

K.K.T.C
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANE YÖNETİCİLERİNİN TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNE
İLİŞKİN ALGILARININ BELİRLENMESİ KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA

Ebru İNECİ

SAĞLIK YÖNETİMİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA

2018

K.K.T.C
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANE YÖNETİCİLERİNİN TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNE
İLİŞKİN ALGILARININ BELİRLENMESİ KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA

Ebru İNECİ

SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS TEZİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof.Dr. Metin ATEŞ

LEFKOŞA
2018

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Sağlık Yönetimi Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Üye (Jüri Başkanı): Prof. Dr. Metin ATEŞ

(Danışman):Prof. Dr. Metin ATEŞ

Üye:Prof. Dr. Sevinç YÜCECAN

Üye:Prof. Dr. Osman SAKA

ONAY:

Bu tez, Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukardaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hüsnü CAN BAŞER

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜRLER

Bu çalışma süresince önerileri ve desteği için tez danışmanım sayın Prof. Dr. Metin ATEŞ'e,

Çalışmanın istatistiksel değerlendirilmesinde önerileri, destekleri, sabrı ve anlayışı için sayın Prof. Dr. Osman SAKA'ya,

Tezin değerlendirilmesinde önemli katkılarda bulunan sayın jüri üyeleri Prof.Dr. Sevinç YÜCECAN ve Prof. Dr. Osman SAKA'ya

Bu tezi yapabilmem için birçok katkıda bulunan sayın Prof.Dr. Murat Kocaoğlu'na

Yüksek lisans ve tez döneminin her türlü zorluğunu birlikte yaşayıp atlattığım, her zaman yanımda olan, yardım ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım arkadaşlarım Zahide VAROL ve Rümeysa İNECİ'ye

Çalışma süresince sabır ve anlayışları için ofis arkadaşlarım Gülşen ÖZDURAN Müjgan KUŞI, Fatma HACET, Mustafa HOCA ve Taygun DAYI'ya

Sevgilerini, desteklerini, dualarını hiç eksik etmeyerek her zaman yanımda olan canımdan çok sevdiğim sevgili ailem annem Zöhre İNECİ, babam Yunus İNECİ ve kardeşim Cansu İNECİ'ye

Teşekkürlerimi sunarım.
Ebru İNECİ

ÖZET

İNECİ EBRU, Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimine İlişkin Algılarının Belirlenmesi Konusunda Bir Araştırma , Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2018.

Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimine İlişkin Algılarının Belirlenmesi Konusunda Bir Araştırma başlıklı bu araştırmanın amacı, Lefkoşa ilçesinde bulunan özel hastanelerin yöneticilerinin TKY'ye ilişkin algılarını değerlendirmektir ve bu bireylere ilişkin bireysel ve demografik özelliklerin TKY algısı üzerinde etkili olup olmadığını ortaya koymak amacıyla 60 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak A F. Al-Assaf ve Steven J. Gentling tarafından Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) bazı sağlık kuruluşlarında (Veterans Affairs Medikal Centers) çalışan üst düzey yöneticilerin TKY konusundaki algılarının araştırıldığı çalışmada kullanılan anket formu kullanılmıştır. Anketler; Nisan-Haziran 2018 tarihleri arasında, Lefkoşa ilçesinde bulunan özel hastanelerde görev yapan, yöneticilere (Başhekim, başhekim yardımcısı, başhemşire, başhemşire yardımcısı, hastane direktörü, işletme koordinatörü, bölüm koordinatörleri, bölüm koordinatör yardımcıları ve sorumlu hemşireler) uygulanmıştır. Araştırma sonunda; yöneticilerin % 73,3'ü kadın, % 68,2'ü lisans mezunu, % 58,3'ü alt kademe yöneticisidir. Yöneticilerin % 41,7'si TKY konusunda eğitim alırken % 86,7'si kalite üyesi veya temsilcisi olmadığı tespit edilmiştir. Hastanelerdeki yöneticilerin TKY'ye yönelik algıları genelde olumlu bulunmuştur. Çalışmanın sonunda TKY konusundaki algıları değerlendirilmeye çalışılmış, elde edilen sonuçlar çerçevesinde önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Hastaneler, Hastane Yöneticileri

ABSTRACT

INECİ EBRU, A Research on Determining the Perceptions of Hospital Managers Related to Total Quality Management, Near East University, Health Sciences Institute, Health Management Program, Master Thesis, Nicosia, 2018.

The purpose of this research is to investigate the perceptions of the managers of private hospitals in the Nicosia province regarding TQM, with the aim of research on Determining of Perceptions of Hospital Administrators' Related to Total Quality Management and was conducted with 60 participants to determine whether the individual and demographic characteristics of these individuals were effective on the TQM perception. A questionnaire which was used by A F. Al-Assaf and Steven J. Gentling as a means of data collection in the study, was used to investigate the perceptions of TQM in senior managers working in some US (Veterans Affairs Medical Centers) in the United States (USA). Surveys; Between April-June 2018, has been applied to administrators (Chief Physician, Chief Physician Assistant, Head Nurse, Chief Nurse, Hospital Director, Business Coordinator, Department Coordinators, Department Coordinator Assistants and Responsible Nurses) which have working in private hospitals in Nicosia. At the end of research, it was determined that; 73.3% of the managers were female, 68.2% were undergraduate graduates and 58.3% were found to be lower level managers. It was determined that when 41.7% of the managers were trained in TQM, 86.7% were not quality members or representatives. Hospital administrators' perception of TQM is generally found to be positive. At the end of the study, the perceptions of TQM were tried to be assessed and suggestions were made within the framework of the obtained results.

Key Words: Total Quality Management, Total Quality Management in Health Services, Hospitals, Hospital Administrators.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

ONAY SAYFASI	i
TEŞEKKÜRLER	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	v
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLOLAR DİZİNİ	xi
1.GİRİŞ	1
1.1.Kurumsal Yaklaşımlar ve Kapsam.....	1
1.2.Amaç	3
1.3.Hipotez	3
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	4
2.2.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	4
2.3.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	6
2.3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri	6
2.3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetler	7
2.3.3.Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	7
2.3.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	8
2.4.Hastane Kavramı	8
2.4.1.Hastanelerin Amaçları.....	9
2.4.1.1.Genel Amaçlar	9
2.4.1.2.Özel Amaçlar	9
2.4.2.Hastanelerin Özellikleri	10
2.4.3.Hastanelerin Fonksiyonları	11
2.4.4.Hastanelerin Sınıflandırılması.....	11
2.4.4.1.Verdikleri Hizmet Türüne Göre Sınıflandırılması	12

2.4.4.1.1.Genel Hastaneler	12
2.4.4.1.2.Özel Dal Hastaneler	12
2.4.4.2.Mülkiyetine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması	12
2.4.4.2.1.Devlete Doğrudan Bağlı Hastaneler	12
2.4.4.2.2.Devlete Dolaylı Bağlı Hastaneler.....	13
2.4.4.2.3.Özel Hastaneler	13
2.4.4.3.Büyükliklerine Göre Hastaneler.....	13
2.4.4.4.Hastaların Kalış Sürelerine Göre Hastaneler	13
2.4.4.5.Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler	13
2.4.4.6.Dikey Bütünleşme Basamağına Göre Hastaneler	14
2.5.Hastane Yönetimi.....	14
2.5.1.Hastane Yönetimi Kavramı.....	14
2.5.2.Hastane Yöneticisi Kavramı	15
2.5.3.Hastane Yönetiminin İşlevi.....	15
2.5.4.Hastanelerin Organizasyon Yapısı	15
2.6.Toplam Kalite Yönetimi	16
2.6.1.Kalite Kavramı	16
2.6.2.Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi Tarihçesi	17
2.6.3.Kalite Boyutları.....	20
2.6.4.Kalite Bileşenleri.....	21
2.6.4.1.Tasarım Kalitesi	21
2.6.4.2.Uygunluk Kalitesi	22
2.6.4.3.Performans Kalitesi.....	23
2.6.5.Toplam Kalite Yönetimi Kavramı	24
2.6.6.Toplam Kalite Yönetimi Öncüleri	25
2.6.6.1.William Edward Deming	25
2.6.6.2.Joseph Moses Juran.....	27
2.6.6.3.Philip B. Crosby	28
2.6.6.4.Kaoru Ishikawa	28
2.6.6.5.Masaaki İmai (Kaizen).....	29
2.6.6.6.Armand V. Feigenbaum.....	30
2.6.7.Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri.....	31

2.6.7.1.Müşteri Odaklılık	31
2.6.7.2.Üst Yönetimin Liderliği ve Sorumluluğu	32
2.6.7.3.Sürekli Geliştirme ve İyileştirme	32
2.6.7.4.Toplam Katılım	33
2.6.7.5.Sıfır Hata	34
2.6.7.6.Çalışanların Eğitimi	34
2.6.7.7.Ölçüm ve İstatistik	35
2.6.7.8.Takım Çalışması	35
2.6.8.Toplam Kalite Yönetiminin Amacı.....	36
2.6.9.Klasik Yönetim Anlayışı ile TKY Anlayışının Karşılaştırılması	37
2.6.10.Toplam Kalite Yönetiminde Kullanılan Araç ve Teknikler.....	39
2.6.10.1.Neden-Sonuç Diyagramı (Balık Kılçığı Diyagramı)	39
2.6.10.2.Beyin Fırtınası.....	40
2.6.10.3.Histogram.....	40
2.6.10.4.Pareto Diyagramı	41
2.6.10.5.Kontrol Çizelgesi	41
2.7.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Toplam Kalite Yönetimi	41
2.7.1.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Toplam Kalite Yönetimi Kavramı.....	41
2.7.2.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri.....	43
2.7.3.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri.....	45
2.7.3.1.Müşteri Odaklılık	45
2.7.3.2.Liderlik.....	46
2.7.3.3.Sürekli Geliştirme	46
2.7.3.4.Eğitim.....	47
2.7.3.5.Takım Çalışması	48
2.7.3.6.Sıfır Hata	48
2.7.4.Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Toplam Kalite Yönetiminin Tarihçesi.....	49
2.7.5.Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Problemler	50
2.7.6.Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetiminin Başarıya Ulaşabilmesi İçin Gerekli Faktörler	51
3.GEREÇ VE YÖNTEM	53
3.1.Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	53

3.2.Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	54
3.2.1.Veri Toplama Formunun Hazırlanması	54
3.3.Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	55
3.4.Araştırmanın Sınırlılıkları	55
3.5.Araştırmanın Etik Boyutu	56
4.BULGULAR.....	57
5.TARTIŞMA	78
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	86
7.KAYNAKÇA.....	89
EKLER.....	99
Ek 1.Anket Formu.....	99
Ek 2. Etik Hastanesi Onay Formu.....	103
Ek 3. Cyprus Life Hospital Onay Formu	104
Ek 4.Etik Kurul Onay Form	105

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ISO: International Organization of Standards

İSK : İstatistiksel Süreç Kontrolü

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCI: Joint Commission International

KHK: Kamu Hükümünde Kararname

KKTC: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

TKY: Toplam Kalite Yönetimi

YTKİY: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 2.5.3.1 İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar	16
Şekil 2.6.4.1.1 Tasarım Kalitesi	22
Şekil 2.6.4.2.1 Uygunluk Kalitesi	23
Şekil 2.6.6.1.1 PUKO Döngüsü	27
Şekil 2.6.6.5.1 Kaizen Şemşiyesi	30
Şekil 2.7.3.3.1 Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme	47
Şekil 4.1 Yöneticilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları	58
Şekil 4.2 Yöneticilerin Cinsiyet Dağılımları	59
Şekil 4.3 Yöneticilerin Öğrenim Durumu Dağılımları	60
Şekil 4.4 Yöneticilerin Görev Kademeleri Dağılımları	61
Şekil 4.5 Yöneticilerin Görev Kademeleri TKY İlişkisi	73
Şekil 4.6 Öğrenim Durumuna Göre TKY İlişkisi	76

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 2.6.9.1 Klasik Yönetim Anlayışı ile TKY Anlayışının Karşılaştırılması	37
Tablo 3.1 Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması	53
Tablo 4.1. Araştırmaya Katılmayı Kabul Eden Yöneticilerin Hastanelere Göre Dağılımı	57
Tablo 4.2. Yöneticilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılım Tablosu	58
Tablo 4.3. Yöneticilerin Cinsiyet Dağılımı Tablosu	59
Tablo 4.4. Yöneticilerin Öğrenim Durumu Dağılım Tablosu	60
Tablo 4.5. Yöneticilerin Görev Kademeleri Dağılım Tablosu	61
Tablo 4.6. Yöneticilerin Görev Kademelerine Göre Kalite Üyesi/ Temsilcisi Olup Olmadıklarına İlişkin Yanıtlarının Dağılımı	62
Tablo 4.7. Yöneticilerin Görev Kademelerine Göre TKY İle İlgili Bir Eğitim Alıp Almadıklarına İlişkin Yanıtlarının Dağılımı	63
Tablo 4.8. Yöneticilerin Görev Kademelerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı	63
Tablo 4.9. Ankette Bulunan 28 İfadeye Verilen Cevapların Ortalamaları ve Standart Sapması	64
Tablo 4.10. Görev Kademelerine Göre Yöneticilerin TKY'ye Yönelik Algıları (Ortalama)	68
Tablo 4.11. Yöneticilerin TKY Farkındalık Tablosu	70
Tablo 4.12. Yöneticilerin Görev-TKY İlişkisi	72
Tablo 4.12. (a) Yöneticilerin Görev Kademeleri İle TKY İlişkisi Arasındaki	

Farkı Belirleyen Post Hoc Testi Sonuçları	73
Tablo 4.13. Yaş-TKY İlişkisi	74
Tablo 4.14. Cinsiyet-TKY İlişkisi	74
Tablo 4.15. Öğrenim Durumu-TKY İlişkisi	75
Tablo 4.15. (a) Yöneticilerin Öğrenim Durumları İle TKY İlişkisi Arasındaki	
Farkı Belirleyen Post Hoc Testi Sonuçları	76
Tablo 4.16. Kalite Temsilcisi -TKY İlişkisi	77
Tablo 4.17. Kalite Eğitimi – TKY İlişkisi	77

1. GİRİŞ

1.1. Kurumsal Yaklaşımlar ve Kapsam

Toplam kalite yönetimi veya kısaca TKY olarak bilinen yöntem, müşteri ihtiyaçlarını yerine getirebilmek için kullanılan insan, iş, ürün ve hizmet kalitelerinin sistemli bir yaklaşım ve bütün çalışanların katkıları ile sağlanmasıdır. Bu yönetim biçiminde uygulanan tüm süreçte bütün çalışanların fikir ve hedefleri kullanılmakta ve bütün çalışanlar kaliteye dahil edilmektedir. Toplam kalite yönetimi; uzun dönemde müşterilerin tatmin olmasını başarmayı, kendi bünyesinde çalışan personeli ve toplum için de yararlar temin etmeyi amaçlar ve kalite üzerine yoğunlaşır. Toplam kalite yönetimi tüm personelin katılıma dayalı bir yönetim modelidir (Ceylan, 2013, s. 11). Kısaca TKY, davranışsal ve metodolojik yollarla rekabeti geliştirerek ve kaliteyi iyileştirerek son müşteriye teslim edildiğinde müşterinin tatmin ve memnuniyetinin amaçlandığı organizasyon aracılığıyla geliştirilen olumlu bir girişimdir (Fotopoulos ve diğerleri, 2010, s. 504). Günümüzün rekabetçi pazarında kaliteyi talep etmek, işletmeler için sürekli genişleyen küresel pazarda ayakta kalabilmelerini sağlayacak en önemli ve tek faktördür. Kalite, üretim ve hizmet organizasyonlarının ekonomik başarısını belirlemede hayati öneme sahiptir (Zakuan ve diğerleri, 2010, s. 185).

Toplam kalite yönetimi, ilk olarak 1980'lerin ortalarında üretim endüstrilerinde kullanılmış daha sonra ise bunu kamu ve hizmet sektörleri takip etmiştir. Müşteriler sağlık hizmeti sunan sağlık işletmelerinden kaliteli ve uygun maliyetli sağlık hizmeti talep etmektedir. Bu nedenle günümüzde, birçok sağlık kuruluşu karşılaştıkları problemlerin çözümüne yönelik toplam kalite yönetimini uygulamaya karar vermiştir (Yılmaz, 2017, s. 20).

Sağlık sektöründeki yenilikler, değişimler, yoğun rekabet ortamı ve müşterilerin kaliteli ve uygun maliyetli sağlık hizmeti sunumu isteği karşısında sağlık işletmeleri maliyet-etkili ve yüksek kaliteli sağlık hizmeti verebilmek için arayışlar içine girmişlerdir. Bu nedenle hastaneler için kalitenin iyileştirilmesi, geliştirilmesi önemli bir konu haline gelmiştir (Erdemir, 2015, s. 42). Sağlık hizmetleri denince ilk akla gelen hizmet sunumunun en yoğun olduğu hastanelerdir.

Hastaneler, yönetilmesi en zor organizasyonlar arasında sayılmaktadır. Bundan dolayı hastanelerin son derece profesyonelce ve çağdaş yönetim tekniklerine uygun bir biçimde yönetilmesi gerekmektedir. Bu da TKY'ni gündeme getirmektedir (Şan, Uysal ve Öztürk, 2018, s. 4).

Toplam kalite yönetimi ile ilgili çalışmalar sağlık sektörü açısından son derece önemlidir. Günümüzde gelişen teknoloji, insan hakları, kişilerin hak ve sorumluluklarına karşı bilinçlenmesi, sağlık sektöründeki maliyet artışları ve bunu önlemek için başlatılan arayışlar, kaliteli hizmet sunumu anlayışının önem kazanmasını sağlamıştır. Artan sağlık harcamaları, yetkilileri ve sağlık sigortalarıyla tedavi yapan örgütleri belirli bir standartla hizmet verilmesini sağlamaya itmiştir. Hastanelerde kalite kavramının tanımlanması ve bir yönetim felsefesine haline dönüşmesi tüm sektördeki kalite kavramında ki değişimlere paralellik göstermektedir. Araştırma ve geliştirmeye açık bir sektör olan sağlık sektöründe kaliteli hizmeti vermenin yolu, toplam kalitenin uygulanmasından geçmektedir (Bostancı, 2009, s. 81).

Toplam kalite yönetiminin temel ilkeleri arasında yer alan üst yönetimin liderliği, bütün yönetim stratejilerinin uygulanmasında olduğu gibi TKY için de büyük önem taşımaktadır. TKY, üst yönetimin büyük bir istekle işin içinde olmasını ve gerçek desteğini ifade etmektedir. Toplam kalite sistemini yürütebilmek için yöneticiler, bir taraftan müşterilerin kalite ihtiyaçlarını anlamak, bu ihtiyaçları karşılamak ayrıca hatalı ürünleri yok etmek konularında yapılan çalışmalara katılırken, diğer yandan da gerekli olan politikaların belirlenmesini, bütün elemanların kendilerini bu politikalara yakın hissetmesini ve politika hedeflerine erişiminin sağlanması konularına çalışır (Ertuğrul, 2014, s.). Kalite çalışmaları için üst yönetimin desteği bir gerekliliktir . TKY' nin uygulanmasına geçebilmek için kurum kültürünün TKY' ne uygun bir hale getirilmesi gerekmektedir. Kurum kültürünün değişimini kısa bir sürede gerçekleştirebilmek için kararlı, liderlik özelliklerine sahip, planlı hareket eden, planlarını başarılı bir şekilde uygulayabilen ve bu sürece aktif katılımında bulunan bir yöneticiye gereksinin duyulmaktadır. Toplam kalite yönetiminin işlevlerini yerine getirebilmesi, başarıya ulaşabilmesi için üst yönetimin TKY' ni anlaması ve desteklemesi gerekmektedir (Akar, 2014, s. 18).

Bu çalışmada hastane yöneticilerinin toplam kalite yönetimi konusundaki algıları belirlenecektir.

1.2.Amaç

Bu araştırmanın amacı, Lefkoşa ilçesinde bulunan özel hastanelerin yöneticilerinin TKY'ne ilişkin algılarını değerlendirmektir ve bu bireylere ilişkin bireysel ve demografik özelliklerin TKY algısı üzerinde etkili olup olmadığını ortaya koymaktır.

1.3. Hipotez

Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin görevlerine göre değişiklik gösterir.

Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin yaşlarına göre değişiklik gösterir.

Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin cinsiyetlerine göre değişiklik gösterir.

Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin öğrenim durumlarına göre değişiklik gösterir.

Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin kalite temsilcisi olup olmamalarına göre değişiklik gösterir.

Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin TKY eğitimi alıp almama durumlarına göre değişiklik gösterir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tanımlamaya göre sağlık; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (Bolsoy ve Sevil, 2006, s. 79).

Hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu ile birlikte hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyini geliştirilmesi ile ilgili bütün faaliyetler sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri, sağlık profesyonelleri ve sağlık kurumları tarafından toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonu amacıyla sunulan hizmetlerdir.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yönergede, sağlık hizmetinin tanımı şu şekilde yapılmaktadır; “İnsan sağlığına tehlikeye atan çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve bu etmenlerin etkilerinden toplumun korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların ise rehabilite edilmesi için yapılan hizmetler bütünüdür” (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015, s. 40).

Tengilimoğlu ise sağlık hizmetlerini şu şekilde tanımlamıştır; sağlığı korumak ve geliştirmek; hastalıkların oluşumunu önlemek; hasta olanlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek; sakatlıkları önlemek; sakatlananlara tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2009, s. 38).

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık kurumlarını diğer sanayi ve hizmet kurumlarından ayıran birçok özellik bulunmaktadır. Bu özellikleri, sağlık kurumları yönetimi ve işletmeciliğinin ortaya çıkışını hazırlayan faktörler olarak görmek mümkündür (Erkan, 2011, s. 58).

Sağlık kurumları hizmet üreten kurumlardır. Verilen sağlık hizmeti birçok faktörün etkisiyle önemli farklılıklar gösterebilmektedir. Bunlar; sağlık kurumlarının,

hekimin, teşhis ve tedavi süresince kullanılan teknolojinin kalitesi vb. faktörler olabilir (Durmaz, 2017, s. 3).

Sağlık hizmeti verilen diğer ticari hizmetlerden farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin bu farklı özellikleri şu şekilde sıralanmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015, 127).

1. Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır,
2. Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur,
3. Sağlık hizmeti ertelenemez,
4. Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirler,
5. Sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir,
6. Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur,
7. Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır,
8. Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilmez,
9. Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir. Hizmet standartlaştırılmaz, her hasta için o hastaya özel bir süreç izlenir,
10. Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir,

11. Diğer özellikler (garantisi yoktur, önceden test edilemez, hata kabul etmez, hizmetlerin yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar, dışsal fayda ya da zarar söz konusudur).

2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri dünyanın pek çok yerinde ilk zamanlarda sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmıştır. Ancak çevre bilincinin gelişmesi, kişisel hijyen gibi konular gündeme gelmeye başlayınca sağlık hizmetleri farklı şekilde anlaşılmaya başlanmıştır. Buna göre sağlık hizmetleri zaman içinde farklı gruplara ayrılmıştır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2009, s. 44).

Sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört gruba ayrılmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015,s. 40).

2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Herhangi bir hastalık ya da sakatlık durumu oluşmadan önce bu risklere karşı verilen mücadele şeklidir. Bu nedenle bu hizmet devlet tarafından verilmek zorundadır. Amacı toplumda hastalık riskini azaltmak ve sağlık seviyesi yüksek bir toplum oluşturmak olduğundan dolayı ödeme gücüne bakılmaksızın bütün topluma sunulması gereken bir hizmettir. İnsanları hastalıklardan korumak için verilen bu hizmetler koruyucu sağlık hizmetleri başlığı altında toplanmaktadır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2009, s. 44).

Türkiye’de koruyucu sağlık hizmet sunumlarının yapıldığı sağlık birimleri şöyle sıralanabilir; Sağlık Evi, İşyeri Reviri, Sağlık Ocağı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Dispanserler, Laboratuvarlar, Çevre Sağlık Birimleri (Çezik, 2015, s. 19).

2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetler

Bireyin sağlık durumu bozulduğu zaman herhangi bir sağlık kurumuna başvurmasından itibaren kişiye verilen her türlü hizmettir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile arasındaki fark kişiler hem daha kısa dönemde sonuç elde etmek isterler hemde yeniden sağlıklarına kavuşma arzuları bulunmaktadır. Planlı, zor ve pahalı bir hizmettir. Tedavi edici sağlık hizmetleri üç başlık altında inceleyebiliriz. Bunlar (Yazan, 2015, s.10) ;

- Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Aile Sağlığı Merkezi ve Poliklinikler.
- İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Hastane kurumlarında yatırılarak tanı ve tedavi hizmetlerinin verildiği hizmetlerdir.
- Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Sevk zincirinin son basamağında yer olan üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri eğitim araştırma hastaneleri ve tıp fakültelerinden oluştuğu söylenebilir.

2.3.3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri

Kişilerin hastalıktan dolayı ortaya çıkan fizik, mental ve sosyal gücünü yeniden kazandırmak ve hastayı eski çalışma hayatına göndermek için yada gücüne daha uygun bir iş hazırlamak için verilen hizmetler bütünü olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu, 2016, s. 184). Rehabilitate edici sağlık hizmetleri 2'ye ayrılmaktadır (Ateş, 2016, s. 12);

- **Tıbbi Rehabilitasyon:** Bedensel bulguların mümkün olduğunca azaltılması amaçlanmaktadır. Gözlük, işitme cihazları, protez, koltuk değneği ve tekerlekli sandalye vb. Bu kuruluşlara ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, fizik ve tedavi hastaneleri örnek olarak verilebilir.

- **Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon:** Kişinin eski işinde çalışmayacak duruma gelmesinden kaynaklı yeni bir iş öğrenme ve beceriler kazandırma olanakları sağlanmaktadır. Kişinin bu yeni durumuna uyum sağlayabilmesi için çeşitli pedagojik destek programları sunulur. Bu hizmeti veren kuruluşlara örnek olarak engelli çocuklara yönelik açılan merkezler verilebilir.

2.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Büyük tıp tarihçisi olan Henry E. Sigerist sağlığın geliştirilmesi kavramını ilk defa sağlığın dört temel görevini tanımlarken kullanmıştır. Bu görevler; 1. Sağlığın geliştirilmesi, 2. Hastalıkların önlenmesi, 3. Hastanın iyileştirilmesi ve 4. ise Rehabilitasyondur. Sigerist iyi çalışma koşulları, eğitim, dinlenme ve eğlenme gibi fiziksel kültürün oluşturulduğu uygun yaşam koşullarını sağlamak sağlığın geliştirilmesini sağlayacağını savunurdu (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2009, s. 49).

Kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltebilmek için sağlanan hizmetler sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Bu hizmette temel sorumluluk bireye aittir. Burada amaç kişilerin bedensel ve zihinsel sağlık durumu ile yaşam kalitesi ve yaşam sürelerinin artırılmasıdır. Günümüzde birçok hastalık kişilerin yaşam tarzları ile alışkanlıklarından dolayı ortaya çıkmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015, s. 45).

