinlikle katılmadığını, %5,9'u buna kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3.49. Hastanemizin bahçe ve dış mekânları yeterince bakımlı ve temizdir.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	20	10,6	10,6	10,6
Katılmıyorum	40	21,3	21,3	31,9
Kararsızım	56	29,8	29,8	61,7
Katılıyorum	61	32,4	32,4	94,1
Kesinlikle Katılıyorum	11	5,9	5,9	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

3.6.2.10. Katılımcıların Yönetimin İnsana Verdiği Değer Konusundaki Görüşleri

Katılımcılara hastane yönetimimiz için insan her şeyden önce gelir ifadesi yöneltildi; %31,4'ü katıldığını, %27,7'si kararsız olduğunu, %21,8'i katılmadığını, %9,6'sı bu ifadeye kesinlikle katılmadığını, %9,6'sı kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3.50. Hastane yönetimimiz için insan her şeyden önce gelir

	N	%	%(Geçerli)	%(Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	18	9,6	9,6	9,6
Katılmıyorum	41	21,8	21,8	31,4
Kararsızım	52	27,7	27,7	59,0
Katılıyorum	59	31,4	31,4	90,4
Kesinlikle Katılıyorum	18	9,6	9,6	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizdeki sağlık personeli için insani değerler önceliklidir ifadesi yöneltildi; %41'i katıldığını, %29,8'i kararsız olduğunu, %13,3'ü buna katılmadığını, %8,5'i kesinlikle katıldığını, %7,4'ü kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.51. Hastanemizdeki sağlık personeli için insani değerler önceliklidir.

	N	%	%(Geçerli)	%(Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	14	7,4	7,4	7,4
Katılmıyorum	25	13,3	13,3	20,7
Kararsızım	56	29,8	29,8	50,5
Katılıyorum	77	41,0	41,0	91,5
Kesinlikle Katılıyorum	16	8,5	8,5	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara çalışanlarımız insan öneminin farkındadır ifadesi yöneltildi; %36,7'si katıldığını, %28,7'si kararsız olduğunu, %17,6'sı buna katılmadığını, %10,1'i kesinlikle katıldığını, %6,9'u kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.52. Çalışanlarımız insanın öneminin farkındadırlar.

	N	%	%(Geçerli)	%(Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	13	6,9	6,9	6,9
Katılmıyorum	33	17,6	17,6	24,5
Kararsızım	54	28,7	28,7	53,2
Katılıyorum	69	36,7	36,7	89,9
Kesinlikle Katılıyorum	19	10,1	10,1	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

2.6.2.11. Katılımcıların Hatalara Karşı Tedbire Verilen Önem Konusundaki Görüşleri

Katılımcılara hastanemizde ileride ortaya çıkabilecek olumsuz olaylara karşı gerekli hazırlıklar yapılmıştır ifadesi yöneltilmiş; %39,4'ü kararsız, %28,2'si katıldığını, %16'sı katılmadığını, %8,5'i kesinlikle katıldığını, %8'i kesinlikle katılmadığını söylemiştir.

Tablo 3.53. Hastanemizde ileride ortaya çıkabilecek olumsuz olaylara karşı gerekli hazırlıklar yapılmıştır.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	15	8,0	8,0	8,0
Katılmıyorum	30	16,0	16,0	23,9
Kararsızım	74	39,4	39,4	63,3
Katılıyorum	53	28,2	28,2	91,5
Kesinlikle Katılıyorum	16	8,5	8,5	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizde hastaların ve yakınların mağduriyetine neden olabilecek çeşitli sorunlar için önceden önlemler alınmaktadır ifadesi yönlendirilmiştir; %36,7'si kararsız, %26,6'sı buna katıldıklarını, %21,8'si buna katılmadıklarını, %9,6'sı kesinlikle katıldığını, %5,3'ü kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.54. Hastanemizde hastaların ve yakınlarının mağduriyetine neden olabilecek çeşitli sorunlar için önceden önlemler alınmaktadır.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	10	5,3	5,3	5,3
Katılmıyorum	41	21,8	21,8	27,1
Kararsızım	69	36,7	36,7	63,8
Katılıyorum	50	26,6	26,6	90,4
Kesinlikle Katılıyorum	18	9,6	9,6	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizde genel olarak sistemde meydana gelebilecek problemler için önlemler alınmaktadır ifadesi yöneltilmiş; %33,5'i kararsız, %32,4'ü buna katıldığını, %18,6'sı buna katılmadığını, %8'i kesinlikle katılmadığını, %7,4'ü Kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3.55. Hastanemizde genel olarak sistemde meydana gelebilecek problemler için önlemler alınmaktadır.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	15	8,0	8,0	8,0
Katılmıyorum	35	18,6	18,6	26,6
Kararsızım	63	33,5	33,5	60,1
Katılıyorum	61	32,4	32,4	92,6
Kesinlikle Katılıyorum	14	7,4	7,4	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizde çalışanların mağduriyetine neden olabilecek çeşitli sorunlar için önceden önlemler alınmaktadır ifadesi yöneltilmiş; %43,6'sı bu konuda kararsız olduğunu, %22,3'ü bu ifadeye katıldığını, %21,3'ü katılmadığını, %6,9'u kesinlikle katılmadığını, %5,9'u kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3.56. Hastanemizde çalışanların mağduriyetine neden olabilecek çeşitli sorunlar için önceden önlemler alınmaktadır

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	13	6,9	6,9	6,9
Katılmıyorum	40	21,3	21,0	28,2
Kararsızım	82	43,6	43,6	71,8
Katılıyorum	42	22,3	22,3	94,1
Kesinlikle Katılıyorum	11	5,9	5,9	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastane yönetimi ortaya çıkan sorunların nedenlerini ve çözümlerini analiz etmek için bazen çalışanlarla toplantılar yapmaktadır ifadesi yöneltilmiş; %32,4'ü buna katıldığını, %30,9'u bu konuda kararsız olduğunu, %20,2'si katılmadığını, %8,5'i kesinlikle katıldığını, %8'i kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3.57. Hastane yönetimi ortaya çıkan sorunların nedenlerini ve çözümlerini analiz etmek için bazen çalışanlarla toplantılar yapmaktadır.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	15	8,0	8,0	8,0
Katılmıyorum	38	20,2	20,2	28,2
Kararsızım	58	30,9	30,9	59,0
Katılıyorum	61	32,4	32,4	91,5
Kesinlikle Katılıyorum	16	8,5	8,5	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

3.6.2.12. Katılımcıların Tedarikçilerle İşbirliğinin Önemi Konusundaki Görüşleri

Katılımcılara hastanemize mal veya hizmet temininde standartlara uygunluk denetlenmektedir ifadesi yöneltilmiş; %41,5'i kararsız, %27,7'si katıldığını, %17,6'sı katılmadığını, %6,9'u kesinlikle katıldığını, %6,4'ü kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.58. Mal ve hizmet temin eden firmaların standartlara uygunluğu denetlenmektedir.

	N	%	%(Geçerli)	%(Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	12	6,4	6,4	6,4
Katılmıyorum	33	17,6	17,6	23,9
Kararsızım	78	41,5	41,5	65,4
Katılıyorum	52	27,7	27,7	93,1
Kesinlikle Katılıyorum	13	6,9	6,9	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizde bazen kalitesiz ürün ve hizmetlerle karşılaştığım oluyor ifadesi yöneltilmiş; %36,7'si kararsız, %34'ü buna katıldığını, %15,4'ü katılmadığını, %8,5'i kesinlikle katıldığını, %5,3'ü kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.59. Hastanemizde bazen kalitesiz ürün ve hizmetlerle karşılaştığım oluyor.

	N	%	%(Geçerli)	%(Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	10	5,3	5,3	5,3
Katılmıyorum	29	15,4	15,4	20,7
Kararsızım	69	36,7	36,7	57,4
Katılıyorum	64	34,0	34,0	91,5
Kesinlikle Katılıyorum	16	8,5	8,5	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hasta ve yakınlarının kalitesiz ürün ve hizmetlerden şikâyetleri olmaktadır ifadesi yöneltilmiş; %37,2'si kararsız, %31,9'u buna katıldığını, %1,9'u katılmadığını, %9'u kesinlikle katılmadığını, %6,9'u kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3.60. Hasta ve yakınlarının kalitesiz ürün ve hizmetlerden şikâyetleri olmaktadır.

	N	%	%(Geçerli)	%(Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	17	9,0	9,0	9,0
Katılmıyorum	28	14,9	14,9	23,9
Kararsızım	70	37,2	37,2	61,2
Katılıyorum	60	31,9	31,9	93,1
Kesinlikle Katılıyorum	13	6,9	6,9	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

3.6.2.13. Katılımcıların Veri Tabanı Takibinin Önemi Konusundaki Görüşleri

Katılımcılara hastanemizde her şey kayıt altındadır ifadesi yöneltilmiş; %37,8'i bu konuda kararsız olduklarını, %30,3'ü buna katıldıklarını, %16,5'i katılmadığını, %9,6'sı kesinlikle katıldığını, %5,9'u kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.61. Hastanemizde her şey kayıt altındadır.

	N	%	%(Geçerli)	%(Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	11	5,9	5,9	5,9
Katılmıyorum	31	16,5	16,5	22,3
Kararsızım	71	37,8	37,8	60,1
Katılıyorum	57	30,3	30,3	90,4
Kesinlikle Katılıyorum	18	9,6	9,6	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanede tutulan veri kayıtları düzenli olarak denetlenmektedir ifadesi yöneltilmiş; %32,4'ü katıldığını, %30,9'u kararsız, %17'si katılmadığını, %11,2'si kesinlikle katıldığını, %8,5'i kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.62. Hastanemizde oluşturulan veri kayıtları düzenli olarak denetlenmektedir.

	N	%	%(Geçerli)	%(Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	16	8,5	8,5	8,5
Katılmıyorum	32	17,0	17,0	25,5
Kararsızım	58	30,9	30,9	56,4
Katılıyorum	61	32,4	32,4	88,8
Kesinlikle Katılıyorum	21	11,2	11,2	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizde israf olduğunu düşünüyorum ifadesi yöneltilmiş; %31'4'ü bu ifadeye katıldığını, %28,2'si kararsız olduğunu, %22,3'ü katılmadığını, %11,2'si kesinlikle katıldığını, %6,9'u kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.63. Hastanemizde israf olduğunu düşünüyorum.

	N	%	%(Geçerli)	%(Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	13	6,9	6,9	6,9
Katılmıyorum	42	22,3	22,3	29,3
Kararsızım	53	28,2	28,2	57,4
Katılıyorum	59	31,4	31,4	88,8
Kesinlikle Katılıyorum	21	11,2	11,2	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizde bütün girdi ve çıktılar kontrol edilmektedir ifadesi yöneltilmiş; %35,6'sı kararsız olduğunu, %30,3'ü katıldığını, %17,6'sı katılmadığını, %10,6'sı kesinlikle katıldığını, %5,9'u kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.64. Hastanemizde bütün girdi ve çıktılar kontrol edilmektedir.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	11	5,9	5,9	5,9
Katılmıyorum	33	17,6	17,6	23,4
Kararsızım	67	35,6	35,6	59,0
Katılıyorum	57	30,3	30,3	89,4
Kesinlikle Katılıyorum	20	10,6	10,6	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

3.6.2.14. Katılımcıların Süreçlere Verilen Önem Konusundaki Görüşleri

Katılımcılara hastanede belirlenen standartlara göre hizmetler oluşturulmaktadır ifadesi yöneltilmiş; %36,7'si kararsız, %32,4'ü katıldığını, %15,4'ü katılmadığını, %10,1'i kesinlikle katılmadığını, %5,3'ü kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.65. Hastanemizde önceden belirlenen standartlara göre hizmetler oluşturulmaktadır.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	19	10,1	10,1	10,1
Katılmıyorum	29	15,4	15,4	25,5
Kararsızım	69	36,7	36,7	62,2
Katılıyorum	61	32,4	32,4	94,7
Kesinlikle Katılıyorum	10	5,3	5,3	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanedeki süreçlerin oldukça verimli olduğunu düşünüyorum ifadesi yöneltilmiş; %37,8'i kararsız olduğunu, %30,3'ü buna katıldığını, %18,1'i katılmadığını, %7,4'ü kesinlikle katılmadığını, %6,4'ü kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3.66. Hastanedeki süreçlerin oldukça verimli olduğunu düşünüyorum

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	14	7,4	7,4	7,4
Katılmıyorum	34	18,1	18,1	25,5
Kararsızım	71	37,8	37,8	63,3
Katılıyorum	57	30,3	30,3	93,6
Kesinlikle Katılıyorum	12	6,4	6,4	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizdeki bazı birimlerden zaman zaman hasta ve yakınlarının şikâyet ettiğine şahit oluyorum ifadesi yöneltilmiş; %33,5'i bu konuda kararsız olduğunu, %30,9'u buna katıldığını, %19,1'i katılmadığını, %8,5'i kesinlikle katılmadığını, %8'i kesinlikle katıldığını belirtmiştir.