2.4. Hastane Kavramı

İnsanlar hasta oldukları zaman hastanelere başvururlar. Hastalar burada doktorlar tarafından muayene edilmektedir. Hastalar muayene edildikten sonra ihtiyaç görülürse doktorlar kişilere ilaç yazıp bazı tavsiyelerde bulunarak hastaya yardımcı olurlar. Eğer kişi ayakta tedavi edilemeyecekse kişinin yatışı yapılır ve tedavisi bu şekilde devam eder. Hastanelerde birçok kurumdan, birçok meslek grubundan çalışan kişiler bulunmaktadır. Ayrıca hastaneler bir eğitim kurumu ve bir araştırma birimi olma niteliğindeki hizmet işletmeleridir (Seyitoğlu, 2014, s. 5).

Hastaneler teknolojide ve tıpta yaşanan gelişmeler doğrultusunda giderek hızlı bir şekilde gelişmiş ve değişmiş ayrıca ülkelerin sağlık harcamalarında önemli bir kısmını oluşturarak önemini gitgide arttırmıştır (Kurt, 2017, s. 12).

2.4.1. Hastanelerin Amaçları

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği hastanelerin amacını, “modern çağın icaplarına ve memleket gerçeklerine uygun, süratli, kaliteli, ekonomik bir hastane işletmeciliği sağlamak” olarak belirlemiştir (YTKİY, Madde 1).

Hastanelerin öncelikli amacı hastalara tanı, tedavi ve bakım hizmeti vermek olan bir hizmet işletmesidir. Ayrıca hastanelerin genel ve özel amaçları bulunmaktadır (Karakoç, 2011, s. 12).

2.4.1.1. Genel Amaçlar

Kârlılık, sosyal sorumluluk ve sürekliliği hastanenin genel amaçları olarak tanımlamak mümkündür. Hastanelerde kar, büyüme, sosyal yükümlülükleri yerine getirme ve süreklilik sağlamada ve birçok amacı gerçekleştirebilmede bir unsur olarak ele alınabilir. Fakat bu amaç hastanelerin hakkaniyet ilkesi ve herkese ulaştırılan bir hizmet olması nedeniyle göz ardı edilmektedir. Hastanenin faaliyetlerinin sürdürülmesinde toplum çıkarlarının gözetilmesi sosyal sorumluluk olarak idrak edilmektedir. Hastanelerin varlıklarını, dış çevreden gelen olumsuz etkilere karşı koruyarak iç ve dış çevre uyumunu sağlayarak, hastanelerin sonsuza kadar sürdürmesi süreklilik olarak ele alınmaktadır (Kurnaz, 2012, s. 6).

2.4.1.2.Özel Amaçlar

Hastanelerin yürütmekte olduğu hizmetlere göre çeşitli şekillerde tanımlanabilir. Bu amaçlar şunlardır (Karakoç, 2011, s. 13) ;

- Tedavi hizmetlerini üreterek bu hizmetleri ihtiyaç sahiplerine pazarlamak,

- Araştırma, tarama ve bağışıklama gibi koruyucu sağlık hizmetlerini üretmek ve ihtiyaç sahiplerine ulaştırmak,
- Üretilen bütün sağlık hizmetlerini kişilere en düşük maliyetle ve kaliteli biçimde sunmak,
- Etkililik ve verimlilik ilkelerine göre hareket etmek,
- Araştırma ve geliştirme çalışmaları yapmak,
- Sağlık hizmetleri üretimi ve sunumuyla ilgili eğitim etkinlikleri yapmak,
- Sağlık sektörü için yeni iş ve istihdam alanları yaratmak.

2.4.2. Hastanelerin Özellikleri

Hastaneler hizmet işletmeleridir. Hastanelerde sağlık hizmeti verilmektedir. Sağlık hizmeti vermesi dolayısıyla diğer işletmelerden farklılık göstermektedir (Kızıltuğ, 2015, s. 5). Hastaneleri diğer işletmelerden ayıran belli başlı özellikler bulunmaktadır. Bunlar (Üzümcü, 2013, s. 19) ;

- Hastaneler kişisel hizmet sağlayabilmek için mesleki, yarimesleki ve mesleki olmayan geniş ölçüde farklı sayıda çaba ve yeteneklerini seferber etmektedir.
- Diğer işletmelere nazaran hastanelerde aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma vardır.
- Çok karmaşık yapıda organizasyonlardır.
- İnsan sistemli işletmelerdir.
- Yaşam ve ölüm gibi kritik sorunlarla mücadele eder.
- İnsan sistemli olması nedeniyle karışıklıklar en az indirilmeli ve doğru bir mekanik sistem ile yeterli sayıda hasta bakılması beklenmektedir.
- Sağlık hukukunun gereksinimlerini karşılayarak toplumun sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermeleri gerekmektedir.
- Talebin büyük bir çoğunluğunu doktorlar belirlemektedir ve hastanelerin sunduğu hizmetlerde talep esnekliği sifıra yakındır.
- Hastanede verilen hizmetlerin maliyeti oldukça yüksektir.

2.4.3. Hastanelerin Fonksiyonları

Hastanelerin dört temel fonksiyonu bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanmaktadır (Sur ve Palteki, 2013, s. 33);

1. Tedavi Hizmetleri: Hasta ve yaralıları ayaktan ya da yatış yolu ile tanı ve tedavi hizmeti sağlayan kurumlardır.
2. Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri: Hastanelerde alkol, sigara, uyuşturucu gibi sağlığa zararlı alışkanlıklara karşı da mücadele etmede önemli bir rol oynamaktadır.
3. Eğitim: Hastanelerde sağlık konularında personele hizmet içi eğitimin verilmesi, kamuoyuna eğitim verilmesi, öğrencilik eğitimi, hasta ve yakınına eğitim verilmesi olarak tanımlanmaktadır.
4. Araştırma: Tıp bilimlerinin araştırmaların yapıldığı merkezler olması yanında, bu tür araştırmalara sponsorluk da yapmaktadır.

2.4.4. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler genellikle, "verilen tedavi hizmetinin türü", "hastaların hastanede kalış süreleri", "finansal kaynakların türü yani mülkiyet türü" ve "büyüklükleri" esas alınarak sınıflandırılmaktadır. Hastaneleri, şu şekilde sınıflandırmak mümkündür (Taşerimez, 2008, s. 6);

- Hizmet türü
- Mülkiyet (Finansal kaynakların türüne göre)
- Büyüklük
- Hastaların yatış süresi
- Akreditasyon durumu
- Dikey bütünleşme basamağı

2.4.4.1. Verdikleri Hizmet Türüne Göre Sınıflandırılması

Hastaneler sundukları hizmet türüne göre iki grupta sınıflandırılmaktadır. Bunlar genel hastaneler ve özel dal hastaneleridir.

2.4.4.1.1. Genel Hastaneler

Hastanenin bünyesinde var olan tüm uzmanlık dalları ile ilgili hastaların kabul edildiği, her çeşit acil vaka, yaş ya da cinsiyet ayrımı yapmadan ayakta hasta tedavisinin yapıldığı kurumlardır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015, s. 121).

2.4.4.1.2. Özel Dal Hastaneler

Yirmi dört saat süreyle ve düzenli olarak her zaman zorunlu olarak ayakta ve yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti veren kurumlardır. Bu hastaneler belirli bir yaş yada cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa sahip olanlar veya bir organ ve organ grubu hastalarına yönelik hizmet verirler (Kızıltuğ, 2015, s. 7).

2.4.4.2. Mülkiyetine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

Mülkiyetinin hangi kurum veya hangi kuruluşlara ait olduğuna ya da kurumun niteliğine göre sınıflandırılan hastanelerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015, s. 113).

2.4.4.2.1. Devlete Doğrudan Bağlı Hastaneler

Türkiyede var olan hastanelerin çoğu sağlık bakanlığına ait hastanelerdir. Devlete doğrudan bağlı hastanelere sağlık bakanlığı hastaneleri girmektedir (Kurt, 2017, s. 15).

2.4.4.2.2. Devlete Dolaylı Bağlı Hastaneler

Hayır kuruluşlarına, yardım derneklerine, özel vakıflara veya bazı meslek gruplarına bağlı olarak yürütülen hastaneler bu sınıfa girmektedir. Bu hastaneler kar amacı gütmemesi ile devlete doğrudan bağlı hastaneler ile benzerlik göstermektedir (Tekoğlu, 2014, s. 7).

2.4.4.2.3. Özel Hastaneler

Girişimcilerin kar yapmak için kurdukları işletmelerdir. İşletmeler varlığını sürdürebilmesi için kar yapmak durumundadır. Bu hastaneler azınlıklar, şahıslar ve yabancılara ait hastaneler olmak üzere sınıflandırılabilir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2009, s. 137).

2.4.4.3. Büyüklüklerine Göre Hastaneler

Hastaneleri büyüklük veya küçüklük açısından sınıflandırabilmek için yatak sayısı dikkate alınmalıdır. 150 yataktan az hastaneler küçük, fazla olanlar ise büyük hastane sınıfına girmektedir (Kurt, 2017, s. 16).

2.4.4.4. Hastaların Kalış Sürelerine Göre Hastaneler

Hastanelerde hastaların kalış süreleri kısa veya uzun süreli olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Hastaların 30 günden az kaldığı hastaneler kısa süreli hastanelerdir. Buna örnek olarak devlet hastaneleri verilebilir. Hastaların 30 günden fazla kaldığı hastaneler ise uzun süreli sınıfına girmektedir. Bu hastanelere tüberküloz ve psikiyatri hastaneleri örnek verilebilir (Kızıltuğ, 2015, s. 6).

2.4.4.5. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler

Türkiye’de geçerli olmayan bir sınıflandırma mevcuttur. Bu sınıflandırma hastanelerin akredite edilmesi göre, akredite edilen ve edilmeyen olarak sınıflandırılmaktadır. ABD’de bulunan Sağlık Kurumları Akreditasyon

Komisyonunun (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations - JCAHO) belirlediği standartlara uygunluğu bulunan hastaneler, akredite edilen hastanelerdir. Akreditasyon hastanenin toplumsal imajını belirler ve saygınlığını artırır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015, s. 115).

2.4.4.6. Dikey Bütünleşme Basamağına Göre Hastaneler

Hastanelerin verdiği sağlık hizmetinin kapsamını ifade etmektedir. Üç gruba ayrılmaktadır. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerdir. Birinci basamak hastaneler ayaktan ve gününbirlik tanı ve tedavileri kapsar. İkinci basamak hastanelerde kısa sürede tedavi edilen hastalar bulunmaktadır. Son olarak üçüncü basamak hastaneler ise birinci ve ikinci basamak hastanelerde tedavi edilemeyen ve yüksek teknoloji gerektiren hastalıkların tedavi edildiği hastanelerdir (Tekoğlu, 2014, s. 12).

2.5. Hastane Yönetimi

Sağlık günümüzde toplumların ekonomik kalkınmasında önemli bir rol oynarken ülkelerin gelişmişlik seviyelerinide gösterir. Sağlık ülkelerin ekonomik payı içerisinde çok büyük bir paya sahiptir. Bu nedenle özellikle hastanelerde kaliteli hizmet üretimi ön plana çıkmış ve yönetim kavramı önemli bir hal almıştır.

2.5.1. Hastane Yönetimi Kavramı

Hastanedeki bütün hizmetlerden ve etkinliklerden yönetim kuruluna karşı sorumlu olan organ hastane yönetimidir.

Hastanelerin karmaşık bir örgüt yapısına sahip olması ve ileri düzeyde uzmanlaşmış fonksiyonlarından dolayı yönetimi diğer işletmelere göre farklılık göstermektedir. Tıbbi yönetim ve genel yönetim olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi yönetim; servis ve poliklinikler, hemşirelik ve tıbbi personel, hasta bakım ve tedavi hizmetleri sunanların yönetimini içermektedir. Genel yönetim ise destek

hizmet birimleri , büro ve mali yönetim ve personel yönetimini içermektedir (Karakoç, 2011, s. 16).

2.5.2. Hastane Yöneticisi Kavramı

Sağlık örgütlerinin kuruluş ve görev kanunlarında öngörülen amaçlarının gerçekleştirilmesi için var olan olanakların en rasyonel ve en ekonomik şekilde kullanımını sağlayan, planlayan, örgütleyen, yönelten ve denetleyen kişi hastane yöneticisidir (Çamcı, 2007, s. 42).

Hastane yönetiminde eski sisteme göre en üst kademede başhekim bulunmaktaydı. Ancak 663 sayılı Kamu Hükümünde Kararname (KHK) ile birlikte en üst kademede bulunan ve en önemli kişi hastaneyi yöneten yöneticilerdir. Hastane yöneticisine bağlı bulunanlar ise başhekim, başhekim yardımcıları, idari ve mali hizmetler müdürü ve sağlık bakım hizmetleri bulunmaktadır (Seyitoğlu, 2014, s. 28).

2.5.3. Hastane Yönetiminin İşlevi

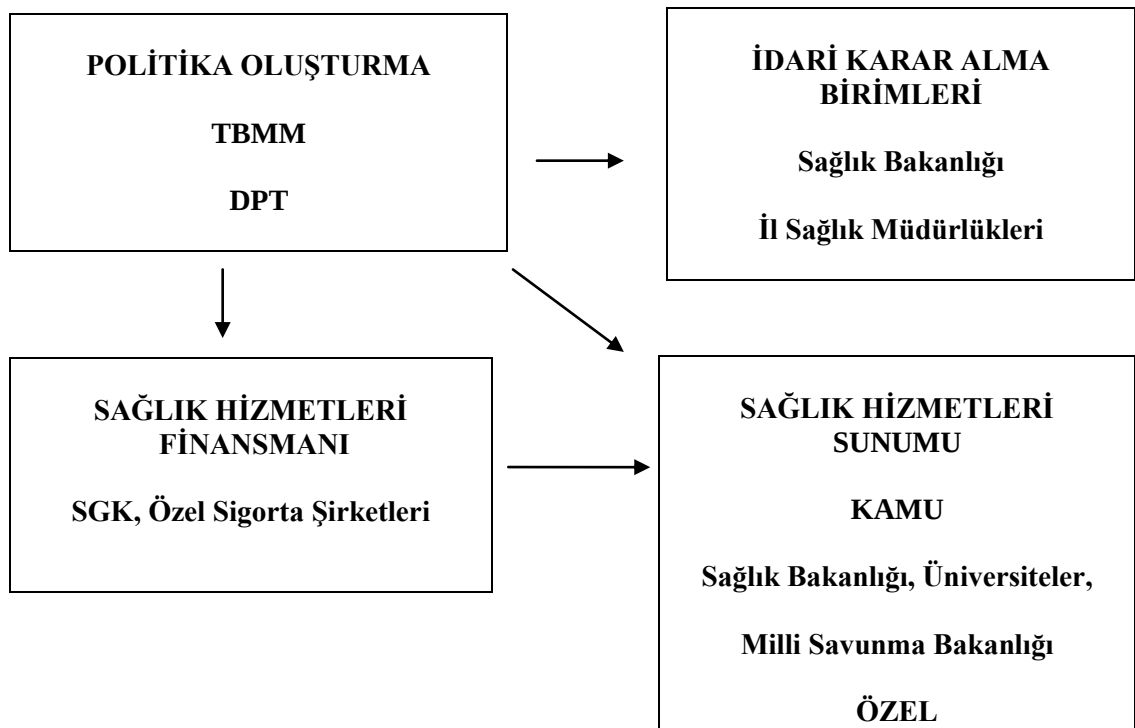
Hastaneler toplumun tamamına hizmet sunması nedeni ile her kesimden ve her türden insanı ilgilendiren bir alandır. Böyle geniş bir kitleye sahip olması bu kuruluşun her zaman mükemmel ve sıfır hatasız olması beklenemez. Hastane yönetimi personel, finans, destek hizmetlerinin yanında tıbbi hizmetlerle ilgilenmek durumundadır. Ayrıca hastane yöneticileri hekimlerin istekleri doğrultusunda gerekli kaynakları sağlamak, tıbbi birimler arasında düzeni sağlamak, hekimlerin yönetim kurulunda belirlediği politikalar ve kurallar doğrultusunda hareket etmesinide sağlamada rol oynamaktadır (Uysal, 2012, s. 8).

2.5.4. Hastanelerin Organizasyon Yapısı

Tıbbi ve idari olmak üzere iki tane organizasyon yapısı bulunmaktadır. Hastaya direk olarak sağlık hizmeti verenler tıbbi organizasyon yapısı içerisinde yer almaktadır. Tıbbi personelin vereceği hizmetleri en iyi şekilde vermesi için gerekli olan tüm altyapıyı sağlayanlar idari organizasyon yapısı içerisinde yer almaktadır.

Karmaşık yapıya sahip olan hastaneler geleneksel ve modern yönetim biçimi ile yönetilmektedir. Geleneksel yönetim modelinde hat temelli, modern yönetimde ise matris yapı ile ekip çalışmasına dayalı yönetim modeli kullanılmaktadır (Yazan, 2015, s. 22).

Ülkemizde hastanelerin büyük bir kısmını Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri oluşturmaktadır. Geriye kalan hastaneler ise özel ve tüzel kişiler, yabancılar, azınlıklar, belediyeler ve üniversitelere aittir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2009, s. 141).



Şekil 2.5.3.1 İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar
Kaynak: Doğaner, 2014 s. 10

2.6. Toplam Kalite Yönetimi

2.6.1. Kalite Kavramı

Kalite sözcüğü latince “nasıl oluştuğu” anlamına gelen “qualis” kelimesinden gelmektedir. Gerçekte kalite sözcüğü hangi ürün veya hizmet için

kullanılıyorsa, o ürünün tam anlamıyla ne olduğunu belli etmek için kullanılır. Kalite günlük konuşmalarda iyiliği ve üstünlüğü, başka bir deyişle kaliteye konu olan ürün ve hizmetin iyi niteliklerinin olduğunu belirtmektedir (Ceylan, 2013, s. 3).

Pazarlama bakış açısıyla kalite ‘müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması’ olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre kalite, müşterilerin beklenti ve algılayışlarını odak noktası olarak almaktadır. Bir hizmetin kaliteli sayılabilmesi pazarlama bakış açısına göre müşterilerin beklenti ve isteklerinin karşılanıp, müşterilerin tatmin edilmesi ile olacağını savunulur (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015, s. 458).

Günümüzde kalite kavramı, günlük yaşam da dâhil çok fazla alanda kullanılan ve gerçekleştirilmesi istenen bir kavram olmakla beraber; kalite kavramının ne olduğu ile ilgili herkesçe kabul görmüş bir tanımdan bahsetmek güçtür. Zaman içinde kalite kavramı birbirinden farklı birçok tanıma yapılmıştır. En fazla kullanılan tanımlardan bazıları aşağıda sıralanmıştır (Şimşek, 2004, s. 12).

- Kalite bir ürün veya hizmetin değeridir.
- Kalite ihtiyaçlara uygunluktur.
- Kalite kullanıma uygunluktur.
- Kalite eksiklerden kaçınmaktır.

Kısacası kalitenin tanımı ve boyutu ile ilgili birçok tanım ve betimleme yapılmıştır. Kalite çağdaş yönetim biliminde, bir tek ürün üzerine yoğunlaşmayan, bütün üretim sürecine yoğunlaşan güvenilir, etkili ve verimli çalıştırmayı amaçlayan çalışmaların bütünüdür (Erkılıç, 2007, s. 52).

2.6.2. Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi Tarihçesi

Milattan öncesine kadar kalite ile ilgili kayıtlara ulaşmak mümkündür. Bu dönemlerde bile eğer ülkelerde konulan standartlara uygun üretim yapılmazsa bazı

yaptırımlar uygulanmıştır. Örneğin; Hammurabi Kanunları'nın 229. maddesinde ev yapan bir inşaat ustası evi sağlam bir şekilde yapmadığı takdirde ev yıkılırsa ve ev sahibi ölürse idam edilirdi. Fenikeliler zamanında ise hatalı üretim yapanların elini kesmek için görevlendirilmiş kişiler bulunmaktaydı. Ancak bilimsel bir kavram olarak kalitenin ortaya çıkışı 19. yüzyıla dayanmaktadır (Tengilimoğlu , 2016, s. 314).

Osmanlı zamanlarında ise Ahilik teşkilatı iç ve dış müşterinin taleplerini belirleyerek bu taleplere en iyi şekilde cevap vermeye çalışmıştır. Kaliteli ve standart bir üretim yapabilmek için ahilikte geliştirilen metotlar, günümüzde uygulanan kalite sisteminin ilk aşamasını oluşturur. O dönemlerde amaç daha fazla ürün üretmek değil, müşteriye kaliteli mal veya hizmet üretmektir. Ahiliktekilerin birbirleri arasındaki iş disiplini ve iş etiği ile usta, çırak arasındaki sevgi ve saygı gibi ilişkilerin olması, üretimde sanatın ön plana çıkması ve müşteriye önem verilmesi işyerinde kaliteli malın en iyi şekilde üretilmesini sağladı (Yaşar, 2015, s. 6).

Kalitenin tarihsel gelişimini aşamalar halinde incelersek ilk süreç muayene aşamasıdır. Hatalı ürünlerin tüketiciye gitmemesini sağlamak bu aşamadaki temel yaklaşımdır. Bu aşama tüketiciyi korumuş fakat, hatalı bulunan ürünler üreticiler için bir zarar oluşturduğundan dolayı bir takım sıkıntılar meydana getirmiştir. Daha sonraki aşama olan kalite kontrol aşamasına geçilmiştir. Bunun nedeni ise üreticiyi koruyan bir sistem oluşturmaktır (Yaş, 2009, s.6).

İkinci aşama ise kalite kontrol aşamasıdır. Üretim sistemlerinin 1. Dünya savaşı sırasında daha karmaşık hale gelmesi ve bununla birlikte her ustabaşının kontrolünde fazla sayıda işçinin bulunması sebebiyle ürünlerin kontrolünü yapmak daha güç hale gelmiştir. Bu sebeple, fabrikalarda kalite kontrolünü yapacak muayene birimleri meydana getirilmiştir. 2. Dünya savaşı'nın başlamasıyla beraber, kalite teknolojisinde değişiklikler yapma gereği duyulmuştur. Kalite kontrolünün yetersiz kalması sonucunda alet ve silahlarda arızalar ve yetersizlikler meydana gelmiş ve bunun sonucunda çok sayıda insan ölmüş, sakat kalmış ve bazı savaşlar kaybedilmiştir. Bunun sonucunda istatistik muayene aşamasına geçilmiştir (Açan, 2016, s.10).

Japon üreticilerin başarıları 1960'li ve 1970'li yıllarda vurguyu kalite kontrol yaklaşımından kalite güvencesi yaklaşımına doğru yöneltmiş ve birçok iş

fonksiyonlarının kalite yönetimine katılımı ile birlikte daha uzun uygulama zaman çizelgelerini bir ihtiyaç haline getirmiştir (Kurt,2015, s. 57).

Bu tarihi gelişmeler ardından kaliteyle ilgili toplam kalite yönetimi anlayışı aşamasına geçilmiştir. Toplam kalite yönetimi, kalitenin birçok boyutunun olmasını ve herkesi ilgilendirmesi sebebiyle yönetilmesi gerektiğini savunur. Bu nedenle kalite kontrolü işlemleri, ürün tasarım aşamasından başlayarak girdiler, işlemler ve çıktı aşamalarındaki kalitenin sürekli izlenmesi suretiyle, kalitenin yönetimi evresine geçilmiştir (Tekin, 2016, s. 4).

Toplam kalite yönetimi 1940 yıllarında ilk kez Shewhart, Deming, Juran ve Feigenbaum'un düşüncelerinden yola çıkılarak Amerikada ortaya çıktığı söylenilebilir. Ancak o dönemde Amerika'da o günün koşullarından dolayı pek ilgi görmeyen bu düşünce 2. Dünya Savaşı sonrasında Japonya'da uygulanmıştır. Fakat bu anlayış 1980'li yıllarda ABD'de kabul görmüştür (Kaya, 2010, s. 15).

Japonya'da Deming tarafından 1950'li yıllarda, TKY'nin temelleri atılmıştır. 1951 yılında ilk kez Japonya'da ulusal kalite ödülü yani "Deming Ödülü" verilmiştir. 1960'lı yıllarda, Japonya'da İshikawa'nın ortaya çıkan kalite çemberleri faaliyetleri ile birlikte Juran ve Feigenbaum'un işletme yönetimi ile düşünceleri bir araya gelince ortaya toplam kalite yaklaşımı çıkmıştır. Japonya'da oluşan grup dayanışması ve ülkenin sahip olduğu kültürel özellikler TKY'nin Japonyada başarılı bir şekilde uygulanmasında önemli bir faktör olmuştur (Gök, 2014, s. 14).

1990'lı senelerde yönetim konusunda popülerlik kazanan yönetim yaklaşımları olan Stratejik Yönetim, kristalleşen yeniden yapılanma (Reengineering) ve toplam kalite yönetimi işletmeler için diğer yönetim yaklaşımlarına nazaran daha çekici hale gelmiş ve bazı yerlerde kullanımı moda haline gelmiştir (MEB, 2007, s. 12).

21. yüzyılda toplam kalite yönetimi çağdaş bir yönetim tekniği olarak damgasını vurmuştur. Her türlü işletmede başarılı bir şekilde uygulanabilen TKY yönetim faaliyetlerinin sistematik bir yaklaşımıdır (Kaya, 2010, s. 14).

2.6.3. Kalite Boyutları

Kalite ile ilgili işletmeler çalışmalar yaparken kalitenin bütün boyutların göz önüne almalıdır. D. Garvin (1984), mükemmel tasarlanmış, hatasız üretilmiş ve müşteri tatmini sağlamış kaliteyi 8 boyutta açıklamıştır (Sözer ve diğerleri, 2002, s. 7) ;

1. Performans: Performans bir ürünün temel işlevsel özellikleri anlamına gelmektedir. Örnek verecek olursak bir televizyon için renk, ses, görüntü; bir otomobil için hız, konfor vb. özellikler örnek olabilmektedir. Performans hizmet işletmelerinde ise servis hızı ve bekleme zamanının azlığı ile ölçülebilmektedir.

2. Özellikler: Bir ürünün temel fonksiyonunu tamamlayan kavram "Özellik" olarak nitelendirilmektedir. Çamaşır makinesinin pamuklu ya da yünlü programı ya da havayolu şirketinin uçuşlarda verdiği ücretsiz ikramlar kalitenin bu boyutu için örnek olarak verilebilir.

3. Güvenilirlik: Bir ürünün kullanım ömrü içerisinde kendisinden beklenen bütün fonksiyonları yerine tam olarak getirip getirmediğinin ölçütüdür. Güvenilirlik ölçülebilen bir özelliğe sahiptir. Ortalama ilk bozulma zamanı, bozulma süreleri arasındaki dönem bu kavrama örnek olarak verilebilir.