Tablo 3.67. Hastanemizdeki bazı birimlerden zaman zaman hasta ve yakınlarının şikâyet ettiğine şahit olurum.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	16	8,5	8,5	8,5
Katılmıyorum	36	19,1	19,1	27,7
Kararsızım	63	33,5	33,5	61,2
Katılıyorum	58	30,9	30,9	92,0
Kesinlikle Katılıyorum	15	8,0	8,0	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanemizde bölümler arasında zaman zaman gerilimler olur ifadesi yöneltilmiş; %30,9'u kararsız olduğunu, %28,7'si buna katıldığını, %25'i katılmadığını, %10,6'sı kesinlikle katıldığını, %4,8'i kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.68. Hastanemizde bölümler arasında zaman zaman gerilimler olur.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	9	4,8	4,8	4,8
Katılmıyorum	47	2,0	25,0	29,8
Kararsızım	58	30,9	30,9	60,6
Katılıyorum	54	28,7	28,7	89,4
Kesinlikle Katılıyorum	20	10,6	10,6	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

Katılımcılara hastanede bazı bölümlerdeki kimi işleri gereksiz görüyorum ifadesi yöneltilmiş; %29,8'i kararsız, %26,6'sı katıldığını, %19,7'si katılmadığını, %18,1'i kesinlikle katıldığını, %5,9'u kesinlikle katılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3.69. Hastanede bazı bölümlerdeki kimi işleri gereksiz görüyorum.

	N	%	% (Geçerli)	% (Birikimli)
Kesinlikle Katılmıyorum	11	5,9	5,9	5,9
Katılmıyorum	37	19,7	19,7	25,5
Kararsızım	56	29,8	29,8	55,3
Katılıyorum	50	26,6	26,6	81,9
Kesinlikle Katılıyorum	34	18,1	18,1	100,0
Toplam	188	100,0	100,0	

3.6.2.15. Katılımcıların Toplam Kalite Uygulamalarının Tutum Ortalamaları

Ölçeğimizin ikinci kısmını oluşturan 60 adet ifade kurum içerisindeki Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları hakkında fikir vermektedir. Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları alt boyutları ile birlikte ortalamalarını Tablo 3.70’de görebiliriz. Tabloya göre çalışma yapılan Şırnak Devlet Hastanesi’nde Toplam Kalite Yönetimi uygulama düzeyi yeterli seviyede olmamakla birlikte çalışanların büyük bir çoğunluğu bu uygulama hakkında yeterli bir bilgiye sahip değildir. Çalışanların genel olarak ifadelerle kararsızım cevabı vermeleri Toplam Kalite Yönetimi’nin yönetim tarafından çalışanlara benimsetilmediğini ve bu konuda yeterli eğitimin verilmediği anlaşılmaktadır.

Tablo 3.70. Katılımcıların Toplam Kalite Uygulamalarına Karşı Tutum Ortalamaları

Konular	Mode	Medyan	Ortalama	Std.Sp.
Genel	3	3	2,9734	0,74930
Hastanemizdeki Yöneticiler Kaliteyi Geliştirme Konusunda Çaba Gösteriyorlar.	2	2	2,5585	1,13372
Hastanemizdeki genel temizlik hizmetlerini yeterli buluyorum.	2	3	2,9894	1,08460
Çalıştığım birimde olmaktan genel olarak memnunuz.	4	3	3,1809	1,07934
Hastaların çalıştığım birimin hizmetinden memnun olduğumu düşünüyorum.	3	3	3,1649	1,04418
Katılımcılık	3	3	3,0971	0,74545
Yöneticiler çalışanların kararlara katılımına özen gösteriyorlar.	3	3	2,9202	1,06425
Hastanede faaliyet alanımla ilgili herhangi bir karar alındığında görüşüm alınır	3	3	3,0957	1,05536
Hastanemizde çeşitli konularla ilgili olarak ekip çalışmaları yapılmaktadır.	3	3	3,1862	1,00396
Her bölümden temsilciler alınarak periyodik toplantılar yapılmaktadır.	3	3	3,1862	1,08584
Yönetim	3,80	3	3,0426	0,81135
Göstermiş olduğum performans sonucu hak ettiğim ödül (erken terfi, parasal ödül, takdir edilme, değer verilme vb.) alabiliyorum.	4	3	2,8777	1,19309
Kariyer ve kişisel gelişimimi artırma konusunda yönetim bana yardımcı oluyor	4	3	3,0106	1,09442
Çalıştığım birimde düzenli olarak performans değerlendirme yapılıyor.	4	3	3,1543	1,12940
Yöneticilerimizin oldukça geniş vizyonlu olduğunu düşünüyorum.	3	3	3,0904	1,09804
Hastane yönetiminiz her konuda bize ilham ve şevk verir.	4	3	3,0798	1,12293
İletişim	2,67	3	3,0762	0,76276
Hastanede bazen personel arasında iletişim kazaları yaşanır.	3	3	3,0319	1,04909
Hastanede bölümler arasında iletişim sorunu yoktur.	3	3	3,0053	1,11143
Hastanemizde yönetimin diğer birim ve kişilerle iletişimi iyidir.	4	3	3,1915	1,08245
Müşteri Odaklılık	3	3	3,0213	0,74704
Hastanemizde hasta yakınlarının memnuniyetine pek dikkat edilmez.	2	3	2,7819	1,12829
Hastanemizde genel olarak hasta memnuniyetine önem verilmektedir.	4	3	3,1809	1,07934
Hastanemizde çalışanların memnuniyetine önem verilmektedir.	3	3	3,1011	1,07743
Mükemmeliyetçilik	3	3	3,0532	0,80926
Hastanede yapılan hataların ve potansiyel kalite problemlerinin nedenleri araştırılmaktadır.	4	3	3,0904	1,08333
Hastanede yapılan hataların ve potansiyel kalite problemlerinin tekrarlanmaması için çözümler geliştirilmektedir.	3	3	2,9574	1,04871
İş ve süreçlerde sıfır hataya önem verilmektedir.	4	3	2,9574	1,04871
İş ve süreçlerdeki gelişmeler sürekli rapor edilmektedir.	3	3	3,0638	1,10234
Kaizen	3,20	3	2,9781	0,80915
Hastanede yenilikçi fikirler özendirilmektedir.	2	2	2,6489	1,11583
Hastanemizde birtakım şeylerin sürekli geliştirilmeye çalışıldığını görüyorum.	3	3	3,0319	1,04398
Hastanemiz eskiye göre olumlu yönde gelişmiştir.	4	3	3,2234	1,05114
Hastanemizi geliştirmeye yönelik olarak çalışanların fikirleri alınır.	3	3	2,9276	1,01088

Hastanemizi geliştirmeye yönelik olarak çalışanların ya da hasta ve hasta yakınlarının görüşleri uygun bulunması durumunda uygulamaya aktarılır.	3	3	3,0585	1,02992
Eğitim	3	3	2,8972	0,88699
Hastanemizde uygulanan hizmet içi eğitimleri yeterli buluyorum.	3	3	2,8404	1,14512
Çalıştığım birimde öğrenme ve beceri geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır.	3	3	2,8830	1,00646
Çalışanların kendilerini geliştirmeleri teşvik edilmektedir.	2	3	2,9681	1,04909
Hijyen	3	3	2,9269	0,89130
Hastanemizde genel hijyen durumu iyi düzeydedir.	3	3	2,8085	1,13549
Hastanemizin tuvaletlerinin temizliğı yetersizdir.	3	3	3,0266	1,23857
Hastanemizdeki hasta odalarının temizliğı yeterli düzeyde yapılmaktadır.	3	3	2,9255	1,09192
Personelin hijyen ve temizlik konusunda yeterince titiz olduğunu düşünüyorum.	3	3	2,9574	1,09852
Hastanemizin koridorları ve diğeri genel kullanım alanları yeterince temiz değıldir.	2	3	2,9947	1,10660
Hastanemizin bahçe ve dış mekânları yeterince bakımlı ve temizdir.	4	3	3,0160	1,09679
İnsan Odaklılık	4	3,3	3,2163	0,93738
Hastane yönetiminiz için insan her şeyden önce gelir.	4	3	3,0957	1,13824
Hastanemizdeki sağık personeli için insani değerler önceliklidir.	4	3	3,2979	1,04784
Çalışanlarımız insanın önemini farkındadırlar.	4	3	3,2553	1,07908
Önleyici Yaklaşım	3	3	3,1032	0,79772
Hastanemizde ileride ortaya çıkabilecek olumsuz olaylara (yangın, deprem vb.) karşı gerekli hazırlıklar yapılmıştır.	3	3	3,1330	1,04363
Hastanemizde hastaların ve yakınlarının mağduriyetine neden olabilecek çeşitli sorunlar için önceden önlemler alınmaktadır.	3	3	3,1330	1,03334
Hastanemizde genel olarak sistemde meydana gelebilecek problemler için önlemler alınmaktadır.	3	3	3,1277	1,05703
Hastanemizde çalışanların mağduriyetine neden olabilecek çeşitli sorunlar için önceden önlemler alınmaktadır.	3	3	2,9894	0,9755
Hastane yönetimi ortaya çıkan sorunların nedenlerini ve çözümlerini analiz etmek için bazen çalışanlarla toplantılar yapmaktadır.	4	3	3,1330	1,08385
Tedarikçilerle İşbirliğı	3,67	3,3	3,1631	0,8117
Hastanemize mal veya hizmet temin eden firmaların belli standartlara uygunluğı denetlenmektedir.	3	3	3,1117	0,98831
Hastanemizde bazen kalitesiz ürün ve hizmetlerle karşılaştığım oluyor.	3	3	3,2500	0,99531
Hasta ve yakınlarının kalitesiz ürün ve hizmetlerden şikâyetleri olmaktadır.	3	3	3,1277	1,04686
Veri Tabanı Takibi	3,50	3,25	3,2051	0,84096
Hastanemizde her şey kayıt altındadır.	3	3	3,2128	1,02245
Hastanemizde oluşturulan veri kayıtları düzenli olarak denetlenmektedir.	4	3	3,2074	1,11602
Hastanemizde israf olduğunu düşünüyorum.	4	3	3,1755	1,11194
Hastanemizde bütün girdi ve çıktılar kontrol edilmektedir.	3	3	3,2246	1,04592
Süreç Odaklılık	3	3,2	3,1500	0,79803
Hastanemizde önceden belirlenen standartlara göre hizmetler oluşturulmaktadır.	3	3	3,0745	1,04691
Hastanedeki süreçlerin oldukça verimli olduğunu düşünüyorum.	3	3	3,1011	1,01613
Hastanemizdeki bazı birimlerden zaman zaman hasta ve yakınlarının şikâyet ettiğine şahit olurum.	3	3	3,1064	1,07443
Hastanemizde bölümler arasında zaman zaman gerilimler olur.	3	3	3,1543	1,06607
Hastanede bazı bölümlerdeki kimi işleri gereksiz görüyorum.	3	3	3,3138	1,15273

3.6.2.16. Katılımcıların Görev Sürelerine Göre Farklılık Analizi

Yapılan Kruskal Wallis H Testi'ne göre Tablo 3.71'de görüldüğü gibi çalışanların görev sürelerine göre TKY uygulamalarına karşı genel bakışları ($p=0,018$), yönetimin TKY uygulamalarındaki başarısı ($p=0,049$), hastane yönetiminin insana verdiği değer ($p=0,008$) ve tedarikçilerle işbirliğı ($p=0,028$) anlamlı bir farklılık olduğu

görülmektedir. Pirhan'ın (2014) Ahi Evran Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yaptığı araştırmada bu konulara benzer durumlarda anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Tabloda mean rank değerlerine bakıldığında genel konularda, yönetim ve tedarikçilerle işbirliği konularında 1-5 yıl arası çalışanların daha duyarlı olduğu; insan odaklılık konusunda ise 6-10 yıl arası çalışanların daha duyarlı olduğu anlaşılmaktadır. Ancak katılımçılık ($p=0,095$), iletişim ($p=0,171$), müşteri odaklılık ($p=0,539$), mükemmeliyetçilik ($p=0,361$), kaizen ($p=0,195$), eğitim ($p=0,256$), hijyen ($p=0,272$), önleyici yaklaşım ($p=0,161$), veri tabanı takibi ($p=0,256$) ve süreç odaklılık ($p=0,133$) çıkarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Tablo 3.71. Çalışma Sürelerine Göre Farklılık Analizi

	Görev Süresi	N	Mean Rank	Chi-Square	Asymp Sig.
Genel	1-5 Yıl Arası	148	99,66	10,077	0,018
	6-10 Yıl Arası	26	78,23		
	11-15 Yıl Arası	6	38,67		
	16-20 Yıl Arası	8	93,75		
Katılımçılık	1-5 Yıl Arası	148	98,53	6,361	0,095
	6-10 Yıl Arası	26	87,12		
	11-15 Yıl Arası	6	48,33		
	16-20 Yıl Arası	8	78,63		
Yönetim	1-5 Yıl Arası	148	98,18	7,866	0,049
	6-10 Yıl Arası	26	94,48		
	11-15 Yıl Arası	6	57,50		
	16-20 Yıl Arası	8	54,31		
İletişim	1-5 Yıl Arası	148	97,35	5,008	0,171
	6-10 Yıl Arası	26	94,88		
	11-15 Yıl Arası	6	65,83		
	16-20 Yıl Arası	8	62,06		
Müşteri Odaklılık	1-5 Yıl Arası	148	96,70	2,165	0,539
	6-10 Yıl Arası	26	91,83		
	11-15 Yıl Arası	6	67,92		
	16-20 Yıl Arası	8	82,50		
Mükemmeliyetçilik	1-5 Yıl Arası	148	94,73	3,204	0,361
	6-10 Yıl Arası	26	104,67		
	11-15 Yıl Arası	6	67,83		
	16-20 Yıl Arası	8	77,13		

Kaizen	1-5 Yıl Arası	148	97,56	4,705	0,195
	6-10 Yıl Arası	26	87,92		
	11-15 Yıl Arası	6	51,17		
	16-20 Yıl Arası	8	91,75		
Eğitim	1-5 Yıl Arası	148	93,63	4,052	0,256
	6-10 Yıl Arası	26	103,77		
	11-15 Yıl Arası	6	57,92		
	16-20 Yıl Arası	8	107,88		
Hijyen	1-5 Yıl Arası	148	96,44	3,902	0,272
	6-10 Yıl Arası	26	89,98		
	11-15 Yıl Arası	6	54,25		
	16-20 Yıl Arası	8	103,50		
İnsan Odaklılık	1-5 Yıl Arası	148	95,68	11,949	0,008
	6-10 Yıl Arası	26	108,50		
	11-15 Yıl Arası	6	27,17		
	16-20 Yıl Arası	8	77,63		
Önleyici Yaklaşım	1-5 Yıl Arası	148	96,03	5,151	0,161
	6-10 Yıl Arası	26	97,94		
	11-15 Yıl Arası	6	45,50		
	16-20 Yıl Arası	8	91,75		
Tedarikçilerle İşbirliği	1-5 Yıl Arası	148	99,88	9,089	0,028
	6-10 Yıl Arası	26	80,79		
	11-15 Yıl Arası	6	44,92		
	16-20 Yıl Arası	8	76,92		
Veri Tabanı Takibi	1-5 Yıl Arası	148	94,75	2,230	0,526
	6-10 Yıl Arası	26	99,75		
	11-15 Yıl Arası	6	63,50		
	16-20 Yıl Arası	8	96,06		
Süreç Odaklılık	1-5 Yıl Arası	148	96,95	5,589	0,133
	6-10 Yıl Arası	26	97,17		
	11-15 Yıl Arası	6	49,83		
	16-20 Yıl Arası	8	73,94		

3.6.2.17. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Farklılık Analizi

Yapılan Kruskal Wallis H Testi'ne göre Tablo 3.72'de görüldüğü gibi çalışanların görev sürelerine göre TKY uygulamalarına karşı genel bakışları ($p=0,000$), iletişim ($p=0,009$), mükemmeliyetçilik ($p=0,040$), kaizen ($p=0,034$), eğitim ($p=0,035$), hastane yönetiminin insana verdiği değer ($p=0,004$), tedarikçilerle işbirliği ($p=0,014$),

veri tabanı takibi $k(p=0,015)$ çıkmış ve anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Pirhan'ın (2014) yaptığı araştırmada Ahi Evran Araştırma ve Eğitim Hastanesindeki katılımcıların verdiği cevaplara bakıldığında sadece hastane için araç ve gerecin yeterliliği konusunda anlamlı bir fark çıkmıştır. Mean rank değerlerine bakıldığında genel konular, mükemmeliyetçilik, kaizen, eğitim, insan odaklılık konularında lisansüstü-doktora mezunlarının daha duyarlı oldukları; iletişim, tedarikçilerle işbirliği, veri tabanı takibi konularında ise lisans mezunlarının daha duyarlı olduğu anlaşılmaktadır. Ancak yönetimin TKY uygulamalarındaki başarısı ($p=0,237$), katılımcılık ($p=0,096$), müşteri odaklılık ($p=0,111$), hijyen ($p=0,606$), önleyici yaklaşım ($p=0,061$), ve süreç odaklılık ($p=0,144$) anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Tablo 3.72. Eğitim Durumuna Göre Farklılık Analizi

	Eğitim Durumu	N	Mean Rank	Chi-Square	Asymp Sig.
Genel	İlköğretim	7	77,21	24,233	0,000
	Lise	63	92,10		
	Önlisans	64	75,77		
	Lisans	29	111,88		
	Lisansüstü-Doktora	25	133,16		
Katılımcılık	İlköğretim	7	92,07	7,869	0,096
	Lise	63	95,85		
	Ön Lisans	64	81,64		
	Lisans	29	103,21		
	Lisansüstü-Doktora	25	114,60		
Yönetim	İlköğretim	7	82,93	5,526	0,237
	Lise	63	94,79		
	Ön Lisans	64	84,80		
	Lisans	29	104,02		
	Lisansüstü-Doktora	25	110,82		
İletişim	İlköğretim	7	98,07	13,421	0,009
	Lise	63	90,25		
	Ön Lisans	64	80,23		
	Lisans	29	116,57		
	Lisansüstü-Doktora	25	115,12		
Müşteri Odaklılık	İlköğretim	7	96,07	7,507	0,111
	Lise	63	94,68		
	Ön Lisans	64	81,97		
	Lisans	29	111,74		
	Lisansüstü-Doktora	25	105,68		

Mükemmeliyetçilik	İlköğretim	7	108,86	10,028	0,040
	Lise	63	90,68		
	Ön Lisans	64	81,84		
	Lisans	29	111,76		
	Lisansüstü-Doktora	25	112,50		
Kaizen	İlköğretim	7	80,57	10,425	0,034
	Lise	63	90,38		
	Ön Lisans	64	83,89		
	Lisans	29	109,40		
	Lisansüstü-Doktora	25	118,66		
Eğitim	İlköğretim	7	106,36	10,352	0,035
	Lise	63	91,44		
	Ön Lisans	64	81,16		
	Lisans	29	111,86		
	Lisansüstü-Doktora	25	112,90		
Hijyen	İlköğretim	7	103,71	2,720	0,606
	Lise	63	90,44		
	Ön Lisans	64	90,42		
	Lisans	29	107,78		
	Lisansüstü-Doktora	25	97,18		
İnsan Odaklılık	İlköğretim	7	101,00	15,422	0,004
	Lise	63	94,98		
	Ön Lisans	64	78,85		
	Lisans	29	97,22		
	Lisansüstü-Doktora	25	128,38		
Önleyici Yaklaşım	İlköğretim	7	90,79	9,012	0,061
	Lise	63	94,64		
	Ön Lisans	64	81,51		
	Lisans	29	116,17		
	Lisansüstü-Doktora	25	103,30		
Tedarikçilerle İşbirliği	İlköğretim	7	76,86	12,542	0,014
	Lise	63	99,64		
	Ön Lisans	64	77,90		
	Lisans	29	114,91		
	Lisansüstü-Doktora	25	105,30		
Veri Tabanı Takibi	İlköğretim	7	109,43	12,266	0,015
	Lise	63	99,32		
	Ön Lisans	64	76,11		
	Lisans	29	110,50		
	Lisansüstü-Doktora	25	106,70		
Süreç Odaklılık	İlköğretim	7	107,43	6,849	0,144
	Lise	63	99,44		
	Ön Lisans	64	81,34		
	Lisans	29	109,28		
	Lisansüstü-Doktora	25	95,00		

3.6.2.18. Meslek Grubuna Göre Farklılık Analizi

Yapılan Kruskal Wallis H Testi'ne göre Tablo 3.73'de görüldüğü gibi çalışanların görev sürelerine göre TKY uygulamalarına karşı genel konulara bakışları ($p=0,000$), yönetimin TKY uygulamalarındaki başarısı ($p=0,017$), katılımcılık ($p=0,004$), iletişim ($p=0,000$), mükemmeliyetçilik ($p=0,045$), kaizen ($p=0,014$), hastane yönetiminin insana verdiği değer ($p=0,001$), tedarikçilerle işbirliği ($p=0,010$), veri tabanı takibi ($p=0,041$) çıkmış ve anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Tablodaki Mean Rank değerlerine bakıldığı zaman genel konular, mükemmeliyetçilik, kaizen ve insan odaklılık konularında doktorlar diğer meslek gruplarına göre daha duyarlı oldukları; Yönetim ve iletişim konularında yöneticiler diğer meslek gruplarına göre daha duyarlı; katılımcılık, tedarikçilerle işbirliği ve süreç odaklılık konularında hemşireler diğer meslek gruplarına göre daha duyarlı; veri tabanı takibinde ise diğer personelin diğer meslek gruplarına göre daha duyarlı olduğu anlaşılmaktadır. Ancak müşteri odaklılık ($p=0,083$), eğitim ($p=0,104$), hijyen ($p=0,825$), önleyici yaklaşım ($p=0,532$), ve süreç odaklılık ($p=0,017$) çıkararak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Tablo 3.73. Hastane Çalışanlarının Görev Sürelerine Göre Toplam Kalite Yönetimini Algılama ve Değerlendirmelerine İlişkin Farklılık Analizi.