4. Uygunluk: Uygunluk ürünün önceden belirlenmiş standartlara tasarımının ve işleyiş özelliklerinin uyup uymama derecesini gösterir. Uygunluk, bir ürünün kalitesinin teknik boyutu hakkında tüketici ya da kullanıcıya fikir vermektedir.

5. Dayanıklılık: Bir ürün ya da hizmetin kullanım ömrünün uzunluğu dayanıklılık olarak ifade edilmektedir. Çoğu zaman müşteriler bir ürünün dayanıklılığının belli koşullarda test edilmesini ve yazılı olarak onaylanmasını istemektedir. Bir ürünün deformasyona uğrayıncaya kadar olan kullanım süresi teknolojik açıdan dayanıklılık olarak ifade edilmektedir.

6. Hizmet Görme Yeteneđi: Hizmet görme yeteneği hız, çabukluk, nezaket, yeterlilik, ehliyet ve tamir edebilme kolaylığını ifade etmektedir.

7. Estetik: Tüketicilerin beş duyu organına hitap eden ürün özellikleri estetik olarak ifade edilmektedir. Başka bir biçimde anlatılmak gerekirse bir ürünün kullanıcının beklentisine uygun estetik bir yapıyı tüketiciye sağlamasıdır. Renk, ambalaj, biçim gibi özellikler tüketici beğenilerine yönelik estetik özellikler olarak nitelendirilebilir. Ancak ürünün performansını doğrudan etkilememektedir.

8. Algılanan Kalite: Kullanıcılar her zaman ürünün bütün özellikleri ile ilgili ayrıntılı bir bilgiye sahip değildir ve bu durumlarda bazı ölçütler karar vermelerinde önemli bir rol oynamaktadır. Ürün kalitesinin tüketici tarafından olumlu ya da olumsuz algılanmasında reklam faaliyetlerinde yaratılan ürün imajı, marka imajı gibi faktörler oldukça önemlidir.

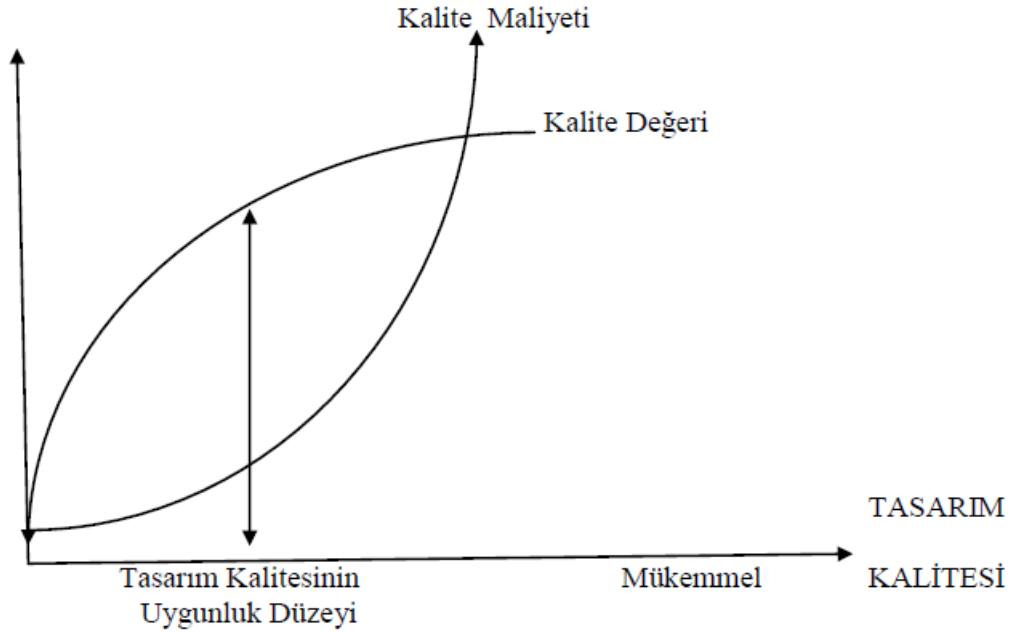
2.6.4. Kalite Bileşenleri

Temel olarak kalitenin üç unsuru bulunmaktadır. Bunlar; Tasarım, uygunluk ve performanstır. Yöneticilerin kalitenin geliştirilmesini için kalitenin bu üç unsurunu önemsemeleri gerekir (Dugan, 2016, s. 10).

2.6.4.1. Tasarım Kalitesi

Tasarım kalitesi, bir malın ya da hizmetin görünüm, şekil, performans, estetik, sunum gibi nitelikleriyle birlikte istenilen fonksiyonlara sahip olmasıdır (Tekin, 2016, s. 26). Kullanıcıların taleplerini ve ihtiyaçlarını tatmin edebilmek için ürün ve hizmetin planlanması ya da tasarımıdır. Müşteri arzu ve istekleri doğrultusunda üretime başlamadan önce ürünü tanımlayan özelliklerin belirlenmesinden oluşan ve tüketici tatmininin sağlanması amacıyla belirlenen kalite karakteristiklerinin kaliteye konu olan unsurun en üst standartlara sahip olmasıdır (Halis, 2016, s. 83). Tasarım kalitesinin belirlenmesinde diğer bir faktör ise kalitenin üreticiye olan maliyetidir. Bu faktör kalite değerinin tersine bir gelişme göstermesini

sağlar. Tüketicilerin kalite için belirlemiş oldukları değer ile kalitenin maliyeti arasındaki olumlu farkın (üretici açısından kârın) maksimum olduğu kalite düzeyi tasarım kalitesinin en uygun olduğu noktadır (Öztürk, 2014, s. 8).

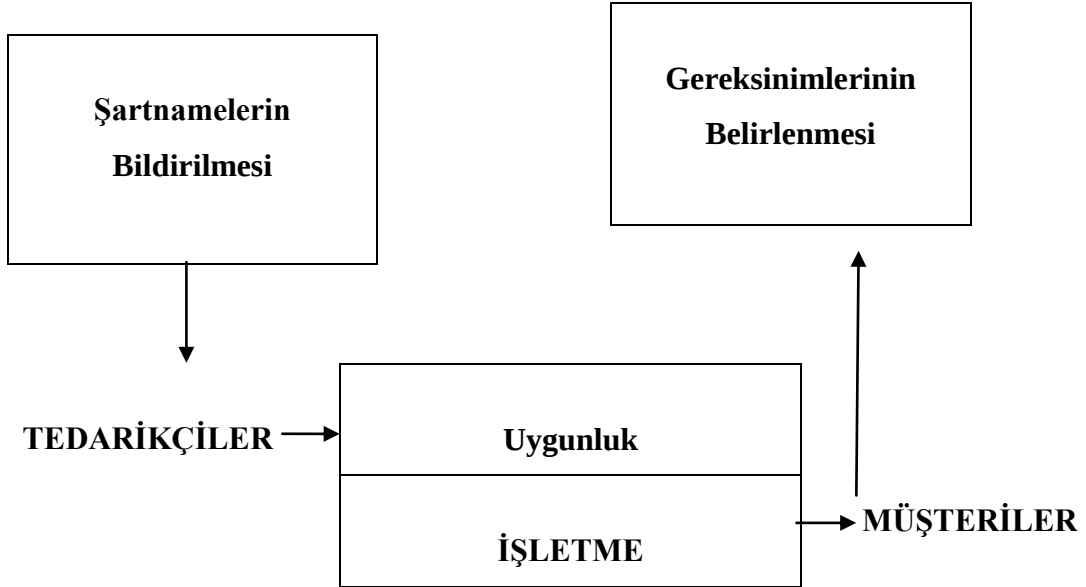


Şekil 2.6.4.1.1 Tasarım Kalitesi

Kaynak: Öztürk, 2014, s. 9

2.6.4.2. Uygunluk Kalitesi

Uygunluk kalitesi müşteriye sunulan ürünün belirlenmiş olan tasarıma ne derecede uyduğu ile ilgilidir. Bir işletmenin veya onun satıcılarının müşteri ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli olan tasarım özelliklerini karşılayabilme ölçüsü uygunluk kalitesi olarak ifade edilmektedir (Çataloğlu, 2006, s. 7). Belirli bir üretim kalitesine ulaşabilmek ve uygunluk kalitesini sağlayabilmek için bazı maliyet ve üretim fazlalıklarına katlanmak gerekmektedir. Şekil 2.6.4.2.1’de uygunluk kalitesi sürecini göstermektedir.



Şekil 2.6.4.2.1 Tasarım Kalitesi

Kaynak: Koruyucu, 2013, s. 10

Günümüzde kalite kontrol anlayışındaki temel ilke “kusurlu parçalar geçmez” kuralı yerine “ilk defada doğru imal et” kuralı işlemektedir. Bundan dolayı uygunluk kalitesinin en düşük maliyette gerçekleşmesi, işletmeler açısından büyük önem arz etmektedir (Korucu, 2013, s. 10).

2.6.4.3. Performans Kalitesi

Performans kalitesi bir ürünün yarar sağladığı süre boyunca sağlayabileceği tatmin edici kullanım performansı olarak ifade edilmektedir (Halis, 2016, s. 87). İşletmenin ürünlerinin pazardaki performansını müşteri araştırmaları, satış ve hizmet analizleri ile belirlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Ertuğrul, 2014, s. 15). Bu belirleme müşterilerin neden firmanın ürünlerinin satın almadıklarının, satış sonrası hizmet, bakım, güvenilirlik ve lojistik destek analizi ile araştırılmasını içermektedir (Halis, 2016, s. 88).

2.6.5. Toplam Kalite Yönetimi Kavramı

Toplam kalite yönetimi (TKY) kalite hareketinin bir dalga halinde gelişmesiyle popülerlik kazanmıştır. Çok az kullanılan ancak hakkında çok az net bir bilgiye ve içeriğe sahip olunan bir kavramdır. TKY'ni birçok araştırmacı ve kurum teknik bir terim olarak düşünmekte ve üretimde sıfır hata ile çalışarak müşteri doyumunun sağlanması şeklinde açıklanmaktadır (Deveoğlu ve diğerleri, 2006, s. 193).

Toplam kalite yönetimi son yıllarda yönetim alanında yaşanan değişimin en önemlisidir. TKY yönetiminde, önemli bir değişimi öngörmektedir. Toplam kalite yönetimindeki bu değişim diğer yönetim modellerinden farklı olarak insan merkezli bir yaklaşıma sahiptir. TKY'nin asıl hedefi bu noktada bir işletmenin çalışan ve müşteri olarak en değerli varlığı olan insanın tatmin edilmesidir (Tekin, 2016, s. 137).

Birçok tanımı olan toplam kalite yönetimi'nin önemli tanımlarından bir kısmı şu şekildedir (Halis, 2016, s. 115) ;

Feigenbaum'a göre; "en ekonomik düzeyde tam bir müşteri tatmini sağlayacak, ürün ya da hizmet üretebilmek için bir organizasyondaki çeşitli grupların kalite geliştirme, kaliteyi koruma ve kalite iyileştirme çabalarının bütünleştirilmesi için etkili bir sistem" dir.

Berry'e göre ise "Hizmetlerin ya da sürecin geliştirilmesi ve tüketiciye satış sonrası hizmetlerin sunulması için kullanılan sistemli bir yöntemdir ve müşteri gereksinimlerinin ve beklentilerinin yeterince anlaşılması ilkesine dayanmaktadır. TKY yalnızca kalite çemberleri veya verimlilik iyileştirme programları değildir, bunun yanında genelde toplam olarak müşteri odaklılığı kültürünü oluşturan bir sistem"dir.

Ersun'a göre; Toplam kalite; "kaliteyi sürekli ve aktif olarak gerçekleştirmek üzere bütün örgütlerin harekete geçirilmesidir".

Toplam kalite yönetimi Chase ve Aquilano'ya göre " müşteriye önem vermekle beraber ürün ve hizmetlerin tüm boyutlarında belli bir üstünlüğe erişmek için işletmede bulunan bütün sistemlerin yönetimine" veya "müşteri için önemli

olan mal ve hizmetlerin bütün boyut ve özelliklerinde üstün olmasına yoğunlaşan örgütün bir bütün olarak yönetimi’’ olarak açıklamaktadır.

Katılımcı bir yönetim anlayışı olan toplam kalite yönetimi kurumdaki başarısını hem yönetici hemde işletmede çalışanların TKY felsefesini anlamasına ve inanmasına bağlı olduğu söylenebilir. TKY’de amaç, herkesin katılımı sağlanarak kalitenin sürekli iyileştirilmesi ve toplam maliyetlerin azaltılmasıdır (Akar, 2014, s. 12). Kısaca tanımlamak gerekirse; toplam kalite yönetimi davranışsal ve metodolojik yollarla, kaliteyi iyileştirerek ve rekabeti geliştirerek son müşteriye teslim edildiğinde bile müşterinin tatmin ve memnuniyetinin amaçlandığı örgüt aracılığıyla geliştirilen olumlu bir girişimdir (Fotopoulos ve diğerleri, 2010, s. 507). Günümüzde rekabetin artmasıyla var olan pazarda kaliteyi talep etmek ve sürekli genişleyen bu küresel pazarda işletmelerin ayakta kalabilmelerini sağlayacak en önemli ve tek faktör toplam kalite yönetimidir. Üretim ve hizmet organizasyonlarının ekonomik başarısını belirlemede kalite hayati bir öneme sahiptir (Zakuan ve diğerleri, 2010, s.189).

2.6.6. Toplam Kalite Yönetimi Öncüleri

2.6.6.1. William Edward Deming

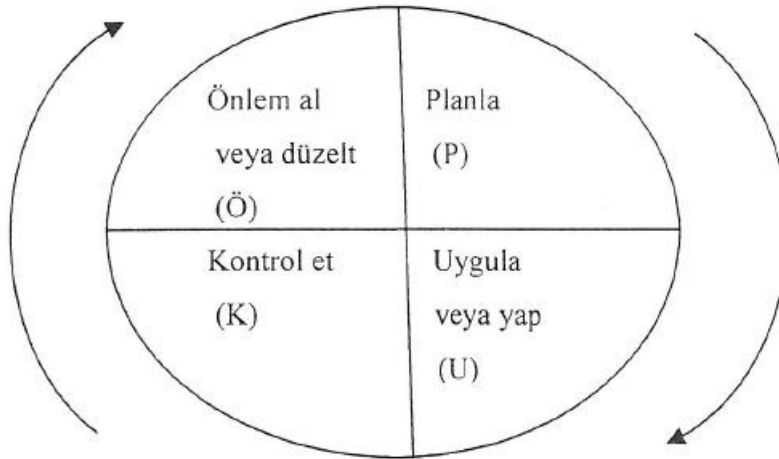
TKY öncülerinin en başında gelen Dr. Deming, kalitenin tüm işletmelerin sorumluluğunda olduğunu vurgulamış ve İstatistiksel Süreç Kontrolünün (İSK) işletmelerde kullanılmasını olanak sağlamıştır. Taylor döneminde geçerli olan muayeneye dayalı kalite kontrol sürecinde “ planla, yap, gör” biçiminde açıklanan kalite kontrol süreci, daha sonraları Deming tarafından geliştirilerek “ Deming Döngüsü” şeklini almıştır. Planla, yap, sonuç izle ve sonuca göre harekete geçme biçiminde düzenleyen Deming çevrimi ile kalitede süreklilik sağlanmıştır (Bostancı, 2009, s. 63).

1950 yılında Deming Japonya ya giderek orada istatistiksel kalite kontrol konusunda iş adamlarına seminerler vermiştir. Deming kaliteyi “pazarın ihtiyaçlarına uygun olan düşük maliyette, tahmin edilebilir ve güvenilebilir sonuçların elde edilmesidir” şeklinde açıklamıştır (Kaptan, 2007, s. 21).

Toplam kalite yönetimi yaklaşımında Deming'in yönetim anlayışına göre bazı önerileri bulunmaktadır. 14 maddelik bu öneriler şu şekildedir (Halis, 2016, s. 150) ;

- Hizmet ve ürün geliştirme amacını sürekli kılmak,
- Ortaya yeni bir yönetim felsefesi koymak,
- Kaliteyi sağlamak için denetimlere güvenmemek,
- Yalnızca parasal anlamda değerlendirmeler yapmamak,
- Hizmet ve üretim sistemlerini sürekli olarak iyileştirmek,
- Liderliği kurumsallaştırmak,
- Eğitimi kurumsallaştırmak,
- Korkuyu kaldırmak,
- Bölümler arasında var olan engelleri kaldırmak,
- Slogan ve rakamsal hedefler ile işgücünü zorlaştırmamak,
- Çalışanların kendilerini eğitmesine destekte bulunmak,
- Kişilerin yaptığı çalışmadan gurur duymasını sağlamak,
- Dönüşümü sağlayacak faaliyetlerde bulunmak.

Kalite Yönetimini 4 aşamalı ve sürekliliği olan bir süreç olarak tanımlayan Deming, PUKÖ; Planla, Uygula, Kontrol et, Önlem al veya Düzelt, Deming çevrimi ile açıklanmıştır. Deming çevrimi yöntemi, yönetimin her aşamasında ısrarla uygulaması gerektiğini ve süreç iyileştirmenin hiçbir zaman sonunun olmadığı fikriyle kurumsallaştırmayı öngörmektedir (İmai, 1994, s. 59).



Şekil 2.6.6.1.1 PUKO Döngüsü

Kaynak :Şimşek, 2014, s. 48

2.6.6.2. Joseph Moses Juran

II. Dünya savaşı sonrası Japonya'nın yeniden kurulması konusunda kalite devrimine önemli katkıda bulunmuştur. Juran, kalite ile ilgili bir çok anlamın olduğunu savunmuş fakat bunlardan iki tanesinin önemli olacağını vurgulamıştır (Halis, 2016, s. 142) ;

- Kalite, tüketicilerin gereksinimlerini tatmin edecek bir özelliğe sahip olmalıdır.
- Kalite işletmelerin hatalarından kurtulmasıdır.

Juran kalite gelişimi ile ilgili fikirlerini 10 başlık altında toplamıştır. Bu fikirler (Açan, 2016, s. 19) ;

1. Kalite gelişme için ihtiyaçlar ve fırsatlar hakkında bir bilinçlendirme ortamı sağlanması,
2. Hedeflerin doğrudan belirlenmesi gerekmektedir,
3. Süreç gelişmesi için örgütsel bir yapının sağlanması,

4. Yararlı bir eğitimin sağlanması,
5. İlerleme kaydederek bu ilerlemelerin rapor olarak sunulması,
6. Proje yaklaşımı uygulanarak problem çözme olanağı sağlamak,
7. Başarı için tanımlamaların yapılarak güçlendirilmesi gerekmektedir,
8. Çıkan sonuçların tartışılması,
9. Değişimle ilgili kayıtların tutulması,
10. Örgütlerin tüm süreçler için yıllık gelişme çevrimlerinin oluşturulması.

2.6.6.3. Philip B. Crosby

1961 yılında Orlando, Florida’ da Martin Marietta şirketinde çalışırken Crosby adını ilk kez sıfır hata kavramı ile duyurmuştur (Karçika, 2017, s. 8).

Kalite yönetiminde 4 aşamadan söz eden Crosby. bunları şu şekilde ifade etmektedir (Ertuğrul, 2014, s. 110) ;

- Belirsizlik: Yönetimin kalite bilgisinin olmamasıdır.
- Uyanma: Kalite konusunda yönetimin bilgisi olmasına ve önemini bilmesine rağmen ana kaynak ayırmaktan çekinmesidir.
- Geçiş: Sürekli değişiklikler yapılarak kalite yönetimine katkıda bulunmak.
- Kesinlik: Yönetimin kaliteyi artık kurumun bir hayati parçası olarak görmesi.

2.6.6.4. Kaouru Ishikawa

Japon kalite öncülerinden olan Ishikawa, Amerikalı kalite uzmanlarının anlattıklarını dinleyerek kendi ülkelerine (Japonya) bunları uyarlayıp yeni yöntemler geliştirmiştir (Halis, 2016, s. 139). Kalite kontrol çemberlerinin babası olarak anılır. Kalite kontrol çemberleri ile kalite problemlerini çözerken 7 temel araç kullanır. Bunlar (Bostancı, 2009, s. 61);

1. Neden-sonuç Diyagramı,
2. Pareto Diyagramları ve Analizleri,
3. Stratifikasyon,

4. Histogramlar,
5. Proses Kontrol Şemaları,
6. Dağılım Diyagramları,
7. Kontrol Listeleri.

Yaptığı çalışmalarla adından sıkça söz ettirmiş ve Japonyada kalite bilincinin yaygınlaşmasına sebep olmuştur. En önemlisi ise kalite çemberleri adı verilen kalite geliştirme ve problem çözme gruplarının bilimsel anlamda oluşturulmasında çok büyük katkılarda bulunmuştur (Ertuğrul, 2014, s. 109).

2.6.6.5. Masaaki İmai (Kaizen)

İmai 1930 yılında doğmuş ve Tokyo üniversitesinin Amerikan uygarlığı bölümünden 1950’li yıllarda mezun olmuştur. 5 yıl boyunca ABD’de Japon verimlilik merkezinde çalışmış bu çalışmasında asıl görevi ise Amerikan şirketlerinin verimliliğinin sırlarını öğrenmek ve Japon iş adamlarına Amerikan şirket ve fabrikalarını gezdirmektir. Günümüzde ise düşünceleri ile japon iş felsefesine yön vermektedir.

İmai’ye göre Japonya’ nın ekonomik mucizesinin ve üretim sürelerini değiştiren müşteri ve pazar ihtiyaçlarına göre hızlı bir şekilde adapte edebilen esnek üretim teknolojisinin sahibi olmasının altında yatan gerçek nedeninin Kaizen olduğu görüşündedir. Kaizen’nin anlamı aslında iyileştirme demektir. Daha ayrıntılı bir şekilde açıklayacak olursak Kaizen; üst yönetim, müdürler, çalışanlar dahil olmak üzere bütün herkesi kapsayan ve sürekli iyileştirme anlamına gelmektedir ve kaizen herkesin görevidir. Batılı ve Japon yönetim sistemleri arasındaki farklılığı ortaya koymaktadır. Batının yenilik ve sonuç odaklı düşünce tarzına karşı yavaş yavaş ilerleyen fakat sürekli olarak iyileştirmeyi ve süreç öncelikli olmayı ifade etmektedir. Kaizen Japonya da aile hayatında, sosyal alanda, iş hayatında kısacası hayatın her aşamasında her yerde uygulanan bir sistemdir. Kaizen ilk olarak Japonya da gelişmiş daha sonradan bütün dünyaya yayılmıştır. Birçok yönetim uygulamasını (üretkenlik artırımı, toplam kalite kontrol, kalite çemberleri, tam zamanında üretim, iş ilişkileri) kapsayan bir şemsiyedir (İmai, 1994, s. 4).



Şekil 2.6.6.5.1 Kaizen Şemsiyesi

Kaynak: İmai, 1994, s. 5

2.6.6.6. Armand V. Feigenbaum

Feigenbaum, toplam kalite kontrol kavramının isim babasıdır. 1957 yılında basılan makalesinde ilk kez bu terimi kullanmıştır. 1962 yılında ise “Toplam Kalite Kontrol” kitabı yayın hayatına girmiştir (Ertuğrul, 2014, s. 107).

Feigenbaum kalite bilincinin, sadece üretim kısmında kalmadığını bundan çok daha fazlasının olduğu yaklaşımını geliştirmiş ve bu sayede dünyada kalite çalışmalarına önemli bir katkı sağlamıştır. “Feigenbaum, göre eğer bir ürün kötü tasarlanmış, yetersiz dağıtılmış, yanlış pazarlanmış ve müşterinin kullanımına düzgün destek verilmemiş ise o üretimde kalite elde edilmeyeceğimizi söylemiştir. (Yaman, 2013, s. 16). Feigenbaum kaliteyi sadece üretim bölümünün sorumluluğu üzerinde yoğunlaşmadığını dile getirmiştir. Bir ürün veya hizmetin kaliteli bir biçimde oluşturulması, geliştirilmesi, sürdürülmesi ve denetimi süreçleri işletmenin bütün bölümlerinin katılımı ile sağlanmalıdır. Tedarikçiden tüketiciye kadar toplam

bir sistem olmayı savunan Feigenbaum kalitenin bütün işletme çalışanlarında kapsamı ve kalitenin işletmenin kültürünün bir parçası olması gerektiğini ifade etmektedir. Kalite için benimsenen yaklaşım müşteri odaklılıktır. Bundan dolayı Feigenbaum eğer kalitenizi araştırmak istiyorsanız, müşterilerinize sorun demiştir (Karçık, 2017, s. 10).

2.6.7. Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri

Çağdaş bir yönetim modeli olan toplam kalite yönetimi günümüzde belli başlı bazı ilkeleri bulunmaktadır. TKY felsefesinin düzgün bir şekilde uygulanabilmesi için, ilkelerinin bir bütün olarak uygulanması gerekmektedir.

2.6.7.1. Müşteri Odaklılık

Müşteri memnuniyetini en üst düzeyde tutmak ve müşterilerin beklenti ve isteklerini karşılayabilmek toplam kalite yönetimindeki temel amaçtır. Kaliteli bir işletme hedefine ulaşabilmek için ürün veya hizmetin müşteriye sunulmasındaki etkenler değerlendirilmelidir. Müşterilerin istekleri ve talepleri doğrultusunda hizmet verilmesi müşteri odaklılık olarak tanımlanmaktadır. Bir müşteriye ürün veya hizmeti ulaştırmadan önce herşey gözden geçirilerek ve olası hataların önlenerek müşteriye sunulması gerekmektedir. Artan rekabet koşulları günümüzde bütün işletmelerin müşteri odaklılık için çalışmasına ve müşterileri kendilerine çekmek için çabalarına neden olmaktadır. Bundan dolayıdır ki müşteriye kazanma bilinci doğmuş ve müşteriye en iyi şekilde ürün veya hizmet sunulması hedeflenmiştir (Yurtman, 2010, s. 20). Toplam kalite yönetiminin felsefesi, ‘‘müşteri ile iyi ilişkiler kurarak bu ilişkinin devamını sağlamak, sağlıklı ve karşılıklı kazanmaya dayalı ilişkiler kurma’’ esasına dayanmaktadır. İşletmenin tek yaşam kaynağı müşteridir. Bu yüzden onu iyi tanımak ve müşteri doyumunu sağlamak gerekir (Tekin, 2016, s. 162).

2.6.7.2. Üst Yönetimin Liderliği ve Sorumluluğu

İşletmelerin kişilikleri üst yöneticinin davranış ve tutumlarıyla belirlenir. Organizasyonlarda toplam kalite yönetimi felsefesi işletmelere yeni bir kişilik kazandırmakla beraber sürekli eğitimle gelen iyileştirmeyi ve yeni bir yaşam tarzı hali alan değişimi öngörmektedir. İşletmeler bu değişimi gerçekleştirebilmek için üst yönetimin desteği ve katılımına ihtiyaç duyarlar (Tekin, 2016, s. 185).

Yönetim kademelerinde bulunan her kişinin kendine ait iki temel sorumluluğu vardır.

- Kuruluşun performansını yükseltmeye yönelik sistem kurmak ve bu sistemi geliştirmek,
- Mevcut olan sistemi belirlenen hedefler doğrultusunda çalıştırmak.