	Görevi	N	Mean Rank	Chi-Square	Asymp Sig.
Genel	Doktor	26	131,65	34,879	0,000
	Yönetici	5	101,90		
	Hemşire	54	114,64		
	Sağlık Teknisyeni	27	69,67		
	İdari Personel	50	78,40		
	Diğer	26	70,85		
Katılımcılık	Doktor	26	112,52	17,329	0,004
	Yönetici	5	90,70		
	Hemşire	54	113,35		
	Sağlık Teknisyeni	27	86,26		
	İdari Personel	50	75,78		
	Diğer	26	82,62		
Yönetim	Doktor	26	110,50	13,719	0,017
	Yönetici	5	118,00		
	Hemşire	54	107,43		
	Sağlık Teknisyeni	27	94,22		
	İdari Personel	50	74,52		
	Diğer	26	85,85		

İletişim	Doktor	26	114,06	23,061	0,000
	Yönetici	5	114,60		
	Hemşire	54	113,06		
	Sağlık Teknisyeni	27	95,74		
	İdari Personel	50	70,47		
	Diğer	26	77,46		
Müşteri Odaklılık	Doktor	26	105,23	9,745	0,083
	Yönetici	5	104,70		
	Hemşire	54	108,10		
	Sağlık Teknisyeni	27	88,35		
	İdari Personel	50	78,02		
	Diğer	26	91,63		
Mükemmeliyetçilik	Doktor	26	111,35	11,324	0,045
	Yönetici	5	93,20		
	Hemşire	54	104,80		
	Sağlık Teknisyeni	27	73,15		
	İdari Personel	50	82,95		
	Diğer	26	100,90		
Kaizen	Doktor	26	119,56	14,260	0,014
	Yönetici	5	78,60		
	Hemşire	54	106,34		
	Sağlık Teknisyeni	27	78,48		
	İdari Personel	50	80,68		
	Diğer	26	91,12		
Eğitim	Doktor	26	110,71	9,138	0,104
	Yönetici	5	86,40		
	Hemşire	54	92,19		
	Sağlık Teknisyeni	27	75,67		
	İdari Personel	50	90,08		
	Diğer	26	112,71		
Hijyen	Doktor	26	99,27	2,172	0,825
	Yönetici	5	73,80		
	Hemşire	54	98,15		
	Sağlık Teknisyeni	27	100,52		
	İdari Personel	50	90,07		
	Diğer	26	88,40		
İnsan Odaklılık	Doktor	26	127,27	21,610	0,001
	Yönetici	5	71,00		
	Hemşire	54	88,79		
	Sağlık Teknisyeni	27	69,80		
	İdari Personel	50	88,16		
	Diğer	26	115,96		
Önleyici Yaklaşım	Doktor	26	102,54	4,120	0,532
	Yönetici	5	78,60		
	Hemşire	54	101,98		
	Sağlık Teknisyeni	27	82,00		
	İdari Personel	50	88,82		
	Diğer	26	97,88		
Tedarikçilerle İşbirliği	Doktor	26	104,10	15,075	0,010
	Yönetici	5	58,80		
	Hemşire	54	113,85		
	Sağlık Teknisyeni	27	87,28		
	İdari Personel	50	78,42		
	Diğer	26	90,00		

Veri Tabanı Takibi	Doktor	26	109,52	11,608	0,041
	Yönetici	5	60,20		
	Hemşire	54	97,43		
	Sağlık Teknisyeni	27	83,57		
	İdari Personel	50	82,21		
	Diğer	26	114,98		
Süreç Odaklılık	Doktor	26	94,98	13,813	0,017
	Yönetici	5	74,90		
	Hemşire	54	113,75		
	Sağlık Teknisyeni	27	87,54		
	İdari Personel	50	76,30		
	Diğer	26	100,04		



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. HASTALARIN HASTANENİN GENEL DURUMU VE HASTANE PERSONELİNİN DAVRANIŞLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE FAKLILIK ANALİZİ HAKKINDA TARTIŞMA

Katılımcıların (hastaların) hastane ve hastane personelinden ne derece memnun kaldıklarını frekans tablolarına bakarak şunları söylememiz mümkündür: Hastalar, hastanenin genel durumu ve personel davranış ve genel tutumları hakkında olumlu olsun olumsuz olsun bunu fark edebildiklerini verdikleri cevaplardan anlaşılmaktadır. Farklılık analizlerine bakıldığında ise hastane personelinin tavırlarını ve hastanenin genel durumunun cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve bunun hastalar tarafında fark edilerek memnuniyetsizliklerini dile getirdikleri görülmektedir. Genç'in (2011) Sivas Devlet Hastanesinde yaptığı hasta memnuniyet araştırmasında cinsiyet bakımından herhangi bir farklılık görülmemiştir. Ancak bizim çalışmamızda bunun tersi bir sonuç elde edilmiş ve bu durum memnuniyetsizlik olarak geri dönmektedir. Farklılığın muhtemel nedenleri arasında kadınlara karşı pozitif ayrımcılığın ve bölgesel farklılardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastanenin servis ve yatak temizliği konusunda verilen cevaplar ikametgâh durumuna göre farklılık göstermiştir. Bu durum bize şunu göstermektedir; yaşanan yere (il, ilçe, belde, köy, mezra) göre farklılık göstermesi kültürel farklılıktan ileri geldiği düşünülmektedir. Küçük'ün (2009) Diyarbakır Devlet Hastanesinde yaptığı çalışmada hastanenin genel temizliğini değerlendirme konusu cinsiyete göre farklı çıkmış, ancak bizim çalışmamızda böyle bir farklılık görülmemiştir.

Eğitim durumuna göre değerlendirdiğimizde frekans tablolarından ve farklılık tablolarından anlaşıldığına göre eğitim durumu yükseldikçe kalite beklentisinin de arttığı söylenebilir. Burada eğitim seviyesi düşük olanların memnuniyet derecesi eğitim durumu yüksek olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Küçük'ün (2009) yaptığı çalışmada benzer bir sonuç elde edilmiş, ancak Genç'in (2011) yılında yaptığı çalışmada eğitim durumuna göre herhangi bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Bizim

çalışmamızın yapıldığı Şırnak Devlet Hastanesi bölgesel olarak geri kalmış bir bölgede olmasından dolayı değerlendirme için hastaların karşılaştırma yapacağı başka bir sağlık kuruluşu bulunmamaktadır. Dolayısıyla bu da değerlendirmelere yansımaktadır.

Gelir durumuna göre değerlendirme yapıldığında ise yüksek oranda bir farklılık görülmektedir, gelir durumu yüksek olanlar daha düşük derecede memnun olduğu frekans ve farklılık tablolarından anlaşılmaktadır. Bunun muhtemel sebebi gelirin artmasıyla kendilerine olan davranışın paralel bir şekilde artacağı düşüncesi ve ayrıca daha konforlu bir hastane beklentisi olduğu düşünülmektedir. Sosyal güvenceye göre farklılıklar çok rastlanılan bir durum olmadığı daha önce yapılmış çalışmalardan da anlaşılmaktadır.

4.2. ÇALIŞANLARIN TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARINA KARŞI TAVIRLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE FARKLILIK ANALİZİ

Katılımcıların (personelin) frekans tablolarındaki cevaplarına farklılık analizi tablolarına bakıldığında çalışanların görev sürelerine göre TKY uygulamalarına karşı genel bakışları ($p=0,018$), yönetimin TKY uygulamalarındaki başarısı ($p=0,049$), hastane yönetiminin insana verdiği değer ($p=0,008$) ve tedarikçilerle işbirliği ($p=0,028$) anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Pirhan'ın (2014) Ahi Evran Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yaptığı araştırmada bu konulara benzer durumlarda anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Bizim çalışmamızda 1-5 ve 6-10 yıl arası çalışanların TKY'ye bakışlarında daha duyarlı oldukları anlaşılmaktadır. Ancak katılımcılık ($p=0,095$), iletişim ($p=0,171$), müşteri odaklılık ($p=0,539$), mükemmeliyetçilik ($p=0,361$), kaizen ($p=0,195$), eğitim ($p=0,256$), hijyen ($p=0,272$), önleyici yaklaşım ($p=0,161$), veri tabanı takibi ($p=0,256$) ve süreç odaklılık ($p=0,133$) konularında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Bu konularda verilen cevaplara bakıldığında kararsızım cevabı daha yüksek oranda verilmiştir. Bu da çalışanlar tarafından TKY'nin tam anlaşılmadığını bize göstermektedir.

Frekans tabloları ve farklılık analizi tablolarından anlaşıldığı üzere çalışanların eğitim seviyelerine göre TKY uygulamalarına karşı genel bakışları ($p=0,000$), iletişim ($p=0,009$), mükemmeliyetçilik ($p=0,040$), kaizen ($p=0,034$), eğitim ($p=0,035$), hastane

yönetiminin insana verdiği değer ($p=0,004$), tedarikçilerle işbirliği ($p=0,014$), veri tabanı takibi ($p=0,015$) çıkmış ve anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Pirhan'ın (2014) yaptığı araştırmada Ahi Evran Araştırma ve Eğitim Hastanesindeki katılımcıların verdiği cevaplara bakıldığında sadece hastane için araç ve gerecin yeterliliği konusunda anlamlı bir fark çıkmıştır. Yaptığımız çalışmanın tablolarına bakıldığında elde edilen sonuca göre eğitim seviyesi yüksek olanların TKY konusunda daha duyarlı oldukları görülmektedir. Eğitim seviyesi yükseldikçe yeniliklere bakış açısı olumlu yönde değişmesi olanak dâhilindedir. Ancak yönetimin TKY uygulamalarındaki başarısı ($p=0,237$), katılımcılık ($p=0,096$), müşteri odaklılık ($p=0,111$), hijyen ($p=0,606$), önleyici yaklaşım ($p=0,061$), ve süreç odaklılık ($p=0,144$) çıkarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Frekans tabloları ve farklılık analizi tablolarına bakıldığında çalışanların meslek gruplarına göre TKY uygulamalarına karşı genel konulara bakışları ($p=0,000$), yönetimin TKY uygulamalarındaki başarısı ($p=0,017$), katılımcılık ($p=0,004$), iletişim ($p=0,000$), mükemmeliyetçilik ($p=0,045$), kaizen ($p=0,014$), hastane yönetiminin insana verdiği değer ($p=0,001$), tedarikçilerle işbirliği ($p=0,010$), veri tabanı takibi ($p=0,041$) çıkmış ve anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Ancak müşteri odaklılık ($p=0,083$), eğitim ($p=0,104$), hijyen ($p=0,825$), önleyici yaklaşım ($p=0,532$), ve süreç odaklılık ($p=0,017$) çıkarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Bu da bize şunu göstermektedir: hangi meslek grubu olursa olsun TKY'ye bakış açıları ve uygulamalarında tam anlamıyla hazır olmadıkları ve bu konuda eğitime ihtiyaç duydukları anlaşılmaktadır.

SONUÇ

Yaşadığımız modern çağda örgütler için en büyük gereklilik ayakta kalıp rakipleriyle rekabet edebilme gücüne ulaşmaktır. Rekabet edebilmenin başlıca şartlarından biri de müşteriyi memnun etmekten geçer, dış müşteri kadar iç müşterinin (personel) de öneminin kavrandığı çağımızda modern ve öğrenen örgütler dış müşteriyi memnun etmenin iç müşteriyi memnun etmekten geçtiğinin farkındadırlar. Bu nedenlerden dolayı Toplam Kalite Yönetimi felsefesini benimseyip hayata geçirmek örgütler için kaçınılmaz bir duruma gelmiştir.

İlk başlarda imalat sektöründe uygulanan TKY zamanla hizmet sektöründe yaşam olanağı bulmuş ve en nihayetinde de hata kabul etmeyen bir sektör olan sağlık alanında da uygulanmaya başlanmıştır. Yapılan hataların sakatlıklara, felce ve hatta ölüme sebebiyet vermesi açısından sağlık sektöründe hataları ortadan kaldırmak için TKY kaçınılmaz bir yönetim anlayışı haline gelmiştir.

Toplam Kalite Yönetimi bir felsefe olarak kurumdaki tüm personelin kaliteden sorunlu olduğu bir yönetim anlayışıdır. Bunun yanı sıra TKY müşteri memnuniyetinin sadece dış müşteri memnuniyeti olarak görmemekte aynı zamanda kurumun çalışanlarının da memnuniyetini önemsemektedir. Bir kurumdan hizmet alan müşterilerin memnun olabilmesi için bu kurumda hizmet eden personelin de memnun olması gerekmektedir. Özellikle sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda bu daha da önemli hale gelmektedir.

Bu çalışmamızda Şırnak Devlet Hastanesi'nden hizmet alanların memnuniyeti, hastanede çalışan personelin TKY felsefesine bakış açıları ve hastanede TKY uygulama düzeyinin ölçülmesi amaçlanmıştır.

Katılımcıların (Hastaların) demografik özelliklerine bakıldığında katılımcıların %50,7'sinin erkek %49,3'nün kadın olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşadıkları yere göre değerlendirildiklerinde %17,8'inin köy, %1,0'in mezra, %6,3'ünün belde, %17,1'in ilçe, %56,2'sinin il ve büyükşehirde yaşadığı görülmektedir. Katılımcılar eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde %18,1'in okuma yazma bilmediği, %5,8'in sadece okuryazar olduğu, %5,8'in ilkokul mezunu olduğu, %6,8'in ortaokul, %43,8'in lise ve %19,7'nin de üniversite ve daha üstü bir mezuniyete sahip olduğu

görülmektedir. Katılımcılar gelir durumuna göre değerlendirildiğinde %55,9'u 950 TL'den az, %21,5'i 951-1300 arası, %12,6'sı 1301-2500 arası, %6,3'ü 2501-4000 arası ve %3,7'sinin 4000'den fazla bir gelire sahip olduğu görülmektedir. Son olarak katılımcıları sosyal güvencelerine göre değerlendirdiğimizde %14,9'unun emekli Sandığı üyesi, %46,5'nin SGK/Bağ-Kur'lu olduğu, %11,7'sinin GSS'li olduğu, %2,9'unun özel bir sigortaya sahip olduğu ve %23,4'ünün Yeşil Kart'lı olduğu görülmektedir.

Katılımcıların (personelin) demografik özelliklerine incelediğimizde ise; görev sürelerine göre değerlendirildiğinde; %78,7'sinin 1-5 yıl arası, %13,8'inin 6-10 arası, %3,2'sinin 15-20 arası ve %4,3'ünün ise 16-20 arası bu hastanede çalıştığı görülmektedir. Katılımcıları eğitim düzeyine göre değerlendirdiğimizde; %3,7'sinin ilköğretim mezunu, %33,5'inin lise mezunu, %34'ünün önlisans mezunu, %15,4'ünün lisans ve %13,3'ünün ise yüksek lisans ve doktora mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıları meslek grubuna göre değerlendirdiğimizde ise; %13,8'inin doktor, %2,7'sinin yönetici, %28,7'sinin hemşire, %14,4'ünün sağlık teknisyeni, %26,6'sının idari personel ve %13,8'inin diğer çalışanlar (güvenlik, temizlikçi, hastabakıcı) olduğu görülmektedir.

Katılımcıların demografik özelliklerini belirttikten sonra hastaneden memnuniyetlerini frekans ve farklılık analizlerine göre yorumlarsak şunları söylememiz mümkündür:

Sağlık hizmetlerinde hizmeti alan müşterilerin; doktorların tedavi süreci, hemşirelerin bakım hizmetleri, diğer sağlık ekibinin davranışları, hastanedeki genel temizlik ve servis temizliği, işlemlerin hızlılığı, yemek kalitesi ve sunuş biçimi, yönetsel faaliyetler ve fiyat gibi faktörlerden etkilenirler. Şırnak Devlet Hastanesinden hizmet alan hastalar hastanenin temizliğinden (WC, yatak ve servis) memnun değiller, ayrıca sağlık personeli dışındaki personelin davranışlarından ve işlem süresinden memnun olmadıkları görülmüştür. Doktorların hastalara karşı davranışlarında olumlu yönde bir durum ise de hastalara ayırdıkları zaman ve bilgi verme konusunda aynı olumlu sonucun söz konusu olmadığı görülmektedir. Hastalar hemşirelerin davranışları ve bakım hizmetlerinden genel olarak memnuniyetsiz görünmeseler de memnuniyetlerini rahatlıkla söyleyebilecek bir durum da ortada görünmemektedir. Bunun yanı sıra

personelin davranışlarında cinsiyet ve eğitim durumuna göre fark olduğu farklılık analizlerinden anlaşılmaktadır.

Şırnak Devlet Hastanesinde hasta memnuniyeti sağlanamamış olsa da kurumun bu konuda çok kötü durumda olduğunu söylemek kötümser bir yaklaşım olacaktır. Hastaların memnuniyetlerini; eğitim seviyeleri, yaşadıkları yer, gelir gibi faktörler de etkilemektedirler.

Hastaların memnuniyeti ölçüldükten sonra iç müşteri olarak tanımladığımız personelin memnuniyet düzeyleri ölçülmüştür. Sağlık kuruluşlarında doktorlar, hemşireler, sağlık teknisyenleri, hasta bakıcılar, idari personel ve diğer tüm çalışanlar iç müşteri olarak tanımlanmaktadır. Çalışanların Toplam Kalite Yönetimi felsefesini benimseme ve hastanede bu yönetim anlayışının uygulama düzeyi hakkındaki görüşlerine bakıldığında ise frekans ve ortalama tablolarından şu sonuçları elde ettiğimizi söyleyebiliriz:

Çalışanların Toplam Kalite Yönetimi konusunda yeterli bir bilgiye sahip olmadıkları anlaşılmakta ve çalışanların memnuniyetinin düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca çalışanların, hastaneden hizmet alan hastaların yeterince memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışanların memnuniyetini ölçtükten sonra yönetime/kararlara katılıp katılmadıkları ölçülmüştür. ŞDH çalışanlarının yönetime/kararlara yeterince katılmadıkları görülmüştür. Çalışanların yönetime katılması ve faaliyet alanlarıyla ilgili görüşlerinin alınması hem moral motivasyon açısından hem de kuruma sahip çıkma açısından çok önemli bir durumdur. Moral motivasyonu yüksek çalışanlar hastaları da memnun etmekte ve böylelikle kurumun hem kalitesi artmakta hem de imajı düzelmektedir.

Memnuniyet ve katılım ölçümünden sonra yönetimin liderlik konusu ölçülmüştür. Yöneticilerin liderlik yapma konusunda yeterli bir düzeyde olmadıkları verilen cevaplardan anlaşılmıştır. Liderler grubu etkileyen, onları yönlendiren, moral motivasyon açısından destekleyen bir yönetici sınıfıdır. Kurumda Toplam Kalite Yönetiminin benimsenmesi yönetimin etkin bir liderliği ile gerçekleşmektedir. Zira bu yönetim anlayışını üst kademedan alta kademeye kadar benimsetmek etkin bir liderlik faaliyeti ile gerçekleşmektedir. Liderler yöneticilerden ayrı olarak astlarına yetki ve sorumluluk devrederek onları cesaretlendirir ve işe sahip çıkmalarını sağlarlar.

Liderlik ölçümünden sonra çalışanlar arasındaki iletişim konusu ölçülmeye çalışılmıştır. Bir kurumda ekip çalışmasının başarıya ulaşması ve birimler arası koordinasyonun sağlanmasında iletişimin önemi büyüktür. Şırnak Devlet Hastanesi çalışanlarının iletişim konusunda iyi durumda olduğu ancak bazı aksaklıkların olduğu da verilen cevaplardan anlaşılmaktadır.

İletişim faktöründen sonra Şırnak Devlet Hastanesi'nin müşteri memnuniyetine verdiği önem ölçülmeye çalışılmıştır. Çalışanlar, hastaneden hizmet alan hastaların memnun ayrıldıklarını düşünmekte, ancak hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçüldüğü hasta memnuniyet araştırmasında bunun böyle olmadığı anlaşılmaktadır. Bir kurum için müşteri memnuniyeti büyük bir öneme sahiptir, zira rekabet edebilmek ve ayakta kalabilmek için olmazsa olmazlardan bir unsur müşteri memnuniyetidir. Yönetimin ve diğer hastane çalışanlarının müşteri memnuniyetini ölçmek için mutlaka hastalardan geri bildirim almaları gerekmektedir.

Müşteri memnuniyeti ölçümünden sonra mükemmeliyetçilik (sıfır hata) faktörü ölçülmeye çalışılmıştır. Sağlık kurumlarında yapılan iş gereği hataların ölümcül sonuçlara yol açacağı bu nedenle sağlık personelinin verdiği hizmeti sistemli bir şekilde sürekli izleyip bunları rapor etmesi ve olası hataları meydana gelmeden tedbirler alması hem insan sağlığı açısından hem de TKY uygulamalarının başarısı açısından hayati önem taşımaktadır. Şırnak Devlet Hastanesi'nde sıfır hataya önem verildiği ancak bunu yeterli bir seviyede olmadığı görülmektedir.

Mükemmeliyetçilik ölçümünden sonra sürekli geliştirme konusu ölçülmeye çalışılmıştır. Sürekli geliştirme sonuçlardan çok süreç üzerinde duran, sıfır hatayla üretim çıktısı elde etmeyi amaçlayan bir Toplam Kalite Yönetimi anlayışıdır. Şırnak Devlet Hastanesinde sürekli gelişmeye önem verildiği, hastanenin eskiye nazaran daha iyi durumda olduğu ve bunun devam ederek artırılmaya çalışıldığı görülmektedir.

Sürekli geliştirme ölçümünden sonra sürekli eğitim konusu ölçülmeye çalışılmıştır. Toplam Kalite Yönetimiyle birlikte geleneksel yönetim anlayışlarından farklı olarak bu anlayışın başarıya ulaşmasını sağlamak ve çalışanları bu felsefeye uyumlaştırmak için mesleki eğitimi sürekli vererek işgörenleri görevlerine hazırlamak ve yenilikleri takip etmek açısından önemli bir konudur. Çalışanların verdiği cevaplardan hareketle Şırnak Devlet Hastanesinde verilen eğitimlerin yetersiz olduğu ve

bu nedenle çalışanların Toplam Kalite Yönetimi felsefesini tam olarak bilmedikleri anlaşılmaktadır.

Sürekli eğitimin ölçülmesinden sonra hijyen konusu ölçülmeye çalışmıştır. Sağlık kuruluşlarının verdiği hizmet gereği hijyen hastalar için önemli bir faktör olabilmektedir. Yeterli temizliğin olmadığı ve hijyene önem verilmeyen sağlık kuruluşlarında hastaların ve çalışanların enfeksiyon kapması, alerjik hastalıklara neden olması ve kötü bir görüntü vermesi açısından bir sağlık kuruluşunda hijyen üzerinde önemle durulması gereken bir faktördür. Çalışanların verdikleri cevaplara bakıldığında hastaların cevaplarıyla çelişir bir durum söz konusudur. Çalışanlar hastane temizliğinin kötü bir durumda olmadığını verdikleri cevaplardan anlaşılmakta ancak bir kuruluşun genel temizlik durumunu en iyi o kuruluşun müşterileri değerlendirir. Yönetimin hijyen konusuna gerekli hassasiyeti gösterip bu durumu düzeltmeleri gerekmektedir.

Hijyen konusunun ölçümünden sonra insan odaklılık konusu ölçülmeye çalışılmıştır. Toplam Kalite Yönetimi'nin başarısı insana bağlı bir yönetim biçimidir, makine teçhizat verimli bir şekilde işleyebilmesi onu kullanan insanın başarısına bağlıdır. İnsanlar kendilerine verilen değer nispetinde motive olurlar ve bu da başarı ya da başarısızlık getirir. İç müşteri olarak ifade edilen çalışanlara yeterince değer verildiğinde bu çalışanlar tarafından dış müşteriye yansır ve müşteri memnuniyeti oluşturur. Çalışanların verdikleri cevaplardan da anlaşıldığına göre Şırnak Devlet Hastanesi'nde insana verilen değer olması gereken düzeyde olmadığıdır. Kendisine yeterince değer verilmediğini düşünen çalışan ve hastalar bunu işine ve hastaneye karşı olan güvenine yansıtır, bu da memnun olmamış çalışan ve hastaları meydana getirir.

İnsan odaklılık ölçümünden sonra hatalara karşı tedbirlere verilen önem ölçülmeye çalışılmıştır. Sağlık kuruluşlarında hataların vahim neticeler doğurduğu daha önce de söylenmişti, bu nedenle hataların meydana gelmemesi için mutlaka önleyici tedbirlerin alınması ve böylelikle istenmeyen sonuçların önüne geçilmesi hem insan hayatı hem de Toplam Kalite Yönetiminin başarısı açısından önemle üzerinde durulması gereken bir konudur. Bu konuda çalışanların yeterli bir bilgiye sahip olmadıkları görülmektedir. Hatalara karşı tedbir almak sadece yönetimin değil bir bütün olarak tüm kurum çalışanlarının olabilecek hatalara karşı tedbir almaları gerekmektedir.