Başka bir şekilde ifade etmek gerekirse “sistem geliştirmek” ve “ sistem içinde çalışmak” yalnızca yönetimin sorumluluğundadır. İşletmede yönetimde olmayan çalışanlar bazen sistemi geliştirmeye yönelik önerilerde bulunsalar bile, bu onların asıl görevleri arasında yer almamaktadır. Bu kişiler sadece yönetimin tespit ettiği sistemin içinde çalışırlar. Çünkü yönetim kademesi arttıkça sistem geliştirme de yetki ve sorumluluklar artmaktadır. Dr. Juran göre bir örgütün performansını belirlemek için iki faktör belirlemiştir. Bunlar sistem ve insan faktörleridir. Genel olarak bu iki faktörün sonuçları üzerindeki etkilerini de % 85’i sistem , % 15’i insan şeklinde olmaktadır. Bir işletmede çalışan yöneticinin “yönetimin sorumluluğu” bilinci ile hareket edip etmediğinin anlamının çok basit bir kriteri vardır. Bu kriter yöneticinin emeğinin ve zamanının ne kadarını sistemi geliştirmeye, ne kadarını da mevcut sistem içinde çalışmaya harcadığıdır. Eğer iki bileşenin oranları, yönetim kademesi ile dengeli ise o yöneticinin sorumluluğunu yerine getirdiği söylenebilir (Ağbuğa, 2007, s. 17).

2.6.7.3. Sürekli Geliştirme ve İyileştirme

Kaizen, Japonların performansını en iyi açıklayan ilkelerin başında gelmektedir. Japonca da kai; değişim ve zen; iyi, daha iyi kelimelerinden oluşup,

geliştirme, iyileştirme ve özellikle "sürekli gelişme" anlamında kullanılmaktadır. Sürekli geliştirme bir işletme veya örgütte karşılıklı bir şekilde girdi alışverişinden oluşan daha doğrusu etkileşimde bulunan bölümler ve işletme fonksiyonları arasındaki bilgi alış-verişini arttırmak ve daha iyi sonuçlar elde edebilmek için geliştirilmiş bir kavramdır. Bu ilkede her çalışan, bölüm ve işletme fonksiyonu diğer bir çalışan bölüm veya işletme fonksiyonunu müşterisi olarak görmektedir. Bu şekilde yapılmaya çalışılan her iş başka bir zaman yapıldığında daha iyi yapılmaya çalışılmaktadır. Böyle yapılan her iş işletme ve örgüt düzeyinde daha yüksek bir iyileştirmenin ve sürekli geliştirmenin kaynağını oluşturmuştur. Böyle bir yaklaşım tarzı işletmede kişilerle en iyi olmayı, kaliteyi arttırmayı, eksikleri ve israfları en aza indirmeyi, üretim sürecinin her aşamasında bir sonraki aşamayı müşteri gibi görmesini sağlamayı, işletmenin bir bütün olarak etkinliğinin ve verimliliğinin her şeyin üstünde olduğunu kavramayı ve olumlu bir örgüt iklimine katkıda bulunmayı da sağlar. Bu stratejisinin önemi ise yönetimin, müşteriyi tatmin edebilmek için çaba sarf etmek zorunda kaldığı, iş dünyasında kalıcı olmak ve kar elde etmek isteniliyor ise müşterinin ihtiyaç ve isteklerine göre hizmet etmek gerektiğini fark etmeleridir. Sürekli geliştirme ve iyileştirmede tüm faaliyetlerin sonunda müşteri tatminini daha da yükseltebileceği kabul edilmektedir. Bu sistem, batılı yönetim uygulamalarına tamamen ters düşmektedir. Çünkü batıda insanların çalışmalarını ödüllendirmeyen bir sistem bulunmaktadır. Bu sistemde ise kar kavramından önce kalite kavramı gelmektedir. Bu kavram ile rekabet gücünü arttıracak savunulmaktadır (Gencel, 2001, s. 176).

2.6.7.4. Toplam Katılım

İşletmede, işletmeyi ilgilendiren problemlerin çözümünde bütün personelin enerjilerinden faydalanmak istenmektedir. Bu da toplam katılım şeklinde ifade edilmektedir. Çalışanlar üzerinde yapılan araştırmalara göre işletmede daha çok sorumluluk ve söz hakkı işgörenlere verilmektedir. Buda işe devamda ve ürünün kalitesinde önemli ölçüde iyileşmelerin olduğu gözlenmiştir. Bu ilkeyi ilk kullanan şirket olan General elektrik şirketi sorunları çözmede toplam katılımlı yönetimi

kullanmıştır ve bu ilke zamanla dünya çapında üne kavuşup yayılmıştır (Kıraç, 2016, s. 18).

Burada çalışanlardan istenen ekip çalışmasında bütün çalışanların problem çözme, sürekli iyileştirme, kaliteyi sağlama ve bunu sürdürmek için çalışmalarına katılmaları istenir. Bunun sonucunda çok sayıda fikir üretimi ve öneri geliştirme sağlanarak bunların oluşturulacak ekip çalışmalarında değerlendirilmesi ve kuruma yararlı hale getirilmesi sağlanmaktadır (Özçakar, 2010, s.17).

2.6.7.5. Sıfır Hata

Bu ilke, en ekonomik şekilde müşteri ihtiyaçlarının karşılanmasının yollarından bir tanesidir. Sıfır hata aslında bir harekete verilen isimdir. Hataların ve hatalara sebep olan faktörlerin belirlenmesi ve bu hataların ortaya çıkmasının önlenmesi için gerçekleştirilen çabaların bütünüdür. Sıfır hata hareketinin başlangıç öğeleri ise Kalite Güvence Sistemleri, hataların tekrarını önleme sistemleri ve çalışanların katılımıdır (Özdaşlı, 2006, s. 5).

Bir hatayı olduktan sonra düzeltmek yerine, hata yapmamaya özen göstermek ve yapılan bu hatalardan ders çıkararak tekrarlanmasını önlemek toplam kalite anlayışının önemli ilkelerinden bir tanesidir.

İşini yapan herkesin işini ilk yaptığı seferde doğru olarak yapması sıfır hata anlayışına dayanmaktadır. Sıfır hata, sadece son ürün ile ilgili değildir. Sıfır hata ara süreçlerde oluşup, düzeltmeler gerektirecek kusursuz bir ürünün üretimiyle de alakalıdır. Bu nedenle her süreç, kendisinden sonra gelen sürece hatasız çıktı sunmak zorundadır (Açan, 2016, s. 25).

2.6.7.6. Çalışanların Eğitimi

Toplam kalitenin temellerinin başında çalışanların eğitimi gelmektedir. Toplam kalite yönetiminde örgütte bulunan üyelerin tutum ve davranışlarını değiştirerek kaliteye duyarlı bir örgüt kültürünün gelişmesine olanak sağlayan eğitimsel bir süreçtir. Çünkü eğitim gelişim için en büyük yoldur. Kalite organizasyonlarında çalışanlar sürekli olarak öğrenmektedir. Böyle olan bir örgüt

yapısında yönetim personelin teknik becerileri ile uzmanlık bilgilerini yükselterek çalışanları sürekli olarak bu konuda teşvik etmelidir (Özdaşlı, 2006, s. 5). Japonların kalite üstadı olan Ishikawa eğitim konusu ile ilgili ‘‘kalite kontrol eğitimle başlar, eğitimle biter’’ demektir. Eğitim, toplam kalite yönetiminde en üst düzeyde çalışan yöneticilerden en alt kademedeki çalışan personele kadar bütün çalışanlara verilmesi gerekmektedir. Eğitimler bu şekilde verildiği zaman hem işletmenin hedef ve politikaları tüm çalışanlardan tarafından benimsenecek hemde kalite ile ilgili çalışmalar üst kademe yöneticilerden başlayarak alt kademe çalışanlarına kadar yayılmış olacaktır (Şimşek, 2004, s. 137).

2.6.7.7. Ölçüm ve İstatistik

Bu ilke işletmenin etkili kararlar verebilmesi için verilerin ve bilgilerin çözümlenmesi gerektiğini savunur. Burada müşterilerin görüşlerini elde edebilmek için kurumun sürekli iyileştirme sürecini sağlaması, kalite yönetim sisteminin her zaman izlenmesi gibi konularda ne tür önlemler alınacağını ve bunlara ne tür kaynakların temin edileceğine karar verebilmek için elde edilen bulgular bazı zamanlarda analiz edilip gözden geçirilmesi gerekmektedir. Eğer işletmeler bunları dikkate almadan karar verirse aldığı kararlar gerçekçi ve sağlıklı olmayacaktır (Er, 2016, s. 27).

2.6.7.8. Takım Çalışması

TKY'nin en önemli amaçlarında biriside organizasyonda çalışan personelin tümünün işletmenin gelişmesi için yapılacak olan faaliyetlerine katılımını sağlayarak takım çalışması yapmaktır.

Toplam kalite yönetimi için takım çalışması şarttır. Bu yüzden işletmeler işletmeden bulunan her bireyi takımın bir parçası olarak değerlendirir ve takım ruhu bilinci yansıtılmaya çalışılır. İşletmelerde çalışanların ortak hedefi müşteri memnuniyetini üst düzeyde tutmaktır. Bu düşünceye bütün ekibin aynı düşünceyle yaklaşması gerekmektedir ve bu düşünce ile kalitenin yükseltilmesi

amaçlanmaktadır. Bunu gerçekleştirebilmek için çalışanların birbiri ile koordineli bir biçimde çalışması gerekmektedir (Yurtman, 2010, s. 23).

TKY’de çalışanların takım çalışmalarında başarılı olabilmesi için gereken faktörler aşağıdaki gibidir (Dede, 2012, s. 37) ;

- Herkes tarafından paylaşılan amaç ve vizyon anlayışı,
- Düzgün bir iletişim,
- Karşılıklı yardım ve güven,
- Yararlı ve yaratıcı çalışma,
- Elverişli çalışma yöntemleri,
- Uygun liderlik,
- Belirli aralıklar ile değerlendirme ve gözden geçirme,
- Kişisel gelişim fırsatları vermek ve çalışanları buna teşvik etme,
- Diğer takımlar ile güçlü bağlar kurma.

2.6.8. Toplam Kalite Yönetiminin Amacı

Bu anlayıştaki temel amaç, kalite yönetimi ile ilgili yapılacak olan bütün çalışmaların organizasyonda bulunan tüm bölümleri kapsayacak biçimde kaliteyi sağlamaya yönelik olarak yapılmasıdır. Bunu gerçekleştirebilmek için, işletmedeki en üst düzeydeki yöneticilerden alt kademedeki çalışanlara kadar bütün personelin bir araya gelip bir takım çalışması yapması gerekmektedir (Karçık, 2017, s. 11).

TKY ile ilgili amaçlar şu şekilde sıralanmaktadır (Ertuğrul, 2014, s.92);

- Organizasyonun pazar payını, verimlilik, rekabet ve karlılık seviyesini arttırmak,
- Çalışanların işyerinde iş barışını sağlayarak moral düzeyini motivasyonunu arttırmak,
- Malzemeyi, yeniden işlemeyi, zaman kaybını, stokları, maliyetleri ve müşteri şikayetlerini azaltmak,
- Çalışanlar arasında dikey ve yatay iletişimi sağlamak,
- Yan sanayici ve satıcılar ile ilişkileri güçlendirmek,
- Alıcıların ile aralarında ki var olan güveni sürdürmek.

Kısacası TKY'nin genel amacı, organizasyonu günün şartlarına uygun hale getirerek globalleşen dünya pazarında yer almasını sağlamaktır. Bunu sağlamanın yolu ise var olan şartları işletmede çalışan bireylerin tam bir örgütsel bağlılık ile TKY anlayışına uygun bir hale getirilmesidir.

2.6.9. Klasik Yönetim Anlayışı ile TKY Anlayışının Karşılaştırılması

Klasik yönetim anlayışında yönetici çalışanlar ile arasına belli bir mesafe koyar ve çalışanlarını katı bir hiyerarşik yapı içinde yönetirler. TKY ise katılımcı yönetim anlayışını benimsemektedir. Yönetici ile çalışanlar arasında statü ayrımı yapmazlar. TKY'de bütün çalışanların katılımını esas alınmaktadır.

Klasik yönetim anlayışında belli bir standart oluştururlar ve bu standarta göre üretim gerçekleşir. TKY'de ise her zaman sürekli geliştirme ve iyileştirme amaçlanır. Birçok konuda TKY klasik yönetim anlayışında tamamen farklıdır (Açıkel, 2011, s. 16). Bu farklılıklar aşağıdaki tabloda daha iyi görebiliriz (Şimşek, 2004, s. 45).

Tablo 2.6.9.1 Klasik Yönetim Anlayışı ile TKY Anlayışının Karşılaştırılması

	TAYLOR MODELİ	TOPLAM KALİTE MODELİ
1.	Mali dönem için şirketin amacı belirlenmiş olan karı sağlamaktır.	Amaç, sistemleri kurmak, süreçleri geliştirme ve karlılık oranını teminat altına almaktır.
2.	Yöneticileri kar'ın hangi faaliyetlerde ve nasıl sağlanacağını belirlemektedir.	Çalışanlar karın nasıl sağlanacağı ve faaliyetlerin nasıl düzenleneceği ile ilgili öneri sunar ve yöneticilerde bunu onaylar.
3.	Sistemleri yönetimin faaliyetlerinin planladığı sonuçları almasını sağlayacak şekilde kurar.	Süreç ve sistemleri işi yapan kişi geliştirir. Yöneticinin görevi ise çalışanlara imkan sağlayıp onları teşvik etmektir.

Tablo 2.6.9.1'in Devamı

4.	Yönetim kademesinde temel ilke işe göre adamdır. Burada yapılan işlerin iç yüzü ayrıntılı bir şekilde belirlenerek iş tanımı yazılır, işler özellik ve süreçlerine göre bölümlendirilir.	Yöneticiler amaçlarını ve hedeflerini çalışanlar ile birlikte belirler ve bunların gerektirdiği gibi planlar yaparlar. Yapılacak olan işler ise bu şekilde tanımlanır.
5.	İşletmede çalışanların görevi makinaları çalıştırmaktır. Eğer makinadan yeterince verim alınmıyorsa bunun sorumlusu makinayı çalıştıran kişidir.	Öncelikle insan anlayışı vardır. Makina sadece yardımcıdır. Çalışanlar makinaları geliştirip işlerini daha yüksek verimle yapar.
6.	Sanayide amaç son teknolojiyi sağlamaktır. Buda birçok alanda yükselmeyi getirmektedir. Ayrıca bunun sonucunda üstün nitelikli çalışanlarında tatmin edilmesi gerekmektedir.	Teknolojide etkili bir rekabet sürekli gelişmeyi gerçekleştirmektedir. Bunu başaran çalışanların yükselmeyi başarması daha da kolaylaşacaktır.
7.	Sistemlerin özünde çalışanların belli bir performans ile çalışmasını sağlayacak yöntem, prosedür ve verim ölçüleri bulunmaktadır. Bunları yönetimin koyduğu standartlar belirler.	Çalışanlar sürekli gelişme stratejisi ile her zaman gelişirler. Ulaşılan her kademe (standart) en kısa sürede aşılaraq o işi yapan kişi tarafından belirlenmektedir.
8.	Çalışanların ve yönetimin başarısı her zaman bütçe ile ölçülmektedir. Performans yüksek çıktığı zaman bunu başarıya, düşük çıktığı zaman ise ekonomik durgunluk, çevre, vb. etkenlere bağlanır.	Hedefler ulaşmak için herkes büyük çaba sarf etmektedir. Eğer hedefe ulaşılamamışsa bunun nedeni iletişim yetersizliği, koordinasyon eksikliği vb. etkenlere bağlanır.
9.	Motivasyonu para sağlar. Kimin motive edilmesi gerekiyorsa kişiye zam yapılır.	Motivasyon örgüt iklimi ve başarımadaki itibardır. Bunu gerçekleştirmek yönetimin görevidir.
10.	Çalışanlar eğer performansa göre değerlendiriliyorsa yaptıkları hataları gizleme gereği duyarlar.	Yönetimin görevi gereği kişilerin başarılı olması için imkan sağlamaktır. Bu imkanı etkili kullananlar onure edilir.

Tablo 2.6.9.1'in Devamı

11.	Hataları tespit etmek her zaman için yeterli değildir hataları yapanlarda tespit edilip gerekli ikazlar yapılır. Böylece diğer çalışanlarada göz dağı verilip yapamayanlar elenir.	Çalışmaların birçoğu grup halinde yapılır. Böyle bir çalışma hem rekabeti hemde başarıyı arttıracak gibi çalışmalara heyecan ve canlılık katar.
12.	Denetim sistemlerinin amacı sadece hatayı bulmak değildir. Başka amaçları da bulunmaktadır. En önemlisi çalışanların üst yönetime vereceği hesaptır. Bunu gerçekleştirmek için yaptığı işi en doğru ve kapsamlı bir biçimde raporlar halinde yönetime sunmaktır.	Bilgi sistemlerinin amacı işletmeye yön vererek, bütün bölümleri aydınlatmak ve bununla birlikte çalışanların aynı amaç için birleşmesine olanak sağlamaktır. Ayrıca fırsatlar ve tehditler işletmenin güçlü ve eksik yönlerini ortaya koyarak sürekli gelişmeyi sağlarlar. Raporlar ise kısa, özlü ve bütünseldir.

2.6.10. Toplam Kalite Yönetiminde Kullanılan Araç ve Teknikler

2.6.10.1. Neden-Sonuç Diyagramı (Balık Kılçığı Diyagramı)

Bu diyagram, 1943 yılında Tokyo üniversitesinde ilk defa Kaoru Ishikawa tarafından geliştirilmiştir. Bu teknik, bir sorunun veya belirli bir sonucun nedenini araştırıp, belirlemek ve göstermek için kullanılır ayrıca sorunun etkilerine neden olan faktörleri bir şekil üzerinde göstermek içinde oluşturulmuştur. Bu şekil bir balığın kılçığını andırdığı için "Balık Kılçığı Diyagramı" olarak anılır. Bu teknik Kaoru Ishikawa tarafından geliştirildiği için "Ishikawa Diyagramı" olarak da bilinir (Duran ve Çetindere, 2012, s. 246).

2.6.10.2. Beyin Fırtınası

Yeni fikirler üretebilmek için bir grup insanın kollektif düşünme gücünü arttırmasını sağlayan bir tekniktir. Bu tekniği yönetmede 3 metot kullanılır. Bunlar; (Kazan ve Ergülen, 2008, s. 165);

Çember Metodu: Grupta bulunan her kişi sırayla tartışmanın amacı hakkında bir fikir söyler. Söylenen her fikir bir tablo üzerine kaydedilir. Sıradaki kişinin eğer söyleyeceği bir fikir yoksa pas deyip geçebilir. Tekrar sıra o kişiye geldiği zaman eğer söyleyecek bir fikri varsa söyler yoksa tekrardan pas diyebilir. Herkesin söyleyeceği bitene kadar fikirler kaydedilir.

Serbest Çark Metodu: Oluşturulan ekipteki herkes rastgele ve özgürce fikirlerini söyler ve bu fikirler kaydedilir. Eklenecek birşey kalmayıncaya kadar süreç devam eder.

Slip Metodu: Grupta bulunan üyeler bir konu ya da bir sorun üzerinde düşüncelerini bir kağıda yazarlar. Amaç mümkün olduğunca çok fikir üretilmesidir. Daha sonra kağıtlar toplanarak tüm fikirler tahtaya yazılır.

2.6.10.3. Histogram

Histogram, frekans dağılımıyla gruplandırılan verilerin grafik ile gösterilmesi olarak tanımlanmaktadır. Yan yana dizilmiş dikdörtgen kolonlardan oluşan grafik olarakta tanımlanabilmektedir. Grafikte bulunan dikdörtgen kolonun eni sınıf aralığını gösterirken yüksekliği frekans sayısını göstermektedir. Bu veriler sonucunda elde edilen alt ve üst sınırlar arasındaki fark, değişim aralığını gösterir. Histogram malların ve hizmetlerin üretiminde, kalite özellikleri arasındaki farkın dağılımının izlenebilmesi için kullanılan uygun bir araçtır (Tekin, 2016, s. 113).

2.6.10.4. Pareto Diyagramı

Kalite ile ilgili sorunların birçoğunu çözebilmek için hatanın kaynağının en önemlilerini ortadan kaldırmak yeterli olmaktadır. Bunun yapılabilmesi için öncelikli olarak sorunların ölçümlemesi gereklidir. Beyin fırtınası sonucunda yapılan oylamada öncelikler bir pareto diyagramına dönüştürülmelidir. Sonuçların bir çoğunluğunun sebebinin küçük bir yüzde yüzünden ortaya çıktığını savunan bir kavramdır. Bu 80/20 kuralı olarakta bilinmektedir. Oluşan bu sorunların %80'ninin, nedeni diğer %20'si kısım tarafından olduğu savunur. Pareto diyagramının oluşturulması 3 aşamda gerçekleşmektedir. Bunlar (Ağbuğa, 2007, s. 60) ;

- Verilerin toplanması,
- Verilerin sınıflandırılması,
- Grafiğin çizilmesi.

2.6.10.5. Kontrol Çizelgesi

Temeli kontrol tablolarına dayanan istatistiksel kalite kontrolünde kontrol tablolarının yapılmasında ki amaç işlerin ve sürecin ne şekilde işlediğine bakılarak üretim sürecinde ne tür değişikliklerin yapılmasına ihtiyaç duyulduğunun belirlenmesidir. Yararlı bir şekilde bu tabloları kullanabilmek için neyin normal neyin anormal kabul edildiğini tespit etmek için kriterlerin oluşturulması gerekir (Halis, 2016, s. 252).

2.7. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Toplam Kalite Yönetimi

2.7.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Toplam Kalite Yönetimi Kavramı

Sağlık hizmetlerinde kalite tanımlanması zor bir kavramdır. Bakım kalitesi “mükemmellik derecesi” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, sunucunun teknik açısından bakıldığı zaman yeterli görünür ayrıca tıbbi hizmet sürecinin sınırlı yönü açısından ele alındığı zamanda uygun bir tanım olarak nitelendirilebilir ancak sistem

genelinde tıbbi hizmet sunumu açısından değerlendirildiğinde uygun bir tanım olarak nitelendirilmez (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2009, s. 388).

Avedis Donabedian, yüksek kaliteli hizmeti “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet” olarak tanımlamaktadır.

ABD’de Tıp Enstitüsü tarafından 1990’da en çok atıfta bulunulan ve kabul gören sağlık hizmetlerinin kalitesinin yeni tanımlardan biri şudur; “Bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, istenilen sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırmak ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi”dir (Kaya ve diğerleri, 2013, s. 4).

İşletmeler rekabet avantajlarını yakalayabilmeleri ve ayakta kalabilmelerinde etkili olan unsurların başında üretilen hizmetin kalitesi gelmektedir. Sağlık hizmeti veren kuruluşlar ise hizmetin üretiminde ve sunumunda kalite yönetimini sistematik olarak gerçekleştirilmesi ile kalite güvence sistemini ve özellikle de toplam kalite yönetimini esas almalaları gerekmektedir (Aslantekin ve diğerleri, 2007, s. 60).

Bu nedenle son yıllarda sağlık sektöründe toplam kalite yönetiminin önemi giderek artmaktadır. Bu nedenle sağlık sektöründe temel amaç hizmetin bir bütün olarak iyileştirilmesi olmalıdır. Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi, hastaların ve diğer müşterilerin gereksinimlerini karşılamak ve maliyetleri düşürmek için çalışanların kalite yöntemlerini öğrenmesini ve bu yöntemleri kullanmasını sağlayan bir değişim stratejisidir (Balasubramanian, 2016,s. 274). Günümüz sağlık sektöründeki var olan kalite sistemleri yeniden gözden geçirilerek bu sistemin toplam kalite yönetimi anlayışı ile bütünleştirilmesinin sağlanması gerekmektedir. Çünkü çağdaş bir yönetim stratejisi olan toplam kalite yönetimi, bir kurumdaki faaliyetleri sürekli iyileştirir, kurum çalışanlarının gönüllü katılımını sağlar, hasta memnuniyetini esas alır ve şikayetleri en aza indirir. Bu stratejinin sağlık sektöründe başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için gereken iyileştirme çalışmalarının yapılması gerekmektedir (Ecer ve diğerleri, 2002, s. 66).

Sağlıkta toplam kalite yönetimi uygulamaları ile üretim ve hizmet sektörlerinde toplam kalite yönetimi uygulamaları arasında birçok fark bulunmaktadır. Bir sanayide herhangi bir ürün hatalı çıktığı zaman üretimi

durdurulur ve hatayı düzeltecek önlemler alınır ayrıca üretilen malzemeler defolu ise defolu mal olarak ayrılır. Günümüzde müşteri profili oldukça değişmiş olup kaliteli bir hizmet talep etmektedir. Bir hizmet sektöründe eğer müşteri memnuniyeti sağlanmadıysa müşteriden özür dilenir belki müşteri kaybı yaşanabilir fakat aynı hatayı tekrarlamamak için önlemler alınır. Ancak sağlık sektöründe ‘PARDON’ ve ‘HATA’ kelimesi hiçbir zaman kullanılamayacak bir kelimedir. Bunun nedeni ise sağlık hizmetlerinin insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak herhangi bir hatanın pahalıya neden olması sağlık işletmelerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz kılmaktadır (Aslantekin ve diğerleri, 2007, s. 60).

2.7.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinde kalitenin belirlenebilmesinde ön ayak olabilecek kriterler bazı yazarlar tarafından farklılık arz etmektedir. Bu kriterleri genel olarak şu şekilde ele alabiliriz (Sarp, 2007, s. 1);

- 1. Etkenlik:** Elimizde bulunan mevcut olanaklarla hastaya en kısa zamanda yapılabilecek en üst düzeydeki gelişmenin sağlanması olarak tanımlanabilir. Amaca ulaşma derecesini ifade etmektedir.
- 2. Etkililik:** Verilen hizmetlerin, ideal hizmetlere göre kişinin sağlık durumunda veya hastalık seyrinde yaptığı değişiklik için ihtiyaç duyulan bütün kaynakların etkili kullanılması olarak tanımlanabilir.
- 3. Verimlilik:** Doğru hastaya doğru tedavinin yapılması, hastaya uygun olmayan tedaviler ile hastanın tedavi süresinin uzatılmaması hem düşük maliyetli sağlık hizmeti sunumu hem de hastanın en uygun sürede yeniden sağlığına kavuşması sonucunu beraberinde getirmektedir. Daha kısa zamanda sağlığına kavuşan bireyler yeniden sosyal yaşamlarına dönmekle beraber çalışma hayatlarında yaşanan işgücü kaybını da sonlandırarak üretim hayatına tekrardan katılırlar.

4. Optimal Olma: Fayda ve maliyetler arasındaki optimum dengenin sağlanması ile birlikte, hastanın fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdanda bu dengenin takip edilmesi gerekmektedir.

5. Kabul Edilebilirlik: Verilen sağlık hizmetinin hastaların veya hasta yakınlarının istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması olarak tanımlanabilir.

6. Yasallık: Verilen sağlık hizmetlerinin toplum tarafından kabul edilmesidir.

7. Eşitlik: Tüm bireylere hakkaniyetli bir şekilde hizmet edilmesi, ayrımcılık yapılmaması ve faydanın eşit olmasıdır. Herkesin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanmasını ifade etmektedir. Çünkü herkes hasta bir birey olarak eşit haklara sahiptir. Herkes sahip olduğu hastalığının gerektirdiği biçimde ve ölçüde sağlık hizmetlerinden faydalanmalıdır.

8. Süreklilik: Hastanın tıbbi kayıtlarının yeterli olması ve düzenli olması ile başka sağlık kuruluşuna gittiği zaman hastanın değerlendirilmesinin kolaylıkla yapılmasıdır.

9. Tam Zamanında Hizmet Sunumu: Sunulan sağlık hizmetinin çeşitli nedenlerle geciktirilmemesi, tam zamanında sunulması, erken teşhis ve tedavinin uygulanması olarak tanımlanmaktadır.

10. Katılım: Hastanın kendisi ile bir işbirliği yaparak, bakım sürecine katılımının sağlanmasıdır.

11. Erişilebilirlik: Kişilerin sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu zaman alabilmesidir. Kişilerin bu hizmeti almasında bekleme süreleri veya uzaklık gibi engeller var mı? Her birey gereksinim duyduğu zaman gerekli sağlık hizmetini gecikmeden almalıdır.

2.7.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi İlkeleri

2.7.3.1. Müşteri Odaklılık

Günümüzün artan rekâbet koşullarında işletmeler ayakta kalabilmek için müşterilerin ihtiyaçlarına ses verip, müşteri tatminini ön planda tutmak zorundadırlar. Müşteri tatmini daha iyi bir işletme performansı ve müşteriye daha fazla değer yaratabilmesi açısından önemli bir kriterdir. Bu kriter müşterilerin hizmet satın alması sırasında beklentilerini ve ürünü aldıktan sonraki deneyiminin bir çıktısı olarak kabul edilmektedir. Amaç birçok müşterinin beklentilerinin karşılanması hatta beklentilerinin daha fazlasının karşılanmasıdır (Özkan ve diğerleri, 2006, s. 62).

Müşteri tatmini TKY yaklaşımının en önemli başarı kriteridir. TKY teknik açıdan kaliteli hizmet sunumunun zorunlu olduğunu fakat müşterileri tatmin etmek için yeterli olmayacağını savunmaktadır. Toplam kalite yönetiminde dış müşterinin tatmininin yanında iç müşteri olarak anılan kurum çalışanlarında tatminini ön planda tutmak durumundadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015, s. 482).

Sağlık kurumları geleceklerini garantilemek istiyorlarsa müşteri (iç ve dış müşteri) tatminini her zaman ön planda tutmak zorundadır. Bu nedenle işletmedeki tüm yapı ve süreçleri müşteriler açısından değerlendirmelidirler. Müşteri kavramı ancak bu biçimde hastanedeki gerçek anlamını kavuşabilir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2009, s. 393).

İç Müşteri: Sağlık kurumlarında çalışan ya da sağlık kurumu ile bağlantısı olabilecek kişi veya gurupları içermektedir. Kurum çalışanları (hekim, hemşire ve diğer çalışanlar), danışmanlar ve paydaşlar.

Dış Müşteri: Kurumda sağlık hizmetlerinden faydalanan kişi ve kurumları içermektedir. Hastalar, hasta yakınları, refakatçiler, ziyaretçiler, devlet, diğer sağlık kuruluşları, anlaşmalı kuruluşlar, eczaneler, malzeme ve ilaç firmaları, dernekler, medya ve sigorta şirketleri gibi (Bektaş, 2013, s. 43).

2.7.3.2. Liderlik

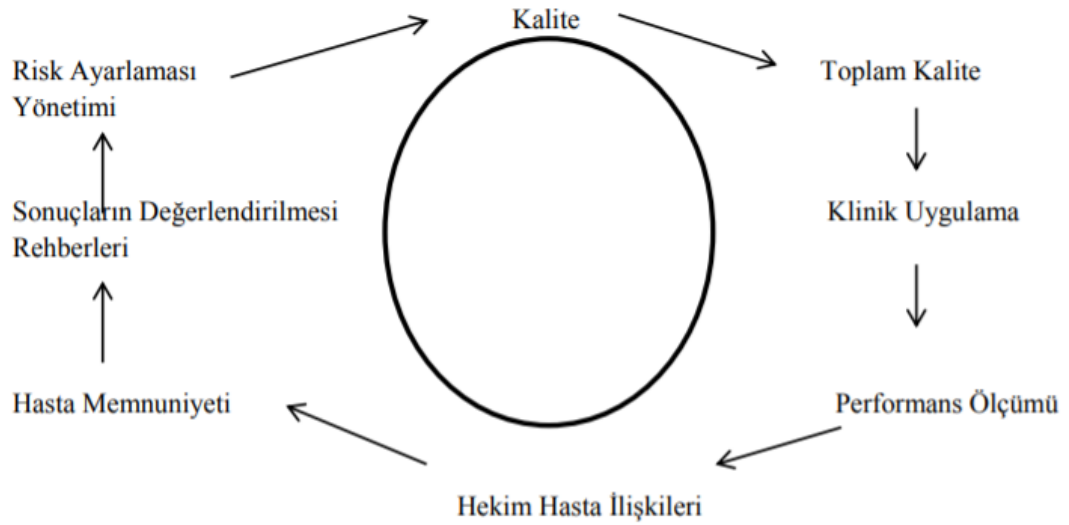
Üst yönetimin liderlik rolünü üstlendiği zaman toplam kalite felsefesinin uygulanması mümkün olabilir. İşletmelerde liderlik kavramı davranış bilimleri için önemli ve ilgi çekici bir alandır (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2009, s. 391).

Örgütün türü ne olursa olsun liderliğe ihtiyaç duyulmaktadır. Liderlik, yenilikleri takip edebilme ve mevcut duruma adapte olabilmesi açısından sağlık hizmetleri için büyük önem arz etmektedir. Kaliteli ve verimli sağlık hizmeti üretebilmek için sağlık personelinin yenilikçi, bilgiye önem veren, iletişimi kuvvetli, kollektif çalışan, otoriteyi astlarına dağıtan ve çalışanların kendisine güvenmesini sağlayacak bir lidere ihtiyacı vardır. Kurumlarda eğer başarılı bir lider varsa hem personeli güçlendirir, iş doyumunu yükseltir, karşılıklı güven ilişkisini oluşturur hemde sağlık hizmetlerini kolaylaştırır. Böylece organizasyonun hedeflerine ulaşması için örgüt bağlılığı oluşturur (Çelmece ve Işıklar, 2015, s. 205).

2.7.3.3. Sürekli Geliştirme

TKY'nin esas aldığı ilke sürekli gelişme ilkesidir. Kalitenin ve performansın her zaman gözden geçirilmesini ve yükseltilmesini sağlamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015, s. 483).

Amacı, en düşük maliyet ile müşterin gereksinimlerinin sağlanmasıdır. Maliyetlerin düşürülmesinin yanı sıra verimliliği artırır, yöntemlerini basitleştirir, hizmette standardizasyon sağlar ve alt kademede çalışanların işlerinden gurur duyması sağlar. Sağlıkta sürekli gelişme ve iyileştirmenin sağlanabilmesi için ihtiyaç duyulan elemanlar ve bunların birbiri ile olan ilişkileri şekil 2.7.3.3.1' de görülmektedir (Çavuş ve Gemici, 2013, s. 252).



Şekil 2.7.3.3.1 Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme

Kaynak: Çavuş ve Gemici , 2013, s. 252

2.7.3.4. Eğitim

Başarılı bir TKY felsefesi için gerekli olan koşullardan biri çalışanların TKY konusunda eğitilmesidir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015, s. 474).

Sağlık kuruluşlarında kurum içinde verilecek eğitimler sayesinde toplam kalite yönetimi uygulamalarının amaçları, hedefleri, yapılması gerekenler, kullanılacak araç ve gereçler hakkında çalışanlara bilgi verilmelidir.

TKY'nin ana felsefesinin ancak bu şekilde tüm çalışanların kavramasını sağlayacağı düşünülmektedir. Teknolojinin artması ile birlikte sağlık alanında yaşanan gelişmeler yöneticiler tarafından sürekli takip edilmeli ve bu yenilikler eğitimler sayesinde personele aktarılarak sağlık alanı ile sağlık kurumunun uyumlu olması sağlanmalıdır. Sağlık kurumları kendilerini sürekli yenilemeli ve geliştirme süreci içerisinde olmaları gerekmektedir (Uzunçakmak, 2015, s. 54).

2.7.3.5. Takım Çalışması

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık alanında gelişmelerin sağlanabilmesi için sağlık kurumlarında çalışan bireylerin birbirleri ile sürekli bir uyum içerisinde olması gerektiğini öngörmekte ve farklı bölümler arasında işbirliği yapılması gerektiğini savunmaktadır. DSÖ bunun yanında "Sağlık sisteminin kuruluşunu geliştirmek ve desteklemek için" meslek gruplarının ekip çalışmasının önemini anlamalarını ve bu doğrultuda harekete geçmeleri gerektiğini öngörmüştür. Sağlık hizmeti sunmanın önemli ilkelerinden birinin "ekip çalışması" olduğu Alma-Ata bildirgesinin 9. maddesinde de etkin bir şekilde vurgulanmıştır.

Sağlık kurumlarında ekip, kaliteli bir sağlık hizmeti verebilmek için değişik sağlık mesleklerinden üyelerin bir araya geldiği, her bireyin kendi görevini yerine getirdiği, bilgi ve tecrübelerin paylaşıldığı ve ortak kararların alındığı bir birliktir. Buradaki amaç farklı meslek gruplarındaki bireylerin sahip olduğu farklı yetenekleri ekip içinde bir araya getirerek herkesin fazla bilgiyi kullanmasına olanak sağlamak ve hasta talebini en iyi şekilde karşılamaktır (Öğüt ve Kaya, 2011, s. 88).

2.7.3.6. Sıfır Hata

Var olan hatanın kaynağını bulup bu hatayı izole ederek hatanın tekrarlanmamasını sağlamak ve ilk seferde işin doğru yapılması anlayışına dayanmaktadır. Sadace nihai ürünlerin hatalarını ayırmak değil, sürecin her aşamasındaki hataları ayırmak gerekmektedir. Bu ilke üretimin her aşamasında alınan önlemler ve düzeltmeler sayesinde ürün hatasız çıkacaktır (Yaman, 2013, s. 24).

Sağlık bakım kalitesinde hasta güvenliği son yıllarda önemli bir konu haline gelmiştir. Çalışanların hastaya vereceği zararı önlemek adına alınan önlemler olarak tanımlamak mümkündür. Hasta güvenliği için tıbbi hataların önlenmesi temel uygulamalar arasında yer almalıdır. Yapılan çalışmalarda hataların sürekli devam ettiği ve bu nedenle hastaların zarar gördüğü söylenmektedir. Bu hatalar insan sağlığına ciddi zararlar vermeden önlenmeli ve çözüm yolu üretilmelidir (İntepeler ve Dursun, 2012, s. 129).

2.7.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Toplam Kalite Yönetiminin Tarihçesi

19. yy. da sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili ilk çalışmalar başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin iyileştirmesine yönelik 19. yy. da İngiltere’de Florans Nightingale adlı hemşire bazı çalışmalar yapmıştır. Sağlık alanında iyileştirmeler ABD’nde yine 19. yy. da başlamıştır. Müşteri merkezli olmasa bile Ernest Codman 1914 yılında ilk kez sağlık alanında kalite ölçümü ile ilgili olarak hastanelerde bazı standartlar belirleyerek istatistiksel çalışmalar yapmıştır (Kaya ve diğerleri, 2013, s. 20). 1950’li senelerde ise Avendis Donabedian’ın sağlık alanında önemli çalışmalar yapmıştır. ABD’nde 1965-1990 seneleri arasında yüksek teknolojinin kullanılması ile birlikte sağlık harcamaları çok fazla artmıştır. Bunu önleyebilmek için, maliyetleri kontrol edebilecek organizasyonlar kurulmuştur. Bu organizasyonlar daha çok kalite güvencesi üzerine odaklıydı (Bektaş, 2013, s. 38). 1950’li senelerin başından itibaren sağlık sektörü kalite güvenlik çalışmalarından toplam kalite yönetimi uygulamalarına geçiş yapmaya başlamıştır.

Hastanın istediği kalitede, istediği zamanda ve düşük fiyatla sağlık hizmeti alması sağlık hizmetlerinin temel amacıdır (Gürbüz, 2014, s. 7). ABD’de maliyetleri azaltma ihtiyacı ve 1970’li yıllarda hatalı tedavi (malpractive) ile ilgili şikayetler artıp adli davalara dönüşünce TKY’ne olan ilgi artmaya başlamıştır. Sağlık kurumlarında bir meşruiyet haline gelen uygulama 1990’ların ilk yarısında hız kazanmaya başlamıştır (Bekaroğlu, 2005, s. 20).

1980’li yılların ikinci yarısında Uluslararası Standartlar Enstitüsü (ISO-International Organization of Standards) kurulmuştur. Bu enstitünün kurulması ile birlikte ISO 9000 serisi kalite güvencesi standartlarının oluşumuna sebep olmuştur. Cenova kentinde ilk olarak 1987’de İsveçte sağlık alanında uygulanan ISO 9000 serisi kalite 14 güvencesi standartları 1994 ile 2000 senelerinde güncellenmiştir. ABD’de diğer bir standart belirleyici ise Sağlık Kuruluşları Birleşik Akreditasyon Komisyonu (JCAHO-Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)’dur. 1998’de “Joint Commission International” adında uluslararası alanda akreditasyon hizmeti veren komisyon 1953’ten beri faaliyet göstermektedir. İhtiyaç ve talepler doğrultusunda kalite ile ilgili iç ve dış kalite kuruluşlarının sayısı yıllar içinde hızla artmaktadır (Gürbüz, 2014, s. 7).

2.7.5. Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Problemler

Sağlık sektöründe kalite bir zorunluluktur. Bakanlık tarafından yayınlanan kriterler bulunmaktadır. Bütün sağlık kurumları bu kriterlere uymak zorundadır. Kalite, bir zorunluluk olmasına rağmen sağlık kurumlarında kalite çalışmalarında sıkıntılar yaşamaktadır. Bu çalışmalar sırasında ortaya çıkan engeller genel olarak şu şekilde sıralanmaktadır (Akar, 2014, s.23);

- Kalite çalışmalarını personelin bir yük olarak görmesi,
- Var olan mevcut durumun kaliteli olduğunu ve ek maliyet getireceği düşüncesi çalışanların kalite çalışmalarına olan inancını yitirmesini sağlamasıdır.
- Çalışanlar kalitenin geçici bir heves olduğuna inanırlar, uzun bir süreç olduğunu düşünürler ve kendi kurumlarına uygun olmadığını düşünüp değişime direnç gösterirler.
- Kalitenin uzun bir süreç olması çalışanların kaliteye olan inancını azaltır.
- Kalite bir ekip işidir. Ancak bazı grupların bu kalite çalışmalarına kayıtsız kalması çalışmaları sekteye uğratmaktadır.
- Kalitenin ekip işi olduğundan ekipte yaşanacak herhanagi bir sıkıntı TKY'nin başarısını engelleyecektir.
- Çalışanlara TKY konusunda yeterince eğitim verilmemesi konunun anlaşılmamasına neden olmaktadır.
- TKY ile ilgili yapılacak değişikliklerin alelade şeylerden olduğu düşüncesi ve çalışanların düşük beklentilere sahip olması kalite çalışmalarını olumsuz yönde etkileyecektir.
- TKY çalışmaları geçici bir heves olarak görülmektedir.
- Kaliteye fazla masraf ve fazla zaman ayırma korkusu.
- Çalışan kişilerin yaptığı başarıların görmezden gelinmesi ve bu yüzden iş motivasyonunun azalması çalışanların motive olabilmeleri için ödül mekanizmalarının oluşturulması ve kişilerin desteklenmesi gerekmektedir.

2.7.6. Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetiminin Başarıya Ulaşabilmesi İçin Gerekli Faktörler

TKY’de sistemin bütününe genel bir sistem anlayışı ile bakmanın gerekliliğini savunur. Klinik altyapı ve destek hizmet birimlerinde sistemin bir bütünü olarak ele alınmasını sağlamaktadır. Alınan kararların veri ve bilgiye dayandırılması, problemlerin çözümüne odaklı olunması ve bunları önlemek için önlemler alınması, hata yapmak yerine sürekli iyileştirme ve eğitim çalışmaları ile personelin bilgi ve becerisini artırarak personelin önerileri ile kalite devamlılığı sağlanır (Küçük, 2009, s. 76).

TKY’nin sağlık kurumlarında başarıya ulaşabilmesi için anahtar görevi görececek olan unsurlar aşağıdaki gibidir (Tengilimoğlu, 2016, s. 330);

- a) **İleri görüşlü liderlik anlayışı:** TKY’de ileri görüşlü lider hususu çok önemlidir. Hem TKY için hem de üst düzey yöneticiler için vazgeçilmez bir unsurdur.
- b) **Müşteri odaklı kurumsal kültür:** Kurumda müşteri memnuniyeti ile çalışan ödül sistemi bağlantılı hale getirilmelidir.
- c) **Çalışanların tam katılımı:** TKY’de herkesin katılımı şarttır. TKY felsefesi profesyonel ekiplerle çalışanlara yayılmalıdır. Başarıya ulaşabilmek için ekip çalışması gereklidir. Bu ekipte farklı bölümlerdeki elemanlar ile üst düzey yöneticiler bulunmaktadır.
- d) **Doktorların kalite çalışmalarında aktif olarak görev almaları:** Doktorlarında TKY uygulamasına katılımının sağlanması gerekmektedir. Çünkü sağlık kurumlarında TKY’nin başarıya ulaşabilmesi için bu bir zorunluluktur. Eğitim ekiplerinde, kalite çemberlerinde ve kalite konseylerinde doktorların yer almaları sağlanmalıdır.

- e) **Sürekli iyileştirme yaklaşımı:** TKY sürecinde sadece iyiye ulaşma diye bir kavram olmamalı her zaman daha iyisini hedefleyen bir düşünce olmalıdır.
- f) **Sistem ile bütünleşme:** Kurumda var olan TKY felsefesi kurumun var olan yönetim stratejisi ile aynı çizgide olmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma Lefkoşa ilçesinde bulunan özel hastanelerin yöneticilerinin TKY'ye ilişkin algılarını belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Çalışmanın evreni Lefkoşa ilçesinde bulunan yerleşik tüm özel hastanelerden oluşmaktadır. Lefkoşada toplamda 5 adet özel hastanede bulunmaktadır. Yaptığımız görüşmede 2 hastane çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Çalışma 3 hastane üzerinden yürütülmüştür. Bu hastanelerde hastane yönetiminde görevli tüm personel çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya katılacak personel; Başhekim, başhekim yardımcısı, başhemşire, başhemşire yardımcısı, hastane direktörü, işletme koordinatörü, bölüm koordinatörleri, bölüm koordinatör yardımcıları ve sorumlu hemşirelerden oluşmaktadır. Yönetimde bulunan toplam personel 60 kişiden oluşmaktadır. Araştırma Nisan-Haziran 2018 tarihleri arasında 60 yönetici ile gerçekleştirilmiştir.

Tablo 3.1'de yapılan anket çalışmasında deneklerin verdiği yanıtların tutarlı olup olmadığı ön test-son test yöntemiyle incelenmiştir. Yapılan kapa istatistiklerine göre ön test son test tutarlılık ilişkisi yüksek bulunmuştur. Bunlara ilişkin tablolar aşağıda verilmiştir.

Tablo 3.1. Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması

SORULAR	KAPPA DEĞERİ	P DEĞERİ
1. Hastanemde işleyen bir TKY programı, uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.	0.922	$p<0.001$
6. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.	0.921	$p<0.001$
12. TKY günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır.	0.865	$p<0.001$

Tablo 3.1.’in devamı

SORULAR	KAPPA DEĞERİ	P DEĞERİ
19. TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.	0.927	p<0.001
22. Hemşireliğin “ekip” yaklaşımı nedeniyle, hemşirelikte TKY’nin kabul edileceği kanısındayım.	0.920	p<0.001
25. ISO 9001-2008 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.	0.914	p<0.001
28. ISO 9001-2008 kalite yönetim sistemleri ve TKY, bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken kalite programlarıdır.	0.844	p<0.001

3.2. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan tüm bireylerden genel ve ilgili bilgiler anket formu kullanılarak “Teke Tek Yüz Yüze Görüşme Yolu ile Bilgi Toplama” ve “Konuyla İlgili Belgeler/Yayınlar Yoluyla Bilgi Toplama” yöntemleri kullanılarak elde edilmiştir. Çalışmada ayrıca “İstatistiksel Analiz Yöntemi” ve “Durum ya da Aksiyon Araştırması Yöntemi” kullanılmıştır.

3.2.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Veri toplama aracı, hastane yöneticilerine uygulanmak üzere hazırlanmış anket formudur. 1996 yılında A.F. Al-Assaf ve Steven J. Gentling tarafından ABD’deki bazı sağlık kuruluşlarında (167 Department of Veterans Affairs Medical Centers) çalışan üst düzey yöneticilerin TKY konusundaki algılarının araştırıldığı çalışmada kullanılan, geçerliliği ve güvenilirliği kabul edilmiş olan anket formu, 2004 yılında Songül Doğan tarafından çevirisi yapıp “Üç İldeki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları” konulu tez çalışmasında kullanılmıştır. Bu çalışmada ise, çevirisi yapılan anket formu ilgili değişiklikler yapılarak ve güncelleştirilerek kullanılmıştır. Kullanılan anket formu,

kişisel bilgi formu ve toplam kalite algısı ölçeği olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölüm, demografik verileri içeren 6 sorudan oluşmuştur. Bu bölümde ankete katılan yöneticilerin yaş, cinsiyet, görev, öğrenim durumu, kalite temsilcisi olup olmadıkları ve kalite eğitimi alıp almamaları ile ilgili sorular bulunmaktadır. İkinci bölüm TKY'nin planlanması, uygulanması ve başarıya ulaşması ile ilgili 28 ifadeden oluşmaktadır. Bu bölümde, beşli likert ölçeği kullanılmıştır. Likert tipi ölçekle hazırlanan sorularda her ifadenin karşısında, yöneticilerin ifadelerdeki durumlarla ilgili düşüncelerini öğrenmek amacıyla; Tamamen katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2), Hiç Katılmıyorum (1), seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir.

3.3. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi veri karakteristiğine göre değişmektedir. Nitel veriler değişkenler arası oluşturulan çapraz tablolarla frekanslar, yüzdelikler verilecek ve ki kare testleriyle test edilmiştir. Nicel veriler ise ortalamalar, ortancalar ve standart sapmalar gibi dağılım ölçütleri tablolar halinde verilmiş ve parametrik testlerle test edilmiştir. Parametrik testler, varsayımlara uygun olmayan yada yerine gelmeyen değişkenler ise bu testlerin karşısı olan parametrik olmayan testlerle test edilmiştir. Değişkenler arası ilişkilerin yönü ve kuvveti regresyon ve korelasyon yöntemleri ile incelenmiştir. Elde edilen değerler hipotez testlerine ek olarak grafiklerle desteklenmiştir. Anket sorularının geçerlilik güvenilirliği incelenmiştir ve ön test son test yapılarak korelasyon kat sayıları cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır. Analizler SPSS 18.0 istatistik paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verileri araştırmaya katılan Lefkoşa ilçesinde bulunan özel hastanelerde çalışan yöneticilerin görüşleri ile sınırlıdır.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik yönden değerlendirilmesi Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu (YADBADEK) tarafından yapılmış ve etik açıdan uygulanabilirliğine karar verilmiştir (EK 3).

Araştırmanın tanımlayıcı boyutundaki verilerinin toplanabilmesi için Lefkoşa ilçesinde bulunan özel hastanelerden gerekli yasal yazılı izin alınmıştır (EK 2).

Araştırma kapsamına alınan yöneticilerden araştırmaya katılımı hususunda sözlü izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1.'de görüldüğü üzere araştırmada evrenin hepsine ulaşılmıştır. Tüm yöneticilerin %100'ü (N=60) çalışmaya katılmayı kabul ederek, anket formlarını eksiksiz olarak doldurmuştur.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılmayı Kabul Eden Yöneticilerin Hastanelere Göre Dağılımı

Hastane Adı	Evren	Araştırmaya Katılanlar	Evrene Ulaşma Yüzdesi
Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi	41	41	100,00
Cyprus Life Hospital	16	16	100,00
Etik Hastanesi	3	3	100,00
Toplam	60	60	100,00

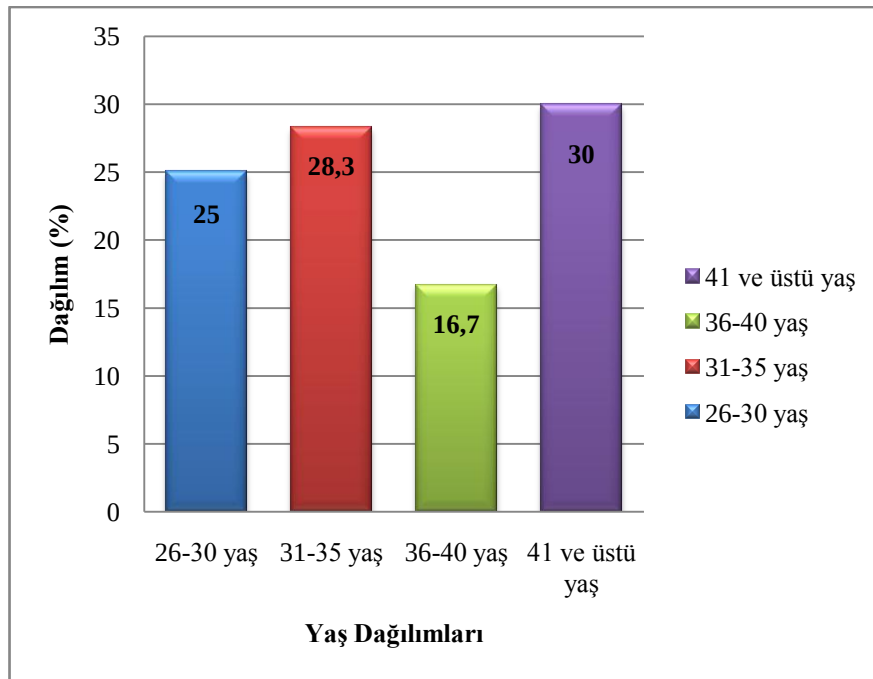
Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımları

Bu bölümde; örnekleme oluşturan bireylerin sırasıyla yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, görev başlığı altında demografik özelliklerin frekans dağılımları verilmiştir.