Hatalara karşı tedbire verilen önem ölçüldükten sonra tedarikçilerle işbirliği, veri tabanı takibi ve süreç odaklılık konuları ölçülmeye çalışmıştır. Sağlık kuruluşlarına mal tedarik eden firmaların standartlara uygun ürünleri temin ettiğinde bunlar ciddi zararlar doğurabilecek niteliktedir. Şırnak Devlet Hastanesi'nde tedarikçilerin kalitesiz ve standartlara uygun olmayan malları verdiği anlaşılmaktadır. Yönetimin ve ilgili birimin tedarik esnasından standartlara ve beklentilere uygun olan malları alması verimsizliği önleyecektir. Verilerin düzenli olarak kayıt edilmesi ve takip edilmesi hastalıkların seyri ve tedavisi için kolaylık sağlayan bir etkidir. Şırnak Devlet Hastanesi'nde verilerin düzenli olarak kayıt edilip takip edildiği görülmektedir. Toplam Kalite Yönetimi'nin başarılı olması için sonuçlardan ziyade süreçlere önem verilmesi ve bunun sürekli yapılması gerekmektedir. Şırnak Devlet Hastanesi çalışanlarının süreç takibini yaptığı ancak başarı için yeterli bir düzeyde olmadıkları anlaşılmaktadır.

Sonuç olarak Şırnak Devlet Hastanesi'nde Toplam Kalite Yönetimi'nin henüz tam olarak anlaşılmadığı ve yeterince uygulanmadığı anlaşılmaktadır. Ancak görev süreleri açısından baktığımızda yeni personelin eskilere göre Toplam Kalite Yönetimi konusunda daha iyimser davrandığı görülmekte, bunun da yeniliklerin eski çalışanlar tarafından statü kaybı ya da iş yükü olarak görülmesinden kaynaklandığını söylemek mümkündür. Eğitim seviyesi yüksek olan çalışanların yanı sıra doktor, yönetici ve hemşirelerin Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarına daha pozitif baktıkları görülmektedir.

ÖNERİLER

Yaptığımız bu araştırmanın neticesinde Şırnak Devlet Hastanesi'nde elde edilen verilerle şu önerilerde bulunulabilir:

- Hasta memnuniyetini sağlamak için iç müşteri memnuniyetinden başlayarak hastalardan geri bildirim almaya kadar tüm süreç Toplam Kalite Yönetimi uygulamasının öngördüğü bir biçimde yapılması,
- Hekimlerin hastalara anlayacağı bir dilde hastalıkları ile ilgili bilgi vermeleri,
- Sağlık personeli dışındaki diğer tüm personelin hastalarla iletişim konusunda periyodik eğitimlere tabi tutulmaları, özellikle hastaların hastaneye gelirken ilk muhatap oldukları güvenlik personeli ve hasta kayıt personeline daha anlayışlı olmaları sağlanmalı,
- Hemşirelerin bakım hizmetlerinde daha anlayışlı ve nazik davranmaları,
- Hastanenin genel temizliği ve yemek kalitesinde standartların ötesine geçecek düzeye gelmesi,
- Hastane yönetiminin çalışanları Toplam Kalite Yönetimi konusunda eğitimlere tabi tutması ve aynı zamanda yönetimin de Toplam Kalite Yönetimi felsefesini içselleştirmesi,
- Çalışanların yönetime/kararlara katılımını sağlamak,
- Çalışanların çalıştıkları birimden memnuniyetsizliklerini ortadan kaldırmak için rotasyonun mümkün olduğu birimlerde rotasyon yapılması
- Yönetimin ve çalışanların Toplam Kalite Yönetimi'ni gelip geçici bir heves olarak değil, hem hastanenin başarısı hem kendilerinin memnuniyeti hem de hasta memnuniyetini sağlayacak bir yönetim anlayışı olarak görmeleri önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acar, A., Sevinç, İ. (2013). "Toplam Kalite Yönetiminin Kamu Sektörüne Uygulanmasında Karşılaşılan Sorunlar". Selçuk Üniversite İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Nisan 2013 (25), 8-9.
- Akat, İ. (1984). *İşletme Yönetimi*. İzmir: Üçel Yayınları.
- Akdağ, M. (2005). "Toplam Kalite Yönetimi ve Örgüt İçindeki Yeri". Selçuk Üniversitesi İletişim Dergisi, Cilt 4 (1), 159-170.
- Aktan, C. C. (2003). "Toplam Kalite Yönetiminin Temelleri ve Kamu Yönetiminde Uygulanması", <http://www.Sobiadacademy.net/Sobem/Ekamuyonetim/Kalite/Aktan>
- Altaş, S.S. (2009). "Toplam Kalite Yönetiminin Temel Kavramları ve Yaklaşımları". Aydeniz, N. ve M. Kara (Ed.). *Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Lisans Yayınları.
- Ardahan, F. (2009). "Kalite Sürecinin Tarihi Gelişim Süreci". Aydeniz N. ve M. Kara (Ed.). *Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Lisans Yayınları.
- Ardıç, K. (2004). "Kamu Yönetiminde Sürekli Gelişme Aracı Olarak Toplam Kalite Yönetimi ve Uygulama Aşamaları". Kamu Yönetimi Dergisi.
- Arioğlu Ü. "Kalite İnsanı". *Verimlilik Dergisi Özel Sayı*, Ankara: MPM.
- Arpacı, A.V. (1999). Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Gebe Memnuniyeti. (Yüksek Lisans Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aslan, Ş. (2004). "Hastanelerde Örgütsel Çatışma:Teori ve Örnek Bir Uygulama", http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/articles/2004/11/SEBNEMASLAN
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M. ve Erdem, R. (2007). "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği". *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (6).
- Asunakutlu, T. (2007). "Sağlık Kurumları Yönetiminde Kalite ve Kültürel Değişim". Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran (Ed.), *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*. İstanbul: Aura Kitapları.
- Avcı, S.B. (2007). *Kargo Firmalarında Lojistik Performansın Değerlendirilmesi ve Bir Benchmarking Uygulaması*. (Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli: Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aykaç, B. ve Özer, M.A. (2006). "Toplam Kalite Yönetiminin Kamu Kuruluşlarında Uygulanması: Sorunlar ve Yeni Arayışlar". *Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 8 (3).
- Aytekin, A. ve Serin, H. (2009). "Yüksek Öğretimde Toplam Kalite Yönetimi". *Bartın Orman Fakültesi Dergisi*, 11 (5).
- Balcı, A. (2009), "Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar ve Kamu Hizmet Sunumuna Etkileri", www.Sobiadacademy.Net/Sobem/Ekamuyonetim/Kamuda.../Balci.Pdf

- Bolat, T. ve Aytemiz, O. S. (2001). "Total Quality Managment End Creativity: AnEvaluation With The Extent Of The Function Of Human Resources (A Comment)". *Dokuz Eylöl Üniv. Yay. İşletme Faköltesi Dergisi*, 2 (2), 31.
- Bozkurt, R. (1996). "Toplam Kalite Uygulamasında Performans Ölçüm". *Önce Kalite Dergisi*, (26).
- Can, A. (2008). "Örgüt Kültürünün Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaların Uygunluğunun Testine Yönelik Bir Araştırma". *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Faköltesi Dergisi*, 13 (3).
- Cartin, T.J. (1993). *Principles & Practices Of TQM*. Wisconsin: ASQC Quality Pres.
- Coşğun, M. (2010). *Yerel Yönetimlerde Toplam Kalite Yönetimi: Pendik Belediye Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çekirge, O. (2010). "Toplam Kalite Ve Temel Unsurları", <http://www.Cukurovamarka.Com/Web/Index.Php?Option=Com>
- Çoruh, M (1994). "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Yeri" [Bildiri]. *Sağlık Yönetimi Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyum Bildirileri*, Ankara.
- Davis, K. (1988). *İşletmede İnsan Davranışı*. (Çev. Kemal Tosun, Tomris Somay, Fulya Akar, Can Baysal, Ömer Sadullah ve Semra Yalçın). İstanbul: Yön Ajans.
- Demir M. H. ve Gümüşoğlu, Ş. (2003). *Üretim Yönetimi*. İstanbul: Beta Yayınları
- Demirci, H. (2008). *Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Kumsaati Yayın Dağıtım.
- Devebakan, N. ve Aksaraylı, M. (2003). "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması". *Dokuz Eylöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5 (1), 38-54.
- Devebakan, N. (2006). "Sağlık Hizmetlerinde Teknik ve Algılanan Kalite". *Dokuz Eylöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8 (1).
- Diken, A. (1995). *Toplam Kalite Yönetimi ve Hizmet Sektöründe Bir Uygulama*. (Doktora Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Donnelly, J., James, H. (1998). *Fundamentals of Management*. Boston:
- Dölarslan, E. Ş., Özer, A. (2014). "Hizmet Kalitesi Tatmin ve Güvenin Daha Fazla Ödeme Üzerindeki Etkileri". *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14 (1).
- DPT. (2000). *VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Küreselleşme Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.
- Dursun, H. (2004). "Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri Çerçevesinde Türk Kamu Yönetimine Genel Bakış". *Türk İdare Dergisi*, Ankara.
- Ecer, F., Demir, Y. ve Uslu, S. (2002). "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma". *Standart Dergisi*, Ekim (490), 66-68.

- Ecer, F. H., Demirel, Y., Uslu, S. (2007). “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma”, http://www.skid.org.tr/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8&Itemid=85
- Efil, İ. (1995). *Toplam Kalite Yönetimi ve Toplam Kaliteye Ulaşmada Önemli Bir Araç ISO 9000 Kalite Güvencesi Sistemi*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi.
- Efil, İ. (1996). *Yönetimde Kalite Çemberleri ve Uygulama Örnekleri*. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Efil, İ. (1999). *Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi*. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Engiz, O. (1997). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini Hastane Yöneticiliği*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Engiz, O. (1999). “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Odaklı Kalite Gelişim Modeli ve Memnuniyet Ölçüm Anketleri” [Bildiri]. Mithat Çoruh (Ed.). *Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları Sempozyum Bildirileri*, 22-23 Ekim, (ss.411), Ankara: Haberal Eğitim Vakfı,
- Erem, G. N. (2003). *Toplam Kalite Yönetiminin Hizmet İşletmelerinde Uygulanması ve Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Bir Örnek Uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Erkan, G. (2011). *Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri (Hasta ve Hasta Yakını) Memnuniyetine Etkisi Üzerine Teorik Ve Uygulamalı Bir Çalışma: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ersen, H. (1997). *Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi*. İstanbul: YKY.
- Ertuğrul, İ. (2004). *Toplam Kalite Kontrol ve Teknikleri*. İstanbul: Ekin Yayınları.
- Ertuğrul, İ. (2014). *Toplam Kalite Kontrol*. Bursa: Ekin Basım Yayın.
- Esatoğlu, A.E. (1997). *Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi*. (Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Feigenbaum, A.V. (1993). “Managing Improvement in the U.S. Government” [ABD] Hükümetinde Geliştirme Yönetimi]. *National Productivity Review*, Cilt 13, 7.
- Fisher, John (1998): *Kıyaslama (Benchmarking) Yoluyla Performans Nasıl Arttırılır*. (Çev. Ahmet Ünver). İstanbul: Rota Yayıncılık.
- Gencel, U. (2001). “Yüksek Öğretim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3 (3), 164-218.
- Genç, H. (2011). *Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Toplam Kalite Yönetimi Dâhilinde Hasta Memnuniyeti: Sivas Devlet Hastanesi'nde Bir Alan*