Tablo 4.2.'de yer aralan veriler incelendiğinde 41 ve üstü yaş (%30,0) grubu yöneticilerin diğer yaş grubunda bulunan yöneticilere nazaran daha fazla olduğu görülmektedir. Bu grubu 31-35 yaş (%28,3) grubu yöneticilerin takip ettiği görülmektedir. Diğer iki yaş grubunda çalışan yöneticilerin daha az olduğu tespit edilmiştir. İncelenen verilere bakıldığında kurumların tecrübeli yöneticileri kadrolarında bulundurmak istedikleri görülmektedir.

Tablo 4.2. Yöneticilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılım Tablosu

Yaş	N	%	Toplam %
26-30 yaş	15	25,0	25,0
31-35 yaş	17	28,3	28,3
36-40 yaş	10	16,7	16,7
41 ve üstü	18	30,0	30,0
Toplam	60	100,0	100,0

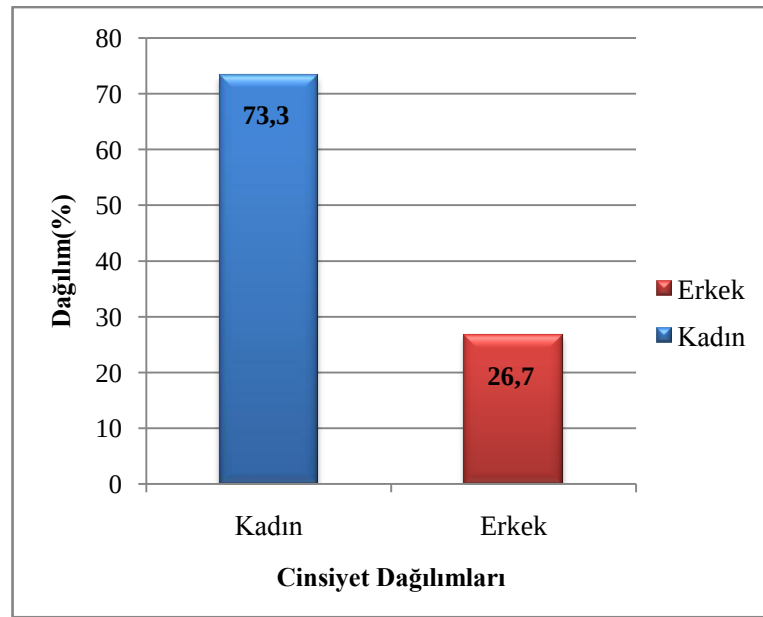
**Şekil 4.1. Yöneticilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları**

Şekil 4.1’de yöneticilerin yaş gruplarına göre dağılımları bulunmaktadır. En fazla yöneticinin bulunduğu grup 41 ve üstü yaş olurken en az yöneticinin bulunduğu grup ise 36-40 yaş grubu olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.3.'de yer alan veriler incelendiğinde ankete 16 (%26,7) erkek ve 44 (% 73,3) kadın yönetici katılmıştır.

Tablo 4.3. Cinsiyet Dağılımı Tablosu

Cinsiyet	N	%	Toplam %
Kadın	44	73,3	73,3
Erkek	16	26,7	26,7
Toplam	60	100,0	100,0



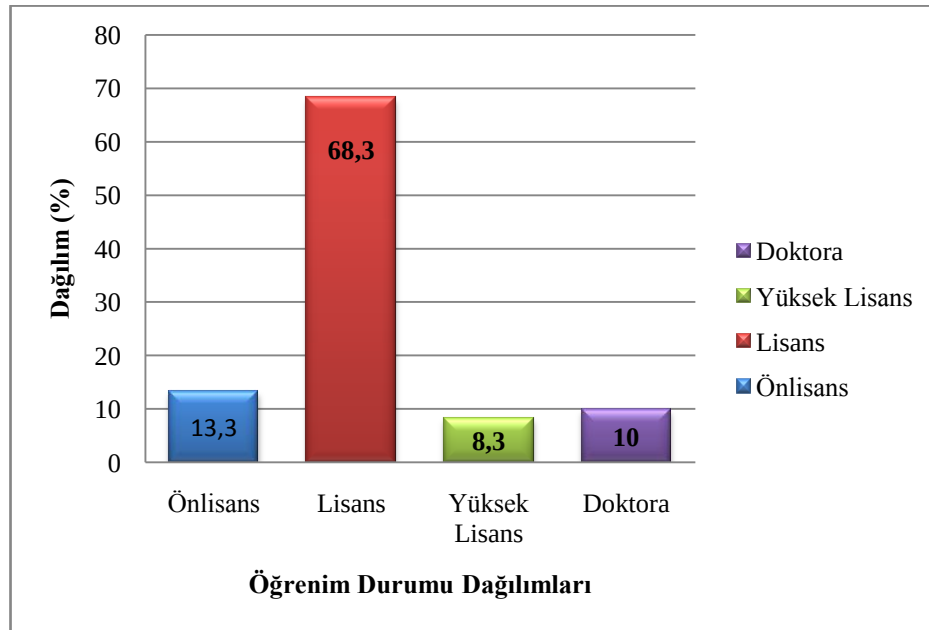
Şekil 4.2. Yöneticilerin Cinsiyet Dağılımları

Şekil 4.2'de yöneticilerin cinsiyet dağılımları bulunmaktadır. Yapılan çalışmada yöneticilerin çoğunluğunun kadın yöneticilerden oluştuğu görülmektedir.

Tablo 4.4.'te yer alan verilere göre ankete katılanların %13,3'ü (8) önlisans, %68,3'ü (41) lisans, %8,3'ü (5) yüksek lisans ve %10,0'u (6) doktora/tıpta uzmanlık yapmıştır.

Tablo 4.4. Yöneticilerin Öğrenim Durumu Dağılımı Tablosu

Öğrenim Durumu	N	%	Toplam %
Önlisans	8	13,3	13,3
Lisans	41	68,3	68,3
Yüksek Lisans	5	8,3	8,3
Doktora/Tıpta Uzmanlık	6	10,0	10,0
Toplam	60	100,0	100,0



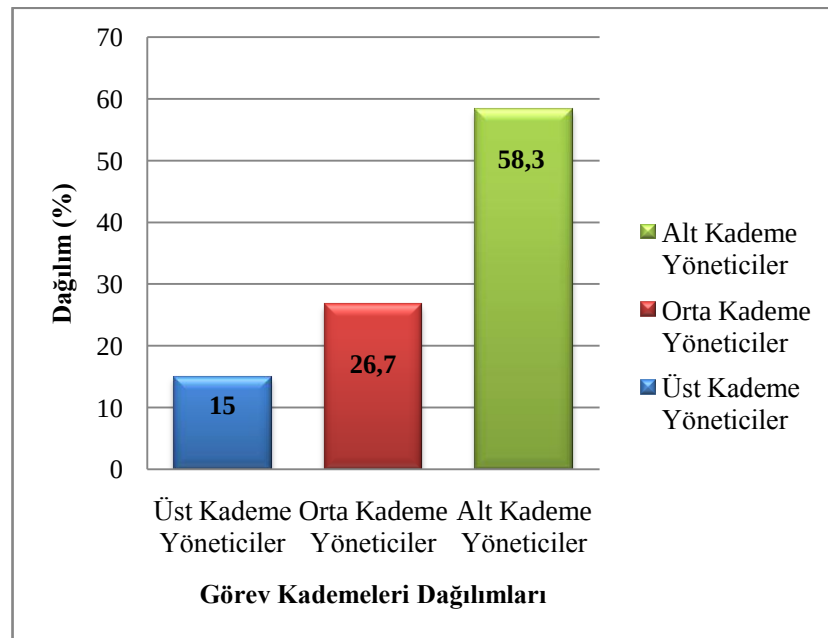
Şekil 4.3. Yöneticilerin Öğrenim Durumu Dağılımları

Şekil 4.3'te yöneticilerin öğrenim durumu dağılımları verilmiştir. Hastanede bulunan yöneticilerin % 68,3'ünün lisans mezunu olduğu görülmektedir. Öğrenim durumu en düşük yöneticilerin %8,3'lük kısmını ise yüksek lisans mezunları oluşturmuştur.

Araştırmaya katılan üst kademe yöneticiler; Başhekim, başhekim yardımcısı, başhemşire, başhemşire yardımcısı, hastane direktörü ve işletme koordinatöründen oluşmaktadır. Orta Kademe yöneticiler; Bölüm koordinatörleri ve bölüm koordinatör yardımcılarında oluşmaktadır. Alt kademe bulunan yöneticileri ise sorumlu hemşirelerden oluşmaktadır. Tablo 4.5'te yer alan verilere göre ankete katılanların %15'i (9) üst kademe yöneticiler, %26,7'si (15) orta kademe yöneticiler ve %58,3'ü (36) ise alt kademe yöneticilerinden oluşmaktadır.

Tablo 4.5. Yöneticilerin Görev Kademeleri Dağılım Tablosu

Görev Kademeleri	N	%	Toplam %
Üst Kademe Yöneticiler	9	15,0	15,0
Orta Kademe Yöneticiler	15	26,7	26,7
Alt Kademe Yöneticiler	36	58,3	58,3
Toplam	60	100,0	100,0



Şekil 4.4. Yöneticilerin Görev Kademeleri Dağılımları

Şekil 4.4'te yöneticilerin görev kademeleri dağılımları bulunmaktadır. En fazla yöneticinin bulunduğu kademe % 58,3'lük yüzdelik ile alt kademe yöneticiler oluşturmaktadır. En az yöneticinin yer aldığı kademe ise üst kademe yöneticilerin bulunduğu kademedir.

Tablo 4.6.'da yer alan veriler incelendiğinden üst kademe ve orta kademe yöneticilerden 3 ve alt kademe yöneticilerden 2 toplamda 8 yöneticinin kalite temsilcisi/kalite üyesi olduğu görülmektedir. Kalite temsilcisi olmayan yöneticilerin büyük bir çoğunluğunu (33) alt kademe yöneticiler oluşturmaktadır. Bu grubu orta kademe yöneticiler (16) takip ederken en düşük grup ise üst kademe yöneticiler (6) olmaktadır. Araştırmaya katılan yöneticilerin büyük bir çoğunluğunun herhangi bir kalite üyeliği veya kalite temsilciliği olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.6. Yöneticilerin Görev Kademelerine Göre Kalite Üyesi/ Temsilcisi Olup Olmadıklarına İlişkin Yanıtlarının Dağılımı

Kalite Temsilcisi / Kalite Üyesi		Evet		Hayır		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Göreviniz	Üst Kademe Yöneticiler	3	37,5	6	11,5	9	15,0
	Orta Kademe Yöneticiler	3	37,5	13	25,0	16	26,7
	Alt Kademe Yöneticiler	2	25,0	33	63,5	35	58,3
	Toplam	8	100,0	52	100,0	60	100,0

Tablo 4.7'de bulunan veriler incelendiğinde üst kademe yöneticilerinin hepsi (9) kalite eğitimi alırken, orta kademe ve alt kademe yöneticilerinin 8'i kalite eğitimi almıştır. Üst kademe kalite eğitimi almayan bulunmazken, orta kademe yöneticilerden 8, alt kademe yöneticilerden ise 27 kişi kalite eğitimi almamıştır. Bu durum bize hastanelerde alt kademe yöneticilerin yeterli düzeyde kalite eğitimi almadığını göstermektedir.

Tablo 4.7. Yöneticilerin Görev Kademelerine Göre TKY İle İlgili Bir Eğitim Alıp Almadıklarına İlişkin Yanıtlarının Dağılımı

Kalite Eğitimi		Evet		Hayır		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Göreviniz	Üst Kademe Yöneticiler	9	36,0	0	0	9	15,0
	Orta Kademe Yöneticiler	8	32,0	8	22,9	16	26,7
	Alt Kademe Yöneticiler	8	32,0	27	77,1	35	58,3
	Toplam	25	100,0	35	100,0	60	100,0

Tablo 4.8.'de görüldüğü gibi üst kademe yöneticilerin 4'ü kadın ve 5'i erkek yöneticilerden oluşmaktadır. Orta kademe yöneticilerin 10'u kadın yöneticilerden, 6'sı erkek yöneticilerden oluşmaktadır. Alt kademe yöneticilerin ise 30'u kadın yöneticilerden, 5'i erkek yöneticilerden oluşmaktadır. Alt kadem yöneticiler sorumlu hemşirelerden oluştuğundan dolayı kadın yöneticilerin çoğunluğu bu kademede bulunmaktadır.

Tablo 4.8. Yöneticilerin Görev Kademelerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Cinsiyetiniz		Kadın		Erkek		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Göreviniz	Üst Kademe Yöneticiler	4	6,6	5	2,4	9	9,0
	Orta Kademe Yöneticiler	10	11,7	6	4,3	16	16,0
	Alt Kademe Yöneticiler	30	25,7	5	9,3	35	58,3
	Toplam	44	44,0	16	16,0	60	60,0

Tablo 4.9'da ankette bulunan 28 ifadeye verilen cevaplamaların ortalamaları bulunmaktadır. Ankette bulunan 28 ifadeye verilen cevaplamaların ortalamalarına bakıldığı zaman olumsuz bir yaklaşımı içeren 10. Soru "TKY, sağlık bakım

endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.”ters ölçeklendirilmiştir. Aritmetik ortalamanın 1’e yakın olması toplam kalite yönetiminde olumsuz yaklaşımı ifade ederken 5 yakın olması TKY’de olumlu yaklaşımı göstermektedir. Verilen cevaplara göre 10. Soru dışından hiçbir soru düşük bir ortalama almamıştır. Ortalaması en yüksek ifadeye bakacak olursak 21. Soruda “TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.” verilen cevaplara göre ortalamanın 4,15 olduğu görülmektedir. Ortalaması yüksek olan diğer bir ifade ise 26. Soru “Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.” Verilen cevaplara göre bu ifadenin ortalamasının 4,13 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.9. Ankette Bulunan 28 İfadeye Verilen Vevapların Ortalamaları ve Standart Sapması

SORULAR	Ort.	Standart Sapma	N
1.Hastanemde işleyen bir TKY programı, uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.	3,83	0,762	60
2. TKY yönetim süreci gelecek on yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam etmektedir.	3,65	0,819	60
3. Hastanelerde TKY’nin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışman kullanmaya çok ihtiyaç vardır.	3,71	0,922	60
4. Hastanemde TKY’nin uygulamasında bir lider türü üstlenmek için TKY’nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım.	3,30	1,109	60
5. TKY süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır.	3,38	0,761	60
6. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.	3,66	0,655	60
7. Halen üretim endüstrisinde işleyen T KY felsefeleri, hastanelerin klinik alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.	3,51	0,812	60
8. Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim.	4,00	0,713	60

Tablo 4.9'un Devamı

SORULAR	Ort.	Standart Sapma	N
9. TKY hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır.	3,95	0,852	60
10. TKY, sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.	2,50	0,892	60
11. Yönetici olarak, hastanemde TKY'nin uygulamasına katılmak isterim.	3,78	0,845	60
12. TKY günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır.	3,83	0,740	60
13. TKY hastanelerin kalite problemlerine bir "hızlı çözüm" dür.	3,78	0,738	60
14. Hastanemdeki yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.	3,83	0,784	60
15. TKY kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.	3,83	0,806	60
16. Hastanemde TKY' nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.	3,70	0,888	60
17. TKY'nin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.	3,81	0,911	60
18. Hastanemizin yönetimi, TKY'ye uzun dönemli taahhüde hazırdır.	3,38	0,804	60
19. TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.	3,43	0,744	60
20. TKY hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.	4,00	0,610	60
21. TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.	4,15	0,819	60
22. Hemşireliğin "ekip" yaklaşımı nedeniyle, hemşirelikte TKY'nin kabul edileceği kanısındayım.	4,01	0,624	60
23. Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	3,98	0,567	60
24. Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.	3,11	0,975	60
25. ISO 9001-2008 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.	3,56	0,592	60
26. Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.	4,13	0,747	60

Tablo 4.9'un Devamı

SORULAR	Ort.	Standart	
		Sapma	N
27. TKY ekipleri, uzmanlık alanları yerine özel problemler çevresinde oluşturulmalıdır.	3,68	0,833	60
28. ISO 9001-2008 kalite yönetim sistemleri ve TKY, bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken kalite programlarıdır.	3,71	0,738	60

Tablo 4.10.'da yöneticilerin görev kademelerine göre toplam kalite yönetimi ile ilgili ankette bulunan 28 ifadeye her birinin ne kadar katıldığını gösteren puan ortalamaları bulunmaktadır.

Tablo 4.10. incelendiğinde en düşük ortalama puan alan ifadenin 10. İfade ‘‘TKY, sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.’’ olduğu görülmektedir. Bu ifadeye yöneticilerin katılma oranlarına baktığımız zaman üst kademe yöneticilerin 1,88, orta kademe yöneticilerin 2,25 ve alt kademe yöneticilerin 2,77 ortalama puan aldıkları görülmektedir. Bu ifadeye en az katılan üst kademe yöneticiler olurken en yüksek katılan grup alt kademe yöneticiler olmuştur.

En yüksek ortalama puan alan ifadenin 21. İfade ‘‘ TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.’’ olduğu görülmektedir. Bu ifadeye üst kademe yöneticilerin 4,77, orta kademe yöneticilerin 4,00 ve alt kademe yöneticilerin 4,05 ortalama puan ile katıldığı görülmektedir. Bütün kademelerdeki yöneticilerin bu ifadeye yüksek ortalama puan ile katıldığı görülmektedir.

Diğer ifadelere bakılacak olursak; araştırmada 2. İfade ‘‘ TKY yönetim süreci gelecek on yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam etmektedir.’’, 3. İfade ‘‘Hastanelerde TKY'nin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışman kullanmaya çok ihtiyaç vardır.’’ ve 4.‘‘Hastanede TKY'nin uygulanmasında bir lider türü üstlenmek için TKY'nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım.’’ İfadesi tablo 4.10. incelendiğinde üst kademe yöneticilerin yüksek ortalama puan ile bu ifadelere katılırken orta kademe yöneticiler aldıkları ortalama puan ile bu ifade karşısında kararsız kaldıkları görülmektedir. Alt kademe yöneticiler ise 2. ve 3. İfadelerden aldıkları ortalama puan

ile bu ifadeler konusunda kararsız kaldıkları görülmektedir. 4. İfadeye ise aldıkları düşük ortalama puan ile katılmadıkları tespit edilmiştir.

Yöneticiler 8. ‘‘ Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim.’’, 11. ‘‘ Yönetici olarak, hastanemde TKY’nin uygulamasına katılmak isterim.’’ ve 16. ‘‘Hastanemde TKY’ nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.’’ İfadelerine aldıkları 3,60 ile 4,33 ortalama puan ile katıldıkları tespit edilmiştir.

18. ‘‘ Hastanemizin yönetimi, TKY’ye uzun dönemli taahhüde hazırdır.’’ İfadesinde yöneticilerin aldıkları 3,31-3,66 ortalama puanlar bu ifadeye katılıp katılmama konusunda kararsız kaldıkları saptanmıştır. Yine 19. İfade ‘‘ TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.’’aldığı 3,25-3,77 puan ortalaması ile yöneticilerin kararsız kaldığı görülmektedir.

24. ‘‘Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.’’ İfadesinde üst kademe yöneticiler 3,66, orta kademe yöneticiler 3,18 ve alt kademe yöneticiler 2,94 ortalama puan almışlardır. Üst ve orta kademe yöneticiler bu ifadeye katılırken alt kademe yöneticiler bu ifadeye katılmayıp kararsız kalmaktadır.

Alınan ortalama puanlara bakıldığında zaman üst ve alt kademe yöneticilerin en yüksek ortalama puan ile katıldıkları ifade 21. ‘‘TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.’’ İfadesi olmuştur. Orta kademe yöneticilerinin ise en yüksek ortalama puan aldıkları ifade 26. ‘‘Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.’’ İfadesi olmuştur. Yöneticilerin en düşük ortalama puan aldıkları ifade 10. ‘‘TKY, sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.’’ İfadesi olduğu görülmektedir.

Tablo 4.10. incelediğinde diğer ifadelere verilen cevaplar sonucunda alınan ortalama puanlara bakıldığında yöneticilerin birçok ifadeye katıldıkları görülmektedir.

Tablo 4.10. Görev Kademelerine Göre Yöneticilerin TKY'ye Yönelik Algıları (Ortalama)

	Üst Kdm. Ynt.	Orta Kdm. Ynt.	Alt Kdm. Ynt.
1.Hastanemde işleyen bir TKY programı, uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.	4,55	4,00	3,57
2. TKY yönetim süreci gelecek on yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam etmektedir.	4,33	3,75	3,42
3. Hastanelerde TKY'nin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışman kullanmaya çok ihtiyaç vardır.	4,44	3,43	3,65
4. Hastanemde TKY'nin uygulamasında bir lider türü üstlenmek için TKY'nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım.	4,55	3,37	2,94
5. TKY süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır.	3,88	3,43	3,22
6. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.	3,66	3,68	3,65
7. Halen üretim endüstrisinde işleyen T KY felsefeleri, hastanelerin klinik alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.	4,00	3,50	3,40
8. Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim.	4,33	4,25	3,80
9. TKY hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır.	4,44	4,12	3,74
10. TKY, sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.	1,88	2,25	2,77
11. Yönetici olarak, hastanemde TKY'nin uygulamasına katılmak isterim.	4,33	3,87	3,60
12. TKY günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır.	4,22	3,93	3,68
13. TKY hastanelerin kalite problemlerine bir “hızlı çözüm” dür.	4,33	3,62	3,71

Tablo 4.10.’un devamı

	Üst Kd m.Y	Orta Kd m.Y	Alt Kd m.
14. Hastanemdeki yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.	4,44	3,93	3,62
15. TKY kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.	4,44	4,06	3,57
16. Hastanemde TKY’ nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.	4,33	3,56	3,60
17. TKY’nin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.	4,33	3,81	3,68
18. Hastanemizin yönetimi, TKY’ye uzun dönemli taahhüde hazırdır.	3,66	3,37	3,31
19. TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşüreceklerdir.	3,77	3,62	3,25
20. TKY hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.	4,33	3,93	3,94
21. TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.	4,77	4,00	4,05
22. Hemşireliğin “ekip” yaklaşımı nedeniyle, hemşirelikte TKY’nin kabul edileceği kanısındayım.	4,44	3,87	3,97
23. Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	4,00	3,87	4,02
24. Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.	3,66	3,18	2,94
25. ISO 9001-2008 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.	3,88	3,43	3,54
26. Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.	4,44	4,43	3,91
27. TKY ekipleri, uzmanlık alanları yerine özel problemler çevresinde oluşturulmalıdır.	4,44	3,37	3,62
28. ISO 9001-2008 kalite yönetim sistemleri ve TKY, bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken kalite programlarıdır.	3,55	3,93	3,65

Tablo 4.11’e baktığımız zaman yöneticilerin 28 ifadeye verdikleri cevapların frekans dağılımları bulunmaktadır. Yöneticilerin çoğunluğunun (7) hiç katılmadıkları

ve katılmadıkları (24) ifade 10. İfade ‘‘ TKY, sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.’’ olmuştur. Yöneticilerin birçoğunun (26) kararsız kaldığı ifade 25. ‘‘ISO 9001-2008 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır. ‘’ ifadesi olmuştur. Yöneticilerin çoğunun katılıyorum (44) dediğı ifade 20. ‘‘TKY hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.’’ İfadesi olmuştur. Son olarak yöneticilerin birçoğunun tamamen katılıyorum dediğı ifade ise 21. ‘‘TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.’’ ifadesi olmuştur.

Tablo 4.11. Yöneticilerin TKY Farkındalık Tablosu

Değişkenler	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 1	0	0	6	10,0	5	8,3	42	70,0	7	11,7
Soru 2	1	1,7	4	6,7	16	26,7	33	55,0	6	10,0
Soru 3	1	1,7	6	10,0	12	20,0	31	51,7	10	16,7
Soru 4	3	5,0	14	23,3	12	20,0	24	40,0	7	11,7
Soru 5	0	0	8	13,3	23	38,3	27	45,0	2	3,3
Soru 6	0	0	3	5,0	17	28,3	37	61,7	3	5,0
Soru 7	0	0	8	13,3	17	28,3	31	51,7	4	6,7
Soru 8	0	0	3	5,0	6	10,0	39	65,0	12	20,0
Soru 9	0	0	7	11,7	2	3,3	38	63,3	13	21,7
Soru 10	7	11,7	24	40,0	22	36,7	6	10,0	1	1,7
Soru 11	2	3,3	3	5,0	8	13,3	40	66,7	7	11,7
Soru 12	0	0	5	8,3	7	11,7	41	68,3	7	11,7
Soru 13	0	0	5	8,3	9	15,0	40	66,7	6	10,0
Soru 14	0	0	2	3,3	18	30,0	28	46,7	12	20,0
Soru 15	0	0	7	11,7	4	6,7	41	68,3	8	13,3
Soru 16	1	1,7	5	8,3	14	23,3	31	51,7	9	15,0

Tablo 4.11.'in Devamı

Değişkenler	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soru 17	0	0	6	10,0	13	21,7	27	45,0	14	23,3
Soru 18	1	1,7	6	10,0	25	41,7	25	41,7	3	5,0
Soru 19	0	0	6	10,0	25	41,7	26	43,3	3	5,0
Soru 20	0	0	2	3,3	5	8,3	44	73,3	9	15,0
Soru 21	1	1,7	1	1,7	7	11,7	30	50,0	21	35,0
Soru 22	0	0	0	0	11	18,3	37	61,7	12	20,0
Soru 23	0	0	0	0	10	16,7	41	68,3	9	15,0
Soru 24	4	6,7	11	18,3	21	35,0	22	36,7	2	3,3
Soru 25	0	0	1	1,7	26	43,3	31	51,7	2	3,3
Soru 26	0	0	1	1,7	10	16,7	29	48,3	20	33,3
Soru 27	0	0	4	6,7	21	35,0	25	41,7	10	16,7
Soru 28	0	0	4	6,7	15	25,0	35	58,3	6	10,0

Hipotezlerin Analizi

Yöneticilerin toplam kalite yönetimi uygulamasına yönelik algı ve tutumları ile görev kademeleri açısından herhangi bir fark olup olmadığını incelemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır (Tablo 4.12.). Yaptığımız analiz sonucunda yöneticilerin görev kademeleri ile TKY uygulamalarını algılamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.12. Yöneticilerin Görev-TKY İlişkisi (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Göreviniz	N	Ortalama±Standart Sapma	p-değeri
Üst Kademe Yöneticiler	9	102,77±5,40	0,001*
Orta Kademe Yöneticiler	16	92,37±5,37	
Alt Kademe Yöneticiler	35	88,34±12,08	

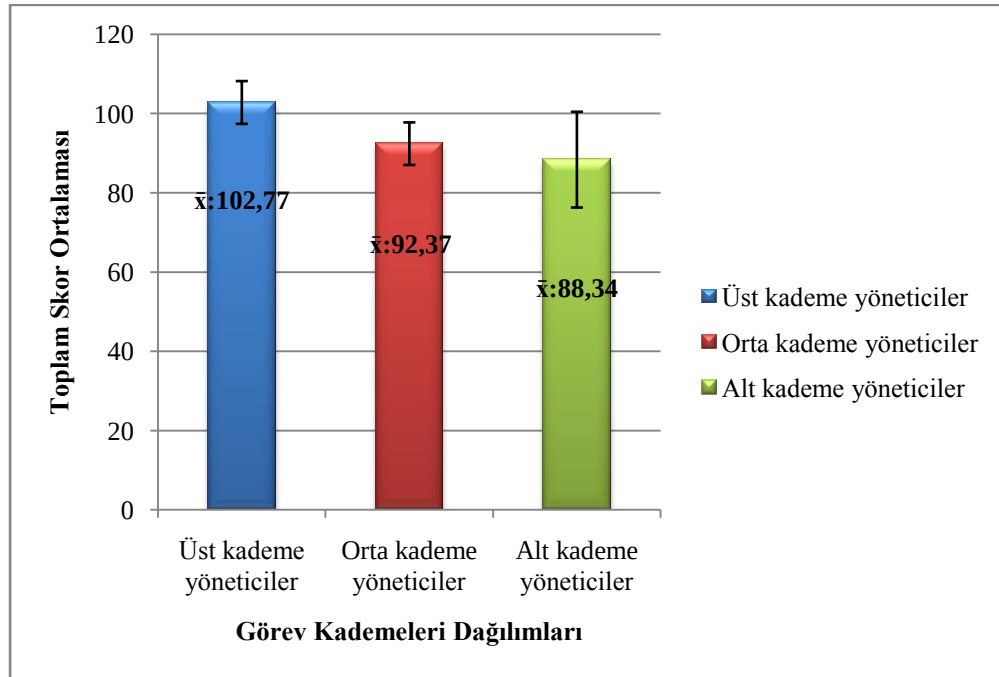
* $p<0,05$

Yöneticilerin görev kademeleri ile toplam kalite yönetimi uygulamasına yönelik algı ve tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak için Post Hoc (Tukey) testi yapılmıştır. Tablo 4.12. (a) incelendiğinde yapılan Post Hoc testi sonucunda, üst kademe yöneticiler - orta kademe yöneticiler ve üst kademe yöneticiler - alt kademe yöneticiler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer grupta ise anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.12. (a) Yöneticilerin Görev Kademeleri İle TKY İlişkisi Arasındaki Farkı Belirleyen Post Hoc Testi Sonuçları

Görev- TKY İlişkisi	p
Üst Kademe Yöneticiler – Orta Kademe Yöneticiler	0,039*
Üst Kademe Yöneticiler – Orta Kademe Yöneticiler	0,001*
Orta Kademe Yöneticiler – Alt Kademe Yöneticiler	0,377

* $p < 0,05$



Şekil 4.5 Yöneticilerin Görev Kademeleri TKY İlişkisi

Şekil 4.5 incelendiğinde üst kademe yöneticilerin toplam skor ortalamaları diğer kademede bulunan yöneticilerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. En az toplam skora sahip yöneticiler ise alt kademe yöneticiler olduğu bulunmuştur.