- Araştırması*. (Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gençyılmaz, G. ve Zaim, S. (1999). "Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi". *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 28 (2), 10-11.
- Grayson, C., Jackson. Jr. (1992). "Taking on The World" [Dünyayı Ele Geçirmek]. *The TQM Magazine*, 4 (3).
- Gülen, K.G. (1997). "Kalite Yönetiminde Gelişen Amaçlar". *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yönetim Dergisi*, Cilt 26, 17-20.
- Güllülü, U., Erciş, A., Ünal, S., Yapraklı, Ş. (2008). Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti, Sevtap Ünal (Ed.). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Gümüş, M. (2001). "TKY Çerçevesinde Çalışanların Yetkilendirilmesi". *Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 2 (1), 63.
- Güner, A. F., Giritli, H. (2004). İnşaat Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi ve Türkiye'deki Uygulamalar. *İTÜ Dergisi*, Cilt 3 (1).
- Gürçay, C. (1997). "Amaç=Kalite+Mükemmellik Araç=Güdüleme+Kalkınmada Anahtar Verimlilik". *MPM Yayınları*, Kasım (107), 9.
- Halis, M. (2000). *Paradigmadan Uygulamaya Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvencesi Sistemleri*. İstanbul: Beta asım Yayın.
- Hayta, H. (2008). *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi ve Hasta Memnuniyetinin İstatistikî Göstergelerle Karşılaştırılması (Denizli İl Merkezi Örneği)*. (Yüksek Lisans Tezi). Muğla: Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Hill, S. and Wilkinson, A. (1995). "In Search of TQM" [TKY'de Araştırma]. *Employee Relations*, Volume 17 (3), 8-25.
- Ishikawa, K. (1995). *Toplam Kalite Kontrol*. İstanbul: Kal-Der Yayınları.
- İrmiş, A. (1999). "Kamu Örgütlerinde Mevcut Yönetim Kültürünün Toplam Kalite Yönetimine Uygunluğu" [Bildiri]. *Kamu Yönetiminde Kalite I. Ulusal Kongresi*, 1995, (ss. 15), TODAİE, Ankara: Türk Standartları Enstitüsü Kalite Broşürleri, .
- Kabadayı, B. ve Balcı, A. (1999) "Kamu Sektörü ve Toplam Kalite Yönetimi" [Bildiri]. *Kamu Yönetiminde Kalite I. Ulusal Kalite Kongresi*, C. 2 (1), (ss. 45-46), 1999, s. 75'ten alıntı. Ankara.
- Kabadayı, B. (2007). *Kamu Kurumlarında TKY Uygulamalarında Ortaya Çıkan Sorunların Çözümüne Yönelik Bir Uygulama Önerisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Karyağdı, N. (2001). "Toplam Kalite Yönetimi", <http://www.Maliye.Gov.Tr/Defterdarliklar/Diyarbakir/.../Tkynedir.Htm>
- Kavrakoğlu, İ. (1996). *Kalite Cep Kitabı*. İstanbul: Kal-Der Yayınları.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi

- Kılıç, B., Aksakoğlu, G. (1995). “Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, Özel Sayı, Şubat, Cilt:9
- Kıngır, S. (2006). *Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Koçel, T. (1998). *İşletme Yöneticiliği*. İstanbul: Beta Basım.
- Koparal, C. (1997). *Yönetim ve Organizasyon*. Eskişehir:
- Kovancı, A. (2003). *Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Sistem Yayıncılık.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Kuruşcu, M. (2003). *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Ödülleri*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Küçük, N. (2009). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Dış Müşteri Memnuniyeti Üzerine: Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü'nde Bir Uygulama (Diyarbakır Devlet Hastanesi)*. (Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Küçük, O. (2012). *Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- MB. *Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Maliye Bakanlığı Maliye Yüksek Eğitim Merkezi Başkanlığı.
- Merter, M. E. (2006). *Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Atlas Yayınları.
- Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü., Gümrükçüoğlu, O. F., Ünüvar, N. ve Aydın, S. (2007). *Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 720.
- Nohutçu, A. (2003). “Sürdürülebilir Kamu Yönetimi Kalitesi İçin Toplam Kalite Yönetimi Performans Yönetimi Sorun Alanları, Uygulamalar ve Türk Kamu Yönetimine Uyarlanması”. Balcı, Asım, A. Nohutçu, N.K., Öztürk, B., Coşkun, (Ed.). *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Özdemir, M. (2004). “Konya Sanayinde Toplam Kalite”,
<http://www.Kto.Org.Tr/Tr/Dergi/Dergiyazioku.Asp?Yno=121&Ano=38>
- Özdemir, M. “Toplam Kalite Yönetimi”
http://www.mahmutozdemir.com/yazdir.php?art_id=44
- Özer, M. A. (2008). *21. Yüzyılda Yönetim ve Yöneticiler*. Ankara: Nobel Yayın.
- Özgin, K. ve Tas, Y. (1996). “Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Projesi Kapsamında Personel Memnuniyeti Ölçme Çalışması”. *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu Bildirileri, 1-2 Kasım*, (ss.33-39), Ankara.
- Özalbant, Z. (2010). *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümü ve Bir Uygulama*. Ankara:

- Öztürk, A. (2009). *Kalite Yönetimi ve Planlaması*. Bursa: Ekin Basım Yayın.
- Öztürk, Y.E. ve Özata, M. (2010). *Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı*. Konya: Eğitim Kitabevi.
- Özveren, M. (1997). *Toplam Kalite Yönetimi Temel Kavram ve Uygulamaları*. İstanbul.
- Özyurt, Ö. (2004). *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde 2001-2002 Yıllarında Verilen Hizmetlerin Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Parlak, B. ve Sobacı, Z.. (2005). *Kuram ve Uygulamalarda Kamu Yönetimi Ulusal ve Global Perspektifler*. İstanbul: Aktüel Yayınları.
- Parlak, S. (2004). *İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Ekin Kitabevi.
- Pearce, J.A. and Robinson, R. B. (1997). *Formulation, Implamentation and control of Competetive Strategy*. Chicago: Irvin Book Team.
- Rosander, A. C. (1996). *Deming's 14 Points Applied to Services*. MilkWaukee: ASQC Quality Press
- Saran, U. (2001). "Demokratikleşme ve Sivilleşme Eğilimleri Karşısında Devletin Yeniden Yapılandırılmasının Anahtarı: Kamu Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi." *Türk İdare Dergisi*, C. 431, 1-21.
- Sargutan, A. E. (2004). *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*. Ankara: Başaran Teknik.
- Sargutan, A.E. (2005). "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8 (3), 403.
- Sarp, N. (2007). *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*. Coşkun Can Aktan, Ulvi Saran (Ed.). İstanbul: Aura Yayınları.
- Sarp, N. (2014). *Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları*. Lefke: Siyasal Kitabevi.
- Soysal, M., Kenanoğlu, G. T., Emre, A. ve Hameşoğlu, S. (1993). *Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı*. Ankara: Milli Produktivite Merkezi Yayınları.
- Sözen, C. ve Özdevecioğlu, M. (1999). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. İstanbul: Nobel Dağıtım.
- Sullivan, G. R. and Harper, M. V., (1997). *Umut Bir Yönetim Olamaz*. (Çev. Ayşe Bilge Dicleli). İstanbul: Boyner Holding Yayınları.
- Şahin, H. (2012). *Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller ve Bir Uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). Muğla: Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Şahin, M. (2011). *Yönetim Bilgi Sistemi*. Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Şimşek, M. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Alfa Yayınevi.
- Şimşek, H. (2007). *Toplam Kalite Yönetimi: Kuram, İlkeler, Uygulamalar*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

- Şimşek, Ş. (2000). *İşletme Bilimlerine Giriş*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Şimşek, M. (2007). *Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Şentürk, H. (2008). “Belediyeler İçin Toplam Kalite Yönetimi Rehberi”. *Belediye Yönetim Dizisi*, <http://www.platodanismanlik.com/v2/images/k2.doc>
- Tanrıverdi, H. ve Erdem, Ş. (2010). http://www.dokuman.tsadergisi.org/dergiler_pdf/2010-Nisan/16.pdf
- Taşdemir, M. “Kalite Sistemi Kurma Sürecinde Kritik Noktalar” <http://www.sdplatform.com/Dergi/11/Kalite-sistemi-kurma-surecinde-kritik-noktalar.aspx>
- Taşkın, E. ve Ekici, M. K. (2006). *Toplam Kalite Yönetimi Ve Kamu Sektörü(Kamu İktisadi Teşekküllerinde Uygulanabilirliği) 20. Yüzyıl Perspektifi*. Ankara: Turhan Kitabevi.
- Tavlan, Özdemir, Ş. (2001). *Sağlık Sektöründe Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi*. (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tekin, M. (2007). *Toplam Kalite Yönetimi*. Konya.
- Tezcan, N. (2000). *Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi ve Etimesgut Hava Hastanesinde Personel Motivasyonunun Ölçümüne İlişkin Bir Uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tokatlıoğlu, M. (2005). “Temel Kalite Kavramları ve Toplam Kalite Yönetimi”. <http://www.edubilim.com/ana/odev/ekonometri/toplam-kalite-yonetimi-ve-temel-kavramlari/details.html>
- Top, S. (2009). *Toplam Kalite Yönetimi Bağlamında Sürekli İyileştirme Anlayışı*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Top, H. (2013). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Çalışanlara Etkisi: Kırklareli İli Sağlık Çalışanları Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Turaman, C. (1997). “Eski Törene Yeni Kılık Kalite”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, (77), 26.
- Turgay, San, A. (2006). *Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Yapısal Güçlendirme Algısı Beklenen Personel Devri ve Buna İlişkin Bir Örnek*. (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Tükel, B. (2004). “Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi’nde Yatan Hasta Memnuniyeti”. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57 (4), 206.
- Tür, G ve Durmuşoğlu, H. (1994). “Veri Toplama ve Analiz Etme”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri” , [Bildiri]. Mithat Çoruh (Ed.). *Sağlık Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu*, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

- Türkmen, Ç. (2006). *Kalite Yönetim Sisteminin Kuruluşlara Sağladığı Yararlar ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar: Tekstil Sektöründe Faaliyet Gösteren Bir Kuruluşta Uygulaması*. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Ulukanoğlu, C. (2001). "Toplam Kalite Yönetimi ve Kaizen Felsefesi", http://www.biyomed.com/makaleler/haber_detay.asp?haberID=219
- Ünsar, S. (2007). "Liderlik ve Liderlik Davranışı Üzerine Yapılan Bir Çalışma". *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9 (2).
- Witcher, B. (1995). "The Changing Scale of Total Quality Management". *Quality Management Jurnal*, 24.
- Yamak, O. (1998). *Kalite Odaklı Yönetim*. İstanbul: Panel Matbaacılık.
- Yatkın, A. (2004). *Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yıldırım, E. (2000). "Türkiye’de Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları". *Toplum ve Bilim Dergisi*, 86 (Güz), 260-280. İstanbul: Birikim Yayıncılık.
- Yılmaz, C. ve Kantarlı, Ç. (1999). "Toplam Kalite Yönetimi Öncesi ve Sonrasında bir Sanayii Kuruluşu Çalışanlarının Üst Düzey İhtiyaçlarının Karşılanma Düzeylerinin Ölçülmesi". *Celal Bayar Ü. İ.İ.B.F. Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, (5), 412.
- Yılmaz, M. (2001). "Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti". *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, (5), 69.
- Yusufoğlu, E. (2008). *Devlet Hastanelerinde TKY Uygulaması: Uşak Devlet Hastanesi Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Afyon: Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- <http://www.tedavi.saglik.gov.tr/yesilkart.Html>
- <http://www.nilgunsarp.com/saglik-hizmetlerinde-toplam-kalite-yonetimi>
- <http://okul.selyam.net/docs/index-32095.html?page=4>
- http://www.sobiadacademy.net/sobem/e-yonetim/toplam_kalite/toplam-kalite-felsefesi/akdogan-toplam-kalite.htm
- http://www.medicine.ankara.edu.tr/fakulte/files/20044_4.
- http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=3894
- <http://www.nilgunsarp.com/saglik-hizmetlerinde-toplam-kalite-yonetimi/>
- <http://www.tyih.gov.tr/HASTAHAKLARI/tarihce.php>
- <http://www.tse.org.tr/Turkish/DuyuruYayin/bayindir.doc>
- <http://www.merih.net/m1/wyturk03.htm>.

EKLER

EK 1. ANKET FORMU

HASTALARA UYGULANAN ANKET SORULARI

Değerli katılımcı, bu anket “Sağlık Kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulama Düzeyi: Şırnak Devlet Hastanesi Örneği” ile ilgili olup bilimsel çalışmalarda kullanılacak ve vermiş olduğunuz bilgiler hiç kimse ile paylaşılmayacaktır. Lütfen ankete adınızı soyadınızı ve başka herhangi bir kişisel bilginizi yazmayınız. İlginizden dolayı teşekkür ederim.

Cinsiyetiniz Bayan ☐

Bay ☐

Yaşınız

Yaşadığınız yer

Köy ☐

Belde ☐

İlçe ☐

İl ☐

Mezra ☐

Büyükşehir ☐

Eğitim durumunuz

Okuma yazma bilmiyor ☐

Okuryazar ☐

İlkokul ☐

Ortaokul ☐

Lise ☐

Üniversite ve üstü ☐

Gelir Düzeyi

950TL’den az ☐

951-1300TL ☐

1301-2500 TL ☐

2501-4000TL ☐

4’000 den fazla ☐

Tedavi bakım için hangi sosyal güvenceye sahipsiniz?

Emekli Sandığı ☐

SGK /Bağ-kur ☐

GSS ☐

Özel Sağlık Güvencesi ☐

Yeşil Kart ☐

SORULAR		1 Çok Kötü	2 Kötü	3 Orta	4 İyi	5 Çok İyi
1	Doktorların size olan davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
2	Doktorların size ayırdığı zamanı nasıl değerlendiriyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
3	Hemşirelerin bakım hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
4	Hemşirelerin diğer davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
5	Diğer hastane personelinin verdikleri hizmetleri nasıl değerlendiriyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
6	Diğer hastane personelinin davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
7	Hastanenin genel olarak temizliğini nasıl buluyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
8	Hastanenin yemek kalitesini nasıl buluyorsunuz? (bu soruya sadece yatan hastalar cevap verecektir).	☐	☐	☐	☐	☐
9	Hizmet bedellerini nasıl değerlendiriyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
10	Hastane çalışanlarının yakınlarını kayırma durumu (kayırma kötü bir durumu, kayırmama iyi bir durumu ifade eder.)	☐	☐	☐	☐	☐
11	Hastaneye muayene veya yatış için geldiğinizde hastanenin işlem süresini nasıl değerlendiriyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
12	Doktorlar hastalığınızla ilgili yeterli bilgi veriyor mu?	☐	☐	☐	☐	☐
13	Hastanenin WC'lerinin temizliğini nasıl buluyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
14	Hastanenin servis ve yatak temizliğini nasıl buluyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
15	Hastanenin dış çevre ve bahçe temizlik ve bakımını nasıl buluyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐

ÇALIŞANLARA UYGULANAN ANKET SORULARI

Değerli katılımcı, bu anket “Sağlık Kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulama Düzeyi: Şırnak Devlet Hastanesi Örneği” ile ilgili olup bilimsel çalışmalarda kullanılacak ve vermiş olduğunuz bilgiler hiç kimse ile paylaşılmayacaktır. Lütfen ankete adınızı soyadınızı ve başka herhangi bir kişisel bilginizi yazmayınız. İlginizden dolayı teşekkür ederim.

Kurumda çalışma süreniz

1-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11-15 yıl ☐ 16-20 yıl ☐ 20 yıl üstü ☐

Eğitim Düzeyiniz

İlköğretim ☐ Lise ☐ Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek lisans/Doktora ☐

Göreviniz

Doktor ☐ Yönetici ☐ Hemşire ☐ Sağlık teknisyeni ☐

İdari personel ☐ Diğer ☐

SORULAR		1 Kesinlikle katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Kararsızım	4 Katılıyorum	5 Kesinlikle katılıyorum
GENEL						
1	Hastanemizdeki yöneticiler kaliteyi geliştirme konusunda çaba gösteriyorlar.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Hastanemizdeki genel temizlik hizmetlerini yeterli buluyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Çalıştığım birimde olmaktan genel olarak memnunum.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Hastaların çalıştığım birimde aldıkları hizmetten memnun olduğunu düşünüyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Hastanemizdeki genel hizmeti kötü ve yetersiz buluyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Hastanemizde kaynaklar israf edilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
KATILIM VE EKİP ÇALIŞMASI						
7	Yöneticiler çalışanların kararlara katılımına özen gösteriyorlar.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Hastanede faaliyet alanımla ilgili herhangi bir konuda karar alınırken görüşüm alınıyor.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Hastanemizde çeşitli konularla ilgili olarak ekip çalışmaları yapılmaktadır	☐	☐	☐	☐	☐
10	Her bölümden temsilciler alınarak periyodik toplantılar yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
YÖNETİM VE LİDERLİK						
11	Göstermiş olduğum performans sonucu hak ettiğim ödül (erken terfi, parasal ödül, takdir edilme, değer verilme vb.) alabiliyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Kariyer ve/veya kişisel gelişimimi artırma konusunda yönetim bana yardımcı oluyor.	☐	☐	☐	☐	☐

13	Çalıştığım birimde düzenli olarak performans değerlendiriliyor.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Yöneticilerimizin oldukça geniş vizyonlu olduğunu düşünüyorum	☐	☐	☐	☐	☐
15	Hastane yönetimimiz her konuda bize ilham ve şevk verir	☐	☐	☐	☐	☐
	İLETİŞİM					
16	Hastanede bazen personel arasında iletişim kazaları yaşanır.	☐	☐	☐	☐	☐
17	Hastanede bölümler arasında iletişim sorunu yoktur.	☐	☐	☐	☐	☐
18	Hastanemizde yönetimin diğer birim ve kişilerle iletişimi iyidir	☐	☐	☐	☐	☐
	MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ					
19	Hastanemizde hasta yakınlarının memnuniyetine pek dikkat edilmez.	☐	☐	☐	☐	☐
20	Hastanemizde genel olarak hasta memnuniyetine önem verilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
21	Hastanemizde çalışanların memnuniyetine önem verilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
	MÜKEMMELİYETÇİLİK					
22	Hastanede yapılan hataların ve potansiyel kalite problemlerinin tekrarlanmaması için çözümler geliştirilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
23	Hastanede yapılan hataların ve potansiyel kalite problemlerinin nedenleri araştırılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
24	İş ve süreçlerde sıfır hataya önem verilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
25	İş ve süreçlerdeki gelişmeler sürekli rapor edilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
	KAİZEN					
26	Hastanede yenilikçi fikirler özendirilmektedir	☐	☐	☐	☐	☐
27	Hastanemizde birtakım şeylerin sürekli geliştirilmeye çalışıldığını görüyorum	☐	☐	☐	☐	☐
28	Hastanemiz eskiye göre olumlu yönde gelişmiştir	☐	☐	☐	☐	☐
29	Hastanemizi geliştirmeye yönelik olarak çalışanların fikirleri alınır.	☐	☐	☐	☐	☐
30	Hastanemizi geliştirmeye yönelik olarak çalışanların ya da hasta ve hasta yakınlarının görüşleri uygun bulunması durumunda uygulamaya aktarılır	☐	☐	☐	☐	☐
	EĞİTİM					
31	Hastanemizde uygulanan hizmet içi eğitimleri yeterli buluyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
32	Çalıştığım birimde öğrenme ve beceri geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
33	Çalışanların kendilerini geliştirmeleri teşvik edilmektedir	☐	☐	☐	☐	☐
	HİJYEN					
34	Hastanemizde genel hijyen durumu iyi düzeydedir	☐	☐	☐	☐	☐
35	Hastanemizin tuvaletlerinin temizliği yetersizdir	☐	☐	☐	☐	☐
36	Hastanemizdeki hasta odalarının temizliği yeterli düzeyde yapılmaktadır	☐	☐	☐	☐	☐

37	Personelin hijyen ve temizlik konusunda yeterince titiz olduğunu düşünüyorum	☐	☐	☐	☐	☐
38	Hastanemizin koridorları ve diğer genel kullanım alanları yeterince temiz değildir	☐	☐	☐	☐	☐
39	Hastanemizin koridorları ve diğer genel kullanım alanları yeterince temiz değildir	☐	☐	☐	☐	☐
40	Hastanemizin bahçe ve dış mekânları yeterince bakımlı ve temizdir	☐	☐	☐	☐	☐
	İNSAN ODAKLILIK					
41	Hastane yönetimimiz için insan her şeyden önce gelir	☐	☐	☐	☐	☐
42	Hastanemizdeki sağlık personeli için insani değerler önceliklidir	☐	☐	☐	☐	☐
43	Çalışanlarımız insanın öneminin farkındadırlar	☐	☐	☐	☐	☐
	ÖNLEYİCİ YAKLAŞIM					
44	Hastanemizde ileride ortaya çıkabilecek olumsuz olaylara (yangın, deprem vb.) karşı gerekli hazırlıklar yapılmıştır	☐	☐	☐	☐	☐
45	Hastanemizde hastaların ve yakınlarının mağduriyetine neden olabilecek çeşitli sorunlar için önceden önlemler alınmaktadır	☐	☐	☐	☐	☐
46	Hastanemizde genel olarak sistemde meydana gelebilecek problemler için önlemler alınmaktadır	☐	☐	☐	☐	☐
47	Hastanemizde çalışanların mağduriyetine neden olabilecek çeşitli sorunlar için önceden önlemler alınmaktadır	☐	☐	☐	☐	☐
48	Hastane yönetimi ortaya çıkan sorunların nedenlerini ve çözümlerini analiz etmek için bazen çalışanlarla toplantılar yapmaktadır	☐	☐	☐	☐	☐
	TEDARİKÇİLERLE İŞBİRLİĞİ					
49	Hastanemize mal veya hizmet temin eden firmaların belli standartlara uygunluğu denetlenmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
50	Hastanemizde bazen kalitesiz ürün ve hizmetlerle karşılaştığım oluyor	☐	☐	☐	☐	☐
51	Hasta ve yakınlarının kalitesiz ürün ve hizmetlerden şikâyetleri olmaktadır	☐	☐	☐	☐	☐
	VERİ TABANI- İSTATİSTİK VE TAKİP					
52	Hastanemizde her şey kayıt altındadır	☐	☐	☐	☐	☐
53	Hastanemizde oluşturulan veri kayıtları düzenli olarak denetlenmektedir	☐	☐	☐	☐	☐
54	Hastanemizde israf olduğunu düşünüyorum	☐	☐	☐	☐	☐
55	Hastanemizde bütün girdi ve çıktılar kontrol edilmektedir	☐	☐	☐	☐	☐
	SÜREÇ ODAKLILIK					
56	Hastanemizde önceden belirlenen standartlara göre hizmetler oluşturulmaktadır	☐	☐	☐	☐	☐
57	Hastanedeki süreçlerin oldukça verimli olduğunu düşünüyorum	☐	☐	☐	☐	☐
58	Hastanemizdeki bazı birimlerden zaman zaman hasta ve yakınlarının şikâyet ettiğine şahit olurum	☐	☐	☐	☐	☐
59	Hastanemizde bölümler arasında zaman zaman gerilimler olur	☐	☐	☐	☐	☐
60	Hastanede bazı bölümlerdeki kimi işleri gereksiz görüyorum	☐	☐	☐	☐	☐

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	Mehmet Şirin BAKIR
Doğum Tarihi Ve Yeri	01.01.1978/Diyarbakır
Eğitim Durumu	
Lisans	Anadolu Üniversitesi
Yüksek Lisans	Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Yabancı Diller	İngilizce
Bilimsel Faaliyetler	
İş Deneyimi	
Stajlar	
Projeler	
Çalıştığı Kurumlar	Şırnak Defterdarlığı (Memur) 2010-2011 Şırnak Üniversitesi (Öğretim Görevlisi) 2011-...
İletişim	
E-Posta	mehmetsb@sirnak.edu.tr
Adres	Şırnak Üniversitesi