Çalışmada yöneticilerin yaşları ile toplam kalite yönetimi uygulamasına yönelik algı ve tutumları arasında bir ilişki olup olmadığını incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır (Tablo 4.13). Toplam kalite yönetimi ile yaş arasında 0,282'lik zayıf denilebilecek bir ilişki bulunmakla birlikte bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4.13. Yaş-TKY ilişkisi (Korelasyon)

Total Skor			
Yaş	N	r	p-değeri
	60	0.282	0.029*

* $p<0,05$

Yapılan çalışmada yöneticilerin % 73,3'ünün (44) kadın, %26,7'sinin (16) erkek olduğu bulunmuştur.

Çalışmadan cinsiyetler arasında TKY skoru açısından anlamlı bir fark olup olmadığını bulmak için t testi kullanılmıştır (Tablo 4.14). Yapılan araştırma sonucunda cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Cinsiyet-TKY İlişkisi (T Testi)

Cinsiyet	N	Ortalama±Standart Sapma	p-değeri
Kadın	44	90,56±10,97	0,23
Erkek	16	94,37±10,94	

Yapılan çalışmada yöneticilerin %13,3'ünün (8) önlisans mezunu, %68,3'ünün (41) lisans mezunu, %8,3'ünün yüksek lisans (5), %10,0'unun (6) doktora mezunu olduğu bulunmuştur (Tablo 4.15.).

Öğrenim durumu grupları ile TKY skoru açısından anlamlı bir fark olup olmadığını tek yönlü varyans analizi ile incelenmiştir. Bunlara ilişkin dağılım ölçütleri aşağıdaki tabloda verilmiştir. Yapılan test sonucunda öğrenim durumları arasında TKY skoru açısından anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.15. Öğrenim Durumuna göre TKY İlişkisi (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Öğrenim Durumu	N	Ortalama±Standart Sapma	p-değeri
Önlisans	8	96,62±12,16	0,002*
Lisans	41	92,14±9,86	
Yüksek Lisans	5	97,60±8,14	
Doktora/Tıpta Uzmanlık	6	98,66±7,84	

* $p<0,05$

Yöneticilerin öğrenim durumları ile toplam kalite yönetimi uygulamasına yönelik algı ve tutumları arasında anlamlı bir fark tespit edilmesiyle birlikte farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu ortaya koymak için Post Hoc (Tukey) testi yapılmıştır. Tablo 4.15. (a) incelendiğinde yapılan Post Hoc testi sonucunda, Önlisans – Doktora/Tıpta Uzmanlık grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer gruplarda ise anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

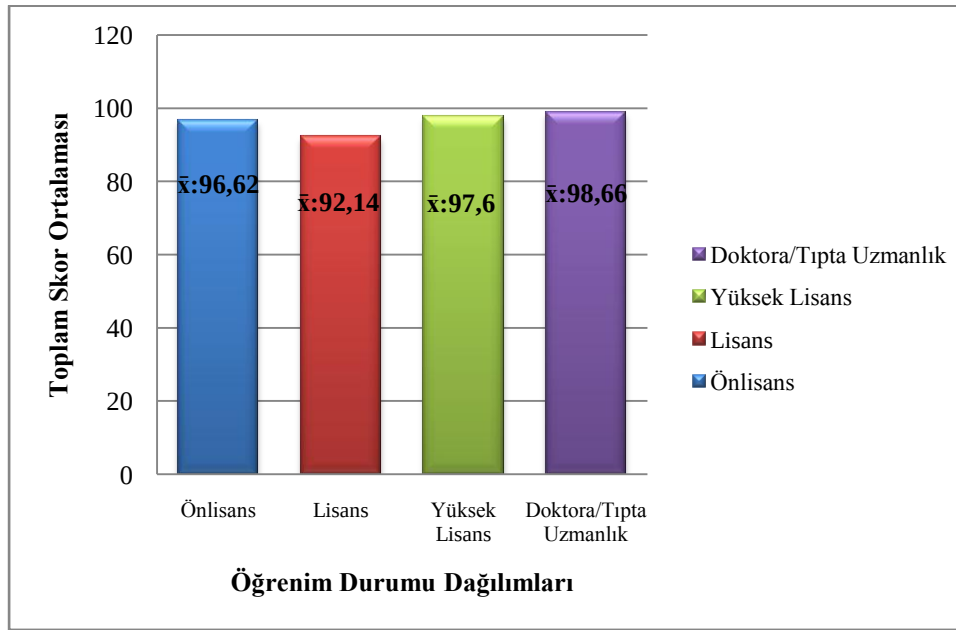
Tablo 4.15. (a) Yöneticilerin Öğrenim Durumları İle TKY İlişkisi Arasındaki Farkı Belirleyen Post Hoc Testi Sonuçları

Öğrenim Durumu-TKY İlişkisi	p
Önlisans –Lisans	0,10
Önlisans –Yüksek Lisans	0,12

Tablo 4.15. (a)'nın Devamı

Önlisans – Doktora/Tıpta Uzmanlık	0,004*
Lisans – Yüksek Lisans	0,653
Lisans – Doktora/Tıpta Uzmanlık	0,441
Yüksek Lisans – Doktora/Tıpta Uzmanlık	0,998

* p<0,05

**Şekil 4.6. Öğrenim Durumuna Göre TKY İlişkisi**

Yöneticilerin öğrenim durumlarına göre aldıkları toplam skorlara bakıldığında yöneticilerin hepsinin ortalamalarının birbirine yakın olduğu tespit edilmiştir. Şekil 4.6'yı incelediğimizde öğrenim durumu arttıkça TKY skoru artmıştır. En yüksek TKY skoruna sahip kişiler doktora mezunu olduğu görülmektedir.

Toplam kalite temsilcisi olan yöneticiler ile olmayan yöneticiler arasında TKY skoru açısından herhangi bir farklılık olup olmadığını incelemek için mann whitney u testi yapılmıştır (Tablo 4.16). Yapılan analiz sonucunda Toplam kalite temsilcisi olan yöneticiler ile olmayan yöneticiler arasında TKY skoru açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.16. Kalite Temsilcisi-TKY İlişkisi (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Kalite Temsilcisi	N	Ortalama±Standart Sapma	p-değeri
Evet	8	94,50±13,27	0,17
Hayır	52	91,13±10,68	

Toplam kalite eğitimi alan yöneticiler ile almayan yöneticiler arasında TKY skoru açısından herhangi bir farklılık olup olmadığını incelemek için tek yönlü varyans analizi yapılmıştır (Tablo 4.17). Yapılan analiz sonucunda Toplam kalite eğitimi alan yöneticiler ile almayan yöneticiler arasında anlamlı olarak bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). TKY eğitimi almayan yöneticilerin TKY skoru $87,37\pm11,18$ iken, eğitim alan yöneticilerin TKY skorunun $97,48\pm7,62$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.17. Kalite Eğitimi – TKY İlişkisi (Tek Yönlü Varyans Analizi)

TKY Eğitimi Alma Durumu	N	Ortalama±Standart Sapma	p-değeri
Evet	25	97,48±7,62	0,00*
Hayır	35	87,37±11,18	

* $p<0,05$

5. TARTIŞMA

Yaptığımız çalışmanın amacı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algılarını belirlemektir. Hipotez test eden bu çalışmada, birinci hipotez olan “*Toplam Kalite Yönetiminin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin görevlerine göre değişiklik gösterir.*” Hipotezi elde ettiğimiz sonuçlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). En düşük TKY skoruna sahip olan kademe alt kademe yöneticiler, en yüksek skora ise üst kademe yöneticilerinin sahip olduğu görülmüştür. Toplam kalite yönetimi konusunda alt kademe yöneticilere yeterince eğitim verilmemesinden kaynaklanan bu durumun yöneticilere yeterli miktarda eğitim verilerek giderilmesi gerekmektedir.

Araştırmanın dördüncü hipotezi olan “*Toplam Kalite Yönetiminin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin öğrenim durumuna göre değişiklik gösterir.*” Hipotezi elde ettiğimiz sonuçlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Sonuç olarak öğrenim durumu arttıkça TKY skoru artmıştır. En yüksek TKY skoruna sahip kişilerin ise doktora mezunu olduğu görülmektedir.

Araştırmanın beşinci hipotezi olan “*Toplam Kalite Yönetiminin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin TKY eğitimi alıp almamalarına göre değişiklik gösterir.*” hipotezi elde edilen sonuçlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). TKY eğitimi almayan yöneticilerin TKY skoru $87,37\pm 11,18$ iken, eğitim alan yöneticilerin TKY skorunun $97,48\pm 7,62$ 'dir. Araştırmaya katılanların birçoğu kalite eğitimi almamaları nedeniyle total skorları düşük çıkmıştır. Yöneticiler ile birlikte kurumdaki tüm sağlık çalışanlarının toplam kalite yönetimine geçiş sürecinde yaşanacak değişimle baş etmelerinde sürekli eğitim uygulamaları önemli bir yer tutmaktadır.

Araştırmada bulunan 2. (Toplam kalite yönetiminin Uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin yaşlarına göre değişiklik gösterir.), 3. (Toplam kalite yönetiminin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin cinsiyetlerine göre değişiklik gösterir.) ve 5. (Toplam kalite yönetiminin uygulanmasına yönelik algı ve tutumlar yöneticilerin TKY eğitimi alıp almama durumlarına göre değişiklik gösterir.) hipotez elde edilen sonuçlar doğrultusunda anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Araştırmada yöneticilerin demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde yöneticilerin (N=60) % 73,3'ü kadın ve % 26,7'si erkek olduğu, % 30'unun 41 ve üstü yaşa sahip olduğu, % 68,3'ü lisans mezunu ve % 8,3'ünün yüksek lisans mezunu olduğu belirtilirken bireylerin % 58'3'ü alt kademe yönetici, % 26,7'si orta kademe yönetici ve % 15,0 üst kademe yöneticinin olduğu bulunmuştur. Yöneticilerin görev kademelerine göre herhangi bir kalite üyesi/temsilcisi olup olmadıklarına ilişkin dağılımlar incelendiğinde üst ve orta kademe yöneticilerin % 37,5'i kalite üyesi iken alt kademe yöneticilerin % 63,5'i kalite üyesi değildir. Bireylerin görev kademelerine göre TKY ile ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıklarına ilişkin yanıtların dağılımları incelendiğinde üst kademe yöneticilerin % 36,0'ı kalite eğitimi almış, alt kademe yöneticilerin hiçbirisi kalite eğitimi almamıştır.

Yöneticilerin cinsiyet durumlarına bakıldığında % 73,3'ü kadın ve % 26,7'si erkek olduğu görülmektedir. Hastane yöneticilerin toplam kalite yönetimi algısı ile ilgili diğer çalışmalara incelendiğinde Akar'ın 2014 yılında yaptığı "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı (Ankara İli Örneği)" konulu çalışmada yöneticilerin % 63,7'si erkek, % 36,3'ü kadın yöneticilerinden oluştuğu görülmektedir (Akar, 2014, s. 38). Armağan Kaygusuz'un yaptığı çalışmada ise yöneticilerin % 69,8'i erkek ve % 30,2'si kadın yöneticilerden oluşmuştur (Kaygusuz, 2012, s. 74). Al-Assaf ve arkadaşlarının Amerikada 1996 yılında yaptığı üst düzey yöneticilerin TKY konusundaki algılarının araştırıldığı çalışmada erkek yöneticiler % 92,3, kadın yöneticiler ise %7,7'lik bir yüzdeliğe sahip olduğu görülmektedir (Al-Assaf ve diğerleri, 1996, s. 124). "Orta Öğretim Kurumlarındaki Yöneticilerin Eğitim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Algısı: Mersin İli Örneği" konulu yüksek lisans tezinde yöneticilerin % 76,9'u erkek, % 23,1'i kadın yöneticilerden oluşmaktadır (Sarioğlu, 2014, s. 65). Avcı'nın otel yöneticileri üzerinde yaptığı çalışmada ise yöneticilerin %32,4'ü kadın % 67,6 erkek yöneticilerden oluşmaktadır (Avcı, 2006, s. 138). Literatürü incelediğimizde diğer çalışmaların neredeyse tamamında erkek yöneticilerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Ancak yaptığımız çalışmada kadın yöneticilerin sayısı daha fazladır. Bunun nedeni ise yaptığımız çalışmada alt kademe yöneticilerin sorumlu

hemşirelerden oluşmasından kaynaklanmaktadır. Sorumlu hemşirelerin neredeyse tamamı kadın hemşirelerden oluşmaktadır.

Araştırmada yöneticilerin eğitim durumuna bakılırken en düşük eğitim seviyesine sahip yöneticilerin önlisans olduğu görülmüş ve yöneticilerin % 13,3'ü önlisans mezunu olduğu bulunmuştur. Doğan ve Kaya tarafından 2004 yılında yapılan çalışmada da yine aynı şekilde en düşük eğitim seviyesine sahip yöneticilerin önlisans mezunu olduğu görülmektedir. (Doğan ve Kaya, 2004, s. 73). 2011 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada en düşük eğitim seviyesinin lise olduğu görülmektedir (Ulusoy ve diğerleri, 2011, s. 20). ‘‘Orta Öğretim Kurumlarındaki Yöneticilerin Eğitim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Algısı: Mersin İli Örneği’’ konulu çalışmada ise en yüksek eğitim seviyesine sahip yöneticiler lisans (% 70,0) mezunu olan yöneticilerdir (Sarioğlu, 2014, s. 68). Yaptığımız araştırmada yöneticilerinin çoğunun ise lisans mezunu olduğu (68,3) bulunmuştur. Hastanelerde yıllar geçtikçe eğitim seviyesinin arttığı görülmektedir.

Yöneticilerin toplam kalite yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıklarına ilişkin dağılımlara baktığımızda bireylerin % 41,7'si kalite eğitimi alırken % 58,3'ü kalite ile ilgili herhangi bir eğitim almamıştır. Literatürü incelediğimizde ‘Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi : Ankara’da İki Hastanedeki Yöneticilerin Algıları’’ adlı çalışmada yöneticilerin % 86,0’ı kalite eğitimi alırken % 11,6’sı kalite eğitimi almamıştır (Armağan Kaygusuz, 2012, s. 74). Yapılan diğer bir çalışmada ise yöneticilerin % 46,7’si kalite eğitimi almamıştır (Akar, 2014, s. 53). ‘‘Orta Öğretim Kurumlarındaki Yöneticilerin Eğitim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Algısı: Mersin İli Örneği’’ konulu diğer bir çalışmada bireylerin % 30’u kalite eğitimi almamıştır (Sarioğlu, 2014 ,s. 69). Yöneticilerle yapılan başka bir çalışmada yöneticilerin % 67,6’sı kalite eğitimi aldığı %32,4’ünün kalite eğitimi almadığı görülmektedir (Avcı, 2006, s. 141). İncelenen tezler sonucunda her çalışmada kalite eğitimi alan yöneticilerin sayısında değişiklik olmaktadır.

Çalışmada yöneticilerin herhangi bir kalite temsilcisi veya üyesi olup olmadıklarına ilişkin yanıtların dağılımları incelendiğinde bireylerin % 13’4’ü kalite temsilcisi veya üyesi oldukları görülmektedir. Yöneticilerin % 86,6’sının ise kalite

temsilcisi veya üyesi olmadıkları görülmektedir. 2004 yılında yapılan Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları adlı tez çalışmasında yöneticilerin % 12,1'i kalite temsilcisi ve üyesiyken % 87,29'u herhangi bir kalite temsilci veya üyesi olmadıkları bulunmuştur (Doğan ve Kaya, 2004, s. 73). "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi : Ankara'da İki Hastanedeki Yöneticilerin Algıları" adlı başka bir çalışmada ise bireylerin % 27,9'u kalite temsilcisi veya üyesi olduğu % 72,1'inin ise kalite temsilcisi veya üyesi olmadığı görülmektedir (Armağan Kaygusuz, 2012, s. 74). Sonuç olarak yöneticilerin büyük bir çoğunluğunun herhangi bir kalite üyeliğine sahip olmadıkları görülmektedir.

Toplam kalite algısı ölçeği ile ilgili sonuçlara bakacak olursak, yöneticilerin görevlerine göre, TKY ile ilgili 28 ifadenin her birinin ne kadar katıldıklarını gösteren puanlarının ortalamaları tablo 4.10'da verilmiştir. Üst kademe yöneticileri çalışmadaki ifadelere verdikleri cevaplar ile diğer kademelere göre daha yüksek puan ortalamaları aldıkları görülmüştür. Bunun nedeninin üst yönetimin aldığı eğitimden kaynaklandığını söylemek mümkündür. Diğer kademede bulunan yöneticilerin birçoğu kalite eğitimi almadığından dolayı düşük puan almıştır.

Yöneticilerin görev kademelerine göre TKY algılarının ortalamalarına baktığımızda, 4. "Hastanede TKY'nin uygulanmasında bir lider türü üstlenmek için TKY'nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım." ifadesi üst kademe yöneticilerin 4,55, orta kademe yöneticiler 3,37 ortalama puan ile bu ifadeye katılırken alt kademe yöneticiler aldıkları 2,94 ortalama puan ile bu ifadeye katılmadıkları görülmektedir. Doğan ve Kaya'nın çalışması ile karşılaştırıldığında 4. İfade ortalamaları farklılık göstermektedir. Bu ifadeye Doğan ve Kaya'nın bulgularında müdürler ve yardımcılar (2,92) diğer yöneticilerden daha fazla katılırken, en az katılan başhemşire ve yardımcılar (1,78) olmuştur (Doğan ve Kaya, 2004, s. 76). Armağan Kaygusuz tarafından 2012 yılında yapılan diğer bir çalışmada ortaya çıkan puanlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Kaygusuz'un yaptığı çalışmada Başhekim ve Yardımcıları en yüksek ortalama puanı (3,86) almıştır. Hastane Müdürü ve Yardımcıları 3,67 puan alırken Başhemşire ve yardımcılar ise 3,60 puan almıştır (Armağan Kaygusuz, 2012, s. 80). Ulusoy ve arkadaşlarının yaptığı "Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimine İlişkin

Görüşleri’’ konulu çalışmada yöneticilerin aldıkları ortalama puanlara göre bu ifade karşısında kararsız kaldıkları gözlemlenmiştir (3,00-3,86). Bu çalışmada ise en yüksek puanı Doğan ve Kaya’nın çalışmasında ki gibi başhemşire ve yardımcılar almıştır (3,86) (Ulusoy ve diğerleri, 2011, s. 21). Yapılan çalışmalar sonucunda görüldüğü üzere yöneticilerin ‘‘Hastanede TKY’nin uygulanmasında bir lider türü üstlenmek için TKY’nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım.’’ İfadesine verdikleri cevaplara göre kararsız kaldıkları gözlemlenmiştir. Toplam kalite yönetiminin uygulanmasında ki en önemli ilkelerin başında eğitim gelmektedir. Eğitim en üst düzeyden başlayarak en alt kademedeki çalışan personele kadar bütün çalışanlara verilmesi gerekmektedir.

10. ‘‘TKY, sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.’’ İfadesine katılma oranı üst kademe yöneticilerde 1,88, orta kademe yöneticilerde 2,25 ve alt kademe yöneticilerde 2,77’dir. Bu ifadeye en az katılan yönetici grubu üst kademe yöneticiler olurken en yüksek katılan grup alt kademe yöneticiler olmuştur. Diğer çalışmalarda 10. İfadeye verilen cevapların ortalamalarına bakılacak olursa Doğan ve Kaya’nın yaptığı çalışma ile yaptığımız çalışma paralellik göstermektedir. Doğan ve Kaya’nın yaptığı çalışmada bu ifadeye en az katılanlar başhekim ve yardımcılar (1,79) olurken en çok katılan grup ise (3,00) ise başhemşire ve yardımcılar olmuştur (Doğan ve Kaya, 2004, s. 75). Ulusoy ve arkadaşlarının ‘‘Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimine İlişkin Görüşleri’’ konulu çalışması diğer çalışmalarla benzerlik göstermiştir. Bu ifadeye en az katılan Başhekim ve yardımcılar ile birlikte müdür ve yardımcılar (2,18) olmuştur (Ulusoy ve diğerleri, 2011, s. 24). Armağan Kaygusuz’un 2012 yılında yaptığı çalışma diğer yapılan çalışmalarla farklılık göstermektedir. 10. İfadeye aldıkları 1,60 ortalama puan ile başhemşire ve yardımcılar daha az katıldığı görülmektedir. 2,00 ortalama puan ile başhekim ve yardımcılar ise bu ifadeye en çok katılan yöneticiler olmuştur (Armağan Kaygusuz, 2012, s. 80). Sonuç olarak üst kademedeki bulunan yöneticiler toplam kalite yönetimini geçici bir heves olarak görmezken alt kademedeki bulunan yöneticiler toplam kalite yönetimini geçici bir heves olarak görmektedir. Genel olarak yöneticilerin bu ifadeye katılmadığı görülmüştür. Yöneticilerin bu ifadeye verdiği cevaplar ile TKY’nin uzun süreli bir yönetim süreci olacağını düşündükleri görülmektedir.

24. ‘‘ Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.’’ İfadesine üst kademe yöneticiler 3,66, orta kademe yöneticiler 3,18 ve alt kademe yöneticiler 2,94 ortalama puan almıştır. Üst ve orta kademe yöneticiler bu ifadeye katılırken alt kademe yöneticiler bu ifade katılmayıp kararsız kalmaktadır. Diğer çalışmalarda 24. İfadeye verilen cevapların ortalamalarına bakılacak olursa, Sıdika Kaya ve Songül Doğan’ın yaptığı çalışma ile Havva Ecehan Armağan Kaygusuz’un yaptığı çalışma birbirleri ile benzerlik göstermektedir. Yapılan bu çalışmalarda 10. İfadeye hastane müdürü ve yardımcıları diğer yöneticilere göre daha çok katılmıştır. Doğan ve Kaya’nın yaptığı çalışmada en az katılan başhemşire ve yardımcılığı olmuştur (2,44) (Doğan ve Kaya, 2004, s. 77). Armağan Kaygusuz’un yaptığı çalışmada ise bu ifadeye en az katılan başhekim ve yardımcılığı (2,19) olmuştur (Armağan Kaygusuz, 2012, s. 81). Hatice Ulusoy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise diğer iki çalışmadan farklı olarak 10. İfadeye en az katılımı hastane müdürü ve yardımcılığı (3,00) yapmıştır (Ulusoy ve diğerleri, 2011, s. 24). Sonuç olarak bütün çalışmalar birbirinden farklılık göstermektedir. Toplam kalite yönetiminde hataların insandan değil sistemden kaynaklandığı düşüncesi var olmaktadır. Bu nedenle bütün yönetim kademelerinde çalışan yöneticilerin hataları çalışanlarda değil işletme sisteminde araması gerektiğinin anlaşılması gerekmektedir. Bunun içinde yöneticilerin toplam kalite yönetimi konusunda yeterli miktarda eğitim alması zorunludur.

Yöneticiler 8. ‘‘ Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim.’’, 11. ‘‘ Yönetici olarak, hastanemde TKY’nin uygulamasına katılmak isterim.’’ ve 16. ‘‘ Hastanemde TKY’ nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.’’ İfadelerinin 3,60 ile 4,33 ortalama puan aldıkları görülmektedir. Diğer çalışmalarda 8., 11. ve 16. İfadelerden alınan ortalamalarını incelediğimizde ‘‘Aksaray’daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları’’ konulu çalışmada yöneticilerin aldıkları 3,86-4,67 ortalama puan çalışmamız ile paralellik göstermektedir (Doğan ve Kaya, 2004, s. 77). Ulusoy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yukarıda verilen ifadelere yöneticilerin 3,60-3,97 arasında değişen ortalama puanlarla yüksek oranlarda katılım sağladıkları görülmektedir (Ulusoy ve diğerleri, 2011, s. 23). ‘‘Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi : Ankara’da İki Hastanedeki Yöneticilerin Algıları’’ adlı başka bir çalışmada yönetimin aldığı

4,00-4,60 ortalama puanlar ile TKY'yi desteklediği ve kendi kurumlarında TKY uygulamalarında görev almada istekli oldukları görülmektedir (Armağan Kaygusuz, 2012, s. 82). Sonuçlar bize gösteriyorki tüm yöneticiler toplam kalite yönetimi sürecinde yer almak istemektedir ve bu süreçte çalışmak için istekli oldukları görülmektedir.

21. “ TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.” İfadesinde tüm kademedeki yöneticiler yüksek ortalama puan (4,05-4,77) ile katılmıştır. “Aksaray’daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları” adlı başka bir çalışmada yöneticilerin tamamının en çok katıldığı ifadelerden biri bu ifadedir. Yöneticilerin bu ifadede aldığı ortalama puan 4,43-4,83’dür (Doğan ve Kaya, 2004, s. 77). Armağan Kaygusuz’un yaptığı çalışma yaptığımız çalışma ile benzerlik göstermiş ve yöneticiler bu ifadeye aldıkları 4,10-4,19 yüksek ortalama puan ile katıldıkları görülmektedir (Armağan Kaygusuz, 2012, s. 80).

18. “ Hastanemizin yönetimi, TKY’ye uzun dönemli taahhüde hazırdır.” İfadesinde yöneticilerin aldıkları 3,31-3,66 ortalama puanlar bu ifadeye katılıp katılmama konusunda kararsız kaldıkları saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalar ile yaptığımız çalışma benzerlik göstermiştir. Ulusoy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yöneticiler 3,63-3,76 ortalama puan alarak kararsız kaldıkları görülmektedir (Ulusoy ve diğerleri, 2011, s. 22). Yine ‘Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi : Ankara’da İki Hastanedeki Yöneticilerin Algıları” adlı diğer bir çalışmada 3,60-3,81 ortalama puan ile yöneticiler kararsız kalmışlardır (Armağan Kaygusuz, 2012, s. 80). Ancak Doğan ve Kaya’nın 2004’te yaptığı çalışmada bu ifadeye aldıkları 4,08 ortalama puan ile hastane müdürü ve yardımcılar katılırken aldıkları 3,67 ortalama puan ile başhemşire ve yardımcılarının kararsız kaldıkları görülmektedir. Yine aynı çalışmada aldıkları 3,50 ortalama puan ile başhekim ve yardımcılarının kararsız kaldıkları görülmektedir (Doğan ve Kaya, 2004, s. 74).

Yine 19. “ TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.” İfadesi aldığı 3,25-3,77 puan ortalaması ile yöneticilerin kararsız kaldığı gözlemlenmiştir. Ulusoy ve arkadaşlarının yaptığı çalışma yaptığımız çalışma ile paralellik göstermektedir. Yöneticilerin aldıkları 2,87-3,82 ortalama puan ile bu ifadeye

katılmadıkları veya kararsız kaldıkları görülmektedir (Ulusoy ve diğerleri, 2011, s. 22). Doğan ve Kaya'nın araştırmasında müdür ve yardımcılar 4,00 ortalama puan ile bu ifadeye katılırken, başhemşire ve yardımcılar aldıkları 2,67 puan ile bu ifadeye katılmamaktadır (Doğan ve Kaya, 2004, s. 76). Kaygusuz'un çalışmasında "TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecek" ifadesine en çok katılanlar 4,00 puan ile başhekim ve yardımcılardır. En az katılanlar ise 3,40 ortalama puan ile başhemşire ve yardımcılar olmuştur (Armağan Kaygusuz, 2012, s. 81). Yöneticilerin bir çoğunun bu ifadeye karşı kararsız kalmasının nedeninin kaliteli hizmetin maliyetli bir iş olduğunu düşünmesi sonucu ortaya çıktığını söyleyebiliriz.

Yöneticilerin TKY hakkındaki görüşleri genelde olumlu olmuştur. Fakat yöneticilerin Toplam kalite yönetimi hakkında yeterince bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiştir. TKY'nin hastanelerde uygulanmasında en büyük eksikliğin bilgi yetersizliği ve maddi yetersizliklerden kaynaklandığını söylemek mümkündür. Yöneticilerin hastanelerde öncelikli olarak bu konular üzerinde odaklanmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde önemi gitgide artan bir kavram olan toplam kalite yönetimi müşteri beklentilerini herşeyin üstünde tutan ve müşteriye kaliteli hizmet vermeyi amaçlayan bir yönetim biçimidir. İnsan odaklı bir yönetim biçimi olarak adlandırmakta mümkündür. Sağlık hizmetleri doğrudan insan yaşamı ile ilgilidir. Yapılacak herhangi bir hata insan yaşamına zarar vereceğinden dolayı sağlık hizmetlerinde kalite vazgeçilmez bir kavram olmuştur. Toplam kalite yönetiminin sağlık sektöründe uygulanması diğer sektörlerle kıyasla geç olmuştur. Fakat toplam kalite yönetimi ile birlikte sağlık alanında elde edilen başarılar toplam kalite yönetiminin sağlık hizmetlerinde daha sık kullanılmasına sebep olmuştur. Elde edilen başarılar sağlık sektörünü bu konuda harekete geçirmiştir.

Hastane yöneticilerinin toplam kalite yönetimi konusundaki algı ve tutumlarının belirlendiği bu çalışmada, analiz sonucu elde edilen verilen aşağıda gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan yöneticilerin % 73,3'ü (44) kadın ve % 26,6'sı (16) ise erkek yöneticilerden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan yöneticilerin % 15'i (9) üst kademe, %26,7'si (15) orta kademe ve %58,3'ü (36) alt kademe yöneticilerden oluşmaktadır.

Yöneticilerin % 13,3'ü (8) önlisans, % 68,3'ü (41) lisans, % 8,3'ü (5) yüksek lisans ve % 10'u (6) doktora/tıpta uzmanlık eğitimi almıştır.

Araştırmada yöneticilerin % 58,3'ü (35) TKY konusunda hiçbir eğitim almamışken, %41,7'si (25) TKY konusunda kalite eğitimi almıştır. Araştırmaya katılan yöneticilerin % 13,3'ü (8) kalite temsilcisi/kalite üyesi olup, % 86,7'si (52) kalite temsilcisi/kalite üyesi değildir.

Araştırma için yapılan analizler sonucunda; yöneticilerin TKY algıları ile görev kademeleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu, yöneticilerin TKY algıları ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, yöneticilerin TKY algıları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, yöneticilerin TKY algıları ile öğrenim durumları arasından anlamlı bir ilişki olduğu, yöneticilerin TKY algıları ile

TKY eğitimi alıp almama durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve yöneticilerin TKY algıları ile kalite temsilcisi/üyesi olup olmamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur.

Araştırma sonucunda yöneticilerin TKY'nin uygulanmasına yönelik heves ve istek düzeyleri en yüksek olanlar üst kademe yöneticilerken en düşük olanlar ise alt kademe yöneticilerdir.

Yöneticilerin TKY'yi sağlık bakım endüstrisinde kullanımı azalacak geçici bir heves olarak görmedikleri ve gelecekte gelişmeye devam edeceğine inanmaktadırlar. Yöneticilerin tümü TKY çalışanların TKY araçları kullanımı konusunda eğitilmesi gerektiğini inanmaktadır. Araştırma sonucunda yöneticiler genel olarak TKY'nin uygulanmasında lider rolü almak istediklerini ve bir yönetici olarak TKY'nin uygulamasına katılmak istedikleri bulunmuştur. Bütün yöneticiler TKY çalışanların TKY araçları konusunda eğitilmesi gerektiğini bilmektedirler.

Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda aşağıdaki öneriler madde halinde sıralanmıştır;

- Bütün kademelerde görev yapan çalışanların toplam kalite yönetimi konusunda yeterli miktarda eğitim verilmelidir.
- Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknoloji sürekli değişip gelişmektedir. Çalışanların istenilen kalite düzeyini sağlayabilmeleri verilecek eğitimlerin periyodik olarak planlanması ve bunların belgelendirilmesi gerekmektedir.
- Sağlık kuruluşu kalite eğitimine daha fazla yatırım yapması gerekmektedir. Sağlık kuruluşlarının eğitime yapacağı yatırımlar kuruluşun verimliliğini artıracaktır.
- Toplam kalite yönetimi konusunda üst yönetim çalışanlara liderlik yapmalıdır.
- Toplam kalite yönetimi'nin bir ekip işi olduğu unutulmamalıdır. Yöneticiler çalışanlar ile işbirliği yapmalıdır.

- Çalışanlar bizzat kendileri işin içinde olması gerekmektedir. Herkes kaliteyi kendi görevi olarak benimsemelidir.
- Yöneticiler ile çalışanlar arasında kuvvetli bir iletişim olması gereklidir. Yöneticiler örgüt iklimine göre hareket etmelidir.
- TKY müşteri memnuniyetini en üst düzeyde tutmalıdır. Bu nedenle çalışan memnuniyetine önem verilmelidir. Çünkü çalışanların memnun olması müşteri memnuniyetinide sağlayacaktır.

7. KAYNAKÇA

Açan, H.İ. (2016). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Çalışanların İş Tatminine Etkisi Üzerine Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.

Açıkel, C. (2011). Eğitim Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı ve Karaman Milli Eğitim Müdürlüğünde Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Karaman.

Adem, Ö., Kaya, Ş. D. (2011). Sağlık Kurumlarında Ekip Çalışması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (1), 87-96.

Ağbuğa, O. (2007). Toplam Kalite Yönetiminde Kalite Çemberleri ve İki Farklı İşletmede Kalite Çemberi Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi, İstanbul.

Akar, Y. (2014). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı (Ankara İli Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, İstanbul.

Aksaraylı, M., Sözer, A. N., Tütüncü, Ö., Doğan, Ö., Gencel, U., Gül, H., ve diğerleri (2002). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Lisansüstü Eğitim Kalitesinin Arttırılmasına Yönelik Bir Alan Araştırması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 4(2), 41-65.

Al-Assaf, A. F., and Gentling, S. J. (1996). Executives' Perceptions of Total Quality Improvement. *Hospital topics*, 74(1), 26-30.

Armağan Kaygusuz, H. E. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi : Ankara'da İki Hastanedeki Yöneticilerin Algıları. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

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), 55-71.

Ateş, M. (2016). Sağlık Sistemleri. Beta Yayıncılık, İstanbul.

Avcı, N. (2006). Hizmet Sektöründe Kalite ve Çalışanların Kalite Algılamaları Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, İstanbul.

Balasubramanian, M. (2016). Total Quality Management [TQM] in the Healthcare Industry – Challenges, Barriers and Implementation Developing a Framework for TQM Implementation in a Healthcare Setup. *Science Journal of Public Health*, 4(4), 271-278.

Bekaroğlu, Ş. B. (2005). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının ve ISO 9000 Kalite Güvencesine Sahip Olmanın Hastane Performansına Etkileri: İstanbul'daki Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma. *Akdeniz University Faculty of Economics & Administrative Sciences Faculty Journal/Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(9), 18-32.

Bektaş, F. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Akreditasyon Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Bostancı, Y.(2009).Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı ve Bolu İzzet Baysal Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde Hemşirelerin Kalite Anlayışına Yönelik Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.

Ceylan, M.G.(2013). Sağlık Kurumları İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi: Ufuk Üniversitesi Dr. Rıdvan Ege Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi, Ankara.

Çamcı, M. (2007). Sağlık Yönetimi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.

Çataloğlu, B. (2006). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarına Örgüt Kültürünün Etkisi: Ampirik Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.

Çavuş, M. F. ve Gemici, E. (2013). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 238-257.

Çelmeçe, N., ve Işıklar, A. (2015). Sağlık Çalışanlarında Algılanan Liderlik ve İş Yaşam Kalitesi İlişkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(20), 202-216.

Çezik, F.L. (2015). Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürünün Belirlenmesi (Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Üniversitesi Hastanesi Ve Özel Forum Yaşam Hastanesi). Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi , İstanbul.

Dede, S. (2012). Toplam Kalite Yönetimi ve İnovasyon Arasındaki İlişkinin İstatistiksel Analizi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.

Develioğlu, K., Haşit, G., ve Bağcı, Ü. G. (2006). Toplam kalite yönetimi çerçevesinde yöneticilerin insan kaynakları yönetimine bakışları: Bursa (DORSAB)'da bir uygulama. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15, 191-204.

Doğan, S., ve Kaya, D. (2004). Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(1), 65-83.

Doğaner, I. (2014). Özel Hastanelerde Markalaşma, İmaj ve Toplam Kalite Yönetimi (Kurumsallaşma Süreci ve Müşteri Memnuniyeti Açısından İrdelenmesi). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Dugan, Ç. (2016). Akaryakıt Sektörü Örneğinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları Özden Akaryakıt A.Ş. Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Nişantaşı Üniversitesi, İstanbul.

Duran, C., ve Çetindere, Ö. G. A. (2012). Konfeksiyon Sanayisinde Faaliyet Gösteren Bir işletmede istatistiksel Proses Kontrol Teknikleri ile Ürün Hatalarının Analiz Edilmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(2), 233-254.

Durmaz, T. (2017). Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi , Isparta.

Ecer, F., Demir, Y., Uslu, S. (2002). “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma” , *Standard Dergisi*, 41(490).

Er, A. (2016). Dönüşümcü ve Etkileşimci Liderliğin Toplam Kalite Yönetimi Bağlamında Kalite Performansı Üzerindeki Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.

Erdemir, A. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

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, Selçuk Üniversitesi, Konya.

Erkılıç, T. A.(2007). Toplam Kalite Yönetimi İlkelerinin Yönetim Yaklaşımları Bağlamında Tartışılması. *GAU J. Soc. & Appl. Sci*, 2(4), 50-62.

Ertuğrul, E. (2014). Toplam Kalite Kontrol. Ekin Yayınevi: Bursa

Fotopoulos, CV., Psomas, EL. and Vouzas FK. (2010). “Investigating Total Quality Management Practice”s Inter-Relationships in ISO 9001:2000 Certified Organisations”, *Total Quality Management*, 21(5), 503-515.

Gencel, U. (2001). Yüksek öğretim hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ve akreditasyon. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(3),164-218.

Gök, D. (2014). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Özel Sağlık Kuruluşlarında İş Verimliliği Üzerine Etkisi: Elazığ Medikal Park Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Ankara.

Halis, M. (2016). Toplam Kalite Yönetimi. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

İmai, M. (1994). Kaizen Japonya’nın Rekabetteki Başarı Anahtarı. İstanbul: Kalder Yayınlar.

İntepeler, Ş. S., ve Dursun, M. (2012). Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 15(2),129-135.

Kaptan, K.B. (2007). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Örgütün Sahip Olduğu İnsan Kaynakları Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi ,Ankara.

Karakoç, S. (2011). Hastaların Hastane Seçimlerinin Hastane Yönetimi Üzerine Etkileri: Ankara’da Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi ,İstanbul.

Karçık, Ö. (2017). Toplam Kalite Yönetimi İle Firma Performansı Arasındaki İlişkide Etik İklim ’in Aracı Değişken Rolü.Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, İstanbul.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2015).Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kaya, S., Tengilimoğlu, D.,Işık, O., Akbolat ve M. ve Yılmaz,A. (2013). Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. Anadolu Üniversitesi Yayını : Eskişehir.

Kaya, Z. (2010). Avrupa Birliğine Üyelik Sürecinde Türk Eğitim Sisteminde Toplam Kalite Yönetimi ve İstanbul İlindeki Okullarda Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanması Konusunda Bir Araştırma. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Kazan, H., ve Ergülen, A. (2008). Toplam Kalite Yönetimi Araç ve Tekniklerinin Üretimde Etkin Kılınması: Kosi Uygulaması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(1),159-182.

Kıraç, S.M. (2016).Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Hizmetleri. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Kızıltuğ, P. (2015). Hastane İşletmelerinde İç Kontrol Sistemi ve Özel Bir Hastanede İç Kontrol Sistemi Uygulaması.Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, İstanbul.

Korucu, O. (2013). Üretim Sektöründe Son Mamül Kalitesinin İyileştirilmesinde Altı Sigma ve Kaizen Uygulamalarının Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Kurnaz, Ö. (2012). Hastanelerde Kapasite Planlaması, Swot Analizi Yöntemi, Maliyet Hesaplaması Ve Maliyet Minimizasyonu İle İlgili Özel Bir Hastane Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kültür Üniversitesi, İstanbul.

Kurt, A. (2015). Rekabet Stratejileri, Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları ve Firma Performansı İlişkisi. Doktora Tezi, Gebze Teknik Üniversitesi, Gebze.

Kurt, S., Yeşiltaş, M. (2016). Otel İşletmelerinde Kurumsallaşma Düzeyinin Stratejik Yönetim Araçlarının. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 3(19), 3-19.

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, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

MEB (2007). Eğitimde Kalite Ödülü El Kitabı. Ankara: MEB Yayını.

Özçakar, N. (2010). Bir kamu kuruluşundaki toplam kalite yönetimi uygulamalarının değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 39(1), 106-124.

Özdaşlı, A. G. K. (2006). Toplam Kalite Yönetimi ve Yenilik İlişkisi: Bir Örnek olay. *Akademik Bakış, Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi*, 10, 1-16.

Özkan, C., Zaim, S. ve Türkyılmaz, A. (2006). Sağlık Sektöründe Müşteri Memnuniyet Ölçümü: Simetrik ve Asimetrik Etki Analizi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 5(9), 61-71.

Öztürk, C. (2014). Toplam Kalite Yönetiminin Üretim İşletmelerine Etkisi Bir Alan Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş.

Sarioğlu, E. (2014). Orta Öğretim Kurumlarındaki Yöneticilerin Eğitim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Algısı: Mersin İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Seyitoğlu, B.(2014). Hastane Yöneticilerinin Çalışanları İle Yaşadıkları Çatışma Nedenleri ve Çözüm Yolları Uygulamaları (Diyarbakır İli Hastaneleri Örneği).Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Sur, H. ve Palteki, T. (2013). Hastane Yönetimi. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Şan, E., Uysal, Ş.A. ve Öztürk, N. (2018) Toplam Kalite Yönetiminin Temel İlkeleri Ve Uygulanabilirliği: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 10(1), 1-13.

Şimşek, M. (2004). Toplam Kalite Yönetimi. İstanbul: Alfa Yayınları.

Taşerimez, M.B. (2008). Hastane Genel Kullanım Alanları ve Hasta Yatak Odalarında Kullanıcı Mekan ilişkisi: İzmit Seka Devlet Hastanesi Ve İzmit Özel Konak Hastanesi Örneği. Yıldız Teknik Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Tekin, M. (2016). Toplam Kalite Yönetimi. Konya: Günay Ofset.

Tekoğlu Çıtak, H. (2014). Hastanelerde Halkla İlişkiler ve Şikayet Yönetimi (Bir Kamu Hastanesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Tengilimoğlu, D., Işık O. ve Akbolat M. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Tengilimoğlu, D. (2016). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Ulusoy, H., Biçer, E. B., ve Naldöken, Ü. (2011). Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimine İlişkin Görüşleri. *Cumhuriyet Medical Journal*, 33(1), 17-25.

Uysal, Ş.A. (2012). Hastane Yöneticilerinin Liderlik Özellikleri ile Çalışanların İş Üretkenlik Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Isparta İl Merkezindeki Hastaneler Üzerinde Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.

Uzunçakmak, T. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Üzümcü, F. (2013). Hastanelerde Hasta Memnuniyeti İle Hasta Sadakati Arasındaki İlişki: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Yaman, Y. (2013).Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Sektörü.Yüksek Lisans Tezi ,Gazi Üniversitesi, İstanbul.

Yaşar, M.E. (2015). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Bilgi Teknolojilerinin Rolü ve Verimliliğe Etkisi: Van Organize Sanayi Bölgesinde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van.

Yazan, T. (2015). Kamu Hastanelerinde Temel Yönetim Sorunları Ve İdeal Hastane Yönetimi(Alanya Devlet Hastanesi Çalışanları Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi , İstanbul.

Yılmaz, E. (2010). Kütüphanelerde Toplam Kalite Yönetimi: Kısa Bir Gözden Geçirme. *Türk Kütüphaneciliği*, 24(1), 33-62.

Yılmaz, S.N.(2017). Sağlık Çalışanlarında Toplam Kalite Yönetimi Ve İş Performansı Algısı: Bir Kamu Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi,Okan Üniversitesi, İstanbul.

Yurtman, G. G.(2010). Toplam Kalite Yönetiminin Hasta Hekim Performans Değerlendirmesi Üzerine Etkisi.Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

Zakuan, N. M., Yusof, S. M., Laosirihongtong, T. Shahrour, A. M.(2010). “Proposed Relationship of TQM and Organisational Performance Using Structured Equation Modelling”, *Total Quality Management*, 21(2), 185-203.

Zeyrekli Yaş, S. (2009).Toplam Kalite Yönetimi Anlayışının Sağlık Sektöründe Uygulanması: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi İle Edirne

Devlet Hastanesi'nin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Trakya.

(<http://www.nilgunsarp.com/saglik-hizmetlerinde-toplam-kalite-yonetimi/> Erişim
Tarihi: 7.05.2018)

EKLER

Ek 1.

ANKET FORMU

Sayın İlgili;

Bu araştırma, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü yüksek lisans programı kapsamında yürütülen bir tez çalışması için yapılmaktadır. Bu anket formu ‘‘ Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimine İlişkin Algılarının Belirlenmesi Konusunda Bir Araştırma’’ konulu tez çalışması için kullanılacaktır. Ankete vereceğiniz cevaplar akademik etik çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır. Değerli vaktinizi ayırarak bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Ebru İnci
Yakın Doğu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

BİRİNCİ BÖLÜM

1. Yaşınız		
2. Cinsiyetiniz	(1) Kadın	(2) Erkek
3. Göreviniz		
4. Öğrenim Durumunuz	(1) Lise (2) Önlisans (3) Lisans (4) Yüksek Lisans (5) Doktora/Tıpta Uzmanlık	
5. Kalite Temsilcisi / Kalite Üyesi misiniz ?	(1) Evet	(2) Hayır
6. Kalite Eğitimi Aldınız mı ?	(1) Evet	(2) Hayır

İKİNCİ BÖLÜM

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

	(1) Hiç Katılmıyorum	(2) Katılmıyorum	(3) Kararsızım	(4) Katılıyorum	(5) Tamamen Katılıyorum
1. Hastanemde işleyen bir TKY programı, uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.					
2. TKY yönetim süreci gelecek on yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam etmektedir.					
3. Hastanelerde TKY'nin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışman kullanmaya çok ihtiyaç vardır.					
4. Hastanemde TKY'nin uygulamasında bir lider türü üstlenmek için TKY'nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım.					
5. TKY süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır.					
6. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.					
7. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.					
8. Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim.					

	(1) Hiç Katılmıyorum	(2) Katılmıyorum	(3) Kararsızım	(4) Katılıyorum	(5) Tamamen Katılıyorum
9. TKY hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır.					
10. TKY, sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popüleritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.					
11. Yönetici olarak, hastanemde TKY'nin uygulamasına katılmak isterim.					
12. TKY günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır.					
13. TKY hastanelerin kalite problemlerine bir "hızlı çözüm" dür.					
14. Hastanemdeki yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.					
15. TKY kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.					
16. Hastanemde TKY' nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.					
17. TKY'nin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.					
18. Hastanemizin yönetimi, TKY'ye uzun dönemli taahhüde hazırdır.					
19. TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.					
20. TKY hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.					

	(1) Hiç Katılmıyorum	(2) Katılmıyorum	(3) Kararsızım	(4) Katılıyorum	(5) Tamamen Katılıyorum
21. TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.					
22. Hemşireliğin “ekip” yaklaşımı nedeniyle, hemşirelikte TKY’nin kabul edileceği kanısındayım.					
23. Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.					
24. Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.					
25. ISO 9001-2008 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.					
26. Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.					
27. TKY ekipleri, uzmanlık alanları yerine özel problemler çevresinde oluşturulmalıdır.					
28. ISO 9001-2008 kalite yönetim sistemleri ve TKY, bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken kalite programlarıdır.					

Ek 2.

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİNEAR EAST UNIVERSITY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

16.04.2018

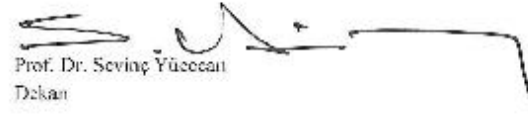
Ref No:14444 /18

Konu : Yüksek Lisans Tezi İlk.

Erik Hastanesi Başhekimliği'ne,

Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı öğrencisi Araş. Gör. Ebru İncel'in Lefkoşada bulunan Erik Hastanesi'nde Sağlık Yönetimi Bölümü ile ilişkili olarak yapmayı planladığı "Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları" konulu tez çalışması için izinlerinizi, bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Saygılarımla


 Prof. Dr. Sevinç Yücecan
 Dekan

Uygundur



 Dr. Feriye ERİCAL
 E. Erik Hastanesi
 Dpt. No: 101/2/10204

Ek 3.

Ref No:14445 /18

Konu : Yüksek Lisans Tezi Hk.

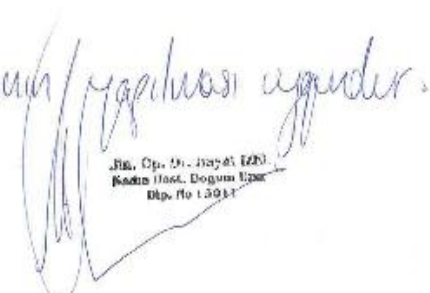
Cyprus Life Hospital Başhekimliği'ne,

Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı öğrencisi Araş. Gör. Elvin İnceci'nin Lefkoşada bulunan Cyprus Life Hospital'da Sağlık Yönetimi Bölümü ile ilişkili olarak yaptığını belirttiği "Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları" konulu tez çalışması için iznlerinizi, bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Saygılarımla


Prof. Dr. Sevinç Yücesan
Dekan

Araştırmamın yapılması umulur.


Dr. C. Dr. Mayda İZZET
Kadın Hast. Doğum Uzmanı
Dip. No: 15911

Ek 4.

EK.664-2018


YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
 BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME ETİK KURULU

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 31.05.2018
 Toplantı No : 2018/58
 Proje No : 570

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyelerinden Prof Dr. Metin Akç'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2018/58-570 proje numaralı ve "Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimine İlişkin Algılarının Belirlenmesi Konusunda Bir Araştırma" başlıklı proje önerisi kurumumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Ruşen Onur	(BAŞKAN)	
2. Prof. Dr. Naci Bahçeciler Önder	(ÜYE)	
3. Prof. Dr. Tamer Yılmaz	(ÜYE)	
4. Prof. Dr. Şahin Saygı	(ÜYE)	
5. Prof. Dr. Şanda Çalı	(ÜYE)	
6. Prof. Dr. Nedin Çakır	(ÜYE)	
7. Prof. Dr. Kaan Erler	(ÜYE)	
8. Doç. Dr. Ömran Dal Yılmaz	(ÜYE)	
9. Doç. Dr. Nildifer Galip Çelik	(ÜYE)	
10. Yrd. Doç. Dr. Emil Mammadov	(ÜYE)	